

São Paulo, 30 de agosto de 2012

À Agência Nacional de Saúde Suplementar

Aos Senhores

Dr. Mauricio Ceschin

Diretor Presidente

Dra. Stael Riani

Ouvidora

Ref.: Consulta Publica 48 de 25 de julho de 2012 (CP 48/12) – Contribuições do Idec

Prezados,

O Idec – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, associação civil sem fins lucrativos, declarada de utilidade pública federal, legalmente constituída em 1987, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 58.120.387/0001-08, com sede na Rua Desembargador Guimarães, nº. 21, Água Branca, São Paulo – SP, vem apresentar suas anexas contribuições para a Consulta Pública nº 48, referente à proposta de Resolução Normativa que dispõe sobre a regulamentação do agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para o cálculo e a aplicação do percentual de reajuste.

Atenciosamente,



Lisa Gunn

Coordenadora Executiva

Contribuições do Idec – Consulta Pública nº 48:

Agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para o cálculo e a aplicação do percentual de reajuste

Atualmente, existem aproximadamente 37 milhões de consumidores de planos de saúde coletivos, sejam estes empresariais ou por adesão, que correspondem a 77% do total de consumidores de serviços de assistência privada à saúde. O crescimento destes planos é maior do que o das contratações individuais/familiares, haja vista que nos últimos 12 meses, os planos coletivos cresceram 3,3%, ao passo que os individuais/familiares variaram 1,4%¹.

O crescimento da oferta de contratos coletivos é justificado na medida em que, para as empresas de assistência privada à saúde, esse tipo de contratação é mais vantajosa, pois a atual regulação do setor permite: (i) a possibilidade de rescisão unilateral do contrato pela empresa sem justificativa para tanto (o que deixa o consumidor desses serviços desamparado); e (ii) a livre fixação de valores de reajuste, independentes de autorização prévia da ANS (ao contrário do que ocorre para os contratos individuais/familiares, que somente representam 20% dos contratos existentes). É sabido, inclusive, que muitas empresas sequer ofertam serviços individuais/familiares, mas somente coletivos.

A lei de criação da ANS (Lei n.º 9961/2000), em seu art. 3º, estipula como finalidade institucional da ANS promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, por meio da regulação das operadoras e seguradoras, *inclusive quanto às suas relações com consumidores*, de forma a contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Este mesmo dispositivo legal confere à Agência as seguintes competências: (i) *autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde* (art. 4º, XVII) e; (ii) *articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde* (art. 4º XXXVI).

O Idec vem, reiteradamente, manifestando-se junto à ANS, sobre a necessidade de regulação dos reajustes dos contratos coletivos. Frisamos que esta atividade regulatória deve ir além do mero acompanhamento e conhecimento dos valores livremente aplicados pelas empresas aos consumidores, mas, também, estipular um percentual teto para o reajuste, que somente poderá ser aplicado após aprovação prévia da Agência, como ocorre nos contratos individuais/familiares.

A situação posta em consulta pública, referente aos contratos coletivos com me-

¹ Foco Saúde Suplementar – Junho de 2012, pags. 17 e 18. Disponível em :http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Foco/20120816_web_foco_junho_2012.pdf . Acessado em 28/08/2012

nos de 30 vidas, é ainda mais preocupante, pois além dos consumidores desses contratos estarem sujeitos a rescisão unilateral pelas empresas e reajustes livremente fixados pelo mercado, estão suscetíveis à imposição de carências ou cobertura parcial temporária, conforme os arts. 6º, 7º, 11 e 12 da RN ANS nº195/2009.

Para o Idec, a ANS deveria controlar, fixando limites máximos de aumento, os reajustes de todos os tipos de contratos, sejam estes coletivos ou individuais/familiares. A fixação de um valor teto somente para os reajustes de contratos individuais/familiares – que representam apenas 20% do setor e têm crescimento baixo – excluindo-se os outros 36,7 milhões² de consumidores de planos e seguros coletivos representa uma omissão regulatória desta Agência sem respaldo legal.

Neste sentido, entendemos que o mero agrupamento, pelas empresas, dos contratos coletivos com menos de 30 vidas, para aplicação de reajustes livremente estipulados pelo mercado, sem a fixação de um valor teto por esta Agência é uma medida insatisfatória para resolver a atual situação crítica dos consumidores de planos e seguros coletivos.

De acordo com os arts. 6º, III, 51, IV, X e XV, parágrafo 1º, incisos I a III do Código de Defesa do Consumidor (CDC), qualquer variação de preço de um serviço - e neste caso, enquadram-se os reajustes de planos e seguros de saúde - somente será legítima observando-se, concomitantemente, as seguintes condições: (i) os valores devem estar previstos em contrato, de forma clara e precisa; e (ii) os valores não podem representar uma obrigação excessivamente onerosa ao consumidor. Ainda, de acordo com o art. 51, X, do referido diploma legal são nulas as cláusulas contratuais que permitam ao fornecedor variação do preço de maneira unilateral.

Desta forma, para o Idec, a ANS deveria fixar um valor teto para os reajustes anuais dos contratos coletivos, assim como o faz com os contratos individuais/familiares. Ainda, tal valor regulado deveria guardar relação com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), de forma a não representar uma obrigação econômica excessivamente onerosa ao consumidor.

Considerando-se o acima exposto, apresentamos nossas contribuições à presente Consulta Pública, abaixo:

Texto Atual	Texto Proposto	Justificativa
Art. 1º Esta Resolução regulamenta o agrupamento de contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais e por adesão, firmados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para o cálculo e a	Art. 1º Esta Resolução regulamenta o agrupamento de contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais e por adesão, firmados antes após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para o cálculo e a	Dada a natureza de trato sucessivo dos contratos de planos e seguros de saúde, ou seja, que se renovam ao longo do tempo e estão submetido a normas supervenientes à data de sua assinatura, os benefícios advindos após a vigência da Lei nº. 9656/98 podem ser aplicados a

²Cadeno de Saúde Suplementar – pág. 11. Março de 2012.

<p>aplicação do percentual de reajuste.</p> <p>§ 1º Esta Resolução não se aplica aos planos privados de assistência à saúde exclusivamente odontológicos.</p> <p>§ 2º Esta Resolução não se aplica aos contratos de que trata a Resolução Normativa - RN nº 279, de 24 de novembro de 2011, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998.</p>	<p>aplicação do percentual de reajuste.</p> <p>§ 1º Esta Resolução não se aplica aos planos privados de assistência à saúde exclusivamente odontológicos.</p> <p>§ 2º Esta Resolução não se aplica aos contratos de que trata a Resolução Normativa - RN nº 279, de 24 de novembro de 2011, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998.</p>	<p>todos os contratos, independentemente de sua data de assinatura, já havendo decisões do Superior Tribunal de Justiça (STJ) neste sentido ³. Ainda, a estes contratos aplica-se o CDC, que anula cláusulas que permitam ao fornecedor variação do preço de maneira unilateral e imposição de obrigação excessivamente onerosa ao consumidor.</p> <p>A resolução deve contemplar também os consumidores mantidos em planos empresariais após desligamento sem justa causa ou aposentadoria, uma vez que, no entendimento do Idec, estes consumidores devem ser mantidos no mesmo plano dos empregados ativos que serão submetidos à nova normativa. Para o Idec não deve haver segregação de carteiras, a fim de garantir-se a permanência no plano nas mesmas condições.</p>
<p>Art. 2º O agrupamento de contratos para os fins de que trata esta Resolução tem o intuito de promover a distribuição, para todo o grupo, do risco inerente à operação de cada um deles.</p>	<p>Art. 2º O agrupamento de contratos para os fins de que trata esta Resolução tem o intuito de promover a distribuição, para todo o grupo, do risco inerente à operação de cada um deles, de forma que os valores repassados não sejam superiores ao valor teto estipulado pela ANS para reajuste.</p>	<p>O mero agrupamento, pelas empresas, dos contratos para aplicação de reajustes livremente estipulados pelo mercado, sem a fixação de um valor teto por esta Agência é uma medida insatisfatória para resolver a atual situação crítica dos consumidores de planos e seguros coletivos.</p>
<p>Art. 3º As operadoras de</p>	<p>Art. 3º As operadoras de</p>	<p>O mero agrupamento, pe-</p>

³Resp. 650.400 - SP (2004/0051165-9) - 4ª Turma ; Ag Rg no Ag N° 1.341.183 - PB (2010/0155289-9) – 3ª Turma; AgRg nº 60.424 - DF (2011/0233932-0) – 3ª Turma.

<p>planos privados de assistência à saúde deverão formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.</p> <p>§1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão agregar contratos coletivos com mais de 30 (trinta) beneficiários ao agrupamento de contratos descritos no caput, desde que estabeleça expressamente qual será a nova quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento para o cálculo do percentual de reajuste.</p> <p>§2º Qualquer que seja a quantidade de beneficiários estabelecida pela operadora de planos privados de assistência à saúde para formar o agrupamento de contratos, deverão ser observadas as regras estabelecidas nesta Resolução.</p>	<p>planos privados de assistência à saúde deverão formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento, no limite teto estipulado pela Agência.</p> <p>§1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão agregar contratos coletivos com mais de 30 (trinta) beneficiários ao agrupamento de contratos descritos no caput, desde que estabeleça expressamente qual será a nova quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento para o cálculo do percentual de reajuste e aplicação de acordo com o limite teto estipulado pela Agência.</p> <p>§2º Qualquer que seja a quantidade de beneficiários estabelecida pela operadora de planos privados de assistência à saúde para formar o agrupamento de contratos, deverão ser observadas as regras estabelecidas nesta Resolução.</p>	<p>las empresas, dos contratos para aplicação de reajustes livremente estipulados pelo mercado, sem a fixação de um valor teto por esta Agência é uma medida insatisfatória para resolver a atual situação crítica dos consumidores de planos e seguros coletivos.</p>
<p>Art. 4º Ressalvada a hipótese prevista no art. 5º, cada operadora definirá um único percentual de reajuste que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos,</p>	<p>Art. 4º Ressalvada a hipótese prevista no art. 5º, cada operadora definirá um único percentual de reajuste que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos,</p>	<p>Ø mero agrupamento, pelas empresas, dos contratos para aplicação de reajustes livremente estipulados pelo mercado, sem a fixação de um valor teto por esta Agência é uma medida insatisfatória para resolver</p>

<p>independentemente do plano contratado.</p>	<p>independentemente do plano contratado.</p> <p>Exclusão do artigo, pois o percentual de reajuste deve ser definido pela ANS, assim como no caso dos contratos individuais.</p>	<p>ver a atual situação crítica dos consumidores de planos e seguros coletivos.</p>
<p>Art. 5º O agrupamento de contratos coletivos de que trata o art. 3º poderá ser desmembrado em 3 (três) sub-agrupamentos, separados pelo tipo de cobertura, que são definidos de acordo com a segmentação assistencial do plano ao qual o contrato está vinculado, da seguinte forma:</p> <p>I - sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial “ambulatorial” e “ambulatorial odontológico”;</p> <p>II - internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar sem obstetrícia”, “hospitalar sem obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia” e “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico”; e</p> <p>III - internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar com obstetrícia”, “hospitalar</p>	<p>Art. 5º O agrupamento de contratos coletivos de que trata o art. 3º poderá ser desmembrado em 3 (três) sub-agrupamentos, separados pelo tipo de cobertura, que são definidos de acordo com a segmentação assistencial do plano ao qual o contrato está vinculado, da seguinte forma:</p> <p>I - sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial “ambulatorial” e “ambulatorial + odontológico”;</p> <p>II - internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar sem obstetrícia”, “hospitalar sem obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia” e “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico”; e</p> <p>III - internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar com obstetrícia”, “hospitalar com obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar</p>	<p>Os subagrupamentos não podem acarretar em aplicação de reajustes de segmentações diferentes do contratado pelo consumidor, pois seriam referentes a serviços não contratados por este, caracterizando cobrança indevida.</p>

<p>com obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar</p> <p>com obstetrícia”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico”, e “referência”.</p> <p>§ 1º Caso a operadora de planos privados de assistência à saúde opte pelo desmembramento, poderá ocorrer a aplicação de até 3 (três) percentuais de reajuste diferentes dentro do mesmo contrato coletivo.</p> <p>§ 2º A quantidade de percentuais de reajuste diferentes aplicados com base no § 1º deverá guardar relação com o número de sub-agrupamentos existentes no contrato coletivo.</p>	<p>com obstetrícia”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico”, e “referência”.</p> <p>§ 1º Caso a operadora de planos privados de assistência à saúde opte pelo desmembramento, poderá ocorrer a aplicação de até 3 (três) percentuais de reajuste diferentes dentro do mesmo contrato coletivo, no limite máximo do valor teto estipulado pela ANS, porém os consumidores somente estão sujeitos ao reajuste correspondente à respectiva categoria de segmentação de seu plano.</p> <p>§ 2º A quantidade de percentuais de reajuste diferentes aplicados com base no § 1º deverá guardar relação com o número de sub-agrupamentos existentes no contrato coletivo.</p>	
<p>Art. 8º A operadora deverá divulgar em 1º de maio de cada ano e manter em seu endereço eletrônico na internet o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos coletivos, bem como identificar os contratos e respectivos planos agregados a cada agrupamento.</p> <p>§ 1º Quando a operadora de planos privados de assistência à saúde optar pelos subagrupamentos de que trata o art.5º, o(s)</p>	<p>Art. 8º A operadora deverá divulgar em 1º de maio de cada ano e manter em seu endereço eletrônico na internet e por comunicado via postal endereçados aos consumidores o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos coletivos, bem como identificar os contratos e respectivos planos agregados a cada agrupamento.</p>	<p>A comunicação também por escrito, via postal, aos consumidores é importante na medida em que desonera o consumidor da obrigação de em tempos em tempos acessar a informação no sítio eletrônico das operadoras e seguradoras de saúde.</p>

<p>percentual(is) de reajuste deverá(ão) ser divulgado(s), por tipo de cobertura, no dia e forma definidos no caput.</p> <p>§ 2º A operadora deverá observar os normativos ANS quanto aos comunicados de reajustes de planos coletivos.</p>		
<p>Art. 9º Para a aplicação do percentual de reajuste calculado, não será necessária a autorização prévia da ANS, porém poderão ser solicitados, a qualquer tempo, a metodologia e os dados utilizados no cálculo do reajuste para a verificação do percentual aplicado.</p> <p>Parágrafo único. A operadora de planos privados de assistência à saúde terá o prazo máximo de 10 (dez) dias, contados do recebimento do ofício da ANS, para atender a solicitação de que trata o caput.</p>	<p>Art. 9º Para a aplicação do reajuste será necessária a autorização prévia da ANS, a fim de garantir que o reajuste seja aplicado dentro do valor teto estipulado pela Agência.</p>	<p>O mero agrupamento, pelas empresas, dos contratos para aplicação de reajustes livremente estipulados pelo mercado, sem a fixação de um valor teto por esta Agência é uma medida insatisfatória para resolver a atual situação crítica dos consumidores de planos e seguros coletivos.</p>

