

Relatório Consumo e Saúde Suplementar

I. Introdução

1. A Secretaria Nacional do Consumidor – Senacon, vinculada ao Ministério da Justiça, criada pelo Decreto Federal nº 7.738, de 28 de maio de 2012, tem entre as suas atribuições, estabelecidas no artigo 106 do Código de Defesa do Consumidor e no artigo 3º do Decreto nº 2.181/97, a coordenação do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) e a implementação da Política Nacional das Relações de Consumo.
2. Destarte, a atuação da Senacon concentra-se no planejamento, elaboração, coordenação e execução da Política Nacional das Relações de Consumo, com os objetivos de: (i) garantir a proteção e exercício dos direitos dos consumidores; (ii) promover a harmonização nas relações de consumo; (iii) incentivar a integração e a atuação conjunta dos membros do SNDC; e (iv) participar de organismos, fóruns, comissões ou comitês nacionais e internacionais que tratem da proteção e defesa do consumidor ou de assuntos de interesse dos consumidores, dentre outros.
3. No desempenho de suas competências, a Senacon atua na análise de questões que tenham repercussão nacional e interesse geral, na promoção e coordenação de diálogos setoriais com fornecedores, na cooperação técnica com órgãos e agências reguladoras, na advocacia normativa de impacto para os consumidores, na prevenção e repressão de práticas infrativas aos direitos dos consumidores.
4. Nesse sentido, e considerando a nova realidade do consumidor brasileiro que, com o aquecimento da economia nos últimos anos, além de ter mais acesso a bens e serviços antes inacessíveis, passou a lidar com a oferta de novos produtos e serviços cada vez mais complexos, como os serviços relacionados a telecomunicações, assuntos financeiros, planos de saúde, aviação, comércio eletrônico, proteção de dados, saúde e segurança, turismo, dentre outros, o Governo Federal lançou o Plano Nacional de Consumo e Cidadania – PLANDEC, através do Decreto nº 7.963/2013, em 15 de março de 2013.

5. Dentre os objetivos do PLANDEC, dispostos no artigo 3º do Decreto nº 7.963/2013, destaca-se a prevenção e repressão de condutas que violem direitos do consumidor, tendo em vista a efetiva proteção e defesa dos consumidores em todo o território nacional, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações.

6. De modo a alcançar seus objetivos, foram estabelecidos três eixos de atuação do PLANDEC: (I) prevenção e redução de conflitos; (II) regulação e fiscalização; e (III) fortalecimento do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor.

7. O tema “Regulação e Fiscalização” restou instituído como um dos eixos de atuação do PLANDEC, tendo em vista o aprimoramento das relações de consumo no Brasil, através do estabelecimento de mecanismos institucionais de fortalecimento da proteção dos consumidores de serviços regulados, tanto pelo aperfeiçoamento regulatório, como pela ampliação da fiscalização por desrespeito aos direitos dos consumidores desses serviços.

8. Nesse sentido, oportuno verificar que dados consolidados pelo Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor – Sindec e pelos próprios bancos de dados das Agências Reguladoras demonstram que falhas na prestação dos serviços regulados são origem da maioria dos conflitos de consumo registrados pelos órgãos de defesa do consumidor. Em 2014, o setor de telecomunicações, por exemplo, que compreende os serviços de telefonia fixa, telefonia celular, TV por assinatura e Internet, foi o que obteve a maior participação em demandas no Sindec, com 27,4% das demandas. Cumpre registrar que no ranking dos 20 assuntos mais demandados do Sindec, além dos problemas relacionados ao setor de telecomunicações, os Procons registram expressivo número de reclamações ou denúncias relacionadas aos demais serviços regulados, onde se evidenciam problemas relacionados aos serviços financeiros, setor elétrico e planos de saúde. Também o Poder Judiciário registra um grande número de demandas relacionadas aos serviços regulados.

9. Especificamente, em relação ao setor de saúde suplementar chama a atenção o fato de que aliado ao expressivo crescimento do setor, evidenciado nos últimos anos, constata-se o aumento das reclamações de consumidores em relação aos seus planos de saúde. Dados do Sindec, gerados no período entre 2011 a dezembro de 2014, apontam que houve um

aumento de reclamações de consumidores contra planos de saúde, principalmente em relação aos problemas com contratos, reajustes, negativas de coberturas assistenciais, descumprimento à oferta e atendimento em geral. O setor de saúde suplementar tem registradas mais de 98 mil reclamações no Sindec, sendo que houve um significativo aumento de registro nas reclamações, de 2011, quando foram registradas 19.443 queixas, para 2014, quando o número de denúncias chegou a 25.255.

Quantidade de Atendimentos Sindec:

Assunto	2011	2012	2013	2014	Total
Plano de Saúde	19.443	25.498	28.242	25.255	98.438

Fonte: Pesquisa Sindec – março/2015

Principais problemas em 2014:

Posição	Problema	Quantidade	Total
1º	Problemas com contratos de saúde (Não cobertura, abrangência, reembolso)	7.202	28,5%
2º	Problemas de Reajuste	3.340	13,2%
3º	Negativa de Cobertura	2.497	9,9%
4º	Problemas de SAC	2.477	9,8%
5º	Rescisão/Substituição/Alteração de contrato de saúde	2.223	8,8%
	Demais Problemas	7.516	29,8%
	Total Geral	25.255	100,0%

Fonte: Pesquisa Sindec – março/2015

10. Recentemente, em junho de 2014, a Senacon lançou a plataforma www.consumidor.gov.br, um serviço público disponível na Internet para solução de conflitos de consumo. O consumidor.gov.br apresenta o perfil das empresas participantes, com informações atualizadas sobre a quantidade de reclamações finalizadas por empresa, índice de solução, de satisfação do consumidor com o atendimento recebido, percentual e prazo médio de respostas. Cumpre registrar que desde o seu lançamento, em junho de 2014, até março de 2015 já haviam sido registradas em torno de 400 reclamações de consumidores de planos de saúde, o que evidencia que as questões relacionadas aos planos

de saúde se encontram entre os principais problemas enfrentados pelos consumidores brasileiros.

11. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar e de outras entidades de defesa do consumidor, também, confirmam essa situação. De acordo com a Agência, em 2014, foram recebidas 328.870 solicitações de consumidores de planos de saúde na central de relacionamento com o consumidor, sendo 234.773 pedidos de informações e 94.097 reclamações de beneficiários junto à ANS. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), os planos de saúde lideram o *ranking* de atendimentos do instituto pelo terceiro ano consecutivo. Em 2014, das mais de 11 mil reclamações dos associados do instituto, 19,83% — ou seja, mais de 2 mil — foram relativas a assistência à saúde. Ajustes abusivos e negativa de cobertura são as reclamações mais recorrentes no Idec em relação aos planos de saúde.

12. Nesse cenário, com base nas reclamações dos consumidores sobre planos e serviços de saúde privados, e, considerando (1) que a Secretaria Nacional do Consumidor – Senacon/MJ – tem entre as suas atribuições a coordenação do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) e a implementação da Política Nacional de Relações de Consumo; (2) que o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor congrega Procons, Defensorias Públicas, Ministério Público, entidades civis de defesa do consumidor e delegacias do consumidor, possuindo competência concorrente para fiscalizar, receber denúncias, apurar irregularidades e promover a proteção e defesa dos consumidores; bem como, (3) que o Plano Nacional de Consumo e Cidadania – PLANDEC, instituído pelo Decreto nº 7.963/2013, possui entre suas diretrizes garantir produtos e serviços com padrões de adequados de qualidade, segurança, durabilidade e desempenho, bem como prevenir e reprimir condutas que violem direitos do consumidor, a Senacon instituiu o Grupo de Trabalho Consumo e Saúde Suplementar, através da Portaria nº 47, de 10 de junho de 2014.

13. O Grupo de Trabalho Interinstitucional, de caráter técnico e operacional, foi criado para estabelecimento de mecanismos institucionais que visem o fortalecimento da proteção

dos direitos dos consumidores de serviços de saúde suplementar e o aperfeiçoamento regulatório no setor de saúde suplementar, tendo como membros:

I - Amaury Martins de Oliva, Diretor do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor;

II - Danilo César Maganhoto Doneda, Coordenador-Geral de Estudos e Monitoramento de Mercado, do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor;

III - Alessandra de Almeida Camargos Costa Oliveira, Coordenadora-Geral de Consultoria Técnica e Processos Administrativos, do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor;

IV - Carlos Chagas Ferreira de Souza, Coordenador de Monitoramento de Mercado da Coordenação-Geral de Estudos e Monitoramento de Mercado, do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor;

V - Gisela Simona Viana de Souza, Superintendente do Procon do Mato Grosso e Presidenta da Associação Brasileira de Procons - ProconsBrasil;

VI - Patrícia Alvares Dias - Assessora da Diretoria de Programas Especiais da Fundação Procon São Paulo;

VII - Cláudia Santos - Coordenadora-Geral do Procon Municipal de Fortaleza/CE;

VIII - Larissa Davidovich, Defensora Pública do Estado do Rio de Janeiro e Coordenadora da Comissão de Defesa do Consumidor do Conselho Nacional de Defensores Públicos Gerais - Condege;

IX - Saulo Ventura de Holanda, Promotor de Defesa do Consumidor do Ministério Público do Estado de Alagoas;

X - Renata Ruback dos Santos, Coordenadora Jurídica do Procon Municipal do Rio de Janeiro; e

XI - Joana Cruz, do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – Idec

II. Dados do Setor

14. O número de beneficiários de planos privados de assistência à saúde vem apresentando constante crescimento, já atendendo hoje a aproximadamente um quarto da

população brasileira. De acordo com os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o mercado de planos privados de assistência à saúde no Brasil conta 1.433 operadoras de planos de saúde que atendem a 71,8 milhões de consumidores de planos de saúde.

15. Fatores como o aquecimento da economia, aumento do emprego formal e da renda dos trabalhadores, aliados às dificuldades da população em relação à garantia do atendimento da saúde pública de forma integral através do SUS contribuíram para o crescimento da busca pela contratação de planos de saúde.

16. Segundo a Agência, o setor de saúde suplementar conta com 50,5 milhões de consumidores em plano de assistência médica e 21,3 milhões de consumidores em planos exclusivamente odontológicos, tendo o número de usuários crescido com passar dos anos. Desses quase 72 milhões de beneficiários, em torno de 80% encontram-se vinculados a planos coletivos, enquanto, apenas, 20% encontram-se vinculados a planos individuais/familiares.

17. Em relação ao crescimento da contratação de planos de saúde, imperativo destacar o significativo aumento na contratação de planos coletivos de assistência médica. Conforme se pode observar no Gráfico 1, entre os anos de 2008 a 2013, o número de contratações de planos coletivos de assistência médica aumentou em quase 10 milhões de contratações, enquanto o número de contratações de planos de assistência médica individuais, no mesmo período, teve um aumento de um pouco mais de um milhão.

Gráfico 1: Beneficiários de planos privados de assistência médica por tipo de contratação do plano, segundo época de contratação do plano (2008-2013)

Época de contratação do plano	TOTAL		Coletivo		Individual		Não informado	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Dez/2008	41.468.019	100,0	30.586.603	73,8	8.966.805	21,6	1.914.611	4,6
Dez/2009	42.600.401	100,0	31.857.322	74,8	9.105.288	21,4	1.637.791	3,8
Dez/2010	45.055.273	100,0	34.184.825	75,9	9.467.941	21,0	1.402.507	3,1



Dez/2011	46.387.975	100,0	35.666.997	76,9	9.645.423	20,8	1.075.555	2,3
Dez/2012	48.064.157	100,0	37.545.850	78,1	9.828.564	20,4	689.743	1,4
Dez/2013	50.270.398	100,0	39.701.020	79,0	9.988.349	19,9	581.029	1,2

Caderno de Informações da Saúde Suplementar – ANS-12/2013

18. Da análise do Gráfico 2, por sua vez, percebe-se que só é verificado um crescimento, de forma um pouco mais expressiva, da contratação de planos individuais/familiares, quando considerado, apenas, o universo de planos exclusivamente odontológicos.

Gráfico 2: Beneficiários de planos privados exclusivamente odontológicos por tipo de contratação do plano, segundo época de contratação do plano (2008-2013)

Época de contratação do plano	TOTAL		Coletivo		Individual		Não informado	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Dez/2008	11.061.362	100,0	9.322.480	84,3	1.488.036	13,5	250.846	2,3
Dez/2009	13.287.899	100,0	10.952.205	82,4	2.087.033	15,7	248.661	1,9
Dez/2010	14.550.324	100,0	11.903.885	81,8	2.436.592	16,7	209.847	1,4
Dez/2011	17.021.128	100,0	13.861.049	81,4	2.971.560	17,5	188.519	1,1
Dez/2012	19.171.857	100,0	15.579.540	81,3	3.479.132	18,1	113.185	0,6
Dez/2013	20.740.761	100,0	16.946.295	81,7	3.705.012	17,9	89.454	0,4

Caderno de Informações da Saúde Suplementar – ANS-12/2013

19. Assim, ao se comparar o Gráfico 1 e o Gráfico 2, em que pese deva ser considerado que o mercado de planos de saúde encontra-se em expansão, devido ao aumento de contratações de planos de saúde, evidencia-se que o mercado de planos de saúde não apresenta um crescimento proporcional, em relação ao tipo de contratação, encontrando-se

o seu expressivo crescimento concentrado no aumento da contratação de planos coletivos e de assistência médica.

20. As informações dos Gráficos acima, em relação ao número de beneficiários por tipo e natureza do contrato de plano de saúde, são disponibilizadas pela própria ANS; contudo, chama a atenção o relevante número de contratos de natureza “não informada”. Percebe-se, também, que o número de contratos “não identificados” vem diminuindo, razão pela qual foi gerado uma consulta à ANS sobre os fatos, notadamente, a fim de se esclarecer se esses contratos deixaram de existir ou se foram, apenas, re-allocados na planilha, o que poderia vir a comprometer as análises quanto ao crescimento do mercado de planos de saúde. A ANS, no entanto, ainda não apresentou resposta aos esclarecimentos. Importante reforçar a necessidade de obtenção de esclarecimentos desses dados para análise fidedigna do crescimento do setor, uma vez que, por exemplo, em caso de constatada, apenas, a re-alocação desses contratos “não informados” para planos individuais, restaria comprometida a afirmação de crescimento do segmento de planos individuais.

21. Destarte, ainda que desconsiderando a segmentação do plano – se de assistência médica ou exclusivamente odontológica – *mister* destacar a clara concentração do mercado na contratação de planos coletivos. Conforme mencionado, dados fornecidos pela ANS (Gráfico 3), demonstram a concentração de quase 80% dos consumidores de planos de saúde vinculados a planos coletivos, enquanto, apenas, 20% encontram-se vinculados a planos individuais.

Gráfico 3:

	TOTAL	
	Absoluto	Relativo
Beneficiários vinculados a planos de saúde	72.008.427	100%
Plano Individual/Familiar	14.190.391	19,70%
Plano Coletivo	57.237.098	79,50%
Não Identificado	580.938	0,80%

Fonte: ANS – SIB 06/2014

22. Por fim, em relação ao panorama geral e ao crescimento do setor de saúde suplementar nos últimos anos, imperativo observar: (1) a concentração existente no mercado, onde grande parcela de consumidores encontra-se vinculada a planos coletivos; bem como, (2) o fato de que a contratação de planos coletivos cresceu em uma proporção expressivamente maior do que a contratação de planos individuais/familiares.

23. Paralelamente ao crescimento do setor, evidenciado no aumento da contratação de planos privados de assistência à saúde, constata-se, no entanto, o crescimento das reclamações de consumidores em relação aos seus planos de saúde, sobretudo no que diz respeito à má qualidade da prestação dos serviços contratados. Dessa forma, aliado ao seu crescimento, o mercado de Saúde Suplementar encontra-se em um momento crítico e de reflexão, a fim de buscar mecanismos para superar as suas dificuldades.

III. Diagnóstico dos problemas do setor

24. Tendo como base os dados do Sindec e do consumidor.gov.br; bem como, a realidade percebida pelos membros do GT em Procons, entidades civis de defesa do consumidor, Defensorias Públicas e Ministério Público, o grupo definiu por estratégia, em um primeiro momento, diagnosticar os principais problemas enfrentados pelos consumidores de planos de saúde, a fim de, a partir da análise dos mesmos, propor encaminhamentos visando o equilíbrio das relações de consumo focado na proteção do consumidor, parte vulnerável dessa relação.

(i) Reajuste dos planos de saúde

25. O primeiro problema identificado diz respeito à atual política de reajuste dos planos de saúde. Nessa questão, constata-se que o atual modelo não contempla os interesses da maior parte dos consumidores de planos de saúde, uma vez que não contempla todos os contratos de planos de saúde: apenas os contratos de planos individuais/familiares têm o percentual de reajuste anual autorizado pela ANS; nos planos coletivos esse percentual é definido a partir da livre negociação entre as partes contratantes (no caso, a empresa contratante, em nome de seus funcionários e/ou associados e a Operadora). Assim, considerando que em torno de 80% dos planos de saúde vigentes são coletivos e que nesses

contratos não existe a intervenção da Agência quanto à divulgação de um índice máximo de reajuste anual por variação de custos permitido e tampouco se exige a autorização da ANS para aplicação do reajuste acordado entre as partes, verifica-se que a maior parte dos consumidores de planos de saúde vigentes encontra-se exposta à ocorrência de reajustes, por vezes, muito acima do índice máximo estabelecido pela ANS para os contratos individuais/familiares, em face à ausência de regulação desse segmento específico.

(ii) Regulamentação insuficiente dos planos coletivos

26. Essa questão dos reajustes aponta para um segundo problema identificado que se refere à diferenciação regulatória existente no setor no que diz respeito aos planos individuais e coletivos, que somado ao problema da falta de informações claras e disponíveis contribuem com o aumento da vulnerabilidade do consumidor de planos de saúde.

27. A legislação setorial vigente, além de tratar de forma diferenciada os planos de saúde individuais e coletivos no que diz respeito aos reajustes, confere, também, maior proteção aos consumidores de planos individuais em relação às obrigações de manutenção do contrato. Enquanto os planos individuais possuem a proibição do cancelamento unilateral; bem como, da interrupção contratual por inadimplência sem a devida observância ao preconizado no artigo 13 da Lei Federal nº 9656/98; nos casos de planos coletivos, a legislação limita-se a dispor que as condições de rescisão e suspensão dos contratos devem estar dispostas no instrumento contratual, sem aplicar nenhuma condição especial de observância.

28. Destarte, verifica-se que a possibilidade de rompimento unilateral de contrato e a liberdade para estabelecimento dos índices de reajustes anuais por variação de custos são características dos planos coletivos, por força da legislação setorial vigente. Assim, como consequência natural do mercado, as operadoras de planos de saúde têm diminuído a oferta de planos de saúde individuais e incentivado a contratação de planos coletivos, menos regulados.

29. O rígido controle da ANS e o maior rigor quanto à fiscalização dos planos de saúde individuais/familiares, aos quais são imputadas obrigações não previstas para os contratos de natureza coletiva, contribuem para o estabelecimento desse cenário de desaparecimento da oferta de planos individuais/familiares, tendo as operadoras de planos de saúde apresentado crescente desinteresse em manter a comercialização de contratos dessa natureza.

30. Contudo, esse cenário de impedimento de contratação de planos individuais, pela ausência de oferta desses produtos pelas operadoras aponta, ainda, para um outro problema que deve ser enfrentado, qual seja, o afastamento da possibilidade de contratação de planos de saúde por consumidores que, eventualmente, não possuam algum vínculo legítimo para ingresso em plano coletivo. Ou seja, é preciso levar em consideração que nem sempre os planos coletivos são uma escolha possível, posto que para contratá-los é necessário um intermediário – empresa empregadora, associação ou sindicato. Assim, aquele consumidor que não tem um plano coletivo oferecido pela empresa em que trabalha ou que não é associado ou sindicalizado de uma instituição que ofereça planos coletivos, estará impossibilitado de contratar um plano de saúde.

31. O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) alerta para o fato de que existe no mercado a prática de oferecimento de planos coletivos através de panfletagem e outras táticas de publicidade ostensiva, geralmente vinculados a associações que o consumidor sequer conhece. Há casos em que o consumidor é convidado a participar de associações de categoria da qual não faz parte apenas para poder contratar o plano coletivo, não sendo raros os casos em que sequer há esclarecimento de que se trata de um contrato coletivo¹.

32. Como verificado, o número de contratantes de planos coletivos tem crescido consideravelmente nos últimos anos; todavia, a escolha de planos coletivos envolve riscos, sobre os quais os consumidores não estão sendo devidamente conscientizados nem pela

¹ <http://www.idec.org.br/consultas/dicas-e-direitos/individual-ou-coletivo-descubra-qual-plano-de-saude-e-mais-vantajoso-para-voce>

ANS, nem pelas operadoras de planos de saúde, tampouco pelas administradoras de benefícios, principais responsáveis pelo aumento da oferta de planos coletivos por adesão.

(iii) Alienação de carteiras de operadoras e má prestação dos serviços de saúde

33. Outro problema verificado pelos membros do GT diz respeito à forma da alienação de carteiras de operadoras de planos de assistência à saúde, seja pela quebra, seja pela decisão voluntária das operadoras de se desfazerem de determinado tipo de contrato. A alienação de carteiras pelas operadoras; bem como, a liquidação de operadoras expõem os consumidores a uma situação de maior vulnerabilidade, em face da ausência de informações e orientações disponíveis, acarretando danos econômicos e prejuízos à saúde e segurança do consumidor.

34. Por fim, ainda, outros problemas identificados referem-se à má prestação do atendimento pelas operadoras de planos de saúde, em face da descontinuidade e insuficiência de rede prestadora credenciada; bem como, negativas de coberturas assistenciais de procedimentos por parte das operadoras de planos de saúde. Imperativo verificar que a ausência de estabilidade da rede assistencial em consequência da deficiência de incentivos regulatórios resulta em violação ao CDC por alteração unilateral do contrato e não cumprimento da oferta.

IV. Da análise

35. Após a constatação de que a maior parte dos consumidores de planos de saúde encontra-se vinculada a contratos de planos coletivos, aos quais, por sua vez, não é outorgado o mesmo rigor de controle pela ANS, em relação aos reajustes anuais e às possibilidades de quebra do contrato, os membros do GT elegeram a questão dos planos de saúde coletivos como o primeiro tema-problema a ser tratado pelo Grupo.

36. Em um primeiro momento foi realizado um estudo detalhado da legislação de planos de saúde vigente, a fim de identificar diferenças regulatórias existentes entre os planos de saúde individuais e coletivos.

37. Da análise realizada, restou identificado que a Lei Federal nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, em dois momentos explicita obrigações a serem observadas aos contratos de planos de saúde individuais, não fazendo referências, nesses casos, aos planos coletivos, manifestamente no que diz respeito à proibição de rescisão unilateral dos planos de saúde contratados individualmente, salvo por motivo de fraude ou inadimplência, ocasião em que o consumidor deverá ser comprovada e previamente notificado (em até dez dias antes da rescisão) e não poderá ocorrer antes de 60 (sessenta) dias de atraso do pagamento; bem como, no que diz respeito aos reajustes, ao vedar a aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos contratos individuais sem a prévia autorização da ANS.

38. Em que pese o fato da Lei nº 9.656/98 imputar obrigações, nos temas supramencionados, a serem observadas nos casos de planos de saúde individuais, em nenhum momento, ela desobriga os planos coletivos, apenas, delimita a observância ao preconizado para os planos individuais.

39. Nesse sentido, cumpre verificar que a Lei Federal nº 9.961/2000, por sua vez, que dispõe sobre a criação da ANS, em relação ao tema “reajuste”, impõe à Agência a obrigação de autorizar os reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, não trazendo nenhuma restrição ao tipo de plano, se individual ou coletivo. Contudo, a ANS ao regulamentar o tema, através da Resolução Normativa nº 171/2008 não previu a obrigatoriedade de prévia autorização da ANS para aplicação dos reajustes anuais em contratos coletivos. Aos contratos coletivos, a legislação limita-se a imputar a obrigatoriedade de comunicação à ANS do percentual de reajuste aplicado, *verbis*:

Art. 13. Para os planos coletivos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, com formação de preço pré-estabelecido, assim definidos pelo item 11.1 do anexo II da Resolução Normativa - RN nº 100, de 3 de junho de 2005, independente da data da celebração do contrato, deverão ser informados à ANS:

I – os percentuais de reajuste e revisão aplicados; e

II – as alterações de co-participação e franquia

40. Dessa forma, nos termos da regulamentação setorial vigente, nos contratos de planos coletivos de assistência suplementar à saúde, não se exige a autorização da ANS para a aplicação dos reajustes da contraprestação pecuniária, apenas, a comunicações do índice de reajuste praticado, conforme disposto na Resolução Normativa nº 171/2008. Assim, desde que obedecidas as regras acordadas no instrumento contratual referentes às cláusulas de reajuste, a ANS não avalia, a princípio, se existe alguma abusividade ou irregularidade nos índices e nos métodos utilizados para o reajuste do valor da mensalidade dos planos coletivos.

41. Em relação ao tema “contrato”, a Lei nº 9.961/2000, por sua vez, impõe à ANS estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras; no entanto, ao regulamentar o tema, através da Resolução Normativa nº 195/2009, a ANS, novamente, permitiu o tratamento diferenciado para planos individuais e coletivos, uma vez que não trouxe aos planos coletivos a proibição imposta pelo artigo 13 da Lei nº 9.656/98, em relação à impossibilidade de rescisão unilateral de contratos.

42. A Resolução Normativa nº 195/2009 permite a rescisão unilateral e imotivada de contratos de planos de saúde coletivos, após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias. Dessa forma, de acordo com a legislação editada pela ANS, transcorrida a vigência contratual mínima, as partes (operadora ou pessoa jurídica contratante) podem resilir o contrato, caso as condições acordadas deixem de ser satisfatórias.

43. Ainda, em relação ao tema, imperativo verificar o preconizado no artigo 17 da Resolução Normativa nº 195/2009, que estabelece que as condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos, devem constar do contrato celebrado entre as partes. Esse dispositivo criou a possibilidade da ocorrência da suspensão do plano de saúde do beneficiário inadimplente, sem a prévia notificação, desde que tal conduta esteja prevista no contrato celebrado entre as partes; conduta essa vedada aos planos individuais, por força do preconizado no artigo 13 da Lei nº 9.656/98.

(artigo 13 da Lei nº 9.656/98)

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

[...]

II – a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e

III – a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

(artigo 17 da Resolução Normativa nº 195/2009)

Art. 17 As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Parágrafo único. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

44. Imperativo destacar, ainda, o fato de não existir nenhum dispositivo que resguarde o consumidor de plano de saúde coletivo da suspensão ou rescisão unilateral do contrato durante a ocorrência de internação do titular ou de seus dependentes vinculados ao plano. De acordo com a legislação de Saúde Suplementar vigente, as Operadoras podem, de fato, proceder à exclusão do consumidor de plano coletivo, mesmo em caso de o beneficiário encontrar-se internado na data de término do contrato.

45. Em face da constatação de que o seguimento dos planos individuais se tornou desinteressante em termos comerciais para as Operadoras, levando a crer que esses contratos poderiam não, apenas, não serem mais atrativos, como também, não serem

economicamente sustentáveis, o Grupo decidiu por consultar a ANS quanto à postura adotada em relação ao tratamento diferenciado dado aos planos de saúde individuais e coletivos.

46. Em continuidade, foi encaminhado o Ofício nº 1622/2014 – DPDC/Senacon/MJ à ANS, em 09/09/2014. Em resposta, a ANS esclareceu, através do Ofício nº 563/2014/PRESI, em 25/09/2014:

(...) que, de fato, sob o ponto de vista legal, os incisos XVII e XVIII, do artigo 4º, da Lei nº 9.961/2000 outorgam à ANS a competência para autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, e expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;

que, diante da possibilidade legal da regulação de reajustes, a ANS exerce o controle de preços dos planos de saúde em ordem decrescente de intensidade, através da autorização (grau máximo de controle); homologação (grau médio) e monitoramento (grau mínimo);

que, dependendo das circunstâncias, a ANS, a partir da aferição do contexto setorial, decide pela aplicação de um ou outro mecanismo de regulação de preços, o que depende de um juízo de discricionariedade técnica;

que a ANS possui atribuição para autorizar, homologar ou monitorar reajustes de qualquer plano privado de assistência à saúde, dado que a operação de planos de saúde foi colocada em status de relevante interesse coletivo;

que a ANS pode, portanto, modificar o modelo atual de regulamentação de reajustes de planos coletivos de forma a acompanhar a dinâmica do mercado de saúde suplementar;

que a ANS se baliza nos termos da Lei nº 9.656/98 para somente autorizar o reajuste dos planos de contratação individual ou familiar. Nos contratos de planos coletivos de assistência suplementar à saúde, não se exige a autorização da ANS para a aplicação dos reajustes da contraprestação pecuniária;

que a ANS realiza o seu mister regulatório, nos planos coletivos, através do monitoramento da evolução de seus preços. Neste contexto, as operadoras devem comunicar à ANS os reajustes aplicados, tanto os positivos e os negativos, quanto a ausência de reajuste;

que obedecidas as regras acordadas no instrumento contratual referentes às cláusulas de reajuste, não se pode definir, a princípio, se existe alguma abusividade ou irregularidade nos índices e nos métodos utilizados para o reajuste do valor da mensalidade desses planos;

que, acompanhando a dinâmica do mercado de saúde suplementar, em outubro de 2012, a ANS modificou a regulamentação dos reajustes de contratos coletivos com menos de 30 beneficiários ao publicar a RN n° 309/2012, que institui o agrupamento de contratos (pool de risco);

que a metodologia de reajuste em contratos coletivos é estabelecida em contrato e o percentual de reajuste é definido por meio de livre negociação entre a pessoa jurídica contratante e a operadora ou por meio do agrupamento de contratos;

que o controle direto sobre o reajuste dos planos coletivos por parte da ANS pode acarretar num aumento de preços desses planos e, como consequência, a extinção do poder de barganha por parte das pessoas jurídicas contratantes.

V.. Conclusão

47. Em que pesem os apontamentos apresentados pela ANS, os membros do GT, de forma consensual, entenderam que a diferenciação regulatória adotada pela ANS, em relação aos contratos de planos de saúde individuais e coletivos é prejudicial aos consumidores de planos de saúde, uma vez que coloca os beneficiários de planos coletivos em demasiada vulnerabilidade, expondo os consumidores a práticas abusivas de mercado, as quais poderiam e deveriam ser evitadas, através de uma regulação eficiente, de forma integral, do setor.

48. Embora se reconheça o esforço da agência reguladora na diminuição dos problemas referentes a reajustes de contratos coletivos com a edição da Resolução Normativa n° 309/2012, que trata do agrupamento de contratos coletivos com menos de 30 beneficiários vinculados para aplicação de um reajuste único (pool de risco), tal medida ainda se mostra insuficiente para solução das distorções de mercado e lesões de direitos dos consumidores decorrentes da regulação fragmentada e não uniforme dos planos de saúde. Nesse sentido, pesquisa do Idec², divulgada em julho de 2014, demonstrou que os reajustes desses contratos podem ser de até 73%, o que coloca em questão a efetividade da norma.

49. Destarte, mesmo reconhecendo que, sob o ponto de vista macro, o aperfeiçoamento regulatório do setor encontra-se vinculado a necessidade de alterações legislativas, é latente

² http://www.idec.org.br/uploads/revistas_materias/pdfs/189-pesquisa-planos-s1.pdf

perceber que algumas dificuldades enfrentadas pelos consumidores de planos de saúde coletivos poderiam ser minimizadas com os devidos ajustamentos em normativos editados pela Agência reguladora, a fim de suprimir o tratamento diferenciado dado pela Agência aos planos individuais e coletivos, como observado nas resoluções vigentes, RN n° 171/2008 e RN n° 195/2009.

50. É necessário, também, ampliar as discussões sobre os índices de reajustes, a fim de aumentar a transparência do processo de formação dos preços dos planos de saúde. Atualmente, não se têm disponíveis dados qualificados do setor, tais como, faturamento das empresas, variação dos custos médico-hospitalares, definição de patamares mínimos de qualidade de atendimento e suficiência de rede prestadora, o que dificulta a possibilidade de aferição da regularidade dos reajustes praticados.

51. A Senacon, por meio da Nota Técnica n° 19/CGEMM/DPDC/SENACON/2012, emitiu parecer em relação à caracterização de relação de consumo latente no mercado de planos de saúde, independentemente da forma de contratação do plano, razão pela qual é irrefutável a aplicabilidade do CDC para todos os contratos de planos de saúde, sejam planos contratados individualmente, sejam planos coletivos. Assim, a figura de um intermediário prevista na contratação dos planos de saúde coletivos, em nada altera a relação de consumo existente, devendo ser observado, também nos contratos coletivos, o preconizado na legislação consumerista:

15. Nos planos privados de saúde em qualquer modalidade, o fornecedor é a operadora do plano e o consumidor é seu usuário. Ocorre que nos planos de saúde coletivos – exceto no caso da falsa coletivização – existe um terceiro elemento que se coloca entre o usuário do serviço e a operadora de plano de saúde, sua fornecedora. Esse terceiro elemento pode ser tanto o empregador desse usuário (contratos coletivos empresariais), quanto o sindicato ou associação que guarda com o usuário uma relação classista (contrato coletivo por adesão). Observa-se que o papel do terceiro elemento é atuar como intermediário da transação entre a operadora e o usuário, sem descaracterizar, entretanto, a relação de consumo entre aqueles, mas organizando e viabilizando-a.

16. Ora, a relação de consumo é uma relação jurídica na qual se identificam, necessariamente, um consumidor e um fornecedor, e entre eles uma transação envolvendo a aquisição de produto ou serviço. De modo que em uma análise acurada da relação jurídica que se estabelece nos planos

coletivos de saúde, verifica-se que a relação de consumo existente se dá entre o usuário de planos de saúde e a operadora de plano de saúde. O chamado terceiro elemento atua, na verdade, como intermediário nessa negociação, por meio de relações jurídicas, por um lado com a operadora, e por outro lado com os consumidores, sem, no entanto, alterar a essência da relação jurídica principal entre a operadora e o consumidor.

17. *No que se refere aos contratos utilizados na contratação coletiva de planos de saúde, a operadora é a responsável perante o consumidor pelos produtos e serviços que oferece, da mesma forma que o é no caso de planos de saúde individuais. De modo que a participação de intermediários na contratação coletiva não altera a caracterização da relação de consumo entre a operadora e o usuário, ainda que, em geral, tais intermediários figurem formalmente como contratantes.*

18. *Na contramão da defesa do interesse do consumidor vinculado a planos de saúde coletivos, a regulação setorial empreendida pela ANS tem fortalecido a relação entre o intermediário – empresa/sindicato/associação – e a operadora de plano de saúde por razões regulatórias específicas que, embora não alterem a relação de consumo existente e disciplinada pela legislação de defesa do consumidor, enfraquecem a proteção ao consumidor.*

52. Por fim, não se considera pertinente a subsistência de instrumentos normativos editados pela ANS que contribuam para aumento da vulnerabilidade do consumidor, fomentados pela pouca informação disponível sobre o setor, considerando que não é dado ao consumidor o devido esclarecimento sobre as condições específicas e natureza do contrato no momento da adesão contratual. Ainda, na supramencionada Nota Técnica nº 19/CGEMM/DPDC/SENACON/2012, a Senacon já emitiu suas considerações sobre o tema, *verbis*:

(...) a Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon) ressalta sua preocupação em relação à regulação diferenciada de contratos coletivos e individuais – especialmente no que se refere a reajustes e rescisão unilateral de contrato –, bem como em relação à regulamentação que fortalece a posição do intermediário na contratação em detrimento do consumidor, e reforça sua convicção no sentido de que a solução dos problemas dos consumidores de planos de saúde passa necessariamente pela mudança do modelo regulatório adotado pela Agência, em atenção aos ditames da Constituição, da lei de criação da ANS e do Código de Defesa do Consumidor.

VI. Propostas

1) **Ampliar as discussões sobre a possibilidade de alterações de regulamentos, a fim de não permitir o tratamento diferenciado aos consumidores de planos de saúde individuais e coletivos;** bem como, melhorar a informação aos consumidores de planos de saúde sobre seus direitos e obrigações:

- 1.1) Alteração das Resoluções Normativas (RN) n° 171/2008, que dispõe sobre critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas, e RN n° 195/2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências – Ampliação da proteção aos consumidores de planos de saúde coletivos, notadamente no que se refere aos reajustes anuais por variação de custos e criação de obrigações quanto à manutenção do contrato e impossibilidade de rescisão/exclusão do consumidor, sem a devida comunicação prévia;
- 1.2) Alteração da RN n° 196/2009, que dispõe sobre as Administradoras de Benefícios – Criação de obrigações às Administradoras de Benefícios no que diz respeito à disponibilidade de informações claras aos consumidores sobre o tipo de contrato oferecido, imposição de obrigações de manutenção de contratos coletivos, em casos de inadimplência e em caso de internação dos beneficiários e obrigações de esclarecimentos aos consumidores quanto aos reajustes anuais por variação de custos praticados;
- 1.3) Alteração da RN n° 112/2009, que dispõe sobre a alienação da carteira das operadoras de planos de assistência à saúde, e dá outras providências – Imposição de obrigações às Operadoras quanto à disponibilização de esclarecimentos gerais aos consumidores sobre o processo de transferência da carteira, data da efetiva implantação da transferência, informações e

garantias quanto à manutenção integral das condições vigentes dos contratos adquiridos sem restrições de direitos ou prejuízos para os consumidores, inclusive quanto à manutenção da rede prestadora credenciada contratada; bem como, ampliação dos prazos para notificação aos consumidores e realização da efetiva transferência.

2) Prosseguir nas atividades e análises do Grupo de Trabalho Interinstitucional “Consumo e Saúde Suplementar”, instituído pela Portaria nº 47/2014 da Senacon/MJ, com a constante e devida atualização de seus membros, a fim de ampliar as discussões sobre os temas latentes da Saúde Suplementar, imprescindíveis à salvaguarda dos consumidores de planos de saúde, e que, ainda, não foram objeto de apreciação dos membros do GT, em especial:

- 2.1) Suficiência da rede prestadora de operadoras de planos de saúde, em face da agenda reduzida de estabelecimentos de saúde para clientes de plano e do aumento de reclamações de consumidores sobre negativas de coberturas assistenciais;
- 2.2) Instituir mecanismos de proteção aos consumidores de planos de saúde diante da cobrança de “taxa de disponibilidade obstétrica” por médicos credenciados de operadoras de planos de saúde;
- 2.3) Realizações de estudos de ampliação da portabilidade de carências para todos os tipos de contratos de planos de saúde; bem como, fomentar as informações sobre as regras da Portabilidade de Carências para planos de saúde;
- 2.4) Ampliar os estudos sobre o “Monitoramento das Operadoras de planos de saúde” realizado pela ANS, a fim de promover mecanismos de divulgação, aperfeiçoamento e estímulo à continuidade do programa, como instrumento de proteção aos consumidores de planos de saúde.

3) Criar um ambiente institucional para aprofundar a análise dos temas e construir uma agenda propositiva:

- 3.1) Criação de obrigações às Operadoras de divulgação de extratos mensais de utilização do plano, para o consumidor, a fim de promover o monitoramento das receitas e despesas mensais, criando referências de preços e instrumentos de previsibilidade e avaliação dos índices de reajustes anuais;
- 3.2) Criação de um índice de preços médico-hospitalares, a fim de dar maior transparência ao setor e previsibilidade aos reajustes anuais por variação de custos – a partir da divulgação e análise do faturamento das empresas (receitas e despesas) e dos custos médico-hospitalares, tendo em vista diminuir a assimetria de informações do setor – custos de OPME, serviços hospitalares e ambulatoriais, honorários médicos, consultas e demais serviços envolvidos na prestação do atendimento;
- 3.3) Monitoramento da qualidade dos serviços hospitalares, com o estabelecimento de indicadores e a criação de ouvidorias.