

A ATUAÇÃO DAS OPERADORAS de PLANOS DE SAÚDE e POSSÍVEIS ALTERAÇÕES na LEGISLAÇÃO



**COMISSÃO
DE DIREITOS HUMANOS**



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Salomão Rodrigues Filho



SAÚDE SUPLEMENTAR

A Lei 9.656/1998 define SS como a 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, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, ...



SAÚDE SUPLEMENTAR

... livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.



OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

- Autogestão
- Cooperativa (Médica e Odontológica)
- Medicina de Grupo
- Medicina de Grupo Filantrópica
- “*Seguradoras*”
- “*Institutos Estaduais ou Municipais de Assistência à Saúde*”



AUTOGESTÃO

Pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que opera plano de saúde, criada por empresas, associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de categorias profissionais ou assemelhados, com o objetivo de prestar assistência à saúde exclusivamente ...



AUTOGESTÃO

... a seus empregados, ex-empregados, administradores, ex-administradores, associados e dependentes do grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários. Não podem ofertar planos para o público em geral.



COOPERATIVA MÉDICA

De acordo com a Lei 5.764/71 (Lei das Cooperativas), a cooperativa é uma sociedade de pessoas sem fins lucrativos, formada pela associação autônoma de pelo menos 20 pessoas que se unem voluntariamente em uma sociedade coletiva e de interesse comum. Essas operadoras podem comercializar planos para pessoas físicas ou jurídicas, constituir uma rede de serviços própria ou contratar terceiros.



MEDICINA DE GRUPO

A medicina de grupo comercializa planos de saúde para pessoa física ou pessoa jurídica para o público em geral.

O beneficiário faz uso de uma estrutura própria e/ou contratada pela operadora (médicos, hospitais, laboratórios e clínicas).



MEDICINA DE GRUPO FILANTRÓPICA

A medicina de grupo filantrópica comercializa planos de saúde para pessoa física ou pessoa jurídica para o público em geral. O beneficiário faz uso de uma estrutura própria e/ou contratada pela operadora (médicos, hospitais, laboratórios e clínicas).

Como regra são os planos de saúde das Santas Casas.



SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE

Não possui rede própria, mas referenciam seus segurados para uma rede de serviços e pagam diretamente aos prestadores de serviços integrantes da rede, **em nome** dos segurados.

Assim usurpam prerrogativas das operadoras.



SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE

São obrigadas a prever a livre escolha, onde os segurados podem escolher estabelecimentos ou profissionais de saúde não referenciados pela seguradora.

É direito do segurado receber o reembolso das despesas de acordo com limites estabelecidos na apólice do seguro, no prazo máximo de 30 dias após a entrega à seguradora de toda a documentação necessária.



Diferenças entre Seguro Saúde e Plano de Saúde

	LEIS	LIVRE ESCOLHA	REEMBOLSO	SERVIÇOS PRÓPRIOS
Auto Gestão	9.656/1998	Rede	Não	Sim
Cooperativa	9.656/1998 e 5.764/1971	Rede	Não	Sim
Medicina de Grupo	9.656/1998	Rede	Não	Sim
MG Filantrópica	9.656/1998 e 12.101/2009	Rede	Não	Sim
Seguro Saúde	9.656/1998 e 10.185/2001	Ampla	Sim	Não



Dados Gerais

Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (2008-2017)

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica
Dez /2008	41.468.019
Dez /2010	44.937.350
Dez /2012	47.814.411
Dez /2014	50.409.378
Dez/2016	47.740.783
Mar/2017	47.606.341

Beneficiários de planos privados de saúde, por época de contratação do plano, segundo cobertura assistencial e tipo de contratação do plano (Brasil - Março/2017)

Cobertura assistencial e tipo de contratação do plano	Total	Novo	Antigo
Assistência médica	47.606.341	42.652.870	4.953.471 (10,4%)
Individual ou Familiar	9.344.440 (19,6%)	8.182.352	1.162.088
Coletivo Empresarial	31.591.360	29.468.139	2.123.221
Coletivo por adesão	6.453.413	4.993.190	1.460.223
Coletivo não identificado	8.800	8.800	0
Não Informado	208.328	389	207.939

Receita e despesas das operadoras, em R\$, de 2007-2016)

ANO	RECEITAS	DESPESAS ASSISTENCIAIS		DESPESAS ADMINISTRATIVAS E LUCRO
2007	60.428.973.970	41.426.135.272	69%	19.002.838.698
2008	69.596.408.233	48.182.685.119	69%	21.413.723.114
2009	77.745.842.489	54.105.693.937	70%	23.640.148.552
2010	88.240.577.199	59.711.410.619	68%	28.529.166.580
2011	99.386.751.892	68.851.186.132	69%	30.535.565.760
2012	109.552.983.249	80.073.580.927	73%	29.479.402.322
2013	124.086.443.763	90.906.340.009	73%	33.180.103.754
2014	141.594.441.789	106.476.057.343	75%	35.118.384.446
2015	158.787.620.669	120.118.486.056	76%	38.669.134.613
2016	178.831.080.931	137.042.480.409	77%	41.788.600.522
				23%

12/06/2017 às 18h59

Lucro das operadoras de planos de saúde sobe 70,6% em 2016, afirma ANS

Por Beth Koike | Valor



SÃO PAULO - O faturamento das operadoras de planos de saúde aumentou 12,8%, para R\$ 158,3 bilhões, em 2016. Os custos, por sua vez, cresceram 14,4% para R\$ 125,5 bilhões, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O setor encerrou o ano passado com lucro de R\$ 6,2 bilhões, o que representa um crescimento de 70,6% quando comparado a 2015.

O resultado final foi impactado fortemente pelo desempenho das operadoras de autogestão — que tinham apurado prejuízo por dois trimestres em 2015, mas registraram lucro nesses dois mesmos trimestres em 2016. As seguradoras de saúde registram um lucro 14% maior e as empresas de medicina de grupo apuraram queda

Home | Brasil | Política | Finanças | Empresas | Agronegócios | Internacional | Opinião

Cias Abertas | Indústria | Infraestrutura | Consumo | Tecnologia | Energia | Mais setores ▾

08/10/2012 às 08h30

UnitedHealth compra Amil por R\$ 6,49 bilhões

Por Daniela Meibak | Valor



SÃO PAULO - A americana UnitedHealth Group (UHG) celebrou contrato de compra da JPL, empresa controladora da Amil Participações (Amilpar). Serão adquiridas 820,7 milhões de ações ordinárias da JPL, representando aproximadamente 85,5% do capital da controladora e 58,9% do capital da Amil.

Conforme o contrato, o valor a ser pago pela

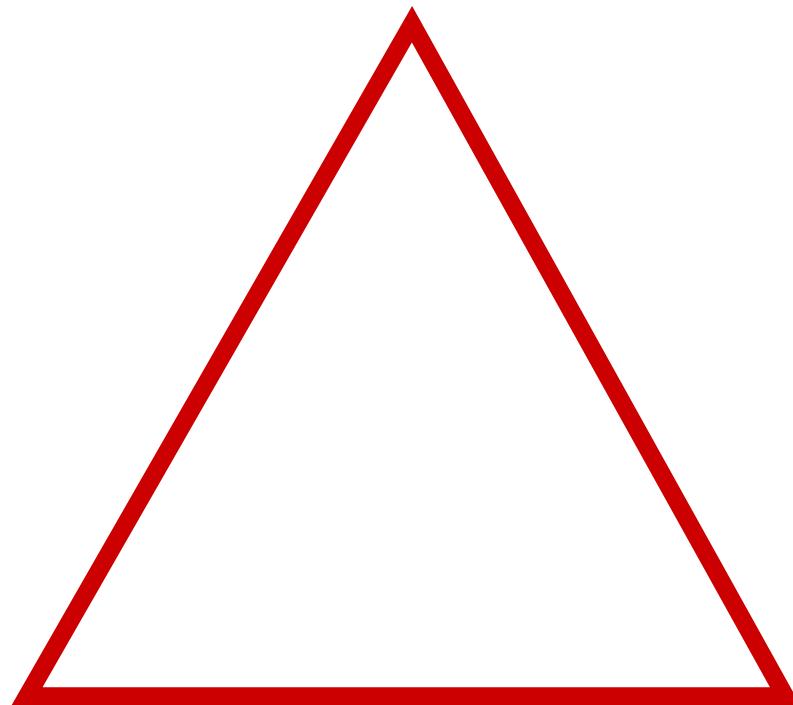


Edson de Godoy Bueno durante coletiva sobre a venda



PACIENTE / CONSUMIDOR

**MÉDICO /
PRESTADORES**



OPERADORAS

**A ANS TEM PAPEL
REGULADOR e
HARMONIZADOR**



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA





FATORES QUE GERAM A HARMONIA:

1. Segurança
2. Equilíbrio
3. Qualificação
4. Ética
5. Boa remuneração
6. Parceria
7. Programas de qualidade



Segurança do paciente, do prestador e da operadora





**Equilíbrio na correlação de forças entre paciente, prestador
e operadora.**



DISPUTA NA ODEBRECHT — Bernardo Gradin, membro da família que detém 21% do grupo, fala com exclusividade a EXAME: "Não queremos deixar o negócio"

The cover of EXAME magazine features a large portrait of Edson Bueno, a man in a dark suit and red tie, sitting with his legs crossed. The background is a solid red. The magazine's title 'EXAME' is printed in large white letters at the top. Below the title, there is small text: 'EDIÇÃO 358 - ANO 45 - R\$ 11,00 - 26/07/2011'. On the left side, there is a logo for 'click e assine.com' and a barcode. On the right side, there is a small photo of a person in a green scrub suit. The main headline reads 'O BILIONÁRIO DA SAÚDE' in large white letters. Below the headline is a subtitle: 'Com uma história de vida folhetinesca e um estilo de gestão peculiar, Edson de Godoy Bueno, dono da operadora Amil e dos laboratórios Dasa, é hoje um dos maiores empresários de saúde do mundo'.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



Qualificação do prestador





CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Ética da operadora e do prestador

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Resolução CFM nº 1.931/2009



CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Resolução CFM nº 1.931/2009



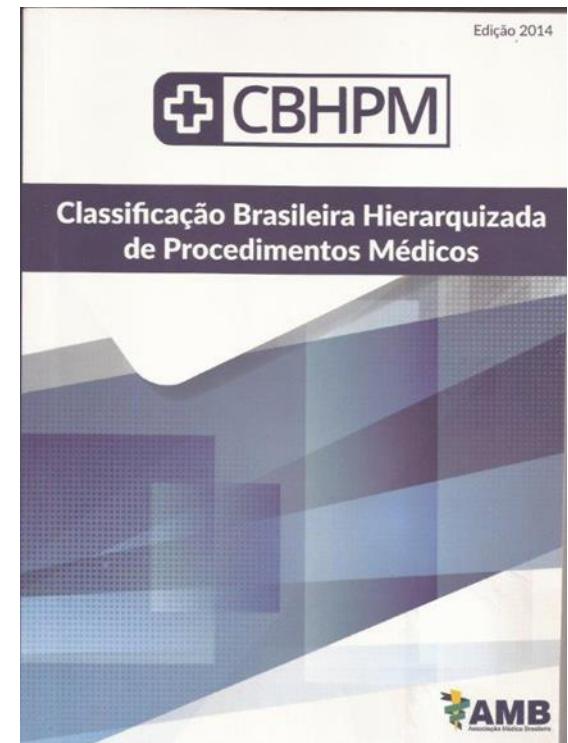
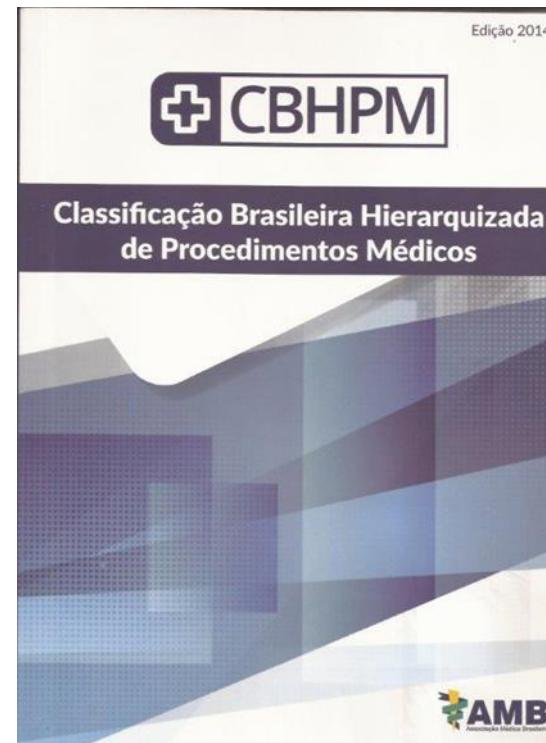
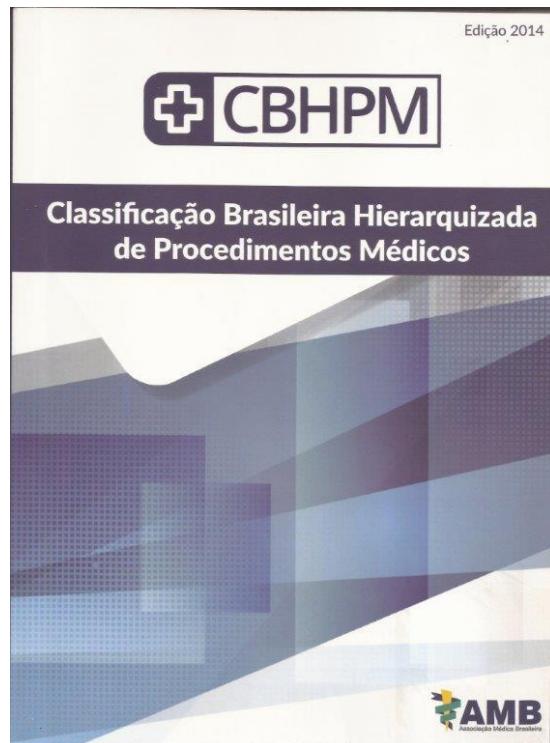
CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Resolução CFM nº 1.931/2009





Boa remuneração para o prestador

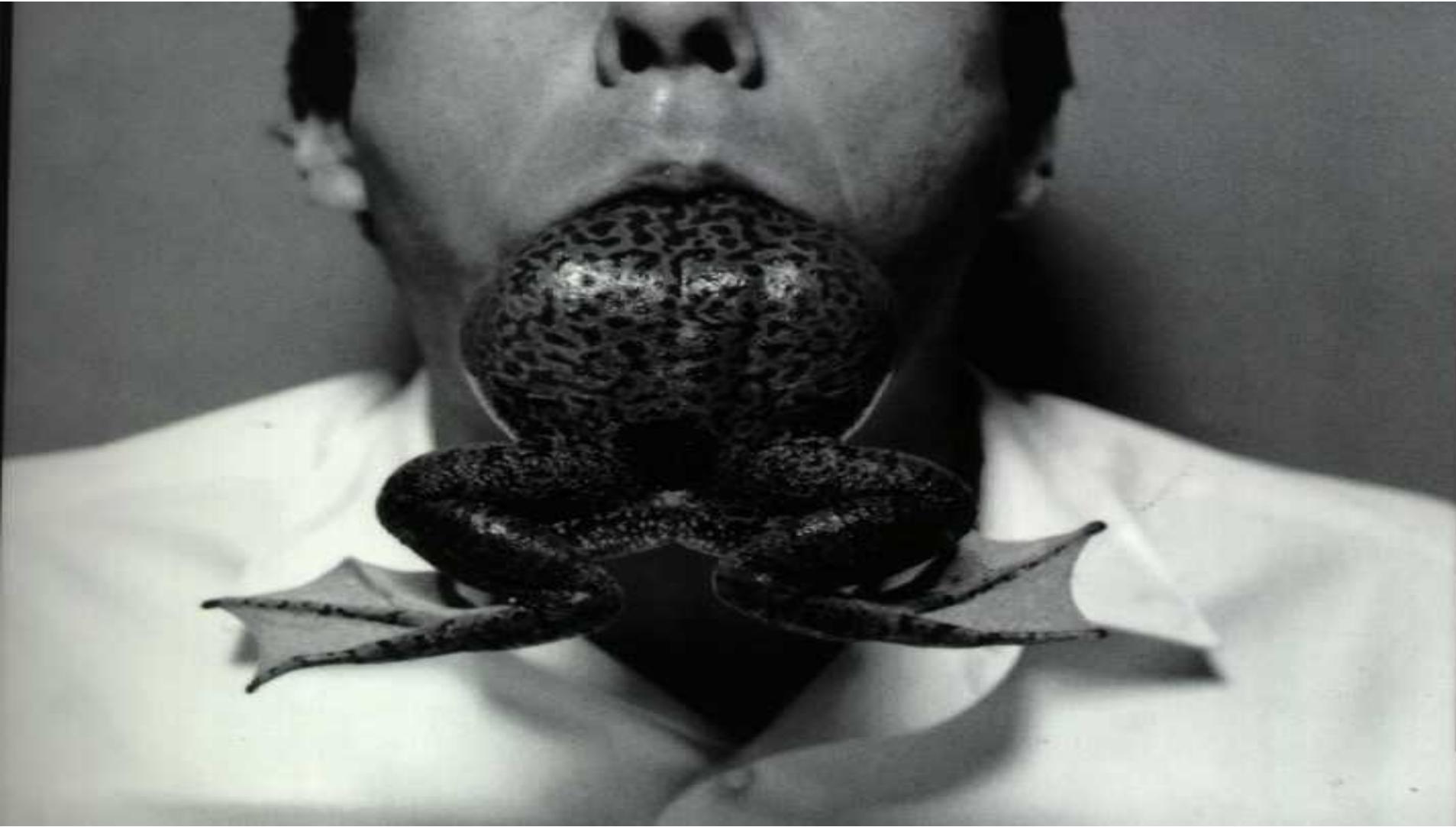


Parceria entre operadora e prestador





CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA





ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS - RN 196/2009

Art. 2º Considera-se Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades:



- I. Promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes;
- II. Contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar;
- III. Oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes;
- IV. Apoio técnico na discussão de aspectos operacionais.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

AÇÕES NECESSÁRIAS PARA MELHORES RUMOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR



1. Implementar efetivamente as mudanças introduzidas pela Lei 13.003/2014 na Lei 9.656/1998:

- Contratualização
- Livre negociação
- Valores de remuneração
- Critérios de Reajustes.



2. Não implantar novas formas de remuneração:

- Tornarão inválidos os avanços da Lei 13.003/2014.
- Todos os riscos ficarão somente com o prestador de serviços.



3. Extinguir as Administradoras

- São atravessadoras
- São desnecessárias
- Não correm nenhum risco
- Fazem o que deveria ser feito pelas OPS
- Aumentam os custos para o usuário
- Reduzem a remuneração dos prestadores de serviços



4. Seguradoras são seguradoras. Não devem atuar como OPS e devem ser regidas exclusivamente pela Lei das seguradoras (10.185/2001) e não pela Lei 9.656/1998:

- A relação da Seguradora deve ser sempre com o segurado, jamais com o prestador de serviços;
- Ao atuar como OPS limita a liberdade de escolha do paciente, e
- Reduz a remuneração do prestador de serviços.



5. Uma empresa não pode ser ao mesmo tempo OPS e Prestadora de Serviços de Saúde

- São papéis distintos
- O duplo papel diminui a qualidade dos serviços assistenciais



6. Institutos Estaduais e Municipais de Assistência à Saúde devem ser regidos pela Lei 9.656/98 (Lei da Saúde Suplementar) e não pela Lei 8.666/1993 (Lei das Licitações)

- São OPS que tem suas receitas na contribuição do servidor (Autogestão);
- Não contam com recursos advindos do tesouro do Estado ou do Município;
- Quando é de seu interesse aplicam princípios da Lei 9.656/98.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA





CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA





... just live your Dream



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**Genoma:
98,6%
IGUAL**