



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete do Deputado Eduardo da Fonte

COMISSÃO DE SAÚDE

Requerimento nº , de 2024.
(Do Sr. Eduardo da Fonte)

Requer que seja realizada reunião de audiência pública para discutir os incidentes de cancelamento dos planos de saúde de pessoas idosas.

Senhor Presidente,

Nos termos dos arts. 255 e 256 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, REQUEIRO a Vossa Excelência, ouvido o Plenário desta Comissão, que seja realizada reunião de audiência pública para discutir com a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS os incidentes de cancelamento unilateral dos planos de saúde de pessoas idosas pelas Operadoras.

Sugerimos que sejam convidados a participar:

- a) o Presidente da ANS;
- b) um representante do Ministério Público Federal; e
- c) um representante do Conselho Nacional de Saúde Suplementar; e
- d) um representante do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC.

JUSTIFICATIVA





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete do Deputado Eduardo da Fonte

Infelizmente, temos assistido na mídia nacional às notícias de vários casos de pessoas idosas que tiveram seus planos de saúde cancelados unilateralmente pelas Operadoras. A título de exemplo cito o caso divulgado pelos sites G1 e BBC NEWS de uma senhora de 90 anos que teve seu plano de saúde cancelado unilateralmente e sem aviso.¹ Essa senhora mantinha o plano de saúde há mais de 30 anos e, ao tempo do cancelamento, pagava mensalidade de R\$ 3.900,00. Esse, lamentavelmente, é apenas um de muitos episódios que vem acontecendo no Brasil com pessoas que possuem o chamado plano de saúde coletivo por adesão.

Trata-se de uma clara violação aos arts. 3º, caput, e 4º, do Estatuto da Pessoa Idosa. Esses dispositivos preveem que é obrigação da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa a efetivação do direito à saúde. Estabelecem, também, que nenhuma pessoa idosa será objeto de qualquer tipo de discriminação ou de atentado aos seus direitos.

Segundo dados da ANS, a taxa de cobertura dos planos de saúde em fevereiro/2024 foi de 26,3% da população brasileira. Em dezembro/2023 isso representava 50.882.113 de pessoas. Ainda conforme a ANS, a receita das operadoras com as contraprestações dos usuários em 2023 alcançou R\$ 282,3 bilhões.²

Os planos de saúde são regulados pela Lei nº 9.656, de 1998 (Lei dos Planos de Saúde). Esse diploma legal prevê a possibilidade de as Operadoras oferecerem três tipos de planos de saúde. O primeiro é o individual ou familiar, que são aqueles contratados diretamente por pessoas naturais, individualmente ou com seus dependentes. O segundo é o coletivo empresarial, quando a contratação é feita pelo empregador para seus funcionários e dependentes. O terceiro é o chamado de coletivo por adesão,

¹ <https://g1.globo.com/economia/noticia/2024/04/17/tenho-90-anos-e-meu-plano-de-saude-foi-cancelado-o-que-diz-a-lei-sobre-rescisao-de-convenios-de-idosos.ghtml>. No mesmo sentido: <https://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2024/04/aos-102-anos-idosa-recebe-aviso-de-cancelamento-unilateral-de-plano-de-saude.shtml>

² <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete do Deputado Eduardo da Fonte

quando a contratação é feita por sindicatos, associações, cooperativas etc. para seus associados e dependentes.

Os planos individuais ou familiares têm seu reajuste fixado pela ANS e só podem ser cancelados pela operadora se houver fraude ou inadimplência. Conforme o art. 13, II, da Lei dos Planos de Saúde, a rescisão unilateral poderá ser feita pela operadora em caso de não pagamento de mensalidade por prazo superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência. A Lei obriga a operadora do plano de saúde a notificar o beneficiário que o contrato está sendo rescindido por falta de pagamento da mensalidade, bem como a facilitar o pagamento e conferir prazo suficiente para o adimplemento antes cancelar o contrato.

A Lei dos Planos de Saúde não trata da possibilidade de cancelamento unilateral. Essa possibilidade consta na Resolução Normativa 557/2022, da ANS. O art. 23 dessa Resolução prevê que as condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem constar do contrato celebrado entre as partes. Isso abriu a possibilidade das operadoras cancelarem de forma unilateral e sem nenhuma justificativa os planos de saúde de qualquer pessoa.

Foi o que aconteceu no caso citado como exemplo. Valendo-se de uma Resolução da ANS, que no nosso entendimento é ilegal, a operadora cancelou o plano de saúde, apesar de não haver inadimplência e nem fraude.

O grande problema que a ANS não enfrenta de forma adequada é o chamado “plano falso coletivo”. Esse tipo de contrato por adesão é composto por pessoas sem nenhum vínculo representativo com a suposta entidade contratante do plano de saúde. A contratação de “plano falso coletivo” é uma prática fraudulenta, cujo único objetivo é associar potenciais segurados





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete do Deputado Eduardo da Fonte

a planos coletivos por adesão, em vez dos planos individuais que possuem regulação prevista em lei. Nos planos coletivos por adesão os reajustes não são regulados pela ANS e as proteções da Lei dos Planos de Saúde são ignoradas.

Na falsa coletivização dos planos de saúde, a operadora, ao invés de celebrar contrato com um consumidor individual vale-se de associações fictícias. Faz isso para ter maior liberdade para reajustar as mensalidades, por não estar vinculada aos índices apurados pela ANS para os planos individuais e familiares. Além disso, nos planos coletivos por adesão, as operadoras podem cancelar unilateralmente o contrato, o que, na prática, ocorre quando o beneficiário mais necessita de assistência médica.

Para coibir o plano falso coletivo, a ANS aprovou inicialmente a Resolução Normativa nº 195/2009. Hoje os planos coletivos por adesão são regidos pela Resolução Normativa nº 557/2022, que prevê o seguinte, **verbis**:

*Art. 15. Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que **mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial**:*

I – conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;

II – sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

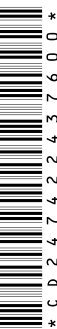
III – associações profissionais legalmente constituídas;

IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;

V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução; e

VI - entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985.

Conforme essa normativa, é necessário vínculo associativo, de classe para adesão a um contrato coletivo. O que se observa é que as ações da ANS não têm sido suficientes para resolver o problema do “plano falso coletivo”. Primeiro, porque a regra da obrigatoriedade de vínculo entre a pessoa contratante e a suposta associação só é exigível a partir da Resolução Normativa nº 195/2009. Todos os planos em que a havia a falsa coletivização





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete do Deputado Eduardo da Fonte


permaneceram intactos. Segundo, porque a Resolução, no art. 15, § 3º, transfere a responsabilidade de fiscalizar o plano falso coletivo para as operadoras, que não tem o menor interesse em coibir esta prática.

Essa omissão da ANS resultou num desequilíbrio injusto para a sociedade. Segundo levantamento feito pelo IDEC, a partir de dados da ANS, foi revelado que os planos coletivos representam 80% do mercado de planos de saúde. Sem controle de reajustes e cancelamentos por parte das operadoras, algumas das modalidades dos planos de saúde coletivo registraram, no acumulado dos cinco últimos anos, aumentos nos valores de suas mensalidades que chegaram a ser quase duas vezes maiores do que os sofridos pelos planos individuais.³

Trata-se, como se observa, de um problema de saúde pública que afeta a um número significativo de brasileiros. É preciso debater essa questão com a ANS e os demais convidados, para buscar uma solução para o problema. É inadmissível que uma pessoa pague um plano de saúde por toda a vida e, quando mais precisa, seja surpreendida com um cancelamento unilateral, sem que a operadora ofereça um outro plano possível de ser contratado em substituição aquele que foi cancelado.

Por todo o exposto, é de suma importância que a Câmara dos Deputados, por intermédio da Comissão de Saúde, discuta essa questão de saúde pública.

Sala da Comissão, em 22 de abril 2024.


Deputado **EDUARDO DA FONTE**
PP/PE

³ <https://medicinas.com.br/planos-coletivos-idec/>

