



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 1457/2023/ASPAR/MS

Brasília, 19 de setembro de 2023.

A Sua Excelência o Senhor

Deputado Federal Luciano Bivar

Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados

Referência: Requerimento de Informação nº 689/2023

Assunto: Informações quanto à função institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Senhor Primeiro-Secretário,

1. Cumprimentando-o cordialmente, em atenção ao Ofício nº 258/2023, proveniente da Primeira Secretaria da Câmara dos Deputados, refiro-me ao **Requerimento de Informação nº 1762/2023** (0035800285), de autoria do Senhor Deputado Federal Fred Linhares - REPUBLICANOS/DF, por meio do qual são requisitadas informações **quanto à função institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.**
2. Encaminho acostadas a este ofício as informações prestadas pelas áreas técnicas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (0035013504)
3. Desse modo, no âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pelo corpo técnico sobre o assunto.
4. Sem mais para o momento, este Ministério permanece à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

NÍSIA TRINDADE LIMA
Ministra de Estado da Saúde





Documento assinado eletronicamente por **Nísia Verônica Trindade Lima, Ministra de Estado da Saúde**, em 09/10/2023, às 17:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0036113009** e o código CRC **9DED8DBA**.

Referência: Processo nº 25000.091976/2023-17

SEI nº 0036113009

Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.

<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?podArquivoId=2343993>

Ofício 1457 (0036113009)

SEI 25000.091976/2023-17 / pg. 2

2343993



SAUS Quadra 1, Bloco M, 7º andar , Brasília/DF, CEP 70070-935
Telefone: (61) 3213-3031/(61) 3031-3018 - <http://www.ans.gov.br>

Ofício nº: 18/2023/ASPAR/GAB/PRESI/ANS

Brasília, 19 de julho de 2023.

À Excelentíssima Senhora
Nísia Trindade Lima
Ministra de Estado da Saúde

Assunto: Requerimento de Informações nº 1762, de 2023.

Senhora Ministra da Saúde,

Cumprimentando-a cordialmente, reporto-me ao Requerimento de Informações nº 1762/2023, de autoria do Deputado Federal Fred Linhares (Republicanos/DF), por meio do qual requer informações à Ministra de Estado da Saúde sobre a função institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), especialmente sobre aumentos exorbitantes de mensalidades e cancelamentos unilaterais de contratos de crianças com espectro autista, reportando o que segue:

"Requeiro a Vossa Excelência, na forma dos arts. 115 e 116 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados que, ouvida a Mesa, sejam solicitadas informações a Sr.ª. Ministra de Estado da Saúde quanto à função institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, nos seguintes termos:

1) A Lei Federal nº 9.961, de 2000, dispôs em seu rol de artigos que a finalidade institucional da ANS seria "promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde".

Com base nesse princípio, gostaríamos de saber se a ANS está de fato exercendo seu poder-dever de defesa do interesse público, regulando as operadoras setoriais, inclusive fiscalizando os planos de saúde quanto aos aumentos exorbitante das mensalidades, principalmente em relação aos usuários mais idosos.

2) Recebemos informações de que alguns planos de saúde estão cancelando unilateralmente tratamentos de crianças com espectro autista, sem notificação prévia, sem justificativa plausível para interrupção do tratamento. Sabemos que crianças com espectro autistas que fazem tratamento não podem ter o tratamento interrompido abruptamente, pois isso implica no andamento do desenvolvimento psicossocial dos pacientes sendo altamente prejudicial para eles.

A par dessas informações, gostaríamos de saber se a ANS está fiscalizando os planos de saúde que tem entre seus clientes pessoas com espectro autista e quais providências estão sendo adotadas para os planos de saúde que cancelam unilateralmente a prestação de serviço a esses pacientes."

Assim sendo, passa-se à prestação dos devidos esclarecimentos à demanda parlamentar em apreço.

I – Do Papel Fiscalizatório da ANS

Importante destacar, inicialmente, que a ANS constitui o principal canal que os beneficiários de planos privados de assistência à saúde procuram a fim de terem garantidos os direitos previstos tanto na legislação quanto na regulamentação setorial.

Para o cumprimento de tais deveres legais, a ANS estabeleceu em sua atuação, basicamente, dois tipos de fiscalização: **a proativa e a reativa**. As duas frentes de trabalho têm como norte a indução de boas práticas, visando a mudança de comportamento do agente regulado.

A fiscalização proativa compreende o planejamento de uma ação fiscalizatória mais ampla e planejada, a otimização de esforços. Essas ações estão previstas, precipuamente, no âmbito do **Programa de Intervenção tória** (RN nº 388/2015 c/c IN DIFIS nº 13/2016), por meio do qual se objetiva a solução da raiz dos maiores



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.

http://www.ans.gov.br/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=27564555&infra_sistema... 1/8

Anexo SEI/ANS - RIC 1762-2023 - Ofício (0055013564)

SEI 25000.091976/2023-177 pg. 3

2343993

problemas identificados nas operadoras ou nas administradoras de benefícios que apresentaram piores resultados a cada ciclo semestral. Há um indicador específico que faz essa leitura.

Em seu turno, a fiscalização reativa, em linhas gerais, tem como insumos as reclamações dos próprios beneficiários, seus interlocutores (canais de atendimento da ANS) ou por meio de órgãos externos, tais como: o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública (demandas institucionais).

Recebidas essas demandas, a condução é feita pelo tratamento individualizado dado à conduta relatada, com fase prévia processual denominada **Notificação de Intermediação Preliminar – NIP**, instrumento que visa a solução de conflito entre beneficiário e sua operadora ou administradora de benefícios.

Frustrada a resolução consensual do conflito e esgotada a fase pré-processual, processo administrativo sancionador poderá ser instaurado (conforme disposto nos arts. 5º e seguintes da Resolução Normativa - RN nº 483/2022).

Ainda no âmbito da fiscalização reativa, não havendo beneficiário identificado, mas caso a conduta relatada indique a ocorrência de suposto indício de infração à saúde suplementar, instaura-se o Procedimento Administrativo Preparatório – PAP, também como etapa prévia à abertura de processo administrativo sancionador.

Assim, caso não seja alcançado o objetivo de solução pacífica da demanda e, persistindo indícios de infração, o auto de infração é lavrado, com abertura de contraditório e ampla defesa, podendo, ao final do processo, ser aplicada penalidade, cujos critérios e espécies estão especificados na Resolução Normativa - RN nº 489/2022.

Cumpra ainda fazer referência ao rito da representação, instaurado no âmbito das demais diretorias da ANS, cujo exercício da atividade fiscalizatória encontra-se disciplinado no art. 25 da RN nº 483/2022. Nesse contexto, os procedimentos de representação são iniciados pelos órgãos técnicos e, após a análise conclusiva sobre a configuração ou não da infração objeto de apuração, devem ser direcionados a esta Diretoria de Fiscalização para que sejam proferidas as decisões de primeira instância.

Feitos os esclarecimentos pertinentes quanto ao fluxo das demandas passíveis de Notificação de Intermediação Preliminar – NIP em sede de apuração na ANS, conforme os normativos vigentes, cumpre-nos registrar que a iniciativa parlamentar em apreço não aponta nenhum caso concreto para a devida ação fiscalizatória deste Órgão Regulador.

Nada obstante, visando dar completude ao atendimento a prestação de informações à demanda parlamentar, cumpre informar que **foram realizadas consultas junto ao banco de dados do Sistema Integrado de Fiscalização – SIF da ANS, utilizando os seguintes parâmetros:**

"Data da extração: 21/06/2023

Base: Demandas NIP

Data de atendimento entre 01/01/23 e 21/06/23

Tema = Contratos e Regulamentos

Subtema = Suspensão e Rescisão Contratuais

Seleção de demandas que contenham em sua descrição uma das palavras-chave: "TEA" OU "F84" (e variações) OU "autista" OU "autismo" OU "asperger".

Reg. ANS = 348830 (Plena Saúde) ou 314218 (São Cristóvão) ou 359017 (Notre Dame) ou 006246 (Sul America Companhia de Seguro Saúde) ou 000477 (Sul América Seguradora de Saúde) ou 339679 (Central Nacional Unimed) ou 005711 (Bradesco)

OBS: Como no processo não foi especificada a operadora Sul América a que se refere, a pesquisa foi realizada em face de todas as Sul américas que possuem registro ANS ativo.

Como resultado, foram localizadas as seguintes demandas de reclamação de beneficiários com base nos parâmetros solicitados, conforme tabela em anexo (26966376):

Plena Saúde - 01 demanda, beneficiário residente no Estado de São Paulo.

São Cristóvão - 01 demanda, beneficiário residente no Estado de São Paulo.

Notre Dame - 05 (cinco) demandas, sendo 04 (quatro) residentes no Estado de São Paulo.

Sul América - 01 demanda, beneficiário residente no Estado de São Paulo.

CNU - 33 (trinta e três) demandas, sendo 20 (vinte) de residentes no Estado de São Paulo.

Bradesco - 20 (vinte) demandas, sendo 05 (cinco) de residentes no Estado de São Paulo."

Por fim, importante se faz registrar que foram instaurados os seguintes Procedimentos Administrativos Preparatórios (PAPs), com a finalidade de apurar a regularidade dos cancelamentos de contratos de forma unilateral.

Aqui, reforça-se que, como acima explicitado, o PAP consiste num instrumento que corresponde a uma etapa pré-processual de coleta de elementos, que a depender poderá dar azo à abertura de processo administrativo sancionador.

Ante o exposto, a ANS, por meio de sua Diretoria de Fiscalização, está atenta aos fatos noticiados e estão dotadas as medidas pertinentes, seguindo o rito estabelecido na normatização vigente e aplicável, aqui



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.

gov.br/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=27564555&infra_sistema... 2/8

Anexo SEI/ANS - RTO 1762-2023 - Ofício (0055013554)

SEI 25000.091976/2023-177 pg. 4

merecendo menção as Rn's 483 e 489, ambas de 2022, que regulam a matéria sob a ótica da fiscalização.

II – Esclarecimentos acerca da Regulamentação relativa à Rescisão de Contratos de Planos Privados de Assistência à Saúde

Preliminarmente, cumpre informar que, conforme estabelece o art. 14 da Lei nº 9656/98, **ninguém pode ser impedido por qualquer motivo de participar de plano privado de assistência à saúde**, seja por idade ou por ser portadora de deficiência, conforme se denota a seguir:

“Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. ([Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001](#)) ([Vide Lei nº 12.764, de 2012](#))”

Neste sentido, cabe ressaltar que nos planos privados de assistência à saúde **é vedada a prática de seleção de riscos pelas operadoras de planos de saúde na contratação ou na exclusão de beneficiários em qualquer modalidade de plano de saúde**. Nos planos coletivos, empresarial ou por adesão, a vedação se aplica tanto à totalidade do grupo quanto a um ou alguns de seus membros. Esta vedação está disposta na Súmula Normativa nº 27, de 10 de junho de 2015, nos seguintes termos:

“É vedada a prática de seleção de riscos pelas operadoras de plano de saúde na contratação de qualquer modalidade de plano privado de assistência à saúde. Nas contratações de planos coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a vedação se aplica tanto à totalidade do grupo quanto a um ou alguns de seus membros. **A vedação se aplica à contratação e exclusão de beneficiários**” (grifamos)

A proibição de seleção de riscos nos planos coletivos também está estabelecida na Resolução Normativa nº 557/2022, na qual consta a determinação de que **para vínculo de beneficiários aos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial não serão permitidas quaisquer outras exigências que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante**, senão vejamos:

“Subseção I Da Proibição de Seleção de Riscos

Art. 22. Para vínculo de beneficiários aos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial não serão permitidas quaisquer outras exigências que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante.”

Conforme acima exposto, o fato de ser portador de determinada doença ou condição de saúde não pode impedir o consumidor de contratar individualmente um plano de saúde ou aderir a plano coletivo (empresarial ou por adesão), estando a operadora de saúde sujeita às penalidades previstas na legislação setorial.

Portanto, as normas estabelecidas pela ANS vedam a seleção de risco por parte das operadoras seja na contratação ou não exclusão de beneficiários, não podendo haver impedimento de participação em plano de saúde ou exclusão de beneficiários por este motivo, ou seja, pela sua condição de saúde ou o fato de ser pessoa portadora de deficiência.

No que tange à rescisão ou cancelamento de contrato individual ou familiar, o art. 13, parágrafo único, II da Lei nº 9656/98, estabelece que a operadora tem a faculdade de rescindir estes contratos **somente nos casos de fraude ou inadimplência por mais de 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o contratante seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência, e não pode rescindir o contrato durante a internação do titular** (ou do dependente, conforme item 6 da Súmula 28/2015), nos seguintes termos:

“Art. 13. (...)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: ([Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001](#))

(...);

II - a **suspensão ou a rescisão unilateral do contrato**, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e ([Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001](#));

III - a **suspensão ou a rescisão unilateral do contrato**, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular. ([Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001](#))”

Súmula Normativa nº 28/2015:

“6. **É vedada a rescisão ou suspensão unilateral do contrato por iniciativa da operadora, qualquer que seja o motivo, durante a internação de titular ou de dependente, no caso de plano privado de assistência à saúde de contratação individual ou familiar**”.

(grifamos)

Conforme exposto acima, vê-se que as regras estabelecidas no parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9656/98 se aplicam aos contratos de planos individuais ou familiares (art. 16, VII, “a”, da Lei nº 9656/98), que somente podem ser rescindidos pela operadora nos casos de fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, **ativos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência**.



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.

gov.br/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=27564555&infra_sistema... 3/8

Anexo SEI/ANS - Rn's 483 e 489 - Ofício (005501334)

SEI 25000.091976/2023-177 pg. 5

2343993

Cabe salientar que a Lei nº 9656/98 buscou proteger ainda o contratante (beneficiário titular) de plano individual ou familiar ao estabelecer a vedação de **suspensão ou rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular, o que foi estendido pela ANS por meio da Súmula nº 28/2015 (item 6) aos beneficiários dependentes.**

De modo diverso que nos planos individuais ou familiares, **nos planos coletivos (empresariais ou por adesão) podem haver duas situações para cancelamento do plano: a exclusão pontual de um beneficiário ou a rescisão do contrato entre as pessoas jurídicas (a empresa contratante e a operadora) a pedido de uma ou outra parte.**

Desta forma, não sendo solicitado o cancelamento do plano a pedido do próprio consumidor, a operadora pode excluir o beneficiário somente em caso de fraude ou de perda de vínculo de titularidade (com a pessoa jurídica contratante) ou de dependência, se estas condições de para a exclusão dos beneficiários estiverem previstas no contrato. Vale ressaltar que, à exceção dessas duas hipóteses, a responsabilidade da exclusão do beneficiário de plano de saúde é sempre da pessoa jurídica contratante a qual ele está vinculado.

No caso de contratos firmados por pessoas jurídicas, após o prazo de vigência inicial do contrato coletivo, **a rescisão contratual imotivada pode ocorrer, devendo ser sempre precedida de notificação**, observando-se as disposições contratuais, que estão sujeitas ao Código de Defesa do Consumidor. Somente poderá ser exigida a notificação prévia com 60 dias de antecedência da parte que foi comunicada da rescisão, por exemplo, se estiver disposto no contrato. Ressaltamos **que esse prazo é para a pessoa jurídica contratante ou para a operadora que solicita a rescisão do contrato, não se aplicando aos beneficiários que desejem sair do plano.**

As condições para a rescisão de contratos coletivos devem estar previstas no contrato e são válidas para o contrato como um todo, ou seja, para o contrato firmado com a pessoa jurídica contratante, não com o beneficiário a ela individualmente vinculado.

Nos contratos coletivos empresariais celebrados por empresário individual, a rescisão pode ser solicitada: a) pelo empresário individual contratante, hipótese em que pode ser exigido o aviso prévio e cobrança de multa ao contratante, **se previsto em contrato** (art. 23 da RN nº 557/2022); ou b) pela operadora, e neste caso, não sendo hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação (art. 14 da RN nº 557/2022).

Importante destacar que, **se houver rescisão do contrato de plano coletivo (por qualquer motivo) e existir algum beneficiário (titular ou dependente) em internação, a operadora de origem deverá arcar com todo o atendimento até a alta hospitalar, momento a partir do qual o beneficiário poderá exercer seu direito à portabilidade de carências (troca de plano sem cumprimento de novas carências ou de cobertura parcial temporária no caso de doenças ou lesões preexistentes) para plano da mesma ou de outra operadora (art. 5º, parágrafo único, da RN nº 438/2018).**

Da mesma maneira, **os procedimentos autorizados na vigência do contrato deverão ser cobertos pela operadora, uma vez que foram solicitadas quando o vínculo do beneficiário com o plano ainda estava ativo.**

Ressalta-se, ainda que, **quando o beneficiário é excluído do seu plano de saúde ou tem o seu contrato rescindido, ele tem o direito de realizar a portabilidade de carências, ou seja, contratar um novo plano sem cumprir novos prazos de carências ou cobertura parcial temporária, no caso de doenças ou lesões preexistentes.**

A ANS disponibiliza uma cartilha com informações sobre o exercício da Portabilidade de Carências, que pode ser consultada por meio do link: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/portabilidade-de-carencias/cartilha_final.pdf.

III – Esclarecimentos sobre os Reajustes das Mensalidades

Inicialmente, cabe mencionar que atualmente existem dois tipos possíveis de variação nas contraprestações pecuniárias de um plano de saúde, quais sejam:

- **Variação de Faixa Etária do beneficiário**, ocorrido cada vez que o beneficiário atinge uma idade que represente o início de uma nova faixa etária conforme estipulado em seu contrato;
- **Reajustes financeiros anuais**, fundamentados nas variações dos custos médico-hospitalares e limitados à periodicidade mínima de 12 meses.

- Das Variações de Preços por Faixas Etárias

O estabelecimento de preços fracionados em faixas etárias traz equilíbrio financeiro ao plano, já que tanto quanto os idosos pagam um valor compatível com os seus perfis de utilização dos serviços de saúde.



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.

gov.br/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=27564555&infra_sistema... 4/8

Anexo SEI/ANS - RIO 1762-2023 - Ofício (0055013554)

SEI 25000.091976/2023-177 pg. 6

Assim, a inexistência de variações de preços por mudança de faixa etária, ou seja, a adoção do princípio do mutualismo sem a ponderação dos diferentes perfis de utilização, prejudicaria a viabilidade da comercialização dos planos de saúde. Nesta hipotética situação, os planos não seriam financeiramente atraentes aos mais jovens e, por sua vez, sem a participação desse público, o subsídio necessário para os gastos dos mais idosos tornar-se-ia cada vez mais oneroso.

O sistema de divisão de riscos na saúde suplementar brasileira é chamado de mutualismo com solidariedade intergeracional. Por "mutualismo" entende-se que, dentro de cada faixa etária, o prêmio é igual para todos os membros daquele plano e é determinado pelo risco médio daquele grupo. Ou seja, os indivíduos mais saudáveis (de menor risco) subsidiam aqueles menos saudáveis (de maior risco), dentro da mesma faixa etária. E por solidariedade intergeracional, entende-se que os beneficiários das faixas etárias mais jovens (de menor risco) subsidiam os indivíduos mais idosos (de maior risco).

Nos planos regulamentados pela ANS, a Lei nº 9.656/98 prevê que o contrato de plano de saúde deve indicar com clareza as faixas etárias e os percentuais de reajuste que serão aplicados a cada mudança de faixa. Uma vez estabelecido o valor da faixa etária, não pode haver qualquer discriminação de acesso por parte das operadoras, sob pena de processo sancionador por parte da ANS.

- Dos Reajustes de Planos Coletivos e Acompanhamento de Dados

No que tange aos reajustes anuais por variação de custos, nos termos da atual regulamentação, nos contratos de planos coletivos de assistência suplementar à saúde, não se exige a autorização da ANS para aplicar-lhes os índices de reajuste da contraprestação pecuniária.

A Agência, para os planos coletivos, definiu as regras de reajuste para as operadoras nos seguintes normativos: RDC nº 29/00; RDC nº 66/01; RN nº 08/02; RN nº 36/03; RN nº 74/04; RN nº 99/05; RN nº 118/05; RN nº 128/06; RN nº 129/06; RN nº 156/07; RN nº 157/07; RN nº 565, de 16 de dezembro de 2022. Os parâmetros para o reajuste são estipulados nas cláusulas contratuais, decorrentes da livre negociação entre as partes celebrantes.

O critério de cálculo, bem como o percentual apurado pela operadora, pode ser negociado entre esta e a pessoa jurídica contratante. A justificativa do percentual de reajuste proposto deve ser fundamentada pela operadora e seus cálculos disponibilizados para conferência pela pessoa jurídica contratante, sejam os aumentos decorrentes de sinistralidade ou qualquer outra metodologia de apuração acordada entre as partes e firmada em contrato.

Merece destacar que atualmente já existe regulamentação normativa para a disponibilização de informações relacionadas aos reajustes aplicados em contratos coletivos. A Resolução Normativa nº 389, de 26 de novembro de 2015, atual RN nº 509/22m dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar e determina em seu artigo 14:

"Art. 14. A operadora deverá disponibilizar à pessoa jurídica contratante de plano coletivo empresarial ou por adesão, com formação de preço pré-estabelecido, assim definidos na Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, um extrato pormenorizado contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste conforme cláusula contratual ou estabelecido em negociação."

A negativa do fornecimento de informação pela operadora ou administradora de benefícios enseja a aplicação da penalidade pela conduta de deixar de comunicar as informações obrigatórias ao beneficiário, prevista do art. 74 da RN nº 124 de 2006.

No extrato pormenorizado em formato eletrônico deve conter também o critério técnico adotado para o reajuste e a definição dos parâmetros e das variáveis utilizados no cálculo pelo menos 30 (trinta) dias antes da aplicação do reajuste. Após a aplicação do reajuste, esse extrato poderá ser solicitado pelo beneficiário a sua operadora ou administradora de benefícios terá prazo de 10 (dez) dias para seu fornecimento.

Com a finalidade informar o público e reduzir as assimetrias de informação no setor, a ANS informa em sua página na internet um Painel de Precificação com os preços praticados no setor (vide: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>).

A ANS também informa em sua página na internet (vide: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/270-historico-reajuste-variacao-custo-pessoa-fisica>) um histórico com todos os reajustes individuais autorizados, bem como uma descrição pormenorizada de sua metodologia.

Com relação aos planos coletivos a agência desenvolveu o Painel de Reajustes de Planos Coletivos (vide: [#### - Dos Reajustes de Planos Individuais e a RN 441/2018](https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-divulga-painel-com-dados-sobre-reajuste-de-planos-coletivos#:~:text=O%20reajuste%20m%C3%A9dio%20nesse%20ano,reajustes%20referentes%20a%20539.106%20contratos), que permite diferentes formas de consultas sobre a média dos reajustes praticados no setor.</p></div><div data-bbox=)

Para os planos individuais/familiares de assistência médico-hospitalar contratados após 1º de janeiro de 2018, adaptados à Lei nº 9.656/98, a ANS determina o percentual máximo de reajuste anual. Este reajuste, só poderá



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.

[gov.br/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=27564555&infra_sistema...](https://www.gov.br/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=27564555&infra_sistema...) 5/8

Anexo SEI/ANS - RDC 1762-2023 - Ofício (0055013504)

SEI 25000.091976/2023-177 pg. 7

ser aplicado na data de aniversário do contrato, após autorização da ANS.

Com a ampliação do leque de informações contábeis recepcionadas pela ANS, foi possível estabelecer uma nova metodologia de reajuste que tem como base as informações auditadas dos balanços patrimoniais das operadoras. Além do ganho informacional, a nova política de reajustes individuais, materializadas no Processo SEI nº: 33910.012414/2017, teve como uma de suas diretrizes centrais a transparência do cálculo e da base de dados, com a utilização de um parâmetro que fosse amplamente divulgado, auditado e conhecido pelo setor.

Ademais, a regulação também procurou estimular ganhos de eficiência do setor, não permitindo que as operadoras se tornassem meras repassadoras de variação de custos.

De acordo com a nova metodologia, o reajuste de 2021, levou em consideração dados das despesas assistenciais ocorridas nos anos de 2020 e 2019 e apurou um reajuste (negativo) de -8,19 %, resultante da redução das despesas assistenciais provenientes da pandemia ora em curso. Tanto o reajuste negativo de 2021 quanto os positivos verificados 2022 (15,50%) e 2023 (9,63%), endossam a necessidade de manutenção das regras de reajuste e do consequente equilíbrio dos contratos. Ressalte-se ainda que o índice médio anual, considerando os reajustes do último triênio, é de 5,15%, percentual até próximo das atuais taxas de inflação medidas pelo IPCA, mas não diretamente comparável às mesmas.

- Da Eventual Abusividade e Comparações entre Índices de Preço e de Valor

Nas queixas dos consumidores relativas a essas variações das contraprestações, é muito comum a comparação dos reajustes de planos de saúde com os índices de inflação. É importante, entretanto, esclarecer que há relevante diferença entre os índices de reajuste dos planos de saúde e os índices gerais de preço, conhecidos como “índices de inflação”. Os índices gerais de preço, como o IPCA, medem a variação de preços dos insumos de diversos setores, como por exemplo: alimentação, bebidas, habitação, artigos de residência, vestuário, transporte, despesas pessoais, educação, comunicação, além de saúde e cuidados pessoais. Dessa forma, a “inflação”, objeto da meta governamental, representa a variação média de preços de diversos produtos e serviços, que compõem uma cesta de consumo das famílias.

Por isso, os reajustes aplicados aos planos de saúde, em geral, não são índices de preços. Os reajustes são calculados a partir da variação combinada do preço dos procedimentos, da frequência de utilização de serviços e da incorporação de novas tecnologias, caracterizando-se como um índice de custos/valor. Índices de custo/valor, portanto, são aqueles que consideram tanto a variação de preços como a variação das quantidades dos insumos utilizados.

Não obstante a diferença entre índices de custo e índices de preços, vale destacar ainda que os preços dos insumos da saúde também não seguem, necessariamente, a variação média dos demais preços da economia.

Em suma, os índices de reajuste de planos de saúde não são plenamente comparáveis com índices gerais de preços, pois além de serem um índice de custos, tratam de um setor específico (Saúde). Assim, reiteramos o posicionamento de que definir reajustes com base em índices gerais de preços, desatrelados dos custos da saúde geraria desequilíbrios econômico-financeiros às carteiras de planos individuais/familiares com a possível consequente queda na qualidade de serviços prestados, afetando diretamente a sustentabilidade do setor de saúde suplementar e por extensão a sustentabilidade de nosso sistema de saúde como um todo.

Ressalte-se ainda que situações de desequilíbrio orçamentário podem derivar dos reajustes de despesas, caso estes não sejam devidamente acompanhados de proporcional evolução da renda nominal, de modo a garantir a manutenção da renda real. Noutros termos, se houvesse, hipoteticamente, uma correção na renda equivalente aos efeitos dos reajustes médios nas despesas, o efeito líquido seria nulo e renda real seria mantida. Entretanto, quando esta compensação não ocorre, isso implica em diminuição da renda real por parte de determinados segmentos da sociedade.

Não obstante os esforços desta Agência em acompanhar e mitigar a elevação de custos no setor, torna-se lamentavelmente inevitável a perda do poder de compra por segmentos da sociedade cujos rendimentos não conseguem acompanhar a evolução geral das suas despesas.

- Das Ações de Aprimoramento Regulatório

Com o fito de evoluir na promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, ANS vem desenvolvendo ações efetivas de aprimoramento regulatório. Entre essas ações, merece destaque as melhorias dispostas no DESPACHO Nº: 265/2022/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, que se configurou num importante marco de notórias mudanças regulatórias que vêm sendo implementadas, especialmente no que se refere ao tema dos reajustes, cujo ponto de partida foi o encontro com representantes do setor realizado na cidade do Rio de Janeiro em 08/12/2017 (documentado em <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes-1/comite-de-regulacao-da-estrutura-dos-produtos-1/atas-e-documentos-das-reunioes-do-comite-de-regulacao-da-estrutura-dos-produtos>).



Naquela oportunidade, a ANS sinalizou a realização de estudos que visavam estabelecer mudanças afetas, em outros temas, ao reajuste individual e reajuste coletivo. Esses estudos, materializados nas Notas Técnicas 2007, 2010, 2012 e 2013/2017/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, no âmbito do Processo SEI nº 33910.012414/2017, nortearam ações da área técnica que culminaram, por exemplo, com a mudança da metodologia de reajustes de planos individuais em dezembro de 2018.

A exemplo do que se construiu nos planos individuais, também no universo dos planos coletivos a busca pelo reforço da mutualidade é um tema constante nas discussões técnicas da ANS. Este objetivo é explorado de forma recorrente sempre que se discute mudança no âmbito da regulação de reajustes no setor.

O universo da carteira de planos coletivos apresenta especificidades que, naturalmente, não comportam a extensão pura e simples da variação de todo o conjunto de beneficiários como parâmetro de reajuste. De todo modo, ainda que se trate de contratos firmados entre entidades jurídicas independentes (empresas ou associações), isso não afasta a busca pelo elemento da mutualidade nesta modalidade de contratação.

Assim é que, hoje, essas informações já nos permitem a análise, de forma objetiva, do comportamento dos reajustes aplicados conforme a variação do agrupamento de contratos. Não obstante estejamos diante de intrincado desafio conciliar a liberdade de escolha de contratantes e contratados com o exercício do mutualismo, nossa área técnica já dispõe de algumas alternativas de corte de agrupamento para as modalidades de coletivo por adesão e empresarial.

Essas alternativas, com suas respectivas vantagens e desvantagens hipotéticas e empiricamente testadas, estão em fase de finalização pela área técnica para posterior encaminhamento ao Colegiado para definição das próximas etapas da avaliação de impactos regulatórios, tais como participação social de todo o setor.

Para além do desenvolvimento de estudos e do acompanhamento da evolução dos números do setor, a ANS, desde agosto de 2021, vem promovendo visitas técnicas de modo a monitorar mais de perto o comportamento dos reajustes de planos coletivos. O objetivo das visitas técnicas é promover uma análise aprofundada das práticas de precificação e reajuste atualmente adotadas pelas operadoras de forma a subsidiar avaliações de impacto regulatório de eventuais ajustes no regramento em vigor. Busca-se selecionar operadoras que apresentam grande variação em relação aos índices médios de reajuste aplicados ao longo do ano ou que apresentem grandes defasagens na atualização de seus instrumentos de precificação.

Assim, conforme definido na norma, a amostra de operadoras foi definida com base no atendimento de pelo menos dois dos seguintes critérios, entre as operadoras de grande porte:

I - a diferença entre o reajuste médio ponderado dos planos coletivos da operadora de planos de assistência à saúde e a Variação das Despesas Assistenciais (VDA) dos planos coletivos da operadora de planos de assistência à saúde;

II – a diferença entre a VDA individual da operadora de planos de assistência à saúde e a VDA ponderada dos planos individuais/familiares do setor;

III – os reajustes com valores atípicos; e

IV - a idade média das Notas Técnicas de Reajuste dos Produtos – NTRPs da operadora de planos de assistência à saúde.

Por fim, informamos ainda que a ANS foi instada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) a fornecer documentação que comprovasse o andamento das referidas Visitas Técnicas, o que foi prontamente atendido por este Órgão Regulador (DESPACHO Nº: 8/2023/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, no âmbito do Processo SEI nº 33910.036385/2020-91).

IV – Conclusão

A ANS permanece atenta à evolução do mercado e pronta para promover intervenções sempre a partir de discussões com os representantes das principais categorias do setor, sejam operadoras, beneficiários ou prestadores. A agência também vem acompanhando detidamente o cenário macro e microeconômico e tem tomado ações no sentido de garantir a assistência aos beneficiários de planos de saúde, assim como garantir a sustentabilidade das operadoras, visando o equilíbrio do mercado.

Por fim, destacamos que nada temos a opor às iniciativas para aperfeiçoamento do marco regulatório; todavia, ressaltamos a importância de se levar em consideração que a saúde suplementar é um mercado com características muito específicas, e que alterações nas disposições referentes a política de preços e reajustes, por exemplo, precisam ser precedidas de estudos baseados em informações precisas e dados concretos, além de ampla discussão com o setor.

Sendo essas as importantes considerações técnicas desta Agência Reguladora à demanda parlamentar em apreço, renovamos nossa plena disponibilidade em prestar quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários.



Respeitosamente,

Paulo Roberto Rebello Filho

Diretor-Presidente da ANS

OBS.: Atenção - Antes de assinar verifique se possui autoridade no Regimento interno da ANS para assinar este tipo de documento.



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar**, em 25/07/2023, às 15:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **27214089** e o código CRC **F14AFBAF**.

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 33910.021485/2023-66

SEI nº 27214089

2343993



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.

https://www.ans.gov.br/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=27564555&infra_sistema... 8/8

ANEXO SEI_ANS - REC 1762-2023 - Ofício (0033013504) - SEI 25000.091976/2023-17 / pg. 10



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 258

Brasília, 04 de setembro de 2023.

A Sua Excelência a Senhora
NÍSIA TRINDADE
Ministro de Estado da Saúde

Assunto: **Requerimento de Informação**

Senhora Ministra,

Nos termos do art. 50, § 2º, da Constituição Federal, encaminho a Vossa Excelência cópia(s) do(s) seguinte(s) Requerimento(s) de Informação:

PROPOSIÇÃO	AUTOR
Requerimento de Informação nº 1.599/2023	Deputado Marangoni
Requerimento de Informação nº 1.605/2023	Deputada Chris Tonietto
Requerimento de Informação nº 1.606/2023	Deputado Maurício Carvalho
Requerimento de Informação nº 1.628/2023	Deputado Carlos Jordy
Requerimento de Informação nº 1.649/2023	Deputado General Girão
Requerimento de Informação nº 1.650/2023	Deputado Roberto Monteiro
Requerimento de Informação nº 1.651/2023	Deputado Roberto Monteiro
Requerimento de Informação nº 1.656/2023	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 1.678/2023	Comissão de Saúde
Requerimento de Informação nº 1.680/2023	Deputado Sóstenes Cavalcante
Requerimento de Informação nº 1.689/2023	Comissão Externa destinada a fiscalizar os rompimentos de barragens, em especial acompanhar a repactuação do acordo de Mariana e a reparação do crime de Brumadinho
Requerimento de Informação nº 1.694/2023	Deputado Alberto Mourão
Requerimento de Informação nº 1.713/2023	Deputado Zé Vitor
Requerimento de Informação nº 1.714/2023	Deputado Dr. Zacharias Calil
Requerimento de Informação nº 1.716/2023	Comissão de Minas e Energia
Requerimento de Informação nº 1.728/2023	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 1.732/2023	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 1.733/2023	Deputada Chris Tonietto
Requerimento de Informação nº 1.755/2023	Deputada Chris Tonietto
Requerimento de Informação nº 1.762/2023	Deputado Fred Linhares

- **NOTA: os Requerimentos de Informação, quando de autorias diferentes, devem ser respondidos separadamente.**

/DFO





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 258

Brasília, 04 de setembro de 2023.

Por oportuno, solicito, na eventualidade de a informação requerida ser de natureza sigilosa, seja enviada também cópia da decisão de classificação proferida pela autoridade competente, ou termo equivalente, contendo todos os elementos elencados no art. 28 da Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), ou, caso se trate de outras hipóteses legais de sigilo, seja mencionado expressamente o dispositivo legal que fundamenta o sigilo. Em qualquer caso, solicito ainda que os documentos sigilosos estejam acondicionados em invólucro lacrado e rubricado, com indicação ostensiva do grau ou espécie de sigilo.

Atenciosamente,

Deputado LUCIANO BIVAR
Primeiro-Secretário

- NOTA: os Requerimentos de Informação, quando de autorias diferentes, devem ser respondidos separadamente.

/DFO



Documento assinado por: Dep. LUCIANO BIVAR
Autenticado eletronicamente, após conferência com original.
Código de segurança: 2023-UZVS-RFXA-TEBP-KWDI
<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?codArquivoTeor=2343993>

Ofício 1ª Sec-RI/E nº 258 (603500289) SEI 25000.091976/2023-17 / pg. 12

2343993



CÂMARA DOS DEPUTADOS

REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO Nº , DE 2023.

(Do Sr. Fred Linhares)

Apresentação: 23/06/2023 09:23:22.523 - MESA

RIC n.1762/2023

Requer informações a Sr.^a. Ministra de Estado da Saúde, quanto à função institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Senhor Presidente,

Requeiro a Vossa Excelência, na forma dos arts. 115 e 116 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados que, ouvida a Mesa, sejam solicitadas informações a Sr.^a. Ministra de Estado da Saúde quanto à função institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, nos seguintes termos:

1) A Lei Federal nº 9.961, de 2000, dispôs em seu rol de artigos que a finalidade institucional da ANS seria “*promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde*”.

Com base nesse princípio, gostaríamos de saber se a ANS está de fato exercendo seu poder-dever de defesa do interesse público, regulando as operadoras setoriais, inclusive fiscalizando os planos de saúde quanto aos aumentos exorbitante das mensalidades, principalmente em relação aos usuários mais idosos.

2) Recebemos informações de que alguns planos de saúde estão cancelando unilateralmente tratamentos de crianças com espectro autista, sem



Autenticidade eletrônica: <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/> (0054497473)

Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/> (0054497473)

Requerimento de Informação 1762/2023 (0054497473)

SEI 25000.091976/2023-17 / pg. 13



234000009130600*



CÂMARA DOS DEPUTADOS

notificação prévia, sem justificativa plausível para interrupção do tratamento. Sabemos que crianças com espectro autistas que fazem tratamento não podem ter o tratamento interrompido abruptamente, pois isso implica no andamento do desenvolvimento psicossocial dos pacientes sendo altamente prejudicial para eles.

A par dessas informações, gostaríamos de saber se a ANS está fiscalizando os planos de saúde que tem entre seus clientes pessoas com espectro autista e quais providências estão sendo adotadas para os planos de saúde que cancelam unilateralmente a prestação de serviço a esses pacientes.

JUSTIFICAÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS foi criada pela Lei nº 9.961, de 2000, e tem por finalidade institucional a “*promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde*” a intenção, com a publicação da referida lei, era proteger o consumidor final, controlar os reajustes de preços, inclusive por faixa etária, coibir a proibição da seleção de risco e o rompimento unilateral do contrato com os usuários de planos individuais, além de assegurar a transparência das ações.

Ocorre que é notoriamente de conhecimento público o aumento exorbitante das mensalidades dos planos de saúde que impactam a vida de milhares de consumidores, em especial os idosos que em razão da faixa etária já pagam maiores valores. O aumento dos planos de saúde causa uma situação insustentável, levando vários idosos que pagaram regularmente os planos de saúde quando jovens a ter que abdicar dos planos e recorrer à rede pública no momento da vida em que mais precisam de tratamento médico.

Ademais, chegou ao nosso conhecimento diversas denúncias de que alguns planos de saúde interrompem abruptamente o atendimento de





CÂMARA DOS DEPUTADOS

pessoas com espectro autista, prejudicando o desenvolvimento de anos de tratamento e terapia.

Pelas razões expostas, ante o grande sofrimento vivenciado pelos usuários, seja com o aumento dos planos de saúde, seja com o cancelamento de tratamentos a pacientes com espectro autista, formulamos este requerimento de informações para que possam subsidiar ações legislativas que contribuam para garantir o melhor cuidado de saúde dos mais de 49 milhões de brasileiros que contam com planos de assistência no País.

Sala das Sessões, em de junho de 2023.

Fred Linhares

Deputado Federal – Republicanos/DF

