



CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

REQUERIMENTO Nº _____ DE 2017

(Da Sra Carmen Zanotto)

Requer a realização de Audiência Pública com a finalidade de debater os reajustes de mensalidades dos Planos Privados de Assistência à Saúde Coletivos.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 255 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a Vossa Excelência, ouvido o plenário, a realização de reunião de Audiência Pública desta Comissão de Seguridade Social e Família para debater os reajustes de mensalidades dos Planos Privados de Assistência à Saúde Coletivos.

Para tanto, solicitamos que sejam convidados os seguintes participantes:

- Representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- Dr Helton Freitas – Diretor-Presidente da Seguradora Unimed;
- Dra. Alba Valéria Eira Fleury – Gerente Médica do Visão Institutos Oftalmológicos do Distrito Federal;
- Representante da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon).



CÂMARA DOS DEPUTADOS

JUSTIFICATIVA

A realização de audiência pública está sendo solicitada pela Federação Nacional dos Policiais Rodoviários Federais, justificando-se que a contratação de Planos de Saúde se tornou, nos últimos anos, uma prioridade no orçamento doméstico dos brasileiros. No entanto manter o contrato com as operadoras tem se mostrado cada vez mais oneroso para os consumidores.

Inicialmente, há que se esclarecer que existem três tipos de Planos Privados de Assistência à Saúde: individual ou familiar; coletivo empresarial e coletivo por adesão.

No que tange aos planos individuais ou familiar e coletivo empresarial, não há muitas polêmicas. Isso porque o plano de saúde individual ou familiar possui percentuais de reajuste fixados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, enquanto que o coletivo empresarial é negociado diretamente entre a empresa contratante e a operadora.

O que tem causado bastante controvérsia entre operadoras e clientes é o plano coletivo por adesão. Trata-se de plano peculiar, em que uma empresa contrata os serviços de assistência médico-hospitalar e/ou odontológica de outra, ajustando uma apólice que será oferecida a pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

Anualmente as Seguradoras encaminham cartas aos seus beneficiários informando o aumento do valor das mensalidades dos planos de saúde contratados na modalidade “coletivo por adesão”, sempre vinculados a alguma Associação ou Entidade de Classe.

Normalmente justificados pela “alta sinistralidade do grupo de consumidores” ou pela “atualização dos valores dos serviços” ou, ainda, para “restabelecimento do equilíbrio contratual” e “revisão técnica”, as Seguradoras buscam aumentos que variam de 10% à 70% da mensalidade. As Seguradoras ainda tentam se justificar destacando



CÂMARA DOS DEPUTADOS

que as limitações anuais de aumento pela ANS- Agência Nacional de Saúde, somente seriam válidas para os contratos de seguro de saúde individuais.

No entanto, há que se ponderar que o contrato de plano de saúde coletivo por adesão é também um contrato de consumo e, justamente por isso, deve ser compatível com o Código de Defesa do Consumidor e demais princípios de proteção do consumidor. Assim, cláusulas contratuais que preveem, genericamente, os reajustes de suas mensalidades são abusivos e, portanto, nulas de pleno direito.

O mesmo se aplica a cláusulas que estipulam o reajuste do prêmio em virtude de cálculos decorrentes da majoração de honorários e produtos médico-hospitalares ou do suposto aumento da utilização do plano pelos segurados (índice de sinistralidade).

Os Tribunais têm declarado abusivos os aumentos dos planos de saúde que sejam maiores que as porcentagens definidas pela ANS. Sendo que frequentemente tem decidido pela equiparação dos contratos coletivos por adesão aos individuais.

Não se quer, com isso, afirmar que as operadoras não possam reajustar. Estas podem e devem reajustar os valores das mensalidades – sob pena de não conseguirem subsidiar no mercado -, mas com percentuais razoáveis, que mantenham o equilíbrio contratual.

Além disso, para que o reajuste seja legal, devem ser estipuladas fórmulas claras e precisas, com prévia definição do percentual de aumento, para que o consumidor tenha a possibilidade de antever quais ônus lhe serão imputados no decorrer da relação contratual.

Segundo publicação na página da ANS em 27/11/2015 (<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3079-beneficiarios-terao-area-exclusiva-para-acesso-a-informacoes>) – “**Beneficiários terão área exclusiva para acesso a informações** - A partir de 2016, todas as operadoras de planos de saúde deverão criar, em seus portais na internet, uma área exclusiva que reunirá informações individualizadas do beneficiário de plano de saúde e uma área destinada às empresas contratantes de planos coletivos(...).



CÂMARA DOS DEPUTADOS

(...) Na mesma publicação em relação aos “Reajuste de planos coletivos – As empresas contratantes de planos de saúde coletivos – empresariais e por adesão - terão acesso ao cálculo do percentual de reajuste aplicado nessas modalidades de contratação. A partir de 1º de agosto de 2016, a operadora deverá disponibilizar um extrato detalhado com os itens considerados na operação. Isso deve ser feito com antecedência mínima de 30 dias da data prevista para aplicação do reajuste. Entre os itens que devem ser mostrados estão o critério técnico adotado para o reajuste e a definição dos parâmetros e variáveis utilizados no cálculo; a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual e o período a que se refere; canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas sobre o extrato”.

Dessa forma pedimos o apoio dos nobres deputados para a realização dessa Audiência Pública.

Sala da Comissão, de de 2017.

Deputada Carmen Zanotto
PPS/SC