

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO Nº 415, DE 2016

Susta a Decisão da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que aprovou, por unanimidade, o índice de reajuste máximo de 13,57% (treze inteiros e cinquenta e sete centésimos por cento) com vigência de 1º de maio de 2016 a 30 de abril de 2017 para as contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, individuais e familiares, médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica.

Autor: Deputado IVAN VALENTE

Relator: Deputado ELIZEU DIONIZIO

I – RELATÓRIO

O Projeto de Decreto Legislativo (PDC) nº 415, de 2016, do Deputado Ivan Valente, susta a Decisão da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que aprovou, por unanimidade, o índice de reajuste máximo de 13,57% (treze inteiros e cinquenta e sete centésimos por cento), com vigência de 1º de maio de 2016 a 30 de abril de 2017, para as contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, individuais e familiares, médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica.

Na sua justificção, o Deputado apresenta sólida argumentação, fundamentada em informações de órgãos de defesa dos direitos do consumidor, como o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor e o PROCON; em manifestações de especialistas, como o Senhor Leandro

Farias, sanitarista e Coordenador do Movimento Chega de Descaso; e em dados disponibilizados no próprio sítio institucional da ANS.

O PDC em análise, que está sujeito ao exame do Plenário, foi distribuído, em regime de tramitação ordinária, às Comissões de Seguridade Social e Família (CSSF), para análise do mérito, e de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), para apreciação do mérito e dos aspectos constitucionais, legais, jurídicos, regimentais e de técnica legislativa.

É o relatório.

II - VOTO DO RELATOR

Cabe a esta Comissão de Seguridade Social e Família a apreciação, quanto ao mérito, no que tange ao direito à saúde e ao sistema público de saúde, do Projeto de Decreto Legislativo nº 415, de 2016.

Consoante a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998¹, os reajustes para os planos podem ocorrer por mudança de faixa etária e por variação de custos. A primeira hipótese dá-se de acordo com critérios definidos pela legislação e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Já a segunda pode ser feita uma vez ao ano, na data de aniversário do contrato.

Nos planos coletivos, que podem ser empresariais ou por adesão, o índice de reajuste por variação de custos é definido conforme as normas contratuais livremente estabelecidas entre a operadora de planos de saúde e a pessoa jurídica que contratou o plano. Esse reajuste deve ser apenas comunicado à ANS pela operadora no máximo até 30 dias após sua aplicação.

No que diz respeito ao cálculo para a definição do percentual a ser aplicado aos planos individuais, familiares e coletivos com até 30 beneficiários², a Agência esclarece que “a metodologia utilizada pela ANS para

¹ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm

² Para proteger os beneficiários de contratos com número reduzido de pessoas, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, por meio da qual decidiu

calcular o índice máximo de reajuste dos planos individuais é a mesma desde 2001 e leva em consideração a média dos percentuais de reajuste aplicados pelas operadoras aos planos coletivos com mais de 30 beneficiários”. Esse índice máximo é aprovado pela Diretoria Colegiada da ANS, nos termos do art. 8º da Resolução Normativa ANS nº 171, de 29 de abril de 2008³.

Na verdade, em nosso entendimento, essa “metodologia” é extremamente falha, pois, se as operadoras aplicarem reajuste excessivos aos planos coletivos, como tem sido frequentemente denunciado pelos usuários e divulgado pela imprensa, a média será afetada por tais distorções.

Por isso, acreditamos que os planos devam ter seu fator de reajuste regulado, mas por um índice calculado segundo critérios objetivamente aferíveis no mercado, tecnicamente justificáveis e aceitos, que promovam justiça tanto para as operadoras, quanto para os consumidores.

Em 2016, a ANS aprovou o índice de reajuste máximo aos planos individuais ou familiares de 13,57%, com vigência de 1º de maio de 2016 a 30 de abril de 2017. Neste ano, a Autarquia determinou que o teto de reajuste autorizado seria de 13,55% - índice que vigorará até abril de 2018. Esse percentual é válido para 8,2 milhões de beneficiários, que representam 17,2% dos 47,5 milhões de consumidores de planos do País.

Apesar de a ANS ter fixado em 13,55% o teto do reajuste dos planos individuais para 2017, no ano de 2016, a inflação oficial no Brasil, medida pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), ficou em 6,29%⁴. Ou seja: a ANS autorizou as operadoras de planos de saúde a aplicarem um índice de reajuste maior do que o dobro da inflação oficial do País.

que as operadoras de planos de saúde deverão agrupar seus contratos coletivos com menos de 30 vidas num grupo único para aplicação do reajuste. O objetivo da medida, que começou a valer para os reajustes feitos a partir de maio de 2013, foi o emprego de índices uniformes para esses contratos com menor capacidade de negociação junto às operadoras.

³

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MT14NA==>

⁴ <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2017/01/inflacao-termina-2016-no-menor-nivel-em-tres-anos-1>

Ora, a decisão da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar evidentemente exorbita do poder regulamentar e dos limites da delegação legislativa. A Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000⁵, que criou a ANS, determina que essa Autarquia “terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”. O que esse ato faz é privilegiar as operadoras em detrimento dos consumidores, num cenário que já é totalmente desequilibrado. De acordo o jornal Valor Econômico⁶, dados da própria ANS comprovam que, em 2016, o setor encerrou o ano com lucro de R\$ 6,2 bilhões, o que representa um crescimento de 70,6% em relação a 2015.

Vê-se, portanto, que o mérito deste Projeto é inegável. No entanto, é preciso ressaltar que, em razão da morosidade para a apreciação dessa matéria, a Decisão da Diretoria Colegiada da ANS que veiculava o índice de reajuste máximo de 13,57% perdeu validade, pois foi substituída por outra que estabelecia o índice máximo de 13,55%, válido até 30 abril de 2018. Por isso, ofereceremos Substitutivo, que determinará a sustação da decisão que veicula o índice vigente.

Em razão do exposto, sugerimos a aprovação do Projeto de Decreto Legislativo nº 415, de 2016, com o Substitutivo anexo.

Sala da Comissão, em de de 2017.

Deputado ELIZEU DIONIZIO

Relator

2017-18475

⁵ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm

⁶ <http://www.valor.com.br/empresas/5001906/lucro-das-operadoras-de-planos-de-saude-sobe-706-em-2016-afirma-ans>

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

SUBSTITUTIVO AO PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO Nº 415, DE 2016

Susta a Decisão da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de 18 de maio de 2017, no âmbito do Processo ANS nº 33902.362832/2012-54, publicada no Diário Oficial da União de 19 de maio de 2017, que aprovou, por unanimidade, o índice de reajuste máximo de 13,55% (treze inteiros e cinquenta e cinco centésimos por cento), com vigência de 1º de maio de 2017 a 30 de abril de 2018, para as contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, individuais e familiares, médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Este Decreto Legislativo susta a Decisão da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de 18 de maio de 2017, no âmbito do Processo ANS nº 33902.362832/2012-54, publicada no Diário Oficial da União de 19 de maio de 2017, que aprovou, por unanimidade, o índice de reajuste máximo de 13,55% (treze inteiros e cinquenta e cinco centésimos por cento), com vigência de 1º de maio de 2017 a 30 de abril de 2018, para as contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, individuais e familiares, médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica.

Art 2º Este Decreto Legislativo entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão, em de de 2017.

Deputado ELIZEU DIONIZIO
Relator