



COMISSÃO ESPECIAL PL 7.419/06

Propostas de alterações na Lei dos Planos de Saúde



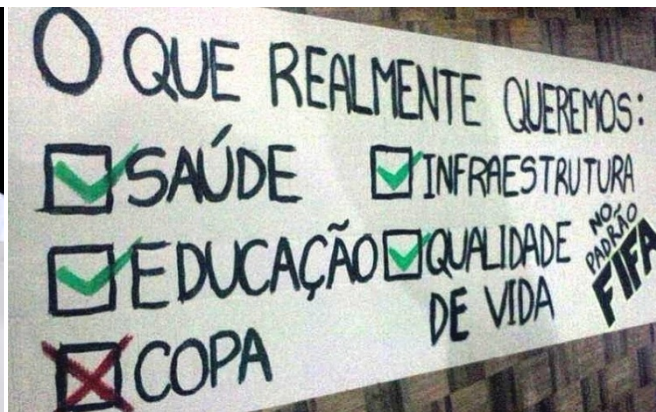
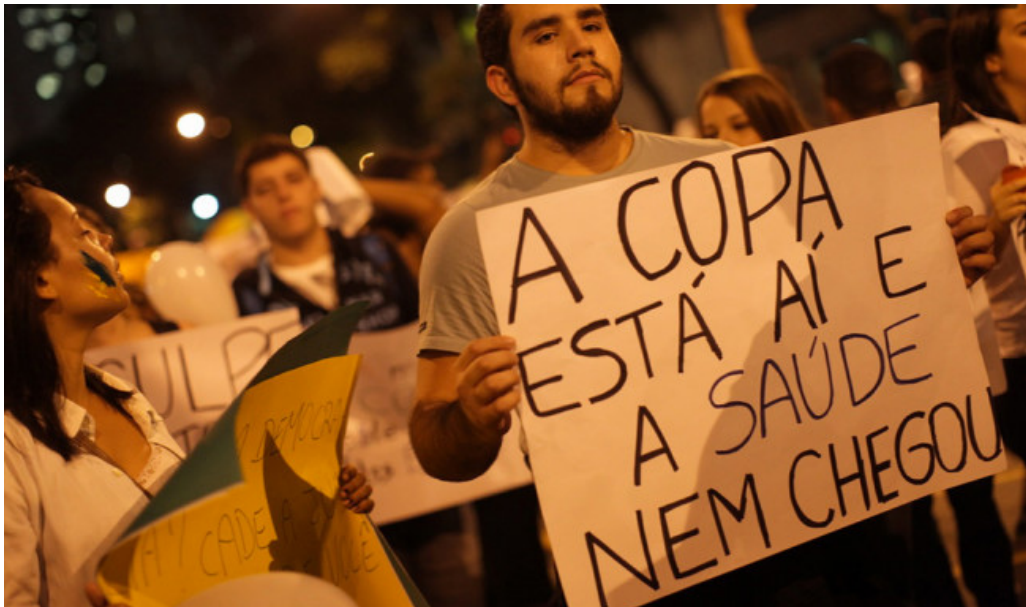
Agenda

- Evolução e impactos da regulamentação
- Princípios e equilíbrio dos planos de saúde
- Cenário atual da saúde suplementar no Brasil
- Propostas de alteração para debate

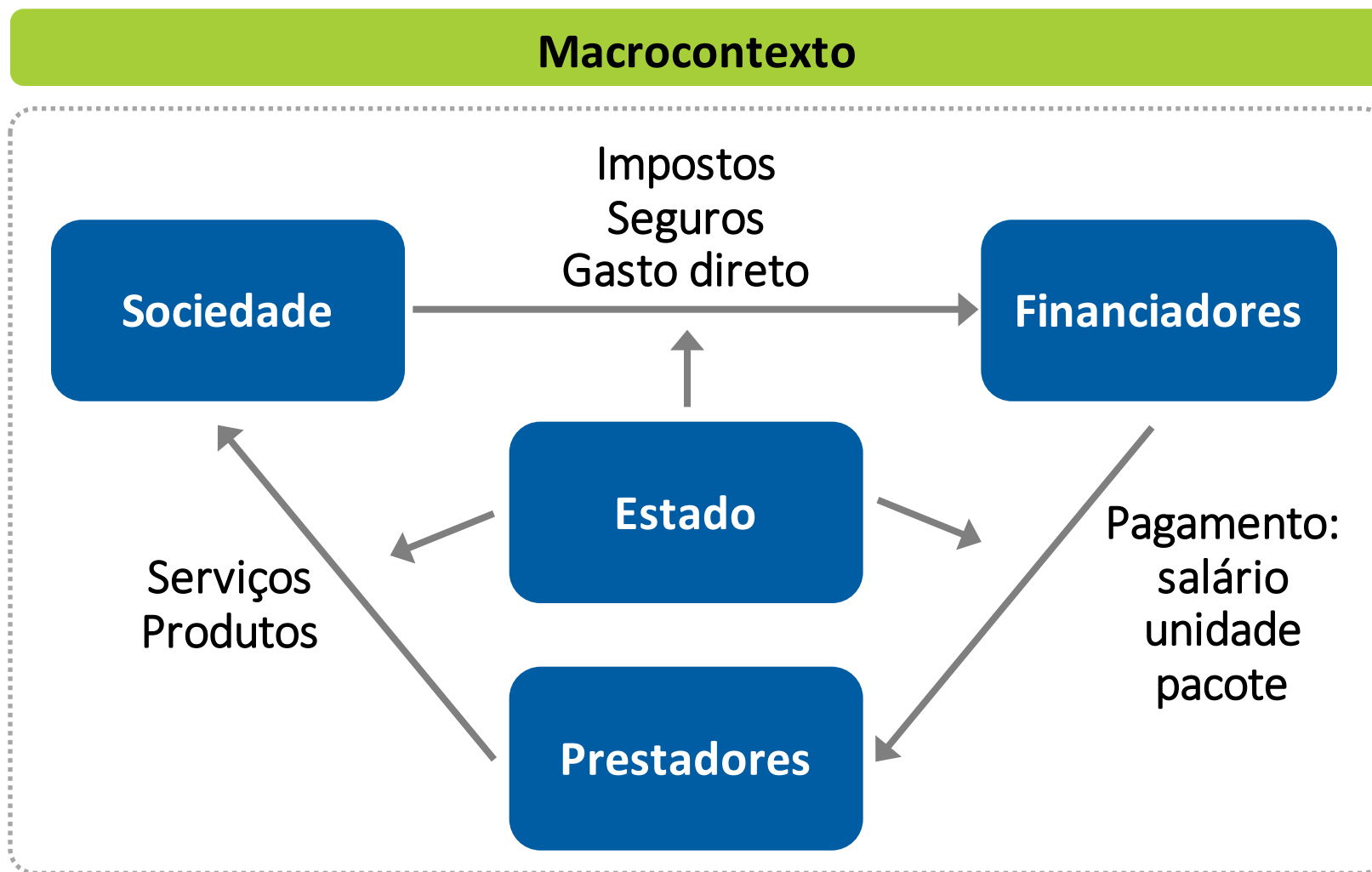
Evolução e impactos da regulamentação dos planos de saúde



O sistema de saúde é um pilar da sociedade democrática. Ainda assim, os brasileiros aspiram ter um plano de saúde.

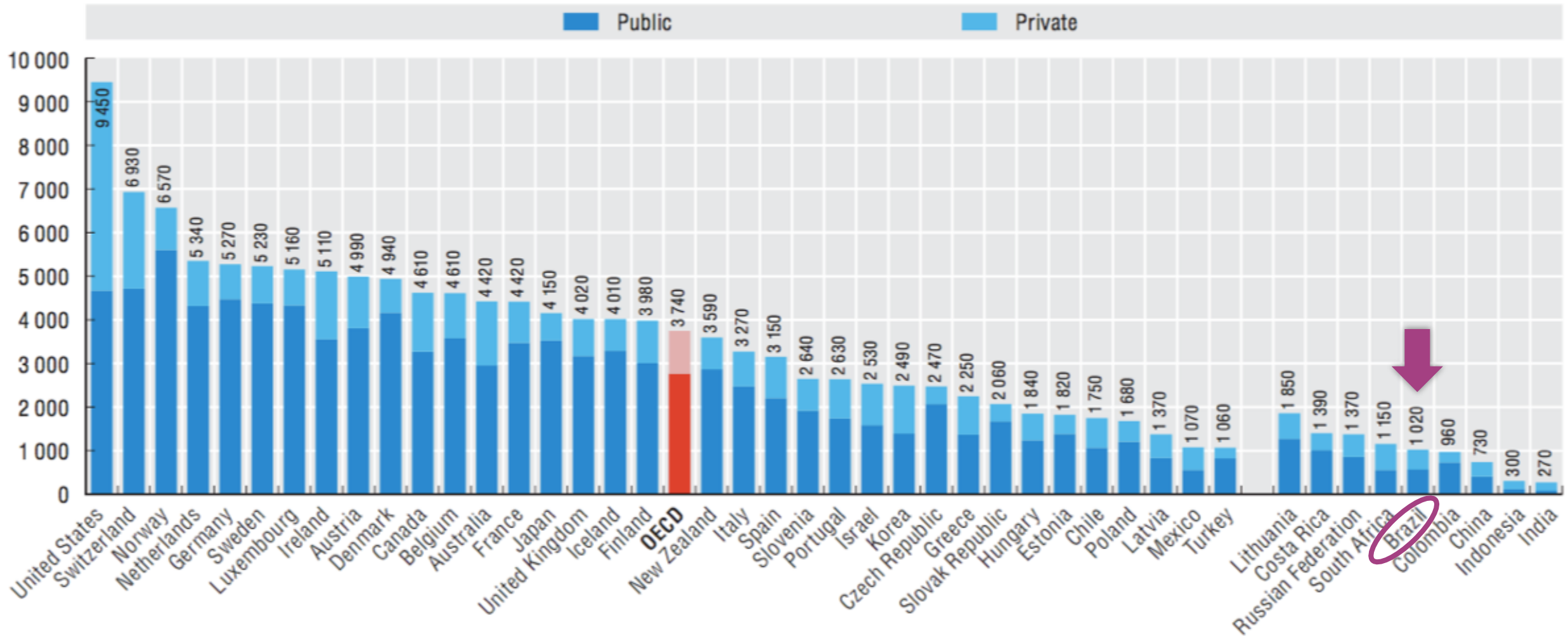


Elementos essenciais dos sistemas de saúde: a sociedade é a única fonte pagadora.



Mais da metade dos gastos com saúde tem origem privada: despesas diretas das famílias e planos de saúde.

Health expenditure per capita, in USD PPPs, 2015 or latest year available

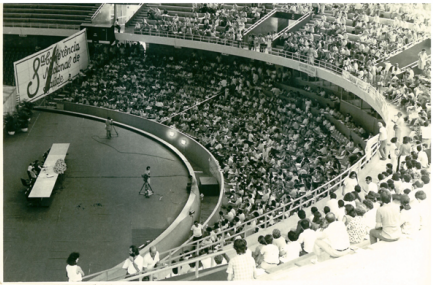


Percepção sobre o sistema de saúde e o gasto em % do PIB: descompasso entre investimento e resultados gerados.



O mercado de planos de saúde surgiu nos anos 1960 e só foi regulamentado em 1998, uma década após a criação do SUS.

1986



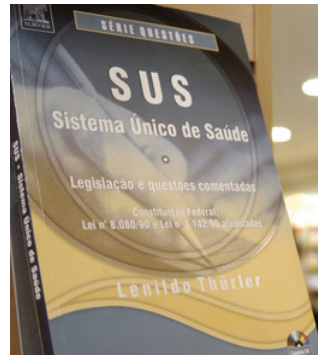
Realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde

1988

Promulgação da nova Constituição, estabelecendo os princípios do SUS: direito dos cidadãos e dever do Estado, acesso universal e igualitário, atenção integral, regionalizada e descentralizada, com participação privada na prestação de serviços

1990

Regulamentação do SUS pelas Leis 8.080 e 8.142



1998

Regulamentação dos planos de saúde pela Lei 9.656, formalizando a responsabilidade contratual das operadoras (portanto, limitada)



2000



Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Lei 9.961.

A extensa agenda regulatória estipula desde aspectos dos planos (coberturas, contratação e reajustes) até a situação econômica e financeira das operadoras

2001

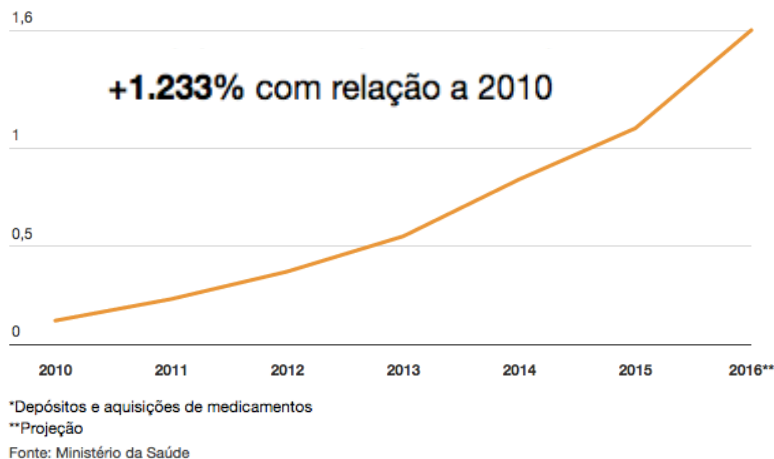
Série de mudanças na Lei 9.656 desde a sua publicação, por medidas provisórias, tendo a MP nº 2.177 sido reeditada 44 vezes

O dever do Estado de tutelar a saúde, a responsabilidade limitada da operadora e a regulação não eliminam conflitos.

'Não lido com o cofre', diz ministra do STF sobre judicialização da saúde

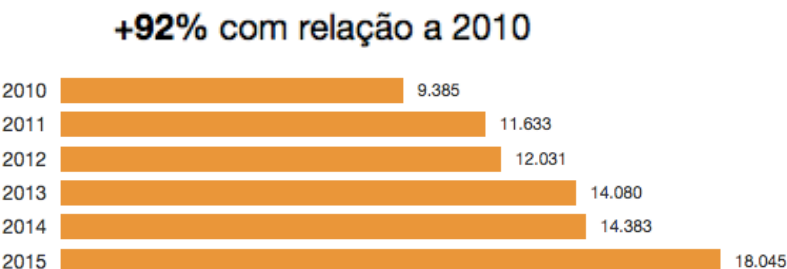
CUSTOS DA JUDICIALIZAÇÃO

Gastos do Ministério da Saúde com ações judiciais, em R\$ bilhões*



AUMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO

Condenações do Estado de SP em processos na área da saúde



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de SP

Folha de S.Paulo, 7/11/2016.

Ações contra planos de saúde disparam em São Paulo; em 2017, são 117 por dia

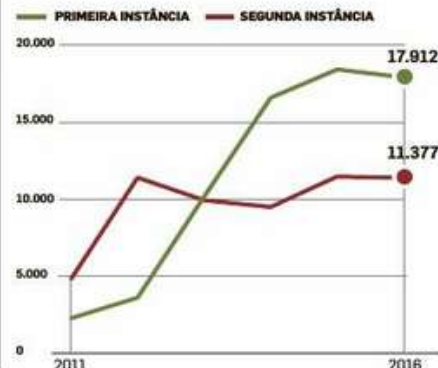
EM ALTA

● Ações judiciais envolvendo planos de saúde julgadas em primeira e segunda instância pelo Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP)

Primeiro Trimestre (1º/1 a 31/03)



Anual



Resultado de decisões judiciais de segunda instância envolvendo planos de saúde no Estado de São Paulo
Em 2013 e 2014

Resultado das decisões	Total		
Favorável ao usuário	3.575		88,07%
Desfavorável ao usuário	300		7,39%
Parcialmente favorável ao usuário	174		4,29%
Decisões que não envolvem usuários (entre planos e prestadores, como hospitais)	10		0,25%

FONTE: OBSERVATÓRIO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR, DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP

INFOGRÁFICO/ESTADÃO

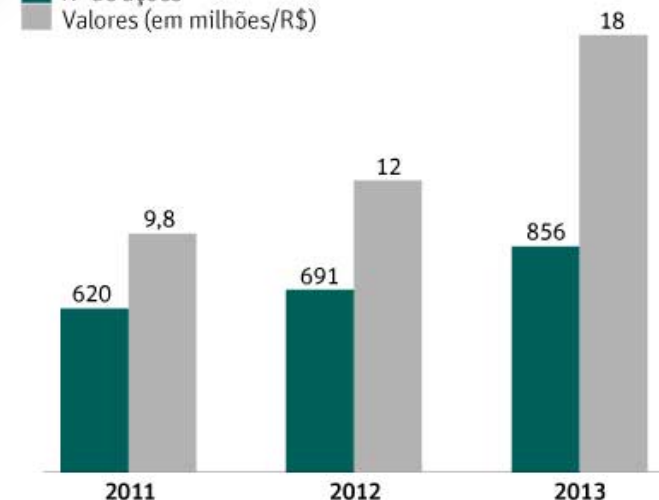
O Estado de S. Paulo, 30/4/2017.

AS AÇÕES JUDICIAIS E OS PLANOS DE SAÚDE

Processos contra a Unimed cresceram 24% em 3 anos

A judicialização na Unimed*

■ N° de ações
■ Valores (em milhões/R\$)



+ Mercado da saúde suplementar

1.268 operadoras

50,3 milhões
de beneficiários em 2013
(56,7% a mais do que no
ano de 2003)

0,3% do faturamento
das empresas em 2013 foi
gasto em despesas judiciais

* Nas seis maiores cooperativas, que reúnem 2,35 milhões de beneficiários
** Até abril de 2014

R\$ 90,5 bilhões

despesas das empresas em
2013 (293,5% de aumento
sobre 2003)

R\$ 108 bilhões

receita das operadoras em
2013 (283% de crescimento
sobre 2003)

Dados relativos a seis Unimeds de grande porte.
Folha de S.Paulo, 7/7/2014.

A judicialização eleva a insegurança e afasta investimentos.
É melhor que o marco regulatório seja enxuto e reconhecido.

E&N

ECONOMIA & NEGÓCIOS

Piratas na
Amazônia
Custo com
segurança vai
para os fretes
Pág. B6

Finanças
pessoais
Fundos de impacto
social miram
pequeno investidor
Pág. III

ENTREVISTA

Alfredo Setubal, presidente da holding Itaúsa

'Eleição é a chance de corrigirmos a rota'

Empresário vê uma
recuperação lenta da
economia e diz que as
eleições de 2018 vão
definir o rumo do País

Mônica Scaramuzza
Ricardo Grinbaum

● Algum setor específico?

Não queremos setor regulado,
como concessões e energia,
com o governo interferindo em
preço.

O Estado de S. Paulo, 24/7/2017.



QUEM É

Formado em Administração de Empresas pela Fundação Getúlio Vargas, com curso de especialização no Insead (França), o presidente da holding Itaúsa é também um dos maiores incentivadores culturais do País. Setubal é investidor na pessoa física da editora Todavia e também fez aporte na startup Domo.

A eleição de 2018 é crucial.

● Quem o sr. vê como liderança? Tem o João Doria, o Geraldo Alckmin. Antonio Carlos Magalhães Neto pode ser um bom nome para uma composição de chapa, com perfil mais liberal, de centro. Alvaro Dias é um nome de centro-esquerda.

Novos investimentos. Alfredo Setubal diz que Itaúsa busca empresas que tenham marca forte e boa rentabilidade

Princípios e equilíbrio dos planos de saúde



O que diz a Lei dos Planos de Saúde: as operadoras agem por conta e ordem do consumidor.

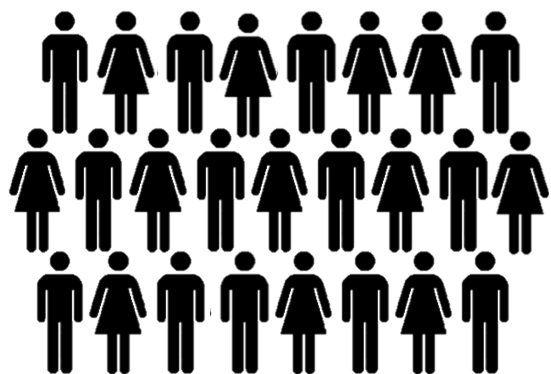


Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde (...) a ser paga integral ou parcialmente às expensas da **operadora contratada**, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, **por conta e ordem do consumidor**.

Os planos de saúde produzem bem-estar social ao oferecer proteção contra a incerteza de eventos imprevistos.

Aversão a risco:

Indivíduos dispostos a abrir mão de algum poder de compra para se livrar de volatilidade (choques na capacidade de consumir).



Beneficiários



Regulação

Operadora
de planos
de saúde

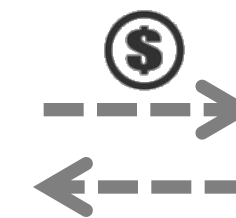
Gestão do risco

Risk pooling ou risk sharing:

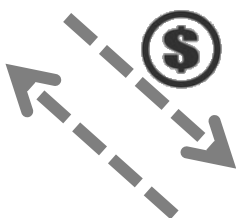
Aglutinação de grande conjunto de segurados (*pool*) formando um **grupo de proteção mútua**, para diluir os riscos e ratear os custos dos eventos verificados.



Médicos e outros
profissionais
de saúde




Prestadores
de serviços de
saúde



Indústria de
materiais e
medicamentos

Planos de saúde têm natureza securitária, e sua função social depende de princípios que assegurem o equilíbrio financeiro.



- 
- **Mutualidade:**
os custos são rateados pelo conjunto dos clientes
 - **Regime de repartição simples:**
o que se paga deve cobrir os gastos do mútuo;
não há acumulação de reserva individual
 - **Estrutura atuarial:**
cálculo baseado no perfil de risco dos participantes
 - **Limite contratual:**
precificação baseada no rol de coberturas vigente
no momento da contratação

FATORES QUE PREJUDICAM O EQUILÍBRIO DOS PLANOS DE SAÚDE:

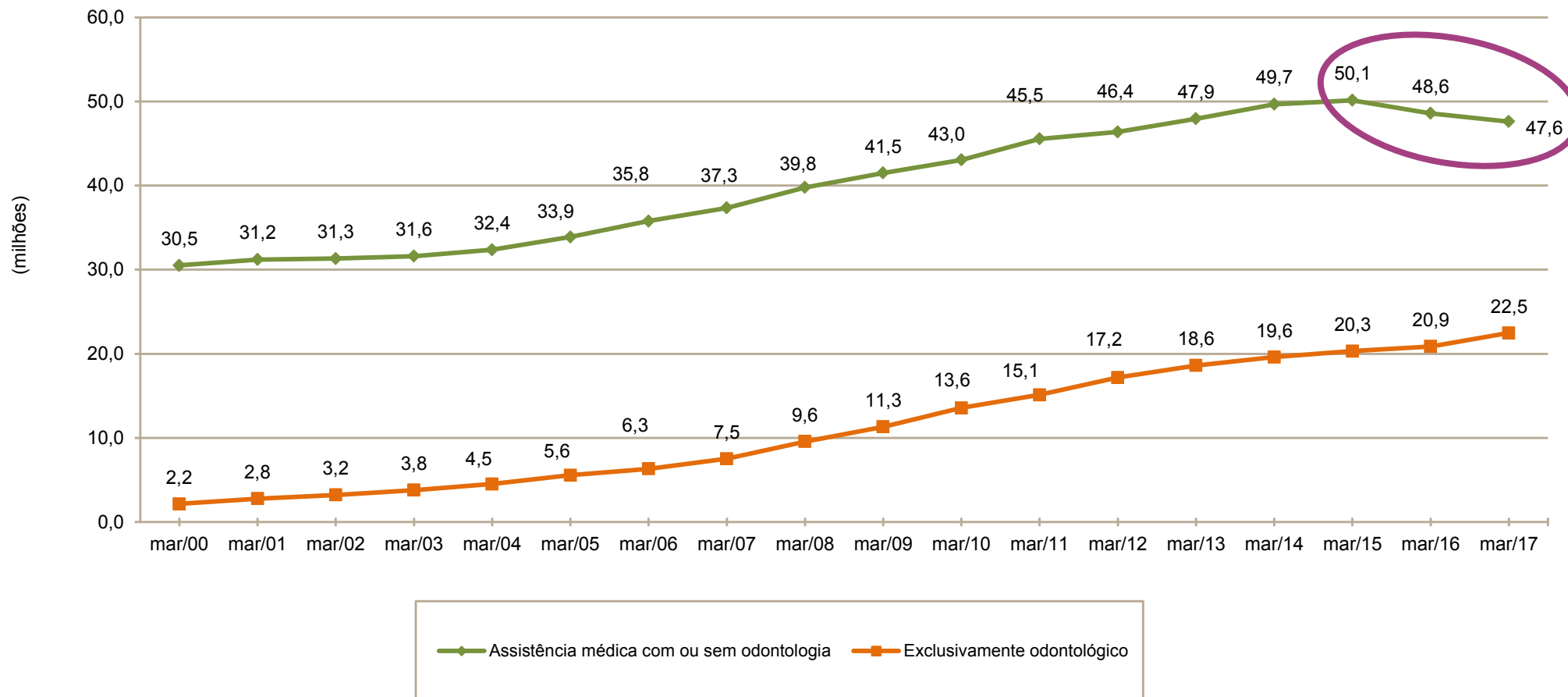
- **Seleção adversa do risco**
- **Risco moral no comportamento de utilização**

Cenário atual da saúde suplementar no Brasil



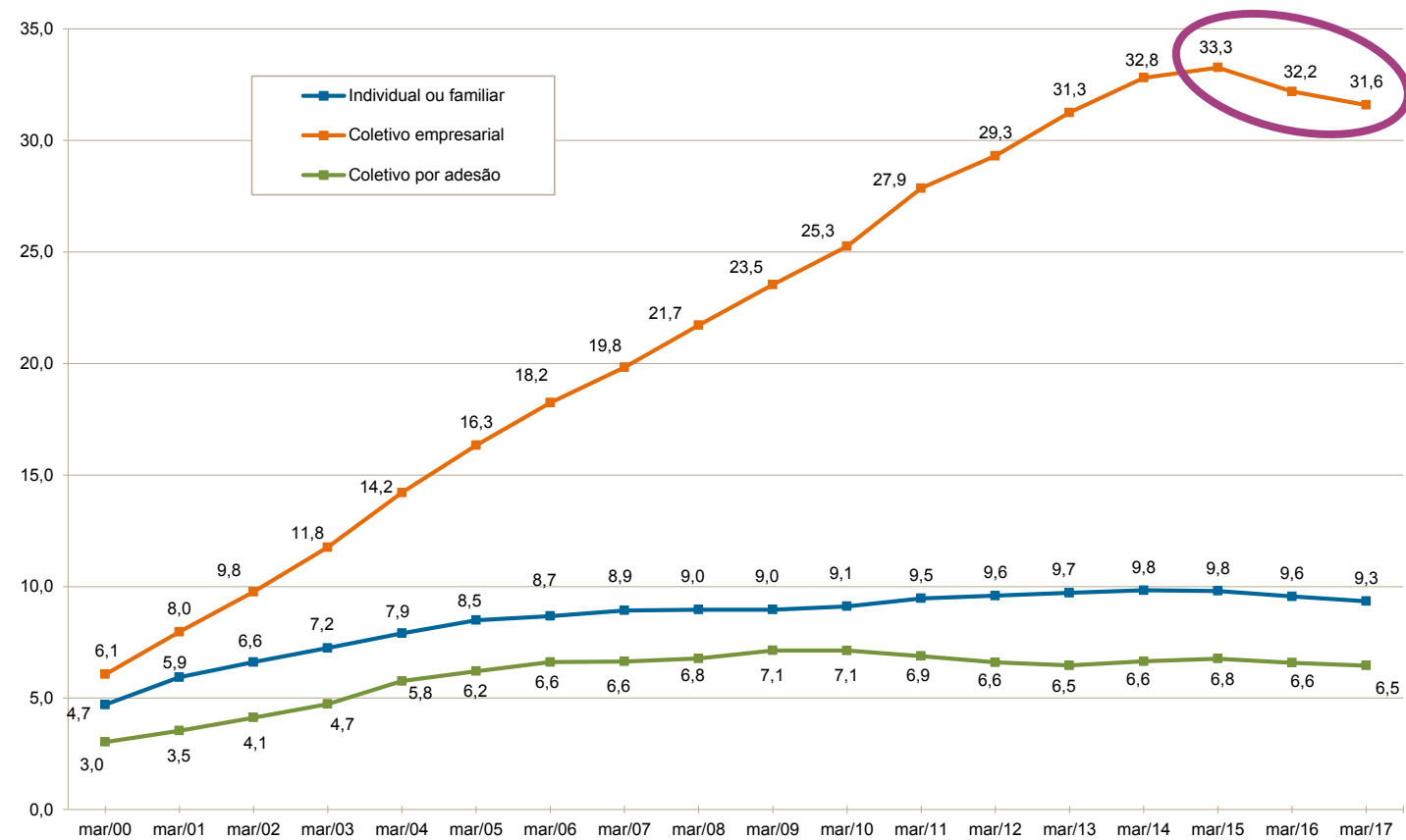
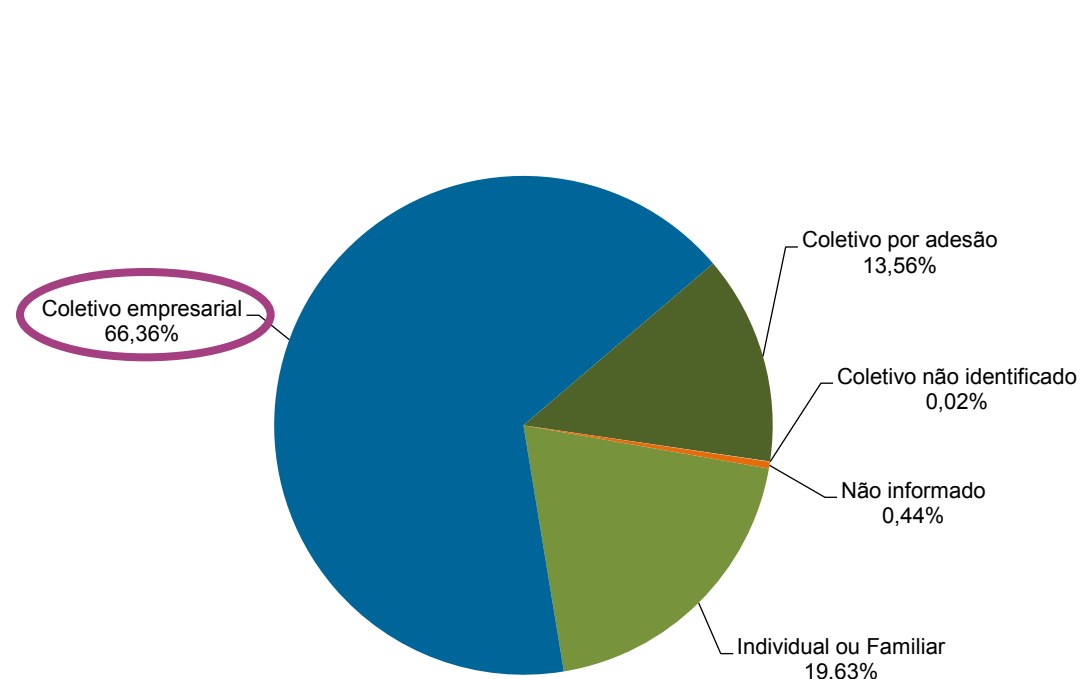
A crise econômica levou à retração da saúde suplementar no país após mais de 15 anos em expansão.

Beneficiários de planos privados de assistência à saúde no Brasil (2000 a 2017)



Desemprego e dificuldades econômicas são as principais causas para a perda do plano de saúde.

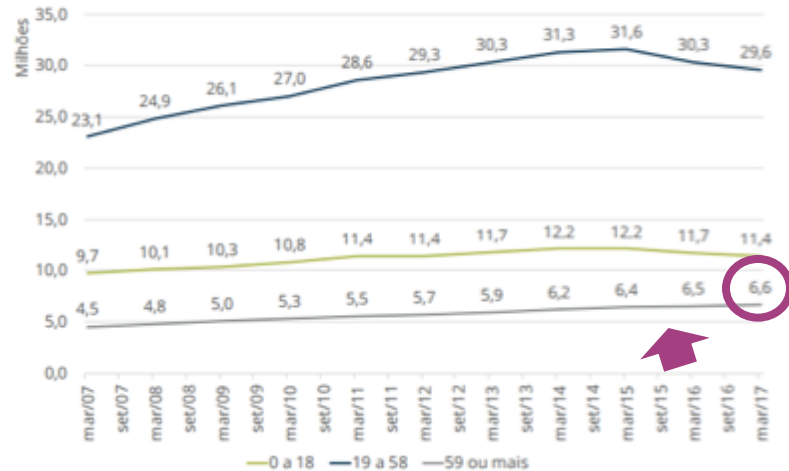
Beneficiários de planos privados de assistência médica por tipo de contratação
(março 2017 e evolução de 2000 a 2017)



Nos últimos cinco anos, os idosos constituem a faixa etária que mais cresceu no mercado da saúde suplementar.

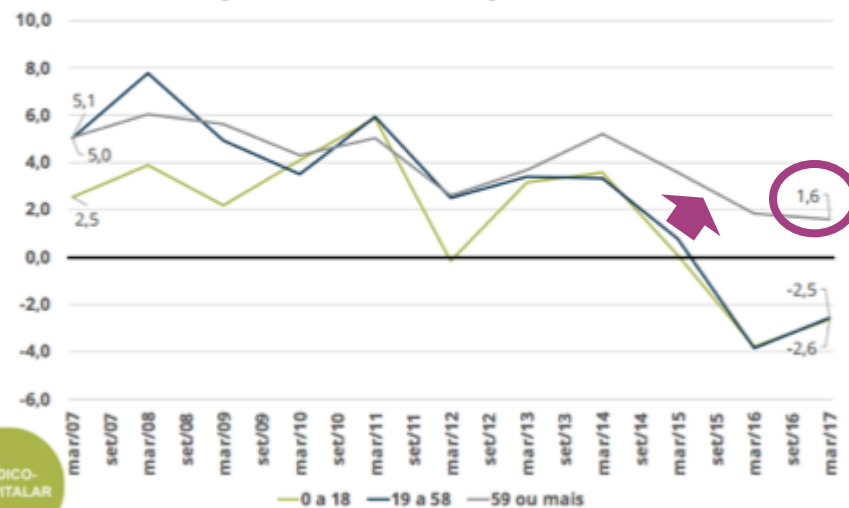
Os planos de saúde respondem pelo cuidado de 6,6 milhões de idosos.

GRÁFICO 2 - NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS MÉDICO-HOSPITALARES (EM MILHÕES) POR FAIXA ETÁRIA (MAR/07 A MAR/17)



Os idosos constituem o único segmento do mercado que cresceu em 12 meses.

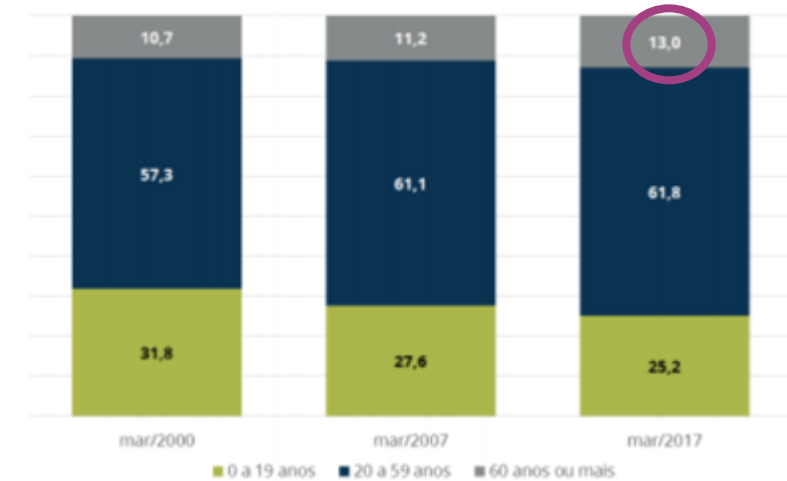
GRÁFICO 3 - VARIAÇÃO PERCENTUAL EM 12 MESES DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS MÉDICO-HOSPITALARES POR FAIXA ETÁRIA (MAR/07 A MAR/17)



Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2017. Dados extraídos e elaborados pelo IESS em: 02/06/2017.

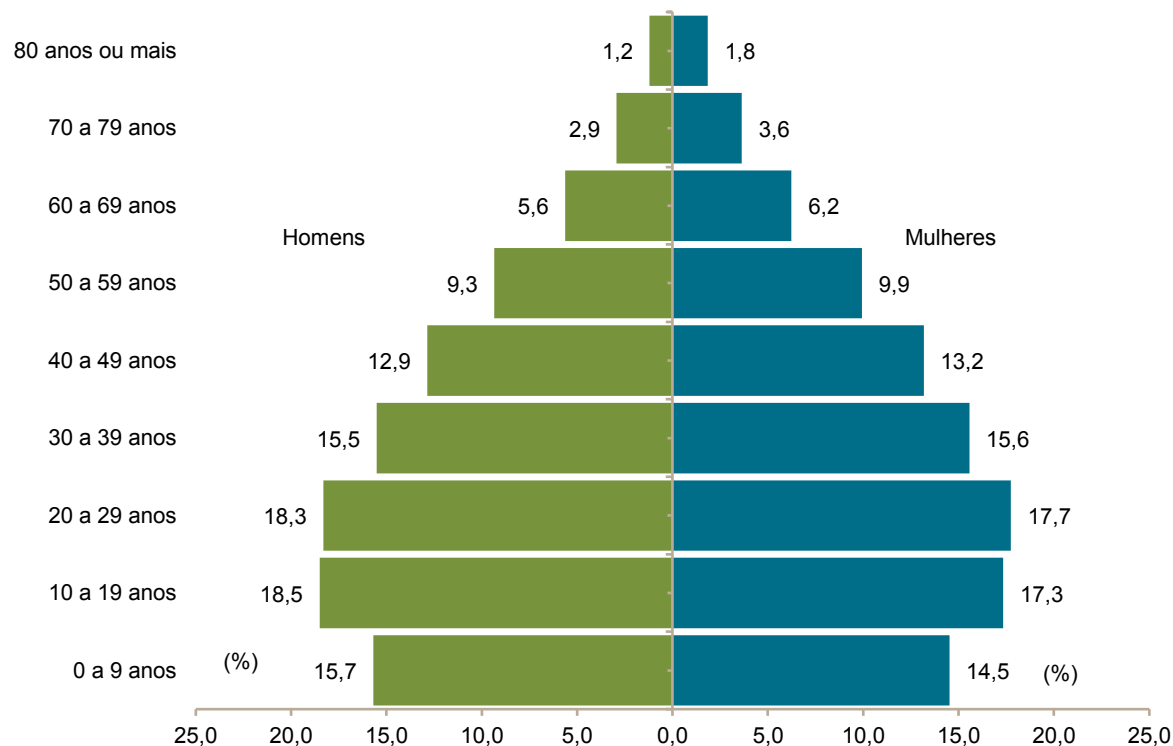
Os maiores de 60 anos representam 13% do total de beneficiários.

GRÁFICO 1 - PROPORÇÃO DE BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA, MAR/2000, MAR/2007 E MAR/2017.

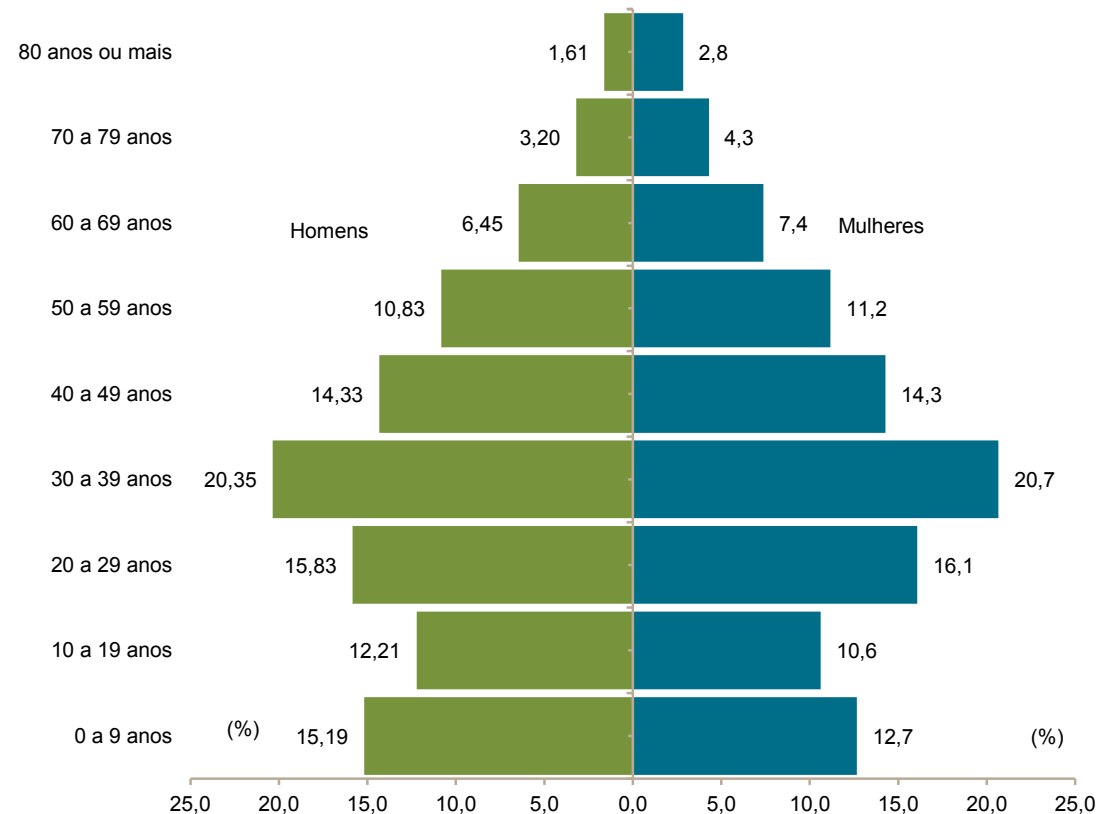


A carteira dos planos de saúde já se apresenta mais envelhecida que a população brasileira.

Pirâmide da estrutura etária da população brasileira (2012)



Pirâmide da estrutura etária dos beneficiários de planos privados de assistência médica (março 2017)



30% dos idosos do Brasil possuem planos privados de assistência à saúde.

Idosos apresentam multimorbidades, com maior utilização de serviços e, portanto, custo mais elevado da assistência.

TABELA 1: PREVALÊNCIA* DE DOENÇAS CRÔNICAS SELECIONADAS POR FAIXA ETÁRIA (%) – BRASIL, 2013.

Faixa Etária	Diabetes	Hipertensão arterial	Artrite ou reumatismo	Coluna	Câncer	Insuficiência renal crônica	Asma
18 a 29 anos	0,6	2,8	1,3	8,7	0,3	0,5	4,8
30 a 59	5,0	20,6	5,6	19,9	1,3	1,4	4,1
60 a 64	14,5	44,4	14,9	26,6	3,7	2,0	4,3
65 a 74	19,9	52,7	16,0	28,9	5,7	2,9	5,7
75 ou mais	19,6	55,0	19,1	28,5	7,7	3,6	3,8
Prevalência total na população	6,2	21,4	6,4	18,5	1,8	1,4	4,4

* Quanto mais escura a cor da célula maior a prevalência.

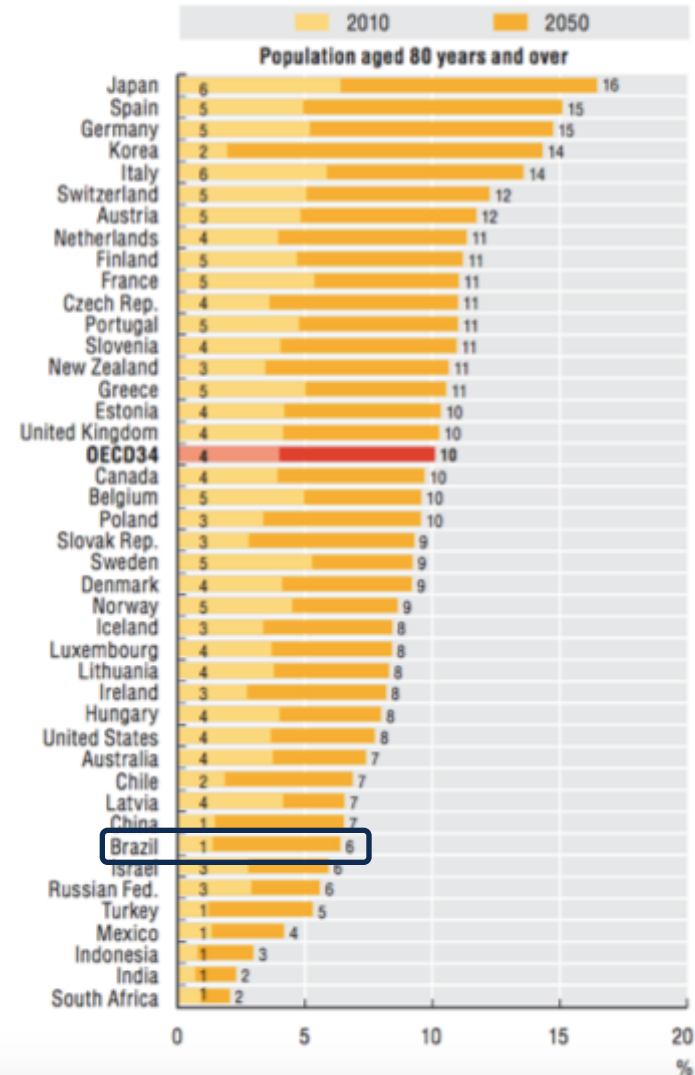
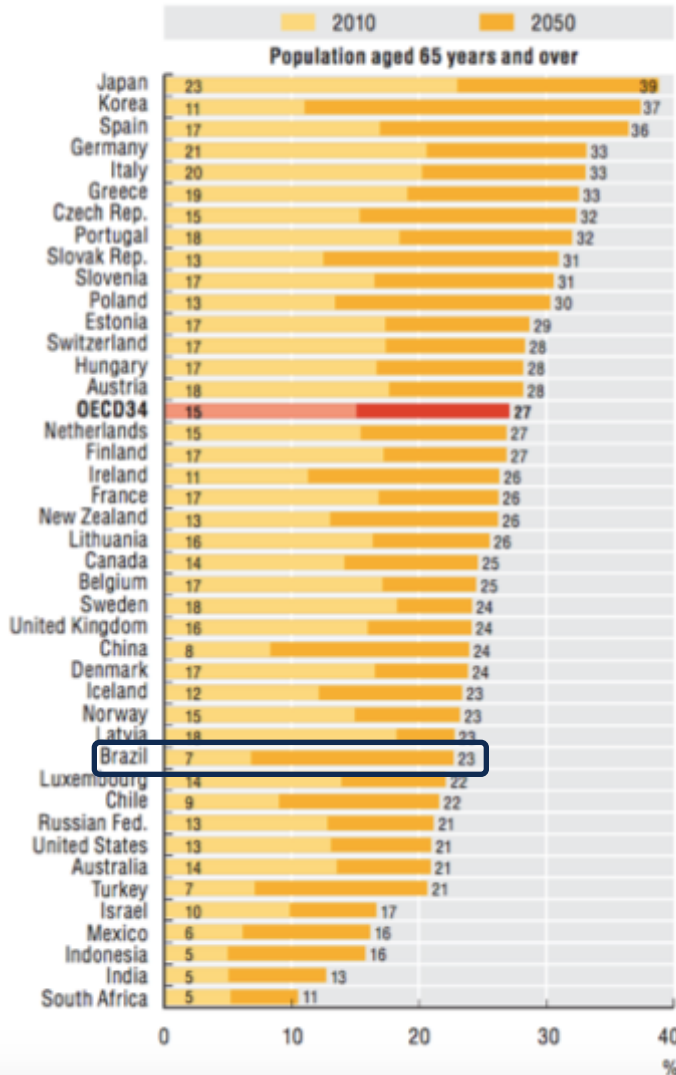
Fonte: PNS – IBGE.

GRÁFICO 3: GASTO MÉDIO TOTAL ANUAL DOS BENEFICIÁRIOS DA AMOSTRA DE PLANOS INDIVIDUAIS, 2013.



Temos de discutir o impacto do envelhecimento populacional sobre o sistema de saúde, tanto quanto sobre a previdência.

11.1. Share of the population aged over 65 and 80 years, 2010 and 2050

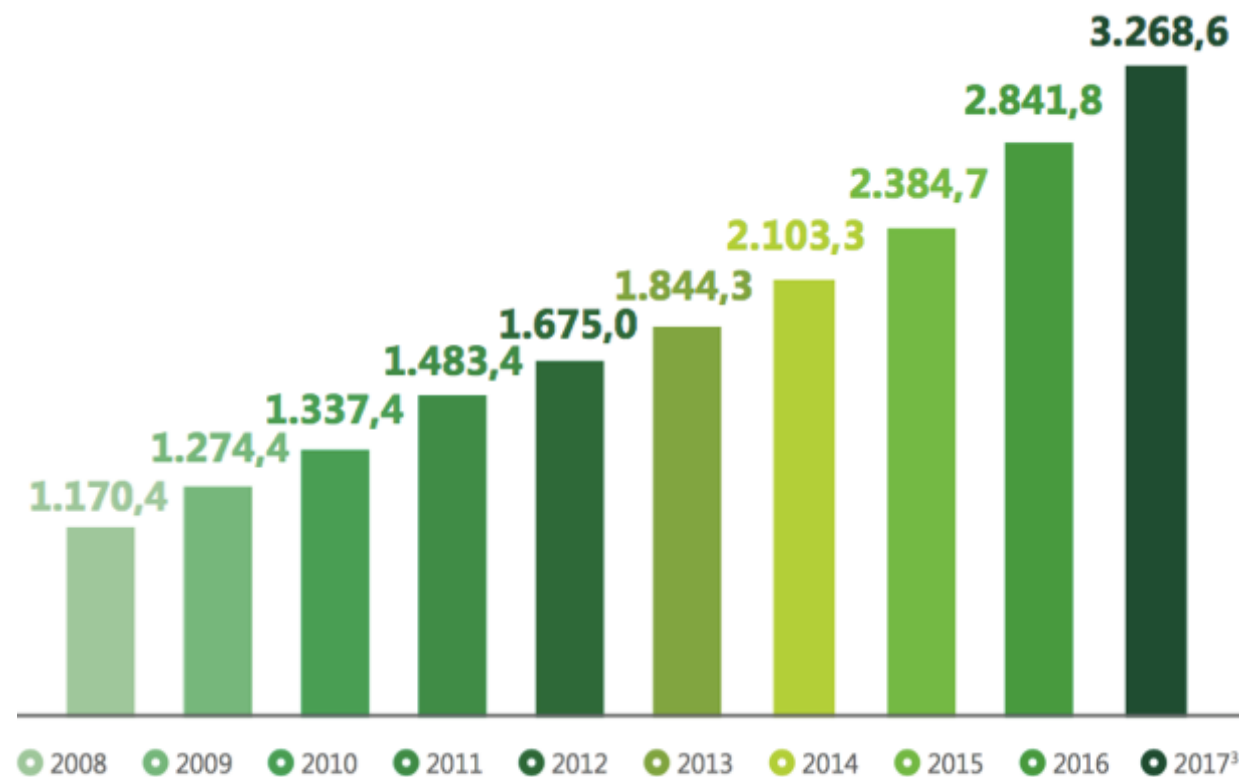


A despesa assistencial *per capita* na saúde suplementar cresceu 179% na última década, muito acima da inflação.

Despesa assistencial *per capita*

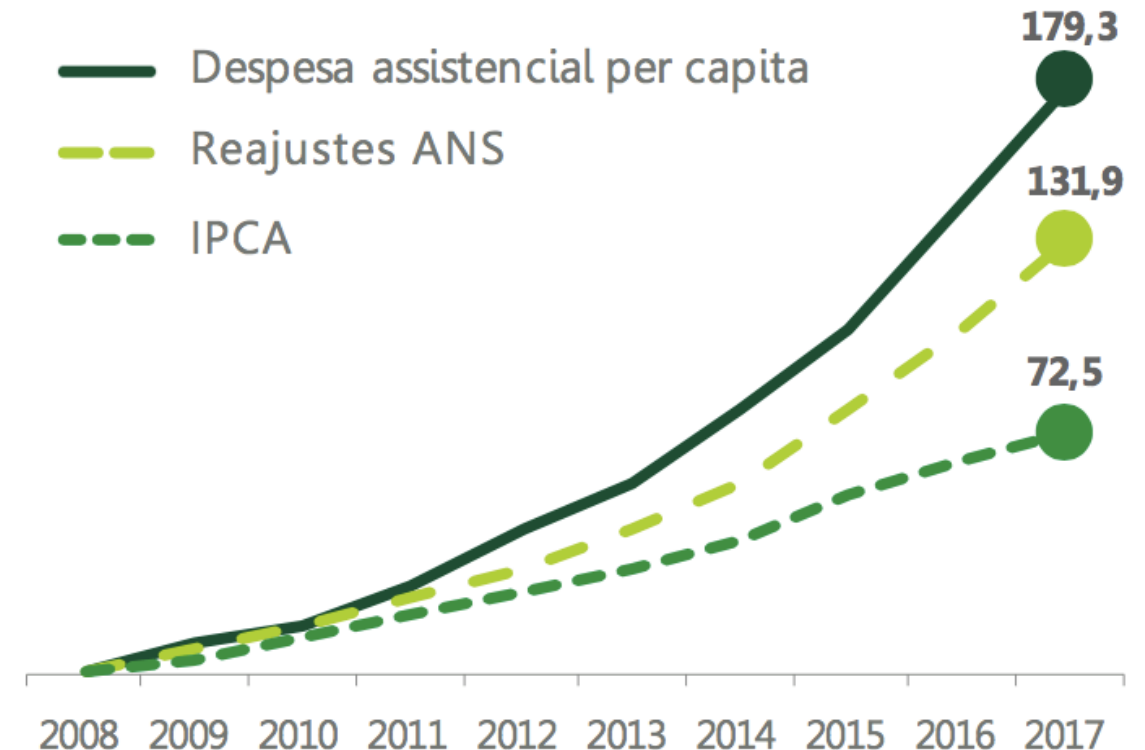
Δ (%) Acumulado 2008 -2017

↑ 179,3%



Despesa assistencial *per capita* na Saúde Suplementar, Índice de reajuste ANS e IPCA

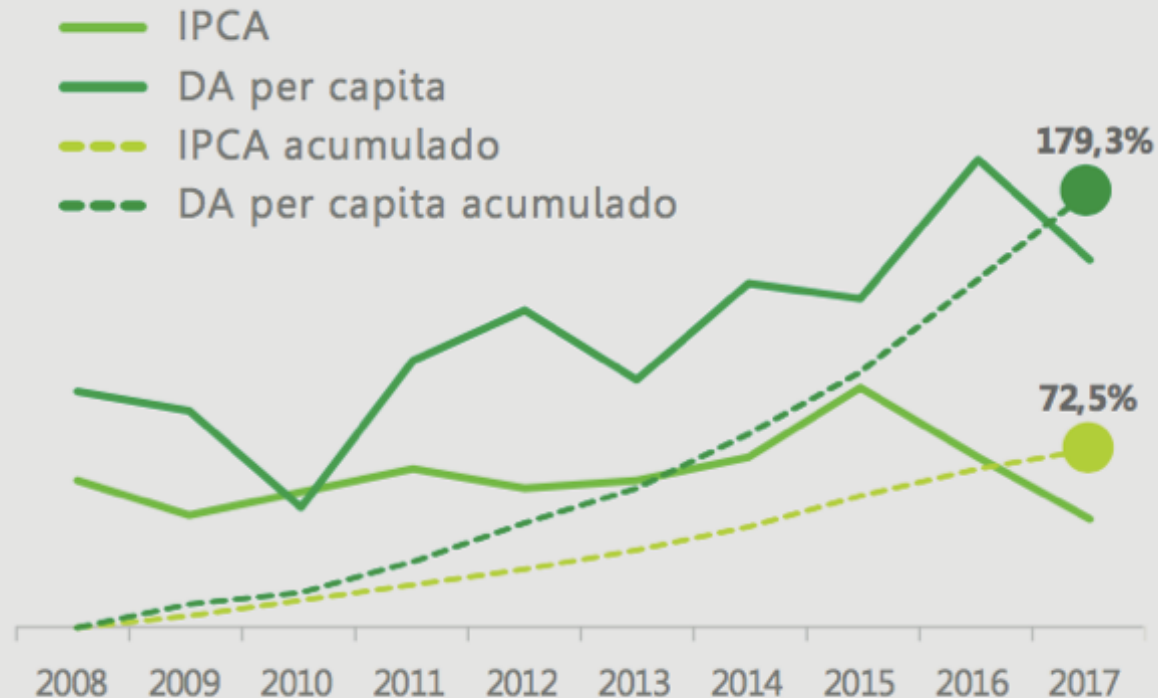
Variação acumulada 2008/2017*



Gastos com saúde crescem em ritmo mais acelerado que o da inflação geral no Brasil e em outros países.

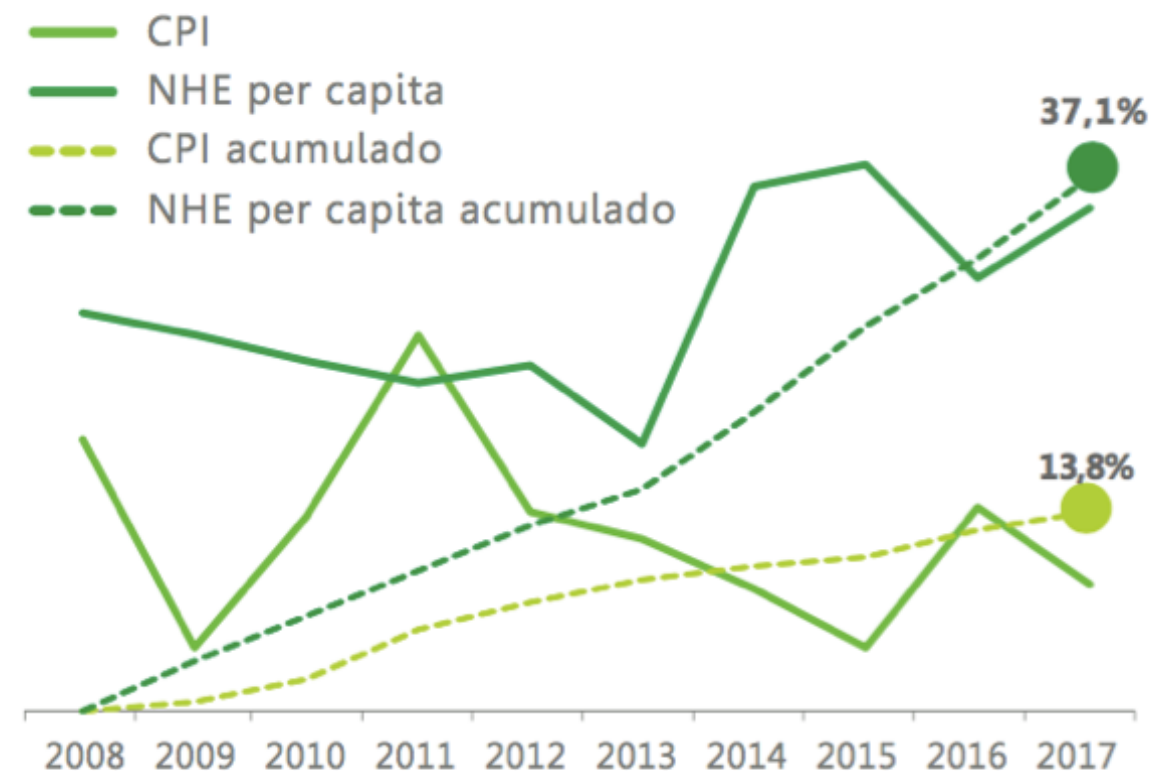
Variação da Despesa assistencial per capita na Saúde Suplementar e IPCA

Anual e acumulada - 2008/2017*



EUA - Variação do gasto assistencial per capita (NHE) e CPI (Consumer price index)

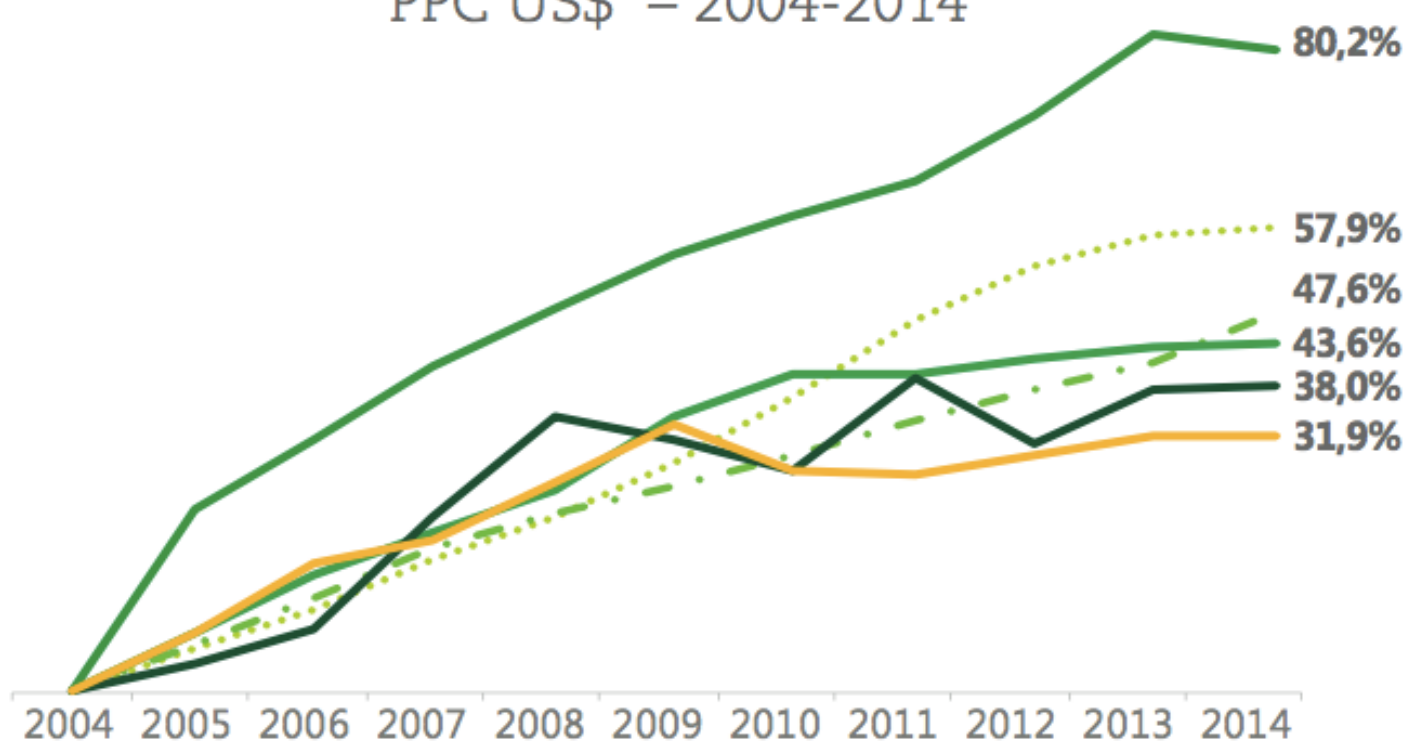
Anual e variação acumulada 2008-2017*



O gasto *per capita* em saúde cresce de forma mais acentuada no Brasil do que em muitos países desenvolvidos.

Gasto em saúde *per capita*

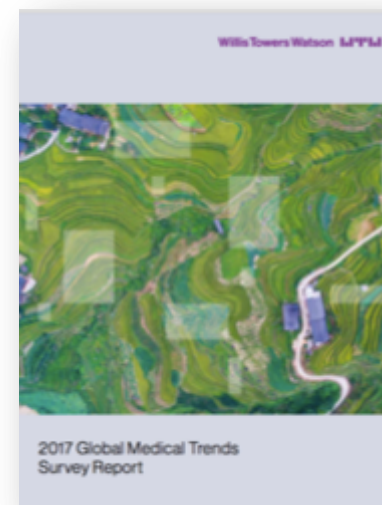
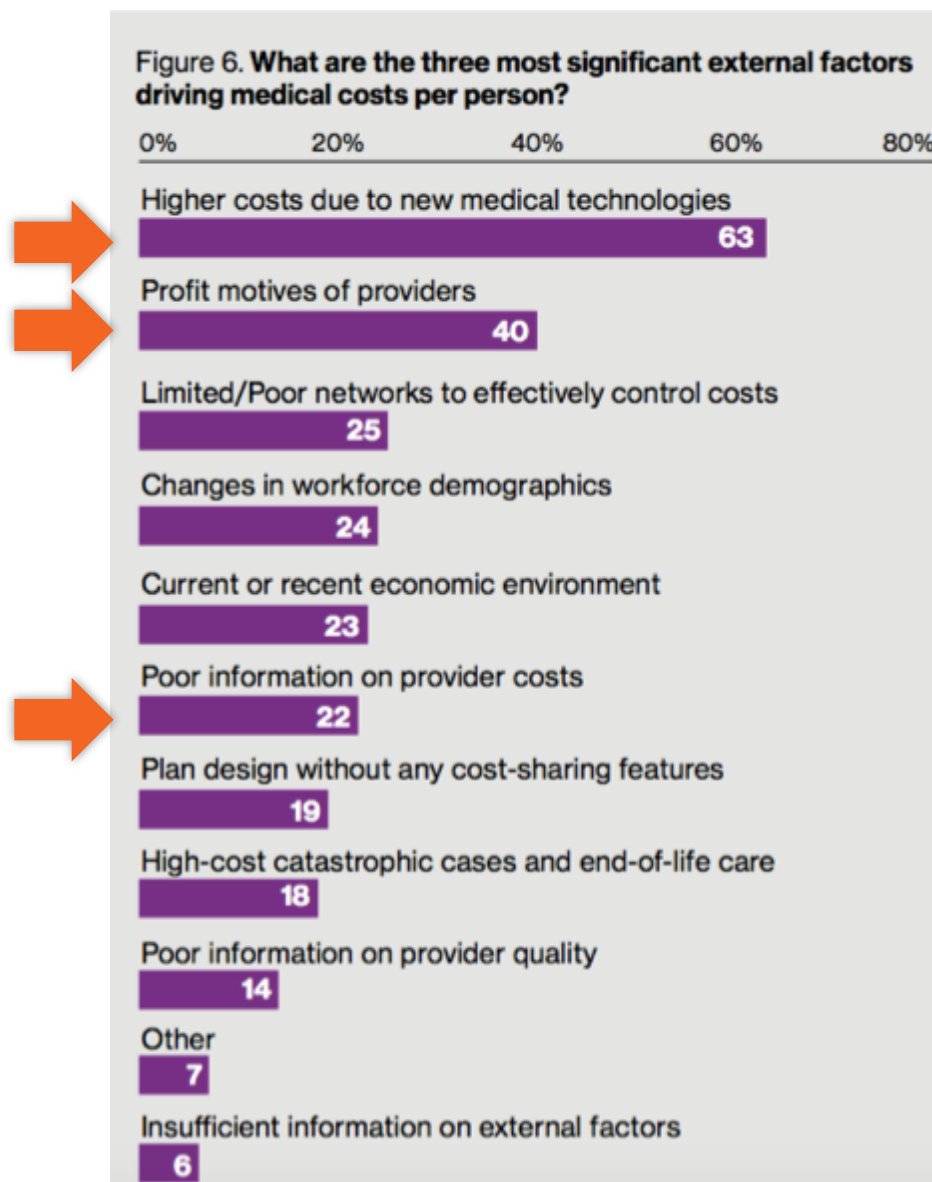
PPC US\$* – 2004-2014



Fontes: Organização Mundial da Saúde (OMS). Extraído em jul/17.

Notas: *Paridade do Poder de Compra - US\$.

Principais fatores estruturais que impulsionam o aumento dos gastos *per capita* com a saúde no mundo



Pesquisa global realizada com 231 seguradoras de saúde líderes de mercado em 79 países, outubro a novembro de 2016.

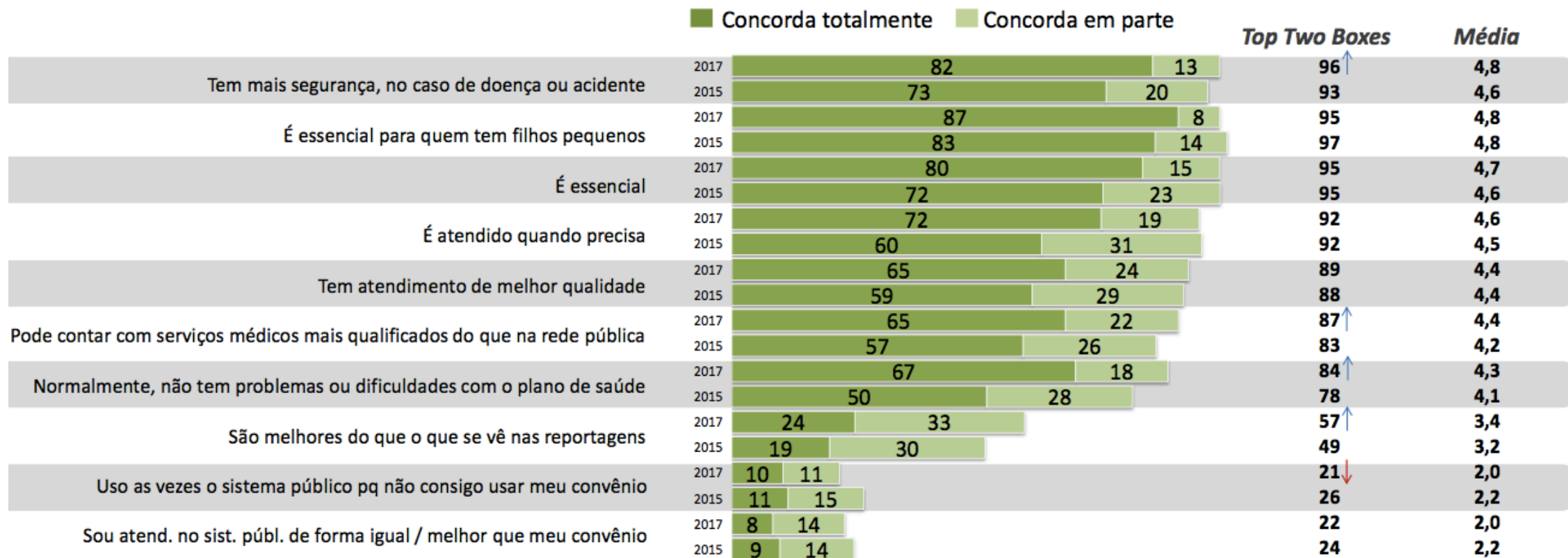
Fontes: Willis Towers Watson, 2017 Global Medical Trends Survey Report.

Para 80% dos beneficiários, ter plano de saúde é essencial e significa mais segurança em caso de doença ou acidente.

De um modo geral, os Beneficiários apresentam **opiniões favoráveis** para a posse de Plano de Saúde. Grande parcela declara ter mais **segurança no caso de doença ou acidente**, que o plano é **essencial**, sobretudo para quem tem filhos pequenos → e com queda no número de beneficiários que afirmam usar às vezes o sistema público.

(%)

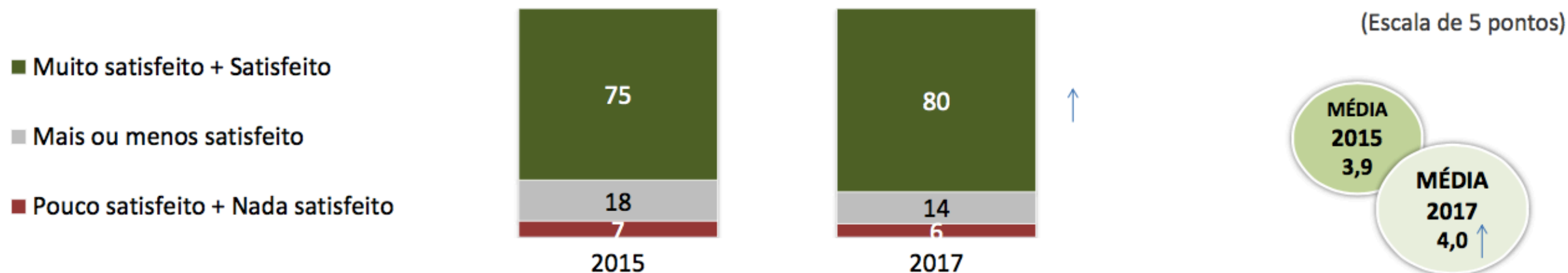
(Escala de 5 pontos)



Também 80% dos beneficiários de planos de saúde afirmam estar muito satisfeitos ou satisfeitos com o atendimento.

Manutenção da tendência de melhora na **satisfação com os Planos de Saúde**, voltando ao patamar de 2011. RJ, BH, POA e Recife apresentam crescimento expressivo.

(%)



**Muito satisfeito
+ Satisfeito**

	Total	São Paulo	Rio de Janeiro	Belo Horizonte	Porto Alegre	Brasília	Salvador	Recife	Manaus
2017	80 ↑	78	80 ↑	84 ↑	91 ↑	81	73	84 ↑	86
2015	75	76	72	70	81	82	80	69	79



***Propostas de
alteração
para debate***

Pontos para análise do PL 7.419/06 e apensados, com vistas ao aprimoramento da regulamentação



COBERTURA

- O marco regulatório da saúde suplementar é frequentemente ignorado pelo Judiciário, em decisões que imputam à operadora garantir acesso universal à saúde. Tal interpretação é temerária para a sustentabilidade do setor, pois os cálculos atuariais para precificar os planos consideram o rol de procedimentos editado pela ANS. Assim, a Lei deve ser alterada para referendar a cobertura a ser garantida:

***Art. 10 § 4º** – Os procedimentos a serem cobertos, inclusive transplantes e os de alta complexidade, serão **exclusivamente** aqueles definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.*

- Propõe-se a rejeição dos projetos que dispõem sobre ampliação de coberturas, atualmente já regulada pela ANS, dado o impacto na sustentabilidade econômico-financeira do setor.

Fontes: este slide e os seguintes se baseiam em estudo desenvolvido pela Unimed-BH e em notas da Seguros Unimed, que se encontram disponíveis para detalhamento das proposições.

Pontos para análise do PL 7.419/06 e apensados, com vistas ao aprimoramento da regulamentação



EXCLUSÃO DE COBERTURAS (dentre outras situações a serem especificadas)

- Procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais que não tenham sido avaliados e recomendados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec)
- Pedidos feitos em situação eletiva por médicos ou serviços que não integrem a rede do plano de saúde contratado
- Órteses e próteses importadas (a exemplo do que já ocorre com medicamentos importados e não nacionalizados)
- Tratamentos em âmbito domiciliar (foco de judicialização)

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- O Poder Judiciário tem ignorado o marco regulatório no que diz respeito à cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes, sendo necessário que a Lei referende a matéria.

Pontos para análise do PL 7.419/06 e apensados, com vistas ao aprimoramento da regulamentação



CARÊNCIAS

- Carência é o período mínimo de contribuição para o beneficiário ter acesso aos serviços contratados, coibindo comportamentos oportunistas que lesam a mutualidade. Assim, esse instituto é necessário para preservar o equilíbrio financeiro dos planos.
- Em linha com o exposto, propõe-se alterar para 60 dias o prazo de carência para procedimentos de urgência e emergência.

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

- A diferenciação de preços entre as faixas etárias corresponde à variação do risco, sustentando um pacto intra e intergeracional: os indivíduos mais jovens e de menor risco ajudam a financiar o gasto dos mais velhos e doentes. Reduzir ou anular tal variação agrava a seleção adversa e desequilibra os planos. A sugestão é deixar à competência da ANS definir os parâmetros de reajuste por mudança de faixa etária, retirando-se esse aspecto da Lei.

Pontos para análise do PL 7.419/06 e apensados, com vistas ao aprimoramento da regulamentação



FORMAS DE CONTRATAÇÃO

- A estrita regulamentação tem restringido a oferta de planos individuais e familiares – em razão da vedação a suspender ou rescindir os contratos e da limitação dos reajustes pela ANS. Propõe-se reavaliar as regras para o segmento, permitindo a adequada precificação do risco e a retomada do mercado.
- Considerando que as administradoras de benefícios trouxeram ineficiências ao segmento de planos coletivos por adesão, propõe-se ampliar os critérios de elegibilidade para estipulação dos contratos, dispensando a obrigatoriedade da intermediação.

COSSEGURO

- Propõe-se discutir a instituição de cosseguro para fomentar a cobertura de grandes massas de beneficiários mediante rateio da sinistralidade. Atualmente, já está previsto o resseguro.

Pontos para análise do PL 7.419/06 e apensados, com vistas ao aprimoramento da regulamentação



MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- Propõe-se a rejeição dos projetos que interfiram na operação de planos de saúde, bem como na capacidade das operadoras em regular a prestação de assistência. O intuito é que essa matéria seja abordada no marco infralegal.

MULTAS E OUTRAS PENALIDADES

- O atual critério para aplicação da multa pecuniária – em valores de R\$ 5 mil a R\$ 1 milhão, conforme o porte da operadora – nem sempre guarda proporção com a severidade da infração incorrida. Como os recursos se destinam aos cofres do agente regulador, pode-se criar um incentivo à multa, afetando o equilíbrio das operadoras sem benefício ao consumidor. Propõe-se criar um racional com indicadores de acompanhamento, a partir dos quais se disparariam, gradualmente, as penalidades.

Pontos para análise do PL 7.419/06 e apensados, com vistas ao aprimoramento da regulamentação



REDE CREDENCIADA

- Propõe-se a rejeição dos projetos que pretendam tabelar a remuneração dos serviços de assistência à saúde ou interfiram em aspectos das suas transações com as operadoras (tais como prazos de pagamento e revisão de glosas). O intuito é preservar a livre negociação, o contrato entre as partes e a esfera de regulação da ANS.
- A ANS já desenvolveu diversos mecanismos para monitorar as operadoras quanto à garantia de atendimento aos beneficiários. Assim, a proposta é substituir a necessidade de autorização da agência pela obrigação da operadora de comunicar as situações de redimensionamento de rede.
- Nas situações em que a alteração na rede assistencial configurar melhoria inequívoca para os beneficiários, propõe-se dispensar a exigência de prévia comunicação a toda a base.

Pontos para análise do PL 7.419/06 e apensados, com vistas ao aprimoramento da regulamentação



RESSARCIMENTO AO SUS

- A posse do plano de saúde não retira do cidadão o seu direito de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- Apesar desse entendimento, a jurisprudência aponta o dever das operadoras de ressarcir o sistema público, tendo em vista que foram remuneradas para prestar atendimento, mas não incorrem em despesas quando o beneficiário se dirige ao SUS – o que configuraria uma situação de enriquecimento ilícito.
- A jurisprudência também conceitua esse instituto como o efetivo ressarcimento das despesas incorridas pelo SUS, em razão de atendimentos prestados a beneficiários de planos de saúde.
- Assim, para que o ressarcimento seja um mecanismo efetivo e viável de regulação, são necessárias alterações na Lei.

Pontos para análise do PL 7.419/06 e apensados, com vistas ao aprimoramento da regulamentação



RESSARCIMENTO AO SUS (continuação)

- Comunicação dos procedimentos a serem ressarcidos usando a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), estabelecida pela própria agência reguladora
- Ressarcimento nos exatos valores em que seu deu o pagamento pelo Estado (por analogia, a cobrança em valores superiores configura enriquecimento do erário)
- Direito das operadoras de decotar do ressarcimento o valor da coparticipação que receberia do beneficiário ao prestar aquele atendimento diretamente, preservando-se o equilíbrio do plano

GARANTIAS ECONÔMICO-FINANCEIRAS

- Considerando a redução das margens no setor, propõe-se avaliar mecanismos para diferimento da constituição das garantias econômico-financeiras por parte das operadoras.


Propõe-se reparar a regulamentação de um setor complexo, à luz de um debate maduro e socialmente responsável.



“A prestação suplementar de serviços de saúde é atividade econômica *stricto sensu*, regendo-se, exclusivamente, por **normas e regras de direito privado**, não havendo como considerá-los modalidade de serviço público, em que pese a essencialidade da atividade para a coletividade.”

Leonardo Vizeu Figueiredo, in Curso de Direito de Saúde Suplementar. Manual Jurídico de Planos e Seguros de Saúde, Ed. MP, 2006, p.120.

Propõe-se reparar a regulamentação de um setor complexo, à luz de um debate maduro e socialmente responsável.

- 
- Dada a escassez de recursos, o direito à saúde não é absoluto, tornando necessário **estabelecer prioridades, critérios de alocação e acesso.**
 - A revisão da lei beneficiará a sociedade e o setor se **construir um marco enxuto e reconhecido**, que reforce o valor dos contratos. A normatização operacional do setor pode ser bem atendida por meio de dispositivos infralegais, em constante desenvolvimento pela agência reguladora.
 - **A ampliação irrestrita de direitos e garantias penalizará os cidadãos**, em lugar de beneficiá-los. O aumento dos custos tende a expulsar do mútuo jovens e indivíduos de baixo risco, agravando a seleção adversa, o que encarece ainda mais os planos e ameaça a solvência das operadoras.



Obrigado

Helton Freitas
Diretor-presidente

Seguros Unimed
helton.freitas@segurosunimed.com.br
(11) 3265-9977

Ibedess
comunicacao@ibedess.com.br
(31) 3296-0076