



**MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL  
PROCURADORIA GERAL DA REPÚBLICA  
3ª CÂMARA DE COORDENAÇÃO E REVISÃO  
CONSUMIDOR E ORDEM ECONÔMICA**

Ofício nº 244/2023/AC/3CCR

Brasília, na data da assinatura do documento.

A sua Excelência o Senhor

**DEPUTADO DUARTE JR.**

Gabinete 344 - Anexo IV

Câmara dos Deputados - Palácio do Congresso Nacional

70160-900 - Brasília - DF

Ref.: PA nº 1.00.000.006765/2023-01

**Assunto: PL Nº 7.419/2006. Encaminha contribuições.**

Senhor Deputado,

1. O Ministério Público Federal, diante das possibilidades abertas com a indicação de Vossa Excelência para relatar o **PL nº 7.419/2006** na vigente legislatura, vislumbrou a oportunidade de oferecer contribuições técnicas à proposta que tramita no âmbito da Câmara dos Deputados.
2. Com isso, a 3ª Câmara de Coordenação e Revisão, por meio do GT Planos de Saúde, articulou trabalho coordenado junto aos membros do MPF de todo o Brasil que atuam na defesa do consumidor e da ordem econômica. Além disso, o trabalho coordenado teve participação de órgãos e entidades de defesa do consumidor, de representantes das operadoras de planos de saúde e dos Ministérios Públicos Estaduais.
3. Diante do exposto e ciente que a participação da sociedade amplia as possibilidades de êxito do processo legiferante, encaminho a Vossa Excelência o resultado de todo esse trabalho coordenado, materializado na **Nota Técnica Nº 3/2023/GTPS/3CCR**. O documento foi produzido pelos procuradores da República integrantes do GT Planos de Saúde e contém contribuições oferecidas pelos Ministérios Públicos Estaduais de São Paulo e Paraná.

Atenciosamente,

**LUIZ AUGUSTO SANTOS LIMA**  
Subprocurador-Geral da República  
Coordenador da 3ª Câmara de Coordenação e Revisão do MPF



**MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL  
 PROCURADORIA GERAL DA REPÚBLICA  
 3ª CÂMARA DE COORDENAÇÃO E REVISÃO  
 CONSUMIDOR E ORDEM ECONÔMICA**

**NOTA TÉCNICA Nº 3/2023/GTPS/3CCR**

<b>REFERÊNCIA</b>	<b>PA nº 1.00.000.006765/2023-01</b>
<b>EMENTA</b>	<b>Análise do histórico do Projeto de Lei nº 7419/2006 que altera a Lei nº 9.656/1998 (marco regulatório dos planos de saúde)</b>

1. A presente Nota Técnica tem por objetivo analisar os aspectos jurídicos relacionados ao **Projeto de Lei n. 7.419/2006**, atualmente em trâmite na Câmara dos Deputados, e que discute alterações na **Lei nº 9.656/1998 (Lei de Planos de Saúde)**.

2. A Constituição Federal de 1988 determinou, no seu art. 196, que a saúde é **direito de todos e dever do Estado**, dando a ela, portanto, status de bem público, e que o Estado deveria garanti-la por meio de *políticas sociais e econômicas que visassem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*.

3. Para cumprir seu propósito, a CF/88, por um lado, definiu diretrizes para a criação de um Sistema Único de Saúde para *ações e serviços públicos de saúde* (arts. 198 e 200). E, por outro lado, definiu no art. 199 que *a assistência à saúde é livre à iniciativa privada*. No § 1º do artigo, assegurou que:

*“ As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos ”.*

4. Foi somente no ano de 1998, quase uma década após a promulgação do

texto constitucional, que o parlamento brasileiro, em cumprimento ao art. 197 da CF/88, editou a Lei 9.656/1998, o que gerou inegáveis avanços na defesa dos direitos dos usuários de planos de saúde, considerando que era corrente a ideia de que muitas das operadoras de planos de saúde – OPSs praticavam arbitrariedades e ilegalidades, aproveitando-se da ausência de um marco regulatório seguro.

5. Entre outros avanços, a nova lei fixou requisitos para o funcionamento das operadoras de planos de saúde complementar e instituiu o plano-referência de assistência à saúde, com imposição de cobertura obrigatória de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

6. O regramento legal, porém, não resolveu todas as pendências que envolviam os planos de saúde e nem foi capaz de acompanhar a evolução das complexas questões referentes à saúde suplementar (ou complementar, como inicialmente nominou o art. 199 do texto constitucional), fazendo com que parlamentares, em todas as legislaturas seguintes, oriundos de diversas áreas e sob diversas influências, fossem propondo emendas ao texto original.

7. Assim, durante a legislatura de 2019-2022, a Câmara dos Deputados constituiu comissão parlamentar para emitir parecer no PL nº 7419/2006. O projeto tramitava há mais de uma década e originou-se no Senado Federal, trazendo pensado a si mais de duzentos outros projetos que tratavam dos diversos aspectos que envolviam a saúde suplementar.

8. A Comissão foi presidida pela então **Deputada Soraya Manato** (PSL/ES) e tinha como relator o então **Deputado Hiran Gonçalves** (PP/RR). Com o objetivo de produzir um relatório que atendesse aos diversos interesses vigentes, a comissão realizou seis audiências públicas, todas por videoconferência, tendo em vista a pandemia da Covid-19 que o mundo enfrentava no ano de 2021.

9. Essas audiências aconteceram nos dias 18/8, 25/8, 1/9, 15/9, 22/9 e 17/11/2021 sob os temas e com os participantes descritos na tabela a seguir:

Data	Tema	Participantes
18/8	<b>“Cobertura de Procedimentos no âmbito da saúde suplementar”</b>	ANS, Abramge, FenaSaúde, Unimed e Idec
25/8	<b>“Questões relacionadas aos custos para beneficiários de planos de saúde”</b>	ANS, Abramge, FenaSaúde, CNI, Idec, Confederação de Santas Casas de Misericórdia - CMB e MPF

1/9	<b>“Relacionamento entre Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar”</b>	ANS, FMB, AMB, CFM, Fenam e Abramed
15/9	<b>“Cobertura para procedimentos solicitados e consultas realizadas por profissionais não médicos”</b>	Ministério da Saúde, ANS, FenaSaúde, Abramge, CFN, FNN, CFF e Confef
22/9	<b>“Regras Contratuais dos Planos de Saúde”</b>	ANS, Fenasauúde, Abramge, Brasilcon, IBDCont e Idec
17/11	<b>“Adequações Legais aos Planos de Saúde (especialmente os odontológicos)”</b>	ANS, FenaSaúde, Sinog, CFO, ABO e Idec

10. Analisando-se o conteúdo das audiências, foi possível extrair as contribuições e sugestões mais relevantes feitas pelos participantes. A tabela anterior mostra a participação de órgãos e entidades de defesa do consumidor, representantes dos planos de saúde, conselhos profissionais e membros da sociedade civil.

11. A seguir, serão apresentados os principais pontos debatidos em cada uma das audiências.

12. Na audiência realizada no dia **18/8/2021** foram feitas, entre outras, as seguintes sugestões e contribuições:

- importância do rol de procedimentos obrigatórios;
- importância da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS);
- defesa do rol taxativo;
- defesa dos planos segmentados, com possibilidade de cobrir, apenas, consultas e exames;
- necessidade de ampliação do acesso à saúde;
- problemas com os desperdícios do sistema;
- defesa do mutualismo;
- defesa da flexibilidade das coberturas assistenciais;
- novos modelos de franquia e participação;
- defesa de um marco regulatório mais flexível;
- o problema da assimetria de informação;
- crítica à proposta de criação de planos mais baratos que busquem restringir coberturas;
- críticas ao problema das interpretações extensivas das exclusões previstas no art. 10 da Lei nº 9.656/1998.

13. Na audiência realizada no dia **25/8/2021** foram feitas, entre outras, as seguintes sugestões e contribuições:

- defesa do pacto intergeracional;
- o problema da 'inflação médica' no Brasil que é 3x maior que inflação geral
- defesa do mutualismo;
- defesa da aplicação de coparticipação e franquia;
- manifestação contrária à regulação dos reajustes dos planos coletivos;
- defesa da aplicação de descontos às mensalidades;
- reajustes dos planos individuais devem considerar a variação dos custos do próprio plano;
- críticas à rescisão unilateral para os planos com até 30 vidas;
- definição de limites máximos para coparticipação;
- problemas em relação à liberação dos planos de saúde para alguns procedimentos;
- críticas ao atual modelo de remuneração;
- o problema da assimetria de informação;
- críticas ao modelo atual de reajuste dos planos individuais e familiares;
- Necessidade de maior transparência de dados (econômicos e de resultados em saúde);
- ANS como agência de saúde e não apenas de planos de saúde;
- sugestão de padronização das cláusulas de reajuste anual;
- facilitar o acesso do consumidor às planilhas de sinistralidade;
- aumento do agrupamento de contratos de 29 vidas para 100 vidas nos planos coletivos empresariais;
- reajuste único para os contratos de adesão;
- combater a falsa coletivização;
- definir limites máximos para reajustes dos planos coletivos pequenos.

14. Na audiência realizada no dia **1/9/2021** foram feitas, entre outras, as seguintes sugestões e contribuições:

- necessidade de qualificação de médicos e prestadores de serviços;
- reclamação do trabalho prestado pelas Administradoras;
- reclamação sobre as glosas;
- desperdícios em saúde com o excesso no número de exames feitos;
- problemas na substituição de prestadores de serviços não hospitalares (laboratórios e clínicas);
- críticas à ideia de regulação dos prestadores de serviços em saúde pela ANS;
- incentivar o aumento das consultas domiciliares;
- necessidade de novas formas de remuneração.

15. Na audiência realizada no dia **15/9/2021** foram feitas, entre outras, as seguintes sugestões e contribuições:

- sistema de saúde muito fragmentado;
- problemas do modelo hospitalocêntrico (a prevenção resolveria o problema);
- o atual modelo de remuneração estimula o uso excessivo dos procedimentos;
- problemas dos desperdícios;
- sugestão de adoção de modelo de remuneração baseada em valor;
- só a lei pode definir quem pode solicitar procedimentos e consultas;
- defesa da necessidade do nutricionista solicitar procedimentos e exames;
- defesa da necessidade de profissionais de educação física solicitarem procedimentos e exames;
- defesa da necessidade do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional solicitarem procedimentos e exames;
- críticas às iniciativas que ‘flexibilizam’ coberturas, ou seja, planos que permitam coberturas menores que as previstas atualmente;
- necessidade de avançar os limites da lei atual no que tange à assistência farmacêutica - as terapias e curas estão também nos medicamentos.

16. Na audiência realizada no dia **22/9/2021** foram feitas, entre outras, as seguintes sugestões e contribuições:

- o problema da assimetria de informação na abordagem econômica;
- necessidade de regulação das regras dos contratos;
- problema da judicialização.

17. Na audiência realizada no dia **17/11/2021** foram feitas, entre outras, as seguintes sugestões e contribuições:

- demanda reprimida dos planos odontológicos. Apenas 17,8% da população tem um;
- ausência de demanda para atualização do rol odontológico;
- as operadoras odontológicas estão expostas a um risco menor que as operadoras dos planos médicos;
- possibilidade de descontos para retenção dos beneficiários;
- conceder descontos aos beneficiários para incentivar a continuidade no plano;
- adequar o peso das multas em relação aos planos odontológicos nas sanções pecuniárias;
- implantar a sanção de advertência para os planos odontológicos;
- limitar as sanções em relação ao porte econômico e não ao número de beneficiários;
- graduar as penalidades, aplicando o princípio da proporcionalidade;
- necessidade de o consumidor escolher a forma de comunicação que mais lhe convenha, inclusive para notificações de inadimplência.

18. A 3ª Câmara de Coordenação e Revisão, por meio do GT Planos de Saúde, acompanhou os trabalhos da comissão tendo, inclusive, participado da audiência pública do

dia 21/8/2021, e solicitado à presidência da Comissão, por meio do Ofício nº 16/2022/AC/3CCR, de 20/1/2022 (PGR-00017799/2022), disponibilização de versão atualizada do Projeto de Lei nº 7419/06 para analisar o texto e, no âmbito de suas prerrogativas constitucionais, após estudos e debate internos, encaminhar sugestões à proposta que seria votada.

19. Ocorre que, concluídas as atividades da comissão, não houve registro de apresentação de um relatório final dos trabalhos. **Embora a 3ª Câmara tenha solicitado acesso ao que foi produzido, não foi atendida.**

20. **Registre-se que a Comissão também não apresentou documento formal para tramitação na Câmara dos Deputados.**

21. Com isso, iniciada uma nova legislatura (2023-2026) e não tendo sido concluído o trabalho da comissão constituída na legislatura anterior, a Câmara dos Deputados instituiu nova comissão para apresentar parecer ao PL nº 7419/2006. A nova Comissão é presidida pelo Deputado **Jorge Braz (REP/RJ)** e relatada pelo Deputado **Duarte Jr. (PSB/MA)**.

22. A nova comissão, a despeito do trabalho feito na legislatura anterior, resolveu realizar novas audiências públicas, nas diversas regiões do Brasil, convidando órgãos e entidades que atuam no âmbito da saúde complementar a fim de também obter subsídios para o relatório do projeto que tramita em caráter de urgência.

23. Registre-se que, para acompanhar os trabalhos da comissão, foi instaurado procedimento administrativo no âmbito da 3ª Câmara de Coordenação e Revisão do MPF sob o número **1.00.000.006765/2023-01**.

24. Adicionalmente, a 3ª Câmara convidou órgãos e entidades de defesa do consumidor, representantes das operadoras dos planos de saúde, estudiosos do tema e membros da sociedade civil a participarem do processo, encaminhando propostas para que o marco regulatório alcance a sua melhor versão possível.

25. No âmbito do acompanhamento citado no parágrafo anterior, foram feitas pesquisas sobre os trabalhos realizados pela comissão até a presente data, resultando no registro dos seguintes eventos:

Data	Evento	Local
12/5/2023	Audiência Pública	São Luís - MA
29/5/2023	Audiência Pública	São Paulo - SP
30/5/2023	Audiência Pública*	Brasília - DF
31/5/2023	Congresso de Relações de Consumo - RioCon	Rio de Janeiro - RJ
1/6/2023	30ª Reunião da Senacon com o SNDC	Rio de Janeiro - RJ

7/6/2023	Audiência Pública	Brasília - DF
12/6/2023	Audiência Pública	Porto Alegre - RS
15/6/2023	Audiência Pública	Manaus - AM

\* evento realizado na Comissão de Defesa da Pessoa com Deficiência da Câmara dos Deputados

26. Ainda, em levantamento feito junto ao gabinete do Deputado Duarte Jr., relator do PL, confirmou-se a realização de mais uma audiência pública no dia 26/6/2023, em Recife - PE.

27. Importante ressaltar que as audiências dos dias **12/6/2023**, em Porto Alegre – RS, e do dia **15/6/2023**, em Manaus – AM, foram realizadas em parceria com a 3ª Câmara de Coordenação e Revisão do MPF, por meio do GT Planos de Saúde.

28. Consciente do seu mister constitucional e da sua vocação para a defesa dos interesses da sociedade, o Ministério Público Federal, por meio do GT Planos de Saúde, deliberou por oferecer, diretamente à Comissão do PL nº 7419/2006, contribuições ao texto que tramitará na Câmara dos Deputados.

29. O trabalho foi elaborado por procuradores da República que atuam na defesa do consumidor e da ordem econômica e tem experiência nas questões que envolvem saúde suplementar e planos de saúde. Ademais, contou ainda com as contribuições colhidas junto a importantes parceiros, a exemplo de promotores de Justiça especializados no tema, e entidades em constante colaboração com o MP e a tutela coletiva.

30. Assim, apresenta-se, em anexo, as contribuições do MPF para o conhecimento e tratamento pela Comissão do PL nº 7419/2006, acompanhadas das contribuições também oferecidas pelos Ministérios Públicos dos Estados de São Paulo e do Paraná.

*Brasília, nas datas das assinaturas.*

**HILTON MELO**

Procurador da República

Coordenador do GT Planos de Saúde da 3CCR

**FABIANO DE MORAES**

Procurador da República

Membro do GT Planos de Saúde da 3CCR

**MARCUS VINÍCIUS AGUIAR MACEDO**

Procurador Regional da República

Membro do GT Planos de Saúde

**NIEDJA KASPARY**

Procuradora da República

Membro do GT Planos de Saúde da 3CCR

**THIAGO CORRÊA**

Procurador da República

Membro do GT Planos de Saúde da 3CCR

## **Contribuições ao PL nº 7419/2006.**

### **Considerações Gerais a serem abordadas no texto legal.**

Como nova afirmação histórica, os preceitos constitucionais referentes aos direitos fundamentais abrangidos, como o direito à saúde, a defesa do consumidor e a defesa da ordem econômica, devam ser enaltecidos, tanto quanto possível, ao longo de toda a redação da lei.

Além disso, a revisão da lei deve se guiar por duas premissas.

A primeira é buscar o bem-estar do consumidor. O bem-estar do consumidor é ainda timidamente mencionado na legislação e regulação atual.

A segunda premissa, não menos importante, é a necessidade de se garantir a sustentabilidade do setor, bem a preservação do mercado em face de condutas abusivas, notadamente relacionadas ao abuso do poder econômico. Há de se buscar, com a revisão do diploma legal, conferir maior equilíbrio nas relações contratuais por meio de mecanismos jurídicos mais eficientes.

Com efeito, a formatação jurídica da saúde suplementar é uma composição entre o direito sanitário e o direito econômico, de modo a se harmonizar uma ordem econômica em volta de um direito fundamental que é a saúde.

Na espécie, vige o conhecido e necessário dirigismo contratual, com notável redução da liberdade contratual.

Não se olvida, assim, que o funcionamento do mercado de saúde suplementar deve assim ser dirigido a partir de incentivos ao alcance de uma maior qualidade dos serviços, acompanhada pela redução de preços, equação esta que somente será solvida à luz de ganhos com eficiência.

Para tanto, não se deve ignorar a racionalidade econômica por trás das iniciativas empresariais do setor.

Da mesma forma, a mutualidade do setor de seguros é algo intrínseco ao segmento de planos de saúde. Nessa linha, não se ignora que os contratos devem observar a segurança técnica necessária, de modo a não se colocar em risco a sobrevivência do contrato para determinado grupo de usuários, notadamente diante de previsões que não contemplem os seus efeitos econômicos.

As condutas dos agentes são, e sempre serão, dirigidas ao lucro.

Não obstante, insistimos que há inequívoca compatibilidade e harmonia entre os interesses econômicos e sociais em jogo.

Diante disso:

**1. Sugere-se que os preceitos constitucionais referentes aos direitos fundamentais abrangidos, como o direito à saúde, a defesa do consumidor e a defesa da ordem econômica, devem ser enaltecidos, tanto quanto possível, ao longo de toda a redação da lei, colocando a defesa do consumidor como o elemento central da legislação e não o produto ou a operadora de planos de saúde.**

**2. Sugere-se redação no capítulo inaugural da lei que revise o teor constitucional que assevera que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196). Tal diretriz é complementada pelo art. 199, que inicia pela previsão de que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada.**

**3. Sugere-se, ademais, pertinente que a lei registre que o negócio jurídico consubstanciado nos contratos de adesão propostos pelas operadoras de saúde deve observar que a ordem econômica tem por fim assegurar a todos existência digna (art. 170 da CF/88).**

#### **Da defesa do Consumidor e da Concorrência.**

É absolutamente necessário que a legislação notabilize os bens e interesse jurídicos mais relevantes.

A aplicação irrestrita do Código de Defesa do Consumidor às relações estabelecidas entre as operadoras e os usuários mostra-se uma evidente prioridade.

Vale referir ainda que existem grupos de consumidores que se encontram em situação ainda especial, a exemplo dos idosos, das crianças, das pessoas com deficiência, alergia ou sensibilidade, dos analfabetos e dos superendividados. Nestas hipóteses, os usuários carregam outros obstáculos que exacerbam sua condição de fragilidade. Trata-se da hipervulnerabilidade ou da vulnerabilidade agravada.

Tal condição é reconhecida pela jurisprudência (STJ, REsp 586316/MG e 931513/RS) e mais recentemente foi inserida expressamente no art. 54-C do CDC.

Além da defesa do consumidor, a livre iniciativa e a livre concorrência são princípios da ordem econômica. Historicamente, contudo, o setor da saúde suplementar tem sediado uma série de condutas tipificadas como infrações à ordem econômica, como o cartel e o monopólio de mercados relevantes.

Sobre o tema, a Lei n. 13.848/19 já indica que as agências reguladoras devem promover a concorrência, devendo atuar em estreita cooperação com os órgão de defesa da concorrência, privilegiando a troca de experiências (art. 25).

No que se refere aos planos geridos por operadoras de autogestão ou planos de saúde geridos por entes públicos, esses últimos hoje excluídos da legislação, é necessário que os direitos garantidos aos consumidores dos demais planos, especialmente no que diz respeito

a cobertura e reajustes, sejam assegurados igualmente, ainda que o Superior Tribunal de Justiça tenha entendido que não se trata de uma relação de consumo típica.

Diante disso, sugere-se:

**1. Explicitar que o Código de Defesa do Consumidor é aplicável a todos os contratos que tenham por objeto as relações disciplinadas nesta lei, independentemente da modalidade da operadora ou do produto contratado.**

**2. Espera-se, com isso, que as operadoras de autogestão sejam inequivocamente alcançadas pelo CDC, revertendo-se os efeitos provocados pela aplicação da súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça.**

**3. Alternativamente, que seja deixado explícito que os direitos assegurados quanto a cobertura e reajuste aos demais consumidores são extensivos aos beneficiários dos planos de autogestão e planos de saúde geridos por entes públicos.**

**4. Sugere-se que a lei deixe explícito que as partes devem obediência ao contrato e aos deveres anexos. As partes devem ainda guiar-se pela equidade e pela boa-fé objetiva, demonstrando respeito, cooperação e confiança.**

**5. As cláusulas contratuais devem observar o dever de informação clara e manifesta, contendo linguagem simples, clara e de fácil compreensão, de modo que as pessoas entendam com facilidade as coberturas e as formas de reajustes.**

**6. Deve-se explicitar que a lei busca a promoção do bem de todos, não se admitindo qualquer tratamento discriminatório em função da origem, raça, sexo, cor, idade ou em razão de deficiência ou de doença.**

**7. Devem os planos ofertar, obrigatoriamente, planos para todas as idades e também para pessoas com deficiência ou com saúde debilitada, mencionando-se que estes grupos inserem-se no conceito de vulnerabilidade agravada, na forma do art. 54-C do CDC.**

**8. Consignar que a dúvida razoável na interpretação de cláusula nunca implicará em prejuízo ao direito do usuário.**

**9. Explicitar que é função da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) exercer suas atribuições intervindo, se necessário, nas decisões dos setores econômicos, sempre com vistas à eficiência do mercado, corrigindo ou atenuando suas falhas, sobretudo quanto à assimetria de informações, o abuso do poder de mercado e imposição de barreiras de entrada e de funcionamento.**

### **Das definições legais.**

O termo beneficiário de plano de saúde remonta à origem histórica dos planos de saúde, quando estes eram apenas uma espécie de “concessão” feita pelos patrões a seus empregados, puramente.

A lei pode contemporizar e promover a renovação do termo, atualizando-se em escopo e extensão de significado, destacando a característica consumerista presente na expressão usuário do plano de saúde.

Diante disso, sugere-se:

**1. A conceituação legal do termo usuário, que é o consumidor do produto**

**ou serviço que trata a lei, extinguindo-se o termo beneficiário.**

### **Das operadoras de Planos de Saúde.**

A Administradora de Benefícios é regida pela RN ANS 515.

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 (art. 2).

Atualmente, é comum a Administradora de benefícios cobrir a inadimplência ocasional da empresa, associação ou sindicato, de modo a não prejudicar o usuário.

Contudo, a Administradora não se responsabiliza por garantir recursos e rede de serviços de saúde para atender aos usuários, na falta da operadora. Aqui, há uma completa exoneração, o que não é bem compreendido pelo usuário, que tem na Administradora de Benefícios uma referência contratual originária.

Assim, sugere-se:

**1. A inclusão da obrigação subsidiária da administradora de benefícios em manter a cobertura dos tratamentos e garantir todos os direitos do beneficiário, enquanto vigente o contrato, sem prejuízo de posterior ressarcimento pela operadora.**

**2. A exigência de transparência, com informação clara ao usuário, dos valores que são destinados as Administradoras na contratação e na manutenção dos contratos com as operadoras de planos de saúde.**

### **Das modalidades de Planos de Saúde.**

Atualmente, o mercado de saúde suplementar oferece dois tipos de planos de saúde aos consumidores: os (I) individuais e familiares e os chamados (ii) coletivos, estes subdivididos em coletivos por adesão e coletivos empresariais. Em tese, a classificação existente serviria para diferenciar as contratações diretas entre usuário e operadoras das indiretas, na medida em que os coletivos seriam oferecidos após uma pactuação entre associações profissionais, sindicatos ou empresas e operadoras.

Não obstante se reconheça que o critério acima tem relevo histórico, justificando-se pela operação singular contida no segundo grupo, é certo dizer que o fato da contratação ser direta ou por intermediação não deve implicar na redução diferenciação de direitos ao consumidor.

Da mesma forma, sob um prisma mais prático, o plano individual (como nova expressão legal) pode ajudar a simplificar o conhecimento popular do produto, excluindo-se a palavra “familiar”, na medida em que é intuitiva a possibilidade ou mesmo a conveniência/incentivo da contratação familiar de um plano de saúde, em que a soma de todos os integrantes da família (plano familiar) refletirá em benefícios e segurança às partes.

Ressalte-se que a única distinção relevante dessa classificação diz respeito ao poder de (re)negociação em igualdade de condições, que é presumido quando houver um número de vidas relevantes.

Quando há um número pequeno de consumidores vinculados ao plano de saúde as regras não devem ser diferentes das que regem os individuais. A própria ANS reconhece essa maior vulnerabilidade quando instituiu o chamado "pool de risco", na RN 309, agrupando os contratos de empresas com até 29 vidas para o cálculo e aplicação de reajustes. Entretanto, tal mecanismo tem se mostrado ineficiente na garantia dos direitos dos consumidores dos pequenos planos coletivos.

Sugere-se o aumento do pool de risco para abranger todos os contratos coletivo com até 99 vidas. Assim, grupos menores de 100 vidas serão disciplinados segundo a regulamentação da ANS, podendo ser esse número ampliado pela agência reguladora.

No plano coletivo, a premissa é a de que a empresa ou o órgão público tem condições de apurar, na fase pré-contratual, qual é a massa de usuários que será coberta, pois dispõe de dados dos empregados ou servidores, como a idade e a condição médica do grupo. Diante disso, considerando-se a atuária mais precisa, pode ser oferecida uma mensalidade inferior àquela praticada aos planos individuais (vide STJ REsp 1471569/RJ, DJe 07/03/2016).

Parte-se do pressuposto de que as pessoas jurídicas contratantes têm maior autonomia para efetuar negociações com as operadoras e lograr condições mais favoráveis à classe de beneficiários para os quais opera.

Ou seja, a ideia é a de que planos individuais estejam disponíveis a todos e sejam efetivos, de modo que o intervencionismo da ANS seja no limite do necessário se assegurar isso.

Já no tocando aos coletivos, pela sua natureza de contratação com grandes grupos, é possível ver que o poder de barganha das grandes empresas, associações e sindicatos implique em um produto com ganhos de qualidade (redes ampliadas ou premium) e de preços (mensalidades negociadas para o grupo todo).

No Brasil, é inegável que há o problema do *falso* plano coletivo, ou seja, aqueles que são comercializados como planos coletivos, mas na realidade operam de maneira semelhante aos planos individuais. Esses planos são ofertados sem a existência de um grupo real e o plano é comercializado individualmente, utilizando a figura do plano coletivo apenas para se aproveitar de algumas vantagens regulatórias e financeiras.

Uma forma possível de incentivar o plano individual é igualar a regulamentação dos planos a partir do referencial de número de vidas, e não pelo fato do plano ser contratado diretamente pelo usuário ou através de uma empresa, sindicato ou associação.

Assim, sugere-se a adoção de uma ou o conjunto das ações a seguir:

1. **Uma modelagem sob um critério mais útil, indicando que os tipos serão apenas o individual, contratado diretamente, e o coletivo, contratado por intermédio de uma empresa, associação ou sindicato.**
2. **A obrigatoriedade de comercialização de planos individuais por todas as operadoras, devendo a ANS estabelecer regulamentação específica que não inviabilize o acesso individual ou familiar em razão do preço do produto ou de práticas de seleção adversa.**
3. **Que a disciplina legal seja mais flexível nesses tipos de contratos, justificando a intervenção sempre que não houver esse nivelamento prático entre as partes.**
4. **A incorporação ao texto legal do denominado pool de risco, estabelecendo o número mínimo de 99 vidas, o qual pode ser ampliado por resolução normativa da ANS, devendo suas regras serem equiparadas a dos planos individuais;**
5. **Que o Índice Máximo de Reajuste Anual das Contraprestações Pecuniárias dos Planos Privados de Assistência à saúde, regulamentado pela ANS e aplicado aos planos individuais, sirva como limite máximo para reajustes dos planos coletivos de até 100 vidas. Alternativamente sugere-se que o limite máximo para o reajuste desses planos coletivos seja o valor médio entre o reajuste máximo fixado pela ANS para os planos individuais e o aplicado aos planos coletivos com 100 ou mais vidas utilizado pela operadora.**
6. **Que o percentual referente a sinistralidade aplicado ao pool de risco considere todos os consumidores vinculados a operadora, independente do número de vidas vinculada a cada produto.**

#### **Da Cobertura.**

A cobertura em um plano de saúde é o conjunto de assistência e cuidados de saúde que o beneficiário tem direito a receber, de acordo com as condições estabelecidas no contrato do plano, podendo variar de acordo com o tipo de plano de saúde e o que está especificado no contrato. Existem restrições e limitações estabelecidas, entre elas as exclusões previstas nos incisos do art. 10, da Lei nº 9.656/1998.

Além disso, no § 12 do mesmo artigo, define que o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde

Entretanto, o usuário tem dificuldades para entender o nível de cobertura possível, especialmente diante do debate recente e precário havido em torno do rol de procedimentos. Neste particular, a população viu posicionamentos relevantes, porém distintos, da ANS, do STJ, do STF e também do Congresso Nacional.

Atualmente, é possível a cobertura de tratamento ou procedimento fora do rol, condicionada à existência de recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de

tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

Ainda há a possibilidade da ANS limitar, no campo regulatório, o número de consultas/sessões anuais de determinados tratamentos, mesmo à revelia do tratamento indicado como necessário pelo médico assistente. Exemplo: limite de consultas/sessões anuais de 18 sessões anuais para distúrbios mentais (psicoterapia). Exemplo: limitação numérica para consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetrix.

Não obstante a atual quadra regulatória mostre-se mais favorável ao usuário, faz-se importante que tal avanço seja mantido, de modo a se impedir retrocessos no futuro.

Outro problema gira em torno da rede de livre escolha, ou seja, alguns planos disponibilizam aos beneficiários escolherem profissionais de saúde e estabelecimentos de atendimento dentro ou fora de uma lista pré-determinada pela operadora do plano

A livre escolha é cada vez mais uma necessidade, diante da tendência de descredenciamento, redução de rede credenciada e verticalização das operações.

É preciso, assim, criar mecanismos de incentivo para o mercado, onde a livre escolha seja ampliada e mais suportada pela operadora que oferece poucas opções de prestadores.

A esse respeito, a Res. Consu. n. 8, Art. 2º, IX, já veda, por exemplo, à operadora reembolsar valores oriundos da livre escolha por valor menor àquele pago na rede referenciada.

É entendimento sedimentado no STJ que o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada somente pode ser admitido em hipóteses excepcionais, que compreendam a inexistência ou insuficiência de serviço credenciado no local - por falta de oferta ou em razão de recusa indevida de cobertura do tratamento -, bem como urgência ou emergência do procedimento, observadas as obrigações contratuais e excluídos os valores que excederem a tabela de preços praticados no respectivo produto (AgInt no AREsp 2072458 / PE)

Esse e outros avanços devem ser amadurecidos e encampados pela legislação, de modo a fortalecer a política de ampliação das redes oferecidas.

Sobre tais pontos, sugere-se:

**1. Redação que exija que o usuário seja comunicado sempre que houver novo conjunto de incorporações ao Rol de Procedimentos e Eventos, bem como haja o envio de comunicação anual, resumindo os ações consolidadas pela agência reguladora quanto ao dever de cobertura pelas operadoras. Ademais, que tais informações sejam disponibilizadas com destaque nos sítios eletrônicos das operadoras.**

**2. Inclusão de um novo parágrafo no artigo 10, com a obrigação de que as operadoras comuniquem a ANS toda vez que requerido pelo consumidor tratamento ou**

**procedimento não incorporado, devendo a agência realizar o processo de atualização do rol, nos termos do § 8, garantido o início do tratamento desde o pedido do usuário e a continuidade da assistência ainda que a decisão final seja desfavorável à inclusão no Rol.**

**3. Redação indicando ser ilegal a imposição de um número limite de consultas ou sessões anuais, cumprindo à operadora autorizar sempre que houver indicação do profissional de saúde assistente.**

**4. Redação que permita e oriente o consumidor à livre escolha, sendo vedado à operadora reembolsar valores oriundos da livre escolha por valor menor que àquele pago na rede referenciada.**

### **Do Dever de cuidado da saúde.**

Todos devem cuidar da própria saúde, na medida em que se trata de direito irrenunciável adstrito à dignidade da pessoa humana e aos direitos fundamentais.

Assim, reconhece-se o papel do Estado como indutor de comportamento, gerando um incentivo à procura pela saúde, bem como desenvolvendo modelos que gerem alguma espécie de ônus ao cidadão faltante consigo mesmo.

Na linha do que afirmou o STF na ADPF n. 101, a saúde tida como direito fundamental da pessoa não pode ser tida apenas como ausência de doença, mas como estado de bem estar ocasionado pelas condições gerais que lhe asseguram segurança e confiança no seu entorno sócio-político e econômico.

Atualmente, não há obrigação clara quanto às operadoras precisarem investir em políticas de prevenção da doença.

O art. 196 da CF dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos.

Nesse sentido, a regulamentação da saúde suplementar também deve induzir e promover a saúde, de modo que as operadoras devem necessariamente ser compelidas a desenvolver programas dirigidos à prevenção da doença e redução dos seus riscos.

Daí a necessidade de inclusão e ampla disponibilidade de serviços preventivos, a exemplo dos *checkups* recomendados pelas entidades e sociedades médicas.

Frise-se que sem um reconhecimento de um dever jurídico por parte do Estado e dos particulares, o próprio direito à saúde estaria fragilizado, notadamente quanto à sua efetivação.

Assim, sugere-se:

**1. Incluir nos deveres de cobertura uma ação obrigatória que é o dever de cuidado da saúde, vinculado a todos os produtos oferecidos e em acordo com a regulação da ANS no tema.**

**2. Obrigação às operadoras de planos de saúde de promoverem ações e programas de prevenção ao adoecimento e ao diagnóstico prévio. Obrigatoriedade do oferecimento de planos de cuidado com a saúde, devidamente aprovados pela ANS, com lista de exames preventivos e de rotina para doenças de alta incidência ou extremamente graves como diabetes, hipertensão e câncer, notabilizando a ideia de “produzir saúde e não apenas tratar doenças”.**

**3. Inclusão de possibilidade das operadoras ofertarem incentivos econômicos, como desconto na contraprestação financeira, aos usuários de planos de saúde que voluntariamente aderirem aos planos de prevenção e cuidados com a saúde, devendo esses serem de acesso amplo e irrestrito aos usuários da operadora, sendo vedada qualquer discriminação em razão das condições de saúde preexistentes.**

### **Da Garantia de Atendimento.**

No que tange à negativa de cobertura, atualmente há um forte registro de queixas indicando um desrespeito no atendimento por suposta “carência” em casos de emergência.

Outro ponto de expressivas e traumáticas reclamações no setor refere-se ao atraso da operadora em autorizar um tratamento.

É preciso fixar prazo máximo para respostas e autorizações. Também é preciso punir severamente por negativas injustificadas, sobretudo quando colocar o usuário em condição de penúria e de risco de vida.

Sobre o tema, o STF já firmou a constitucionalidade de lei estadual para estabelecer o prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para que as empresas autorizem ou não as solicitações de exames e procedimentos cirúrgicos em seus conveniados que tenham mais de 60 (sessenta) anos (ADI 6452).

Assim, sugere-se:

**1. Obrigatoriedade de entrega de comprovante escrito pela operadora ou pelo prestador de saúde em caso de negativa, total ou parcial, de cobertura de procedimento e eventos em saúde (Vide STF ADI 4512).**

**2. Que a operadora deverá autorizar tratamento ou procedimento prescrito por profissional de saúde, no prazo fixado pelo prestador como máximo para garantir a plena efetividade da medida. Ou seja, quem confere o prazo, no caso concreto, é o prestador diante da emergência ou urgência. Se não houver negativa justificada no prazo, a autorização é presumida.**

### **Do Reajuste por faixa etária**

Outro problema é o efeito do reajuste por faixa etária para os maiores de 60 anos. É notório que os ganhos na aposentadoria conseguem, quando muito, acompanhar a inflação. Considerando a política pública do setor, e o dever de proteção ao idoso, é preciso que esse grupo seja amparado de modo especial, de modo a evitar a exclusão deles da saúde

suplementar.

São constantes as queixas de abusividade no reajuste referente à idade, logo antes do usuário completar 60 anos.

O Superior Tribunal de Justiça, em julgado submetido ao rito dos recursos repetitivos (Tema 952), manifestou-se pela validade de cláusula de aumento da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária, desde que observados os requisitos estabelecidos pela ANS.

Já no julgamento do Tema 1.016, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) fixou duas teses relativas à validade da cláusula de reajuste por faixa etária nos contratos coletivos de plano de saúde:

- 1) Aplicabilidade das teses firmadas no Tema 952 aos planos coletivos, ressalvando-se, quanto às entidades de autogestão, a inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor (CDC);
- 2) A melhor interpretação do enunciado normativo do artigo 3º, II, da Resolução 63/2003 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é aquela que observa o sentido matemático da expressão "variação acumulada", referente ao aumento real de preço verificado em cada intervalo, devendo-se aplicar, para sua apuração, a respectiva fórmula matemática, estando incorreta a simples soma aritmética de percentuais de reajuste ou o cálculo de média dos percentuais aplicados em todas as faixas etárias.

Atualmente, a RN ANS 563 regula a variação de preços por faixa etária.

De acordo com a norma:

Art. 2º Deverão ser adotadas 10 (dez) faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:

- I - zero a dezoito anos;
- II - dezenove a vinte e três anos;
- III - vinte e quatro a vinte e oito anos;
- IV - vinte e nove a trinta e três anos;
- V - trinta e quatro a trinta e oito anos;
- VI - trinta e nove a quarenta e três anos;
- VII - quarenta e quatro a quarenta e oito anos;
- VIII - quarenta e nove a cinquenta e três anos;
- IX - cinquenta e quatro a cinquenta e oito anos;
- X - cinquenta e nove anos ou mais.

Art. 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:

- I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

III - as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos

De mais importante, é preciso que a Lei impeça a expulsão do usuário do plano.

Não se pode admitir, em qualquer idade, e sobretudo na proximidade da velhice, que em determinado ano haja um reajuste abusivo.

O reajuste anual é aplicado a todos os beneficiários do plano e tem como objetivo atualizar os valores das mensalidades de acordo com a variação dos custos em saúde e a inflação e, sob pena de prejudicar o equilíbrio financeiro, em regra, não poderia ser restringido.

Já o reajuste por faixa etária é aplicado com base na idade dos beneficiários, considerando que o risco de utilização dos serviços de saúde tende a aumentar conforme a idade avança, o que não impede que ele seja diluído nos anos subsequentes uma vez que sinistralidade não ocorre de maneira imediata quando do aniversário do consumidor.

Para compatibilizar os reajustes anuais e por faixa etária, é importante que o segundo não importe em um ônus excessivo quando aplicado no mesmo período financeiro, sendo que sua diluição compatibilizaria tanto o equilíbrio das operadoras quanto evitaria aumentos que impactam o valor da contraprestação pecuniária.

Usando os parâmetros da regulação vigente da ANS nada impede que se tenha um aumento de 145% para o usuário que completar 59 anos o que, na prática, inviabilizaria sua permanência no plano.

Colocando-se um limitador de 10% no reajuste por faixa etária, essa alteração seria diluída durante os anos subsequentes favorecendo o consumidor que pode adequar melhor os valores ao seu orçamento.

Assim:

**1. Sugere-se incluir na lei a previsão das 10 faixas etárias, com os limites de variação hoje existentes, prevendo-se um limite para o reajuste operado quando o usuário passe para outra faixa etária, de modo que o reajuste por faixa etária não supere o percentual de 10%, devendo a diferença entre o reajuste previsto e o aplicado ser diluído nos anos seguintes do contrato.**

### **Do Incentivo à coparticipação.**

É preciso combater a falha de mercado consistente no risco moral, a exemplo do notável aumento da demanda por serviços de saúde em virtude da própria existência do plano de saúde contratado.

Deve-se buscar normatizar o plano de coparticipação, indicando que a ANS regulamentará o teto de coparticipação. Mesma coisa para a franquia nos planos de saúde. Vide STJ REsp 1666815 e STF ADPF 532 (Min. Carmén Lúcia).

Os planos de saúde, instituídos com o objetivo de melhor gerir os custos da assistência privada à saúde, podem ser integrais (completos) ou coparticipativos.

O art. 16, VIII, da Lei nº 9.656/1998, permitiu a inclusão de fatores moderadores, paralelos às mensalidades, no custeio dos planos de saúde, como a coparticipação, a franquia e os limites financeiros.

Nos termos do art. 3º, da Res. Consu n. 8, a coparticipação é compreendida como sendo a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento (Vide Res. Consu n. 8, art.3.)

O STJ, inclusive, já reconhece em sua jurisprudência que a coparticipação é um meio justo para se evitar o desequilíbrio financeiro do contrato (REsp 1.642.255/MS, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 17/04/2018, DJe 20/04/2018).

Trata-se de um caminho sem volta a adoção de coparticipação pelos planos de saúde como um todo. Além de contribuir para o equilíbrio financeiro, ajudaria a resolver um grave problema que afeta os níveis de sinistralidade dos planos de saúde que é o uso desenfreado (exames e consultas em excesso).

Na contrapartida, porém, tem que se reduzir a mensalidade, definindo, ainda, limites máximos para essa coparticipação (vide STJ AgInt no AREsp 1695118 / MG).

Assim:

**1. Sugere-se redação que indique que a participação do segurado ou do usuário do plano não pode ser tão elevada que se constitua um entrave à utilização dos tratamentos estipulados, limitada sempre a 20% dos gastos da operadoras e à soma correspondente aos últimos 5 anos de prêmios pagos pelo usuário.**

**2. Alternativamente, que os percentuais sejam disciplinados a partir da regulação, incumbindo à ANS, no prazo de 06 meses, regulamentar os limites de gastos a cargo do usuário, bem como os limites de cobrança mensal desses valores.**

**3. Sugere-se vedar coparticipação em percentual para eventos como internação ou eventos relacionados com a saúde mental.**

## **Dos Termos e das Condições**

As entidades consumeristas e o Judiciário registram fortes queixas referentes à rescisão unilateral e imotivada. É preciso criar mecanismos legais que dificultem a rescisão unilateral dos planos coletivos por parte das operadoras.

Atualmente, há expressa autorização para a operadora do plano de saúde rescindir unilateral e imotivadamente o contrato coletivo, desde que: i) contenha cláusula expressa sobre a rescisão unilateral; ii) o contrato esteja em vigência por período de pelo menos doze meses; iii) haja a prévia notificação da rescisão com antecedência mínima de 60 dias.

Em relação aos planos individuais/familiares, a lei veda 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”.

Não se ignora que o STJ já decidiu que “a vedação de suspensão e de rescisão unilateral prevista no art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998 aplica-se somente aos contratos individuais ou familiares” (REsp 1471569/RJ, DJe 07/03/2016).

Ocorre que a questão é diferente em relação aos planos de saúde coletivos com poucas vidas, que mais se assemelham em termos de necessidade de proteção aos individuais do que os coletivos com um contingente de vidas expressivo.

Com essa distinção, o STJ já reconheceu que a contratação por uma microempresa de plano de saúde em favor de uma família com três únicos beneficiários não atinge o escopo da norma que regula os contratos coletivos, justamente por faltar-lhe o elemento essencial de uma população de beneficiários (REsp 1.638.280).

Para o STJ, a hipótese sob exame revela um atípico contrato coletivo que, em verdade, reclama o excepcional tratamento como individual/familiar.

Outra motivador para a rescisão que precisa ser revisto diante da notória vulnerabilidade na relação contratual diz respeito aos atrasos intercalados no pagamento das mensalidades.

Com efeito, de acordo com o art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/98, permite-se atualmente a rescisão unilateral do contrato, pela operadora, diante do não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato.

A norma traz consigo uma exigência absolutamente draconiana ao consumidor: controlar a soma referente aos pequenos e eventuais atrasos no pagamento que tenham ocorrido nos últimos doze meses, de modo a buscar evitar que se alcance o patamar de 60 dias de atraso.

Ocorre que o consumidor em dia com sua mensalidade, não obstante eventual problema que tenha tido ao pagar qualquer contribuição mensal pretérita, tem a legítima expectativa de que ostenta uma condição de regularidade perante a operadora.

Ainda, é corrente a crítica de que as comunicações das operadoras ao usuário

não são claras ou específicas, além da costumeira reclamação quanto ao meio utilizado pelo plano, que nem sempre é eficiente para configurar a ciência inequívoca do usuário.

Por fim, um problema não raramente enfrentado pelo usuário diz respeito à continuidade no plano coletivo após o desligamento da empresa.

Avaliamos que a manutenção da condição de usuário após extinção do contrato de trabalho é tema absolutamente relevante, especialmente porque, atualmente, os ex-empregados conseguem manter o plano de saúde apenas por um período correspondente a 1/3 do período de trabalho, limitado por um período entre 6 meses e 2 anos.

Particularmente, o limite de 2 anos nos parece desarrazoado. É preciso que o tempo de vínculo sobressaia sempre, notadamente porque é um indicador de estabilidade de relação e de assentamento das relações e do trato de saúde do usuário.

Assim, sugere-se:

**1. A previsão normativa da mesma vedação de suspensão ou de rescisão unilateral, para os planos com até 99 vidas, indiferentemente do tipo de contratação (individual ou coletiva).**

**2. Subsidiariamente, sugere-se criar obrigações à operadora que rescinde sem razão, com a obrigação de direcionar o consumidor a plano ou outra operadora equivalente, mesmo que o custo disso seja (ainda que parcialmente) absorvido pela operadora. Vide REsp 1.701.600 e REsp 1.553.013. REsp 1.762.230.**

**3. Remover a possibilidade de rescisão do contrato quando houver pequenos inadimplementos sucessivos mas cuja quitação já ocorreu.**

**4. Que o modelo de notificação de inadimplência deve acompanhar as evoluções tecnológicas, mas é o usuário quem escolhe, entre as opções existentes, a forma que mais lhe seja conveniente;**

**5. Que todas as comunicações devem ser inequívocas e específicas, sendo vedado o aproveitamento do ato informativo para a propagação de elementos de propaganda de outros produtos ou serviços. Todas as comunicações aos usuários deverão atender à especial condição daqueles que apresentem qualquer deficiência, em especial àqueles com deficiência visual e/ou auditiva.**

**6. O fim do limite máximo de 2 anos, permitindo-se ao ex-empregado manter o plano por período correspondente a 1/3 do período trabalhado.**

### **Da Rede de Prestadores Credenciados e Não Credenciados.**

É comum o usuário não ter pleno conhecimento da rede credenciada. Assim, é prudente que ele também seja costumeiramente informado da alteração da rede, bem como receba anualmente um comunicado sumarizando as ações consolidadas pelo Plano e pela agência reguladora quando ao dever de cobertura pelas operadoras.

A diminuição paulatina das redes disponíveis ao usuário é também digna de nota. A conformação do mercado, especialmente diante da verticalização, coloca o usuário em condição cada vez mais precária no que toca à escolha do profissional/estabelecimento.

Uma solução indutiva ao sentido contrário certamente passa pela valorização de uma rede ampliada de credenciados. Isso implica numa normatização geral que proteja o consumidor e obrigue a operadora a disponibilizar uma rede numericamente adequada, em termos geográficos e em acordo com a massa de profissionais e estabelecimentos disponíveis em um determinado mercado relevante.

Diga-se: sempre que houver um mercado local com uma competição sadia entre os *players* locais, em número e condições de preço adequados, não se justifica o oferecimento de planos de saúde com atendimento restrito a redes verticais, sendo imperioso que a lei também observe uma dimensão de escolha ao usuário, no que tange ao profissional/estabelecimento que irá procurar atendimento.

É oportuno registrar que não se busca ojerizar a opção econômica da verticalização, que é legítima e atende em boa medida às dificuldades decorrentes de soluções ou gestões ineficientes. Contudo, o fenômeno da verticalização ganhou números muito expressivos recentemente, e trouxe consigo preocupações a serem corretamente endereçadas.

Um problema potencial conhecido para a rede verticalizada é a subutilização de serviços e até mesmo a possível coação do profissional médico prescritor.

O abuso de condutas internas, inseridas em cadeias de comando numa mesma organização, pode significar prejuízos na qualidade do atendimento, notadamente quando não houver mecanismos de controle e reversão de decisões inspiradas em ganho econômico.

Assim, sugere-se:

**1. Redação que exija que o usuário seja comunicado sempre que houver alteração da rede credenciada, bem como haja o envio de comunicação anual, resumindo as ações consolidadas pelo plano e pela agência reguladora quanto aos deveres de manutenção das redes credenciadas. Ademais, que tais informações sejam disponibilizadas com destaque nos sítios eletrônicos das operadoras.**

**2. Redação que direcione à regulação o dimensionamento mínimo das redes credenciadas em determinados mercados, notadamente em localidades onde haja vasta oferta de serviços de saúde por profissionais e estabelecimentos, de modo que a lei prestigie o direito de escolha ao usuário.**

**3. Que, nas hipóteses de rede própria, a operadora seja compelida a comprovar à ANS a adoção de prática de *compliance*, com regulamento interno e padrão ético que visem a integridade nas práticas e o respeito ao ato médico.**

### **Da Relação entre Operadoras e Prestadores.**

Historicamente, a legislação atinente à saúde suplementar no país sempre dirigiu maior atenção às operadoras, tratando de normatizar os requisitos para a entrada e a operacionalização nesse mercado, bem como no trato da relação comercial com os usuários.

Ocorre que a saúde suplementar sabidamente engloba diferentes outros setores,

os quais influenciam de forma determinante os rumos do mercado e das relações travadas entre os agentes da cadeia.

Desse modo, tem-se alavancado os estudos e o aprimoramento quanto à regulação de outros agentes, especialmente em relação aos prestadores de serviço, que entregam ao usuário a prestação de saúde almejada ao tempo da contratação do plano de saúde.

Nesse cenário, houve significativo avanço com a chamada Lei da Contratualização (Lei n 13.003), que inseriu na Lei de Planos de Saúde dispositivos expressamente dirigidos às operadoras e prestadores, notadamente para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços.

Na oportunidade, o legislador fixou diversas matérias que devem, desde então, constar na relação contratual formalizada, a exemplo da definição dos valores dos serviços contratados e a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão.

Mais recentemente, a ANS instituiu a Câmara Técnica Permanente de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC) e diversos avanços já foram alcançados a nível regulatório.

Há muito a avançar ainda, contudo.

É inegável que boa parte do custo exorbitante em saúde no país é derivado de certas ineficiências bem conhecidas por todos.

É preciso eliminar a falta de transparência no preço, mitigar a assimetria de informação e promover meios de maior eficiência do mercado e de transparência perante o consumidor.

É necessário regular certas condutas e impedir efeitos deletérios à concorrência decorrentes do tabelamento de preços, condutas comerciais uniformes, sobretudo em cooperativas médicas, cláusulas de exclusividade.

O Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) tem reconhecido em suas decisões que tem havido uma redução no grau de concorrência dos mercados relacionados à prestação de serviços de saúde, com potenciais efeitos nocivos ao consumidor decorrentes das práticas abusivas e alguns atos de concentração.

Com efeito, o mercado de planos de saúde é caracterizado por um elevado grau de assimetria de informação. Isso gera um grau de incerteza relevante à atuação das operadoras e à demanda dos consumidores.

Nesse contexto, imprescindível é algum grau de intervenção estatal, através da regulação, com foco na mitigação dos efeitos deletérios das falhas de mercado conhecidas.

Um tópico, em especial, diz respeito ao modelo de remuneração preponderante

no país, o chamado *fee for service*.

A aplicação desse modelo implica reconhecer que quanto mais o prestador fizer uso de materiais, medicamentos, exames e diárias hospitalares, maior será a conta a ser paga, o que, certamente, não induz a nenhum ganho de eficiência decorrente de uma eventual desfecho mais simples ou econômico.

A ideia, que já é ruim, fica pior quando se verifica que a realidade do país mostra que os preços praticados pelos hospitais e clínicas costumam conter notórias distorções com a realidade, haja visto que a maioria das receitas advêm das rubricas "materiais" e "medicamentos", as quais são hoje tabeladas a partir de publicações privadas quem trazem preços "sugeridos por fabricantes", mas em completo descompasso com a realidade de mercado.

Em contraposição ao *fee for service*, o setor já estuda a implementação de métodos mais eficientes para a composição dos preços praticados, quase todos dirigidos à uma ideia de valor e qualidade, na qual os desfechos clínicos e o grau de satisfação do usuário são importantes elementos de métrica e precificação.

Por fim, é recorrente a queixa entre os prestadores do uso indiscriminado das glosas por parte das operadoras de planos de saúde, que em muitos casos serviriam apenas para retardar o pagamento de hospitais e clínicas.

A falta de transparência e a inexistência de um canal direto de comunicação com os setores de auditoria são outras reclamações que implicam em prejuízo nas análises das glosas.

Sobre o tema, a RN ANS n. 503 chega a estabelecer que a rotina de auditoria administrativa e técnica deve ser expressa acerca das hipóteses e dos prazos para o oferecimento das glosas, contudo, a prática de mercado revela que a chamada glosa administrativa ainda funciona como um *coringa* para o enquadramento de exigências formais, sem previsão contratual.

Ademais, o setor hospitalar frisa que os prestadores deixam de denunciar o uso indiscriminado da glosa diante do justo receio de serem sumariamente descredenciados.

Assim, é preciso normatizar a exigência de cláusula contratual que preveja as hipóteses de glosa pelas operadoras, cumprindo ao órgão regulador reprimir condutas desviadas por parte das operadoras.

Assim, sugere-se:

**1. Inserção na lei da obrigatoriedade de cláusula contratual que preveja a forma de remuneração e os critérios de reajuste dos serviços contratados de forma clara e objetiva, os quais deverão considerar atributos de qualidade e desempenho da assistência à saúde previamente discutidos e aceitos pelas partes, e em acordo com a regulamentação.**

**2. Inserção na lei indicando que o modelo de remuneração baseado em**

**conta aberta deve necessariamente compor-se dos valores correspondentes aos honorários profissionais, diárias hospitalares e serviços intermediários, além do simples reembolso em relação a materiais e medicamentos utilizados, vedada a comercialização com lucro destes últimos, bem como a utilização de tabelas ou referenciais distorcidos da realidade do mercado.**

**3. Inserção na lei tornando obrigatório seja disponibilizado ao usuário o conteúdo da fatura referente aos serviços utilizados, no prazo regulamentar, os quais serão objeto de cobrança junto à operadora, contendo discriminadamente os seus itens e preços praticados, além dos tributos incidentes.**

**4. Explicitar na lei o dever da ANS, quando identificar indícios de práticas anticompetitivas ou lesivas ao consumidor, pelos agentes regulados, de representar aos órgãos do Sistema Nacional de Defesa da Concorrência e do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor**

**5. Inserção na lei da obrigatoriedade de cláusula contratual que descreva as hipóteses e prazos para o oferecimento, contestação e resolução de glosas administrativas e técnicas.**

### **Disposições Finais e Remissão a outros diplomas legais.**

Atualmente, não há obrigatoriedade de compartilhamento de informações clínicas e histórico dos usuários entre prestadores, ou entre prestadores e o Sistema Único de Saúde. Isso gera ineficiências como a duplicidade de exames, procedimentos, etc.

É preciso diminuir a assimetria informacional entre médicos e pacientes, além de promover uma gestão compartilhada entre os dados do Sistema Único de Saúde (SUS) e da saúde suplementar. O prontuário eletrônico oferece maior segurança sobre a condição clínica do usuário, com histórico acessível aos profissionais de saúde.

A medida certamente repercute em redução de custo e aumento de eficiência, na medida em que o diagnóstico e tratamentos serão mais seguros e se evitará a repetição desnecessária de exames e procedimentos.

A interligação com o SUS é fundamental, especialmente quando este desempenhar ação urgente ou emergente, além de serviços de alta complexidade.

Assim:

**1. Sugere-se a inserção de artigo na Lei do SUS (Lei n 8.080/90), de obrigatoriedade de sistema informatizado unificado nacional, gerido pelo Ministério da Saúde, com interveniência da ANS e entidades fiscalizadoras, permitindo acesso ao histórico de atendimentos dos pacientes do SUS ou particulares, inseridos na saúde suplementar ou não. Esses dados seriam depositados e geridos por instância governamental, e o acesso e tratamento deles demandaria pleno consentimento do usuário, a luz das garantias previstas da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).**



**MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**

Assinatura/Certificação do documento **PGR-00218149/2023 NOTA TÉCNICA nº 3-2023**

.....  
Signatário(a): **HILTON ARAUJO DE MELO**

Data e Hora: **16/06/2023 17:54:25**

Assinado com login e senha

.....  
Signatário(a): **MARCUS VINICIUS AGUIAR MACEDO**

Data e Hora: **16/06/2023 18:01:39**

Assinado com login e senha

.....  
Signatário(a): **THIAGO PINHEIRO CORREA**

Data e Hora: **16/06/2023 18:17:02**

Assinado com certificado digital

.....  
Signatário(a): **FABIANO DE MORAES**

Data e Hora: **16/06/2023 18:45:50**

Assinado com login e senha

.....  
Signatário(a): **NIEDJA GORETE DE ALMEIDA ROCHA KASPARY**

Data e Hora: **16/06/2023 19:22:32**

Assinado com login e senha

.....  
Acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 34d210cd.3506298f.c2788110.64c5b314