



Realização:



Patrocínio:



Apoio:



UMA INSTITUIÇÃO DA
FUNDAÇÃO UNIMED

Administradora de Benefícios (ADBs)

Cenário em 1998:

- omissão no texto original da Lei 9.656/98.
- mercado com atuação de corretoras, basicamente.

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 39, de 2000:

Art. 11 Classificam-se na modalidade de administradora as empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, sendo que, no caso de administração de planos, são financiados por operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

(alterada em 2003 pela RN nº 40, para incluir “exclusivamente”)

Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001, incluiu no Art. 1º, § 2º da LPS:

Art. 1º. (....)

*§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o §1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão **ou de administração.***

Obs. A Lei não conceitua, nem define o que seja administradora.

Resolução Normativa nº 196, de 2009:

- conceituação
- mudança objeto

Administradora de Benefícios é pessoa jurídica que:

- propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou
- presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades:

- contratar em nome de pessoas jurídicas com operadoras de planos, desde que assumam o risco da inadimplência, vinculando ativos;
- oferecer planos aos associados das pessoas jurídicas contratantes (contratos coletivos por adesão)
- dar apoio técnico para negociação do reajuste; aplicação de mecanismos de regulação e alteração na rede;
- dar apoio a recursos humanos para gerir benefícios dos planos
- receber terceirização de serviços administrativos;
- cobrar beneficiário por delegação; e
- exercer consultoria de prospecção de mercado

Não podem as administradoras:

- a. atuar como representantes de operadoras de planos de saúde;
- b. executar atividades típicas de operadoras de planos de saúde;
- c. impedir ou restringir participação do consumidor por seleção de riscos;
- d. impor barreiras assistenciais;
- e. ter rede de atendimento;
- f. participar na mesma relação contratual em quem tem grupo econômico
- g. adotar padrão TISS.

Conformação do mercado pela ANS:

- fortalecendo o lado do consumidor, pelas ADBs.
- enfraquecendo a capacidade de prospecção e relacionamento com o consumidor, por parte das OPs.

Diversidade de tratamento pela ANS:

- Ops, obrigações para si e para seus dirigentes na LPS, enquanto as ADBs não têm a maior parte destas obrigações. Ex. as responsabilidades dos administradores das ADBs não estão previstas na LPS, que só prevê obrigações; ônus e penalidades para os dirigentes de OPs.
- ativos garantidores são estabelecidos em número e quantidade menor que os das OPs (RN nº 203 e INDIOPE 33): baixa garantia, sendo que, quando estipulam contratos, é delas o ônus da insolvência (art. 5º, RN 196)

Setor Público Federal, como funciona:

- art. 230, da Lei 8.112 de 1990
- Portaria Normativa nº 1, de 2017, Secretaria de Recursos Humanos (março, revoga Portaria nº 5):

Formalmente:

- pelo SUS.

Subsidiariamente:

- por licitação, as operadoras registradas na ANS;
- convênio com autogestão;
- serviço diretamente prestado;
- auxílio indenizatório (ADBs?);

SOLICITAÇÃO DO CONGRESSO NACIONAL DE REALIZAÇÃO DE AUDITORIA NOS CONTRATOS DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE SUPLEMENTAR DE SERVIDORES PÚBLICOS. CONHECIMENTO. INSPEÇÃO. ATENDIMENTO PARCIAL. DETERMINAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE AUDITORIA. OUTRAS DETERMINAÇÕES.

(Processo 037.600/2011-7)

“Descumprem-se, assim, normas de direito financeiro norteador das despesas públicas no que tange à parcela indenizatória, pois a Administração Pública liquida a despesa sem que haja documento comprobatório da efetiva entrega de serviço, seja pela ausência de contrato firmado diretamente entre o servidor e a operadora, seja pela ausência de contrato, acordo ou outros ajustes firmados entre a Administradora e as operadoras de planos de saúde (excetuando-se o Ministério do Interior), estabelecendo-se uma precária relação de confiança, manifestamente imprópria quando se trata de dispêndio público.

Portanto, a atual sistemática adotada descumpra a Lei 4.320/64, que determina que o pagamento da despesa concretiza-se após a regular liquidação, e esta se dará somente após a verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os documentos comprobatórios da entrega de material ou da prestação efetiva do serviço (arts. 62 e 63, § 2º, inciso III).

Riscos de negócios com ADBs:

I - dominam todas as pontas do negócio, controlando fornecedores e consumidores;

II - impedem o contato direto com o contratante;

III - fogem da responsabilidade em ações judiciais (vide casos concretos):

Primeiro:

“(...)as notícias de que a ré não teria providenciado a remessa das carteirinhas (fl. 473) e estaria enviando aos autores boletos com valores inadequados (fls. 457/459 e 467/472), inclusive sob ameaça de cancelamento do plano (fls. 473/475), já nem impressionam mais. Conforme se vê da leitura atenta da sentença de fls. 223/228 que transitou em julgado sem reforma (fls. 270/280), a cláusula contratual que previa o reajuste por ocasião do sexagésimo aniversário dos autores foi declarada nula. Logo, o reajuste que a demandada pode adotar na atualização das prestações devidas pelos autores é tão somente aquele autorizado pela ANS, conforme planilha de fl. 471, extraída do site da ANS. Assim, a remessa aos autores, pela administradora eleita pela ré, de boleto no valor de R\$ 2.481,30 (fls. 467/469), inclusive com ameaça de cancelamento do plano (fl. 475), quando o correto seria R\$ 987,93, configura mais uma das tantas desobediências praticadas pela demandada durante a fase de cumprimento de sentença, a exigir do Juízo a adoção das providências mencionadas nas letras ‘a’ e ‘b’ da decisão de fl. 397 e a prorrogação da multa fixada a fl. 426 por mais 100 dias, totalizando 200 dias.

(...)

(...)

Isso posto: a) com fundamento no art. 537, 1º, inc. I, do CPC, prorrogo o limite da multa diária de R\$ 2.000,00 fixada as fls. 397v e 426 por mais 100 dias, totalizando o limite de até 200 dias, dispensada nova intimação pessoal da devedora, a qual interessa apenas para a cientificação a respeito do termo inicial da incidência da multa, o que aqui já foi providenciado com a expedição da precatória de fl. 453; b) determino a expedição de **mandado de busca e apreensão das carteirinhas** ou de outro documento equivalente que permita aos autores utilizar os benefícios do plano de saúde (fls. 413, 426 e 473). O mandado deverá ser cumprido por precatória **na sede da ré Unimed** (fl. 452), c) condeno a ré a pagar ao autor, sem prejuízo da multa acima referida (letra a), **multa pela litigância de má-fé**, que arbitro em R\$ 9.370,00, que corresponde a 10 salários mínimos nacionais; e d) determino a extração de cópia integral do processo e sua remessa a autoridade policial, a fim de que seja apurada a eventual **prática de crime de desobediência por parte do representante da Unimed**. Intimem-se. Juiz Ruy Rosado de Aguiar Neto.”

Segundo:

“Trata-se de ação revisional na qual a parte autora pretende seja declarada a abusividade da cláusula que estipula o reajuste das mensalidades do plano de saúde de acordo com a faixa etária (60 anos), bem como a devolução dos valores cobrados a maior.

*No caso concreto, em que pese os argumentos da requerida, tenho que restou comprovado o reajustes da mensalidade quando a autora completou sessenta (60) anos de idade, conforme **planilha de fls. 18/20, fornecidas pela contratante do plano.***

*Aqui, diga-se que não prospera a alegação de que ausência de reajuste, até porque planilha de fls. 113/115 foi produzida de forma unilateral pela ré. Inclusive, **competete à operadora do plano fixar os valores das mensalidades, e não à contratante do plano.***

De qualquer forma, em se tratando de relação de consumo, a responsabilidade do fornecedor de serviços é objetiva e solidária, na forma dos arts. 14 e 19 do CDC.” (Desembargador Jorge André Pereira Gailhard, TJ/RS)

(...)

Terceiro:

“Desnecessária a denúncia à lide da empresa com a qual celebrado o contrato coletivo, uma vez que logrou a parte autora demonstrar que os aumentos objurgados decorreram de reajuste etário, efetuados ao completar 60 anos de idade.” (Desembargador Léo Romi Pilau Jr)

IV - violam das regras do Sistema, podendo causar prejuízo financeiro;

Constituição Unimed

*Art. 3º. São objetivos comuns do SISTEMA COOPERATIVO UNIMED:
(...)*

III — a proteção da área de ação das SOCIEDADES COOPERATIVAS UNIMED, nos termos desta Constituição e de suas Normas Derivadas;

Art. 9º. As Federações são:

II — Regionais, constituídas pela totalidade de Singulares de duas ou mais unidades federativas em que não exista Federação Estadual.

*§ 1º Instituída uma Federação Regional, esta poderá ser desmembrada em Federações Estaduais e/ou Regionais, uma vez demonstrada, para as entidades resultantes, sua viabilidade econômica, financeira e operacional, bem como a **inexistência de sobreposição de áreas de ação.***

Art. 10. Na organização do SISTEMA DE SOCIEDADES COOPERATIVAS UNIMED, deverão ser observadas as seguintes regras:

I — a admissão de médicos nas Singulares e destas nas Federações, assim como a realização de negócios, **limitam-se à área de ação expressamente referida nos respectivos estatutos;**

II - **nenhuma cooperativa terá área de ação, total ou parcial, coincidente com a de outra cooperativa do mesmo grau, observado o disposto nos parágrafos deste artigo;**

§1º Para os efeitos do inciso II deste artigo, e salvo disposição em contrário de normas derivadas ou deliberação específica do Conselho Confederativo, **a área de ação compreende a prerrogativa para admissão de cooperados, comercialização de planos e credenciamento de prestadores de serviços assistenciais, além dos demais direitos inerentes ao cooperativismo.**

Norma Derivada de Comercialização nº 13/11

Os contratos firmados pelas Unimed Operadoras de Planos com as Administradoras de Benefícios ou Corretoras terão, obrigatoriamente, que estabelecer regras que cumpram as normas do Sistema Unimed aqui estabelecidas, acrescidos dos seguintes requisitos:

- assinatura do contrato restrita às entidades com jurisdição de âmbito Estadual ou de Singular e a adesão de eventuais mutuários restritas aos residentes do mesmo Estado ou de cada Singular se houver interesse.
- as regras comerciais dentro de cada Estado deverão ser estabelecidas por suas respectivas Federações acordadas com cada Singular
- Singulares podem firmar contratos com as ADBs para venda dos planos por adesão, exclusivamente para beneficiários residentes em sua área de ação.
- contratos devem conter cláusula em que ADBs assume compromisso de não oferecer a outra Operadora os contratos das empresas ou das entidades que pertençam a carteira de clientes Unimed, exceto em caso de acordo ou em caso de liquidação da operadora Unimed. Cláusula deve dispor que o não cumprimento enseja em indenização a favor da Unimed no montante equivalente a 3 faturamentos mensais brutos dos contratos transferidos.

Ação → Reação

- insinuam-se junto à Administração Pública, indicando quem pode receber a subvenção pública → Aprofundar estudo sobre irregularidades e buscar denúncia junto ao Ministério Público ?

- são beneficiadas por leniência da ANS, quanto aos deveres, em detrimento das operadoras → Denunciar as desigualdades de tratamento para a ANS e propor medidas que igualem os deveres de administradoras e operadoras e dirigentes de ambas?

- se valem do direito reconhecido a elas e não reconhecido às OPS, de cobrar diretamente dos beneficiários dos contratos coletivos por adesão → Ação Judicial

Obs. Cooperativas do Rio Grande do Sul estão obtendo este direito (TRF/4ª, APC 5024420-26.2010.4.04.7100/RS - “As regras insertas nos artigos 13 e 14 da Resolução extrapolam os limites do poder regulamentar atribuído à ANS e do regramento legal e fere o princípio da proporcionalidade, por inadequadas e desnecessárias ao atingimento da finalidade perseguida”) e o Sindicato Nacional está com ação de igual natureza. Nestes processos, a ANS diz que se houver autorização do beneficiário junto ao contratante, não se oporia à cobrança pelas OPs.

- criar mecanismos de “pool” de contratos, para diminuir custos, o que trará preços competitivos em igualdade aos oferecidos pelas OPS.

- Comissão de Validação de Contratos – CVC (RAMI Federação RS)

OBRIGADO!

Cássio Augusto Vione da Rosa

Advogado

Unimed 
Brasil