



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: 93/2024/ASPAR/SECEX/PRESI/ANS

Brasília, 11 de setembro de 2024.

Ao Excelentíssimo Senhor
Deputado Federal Joseildo Ramos (PT/BA)
Presidente da Comissão de Fiscalização, Financeira e Controle (CFFC)
(cffc.decom@camara.leg.br)

Assunto: Requerimento nº 176/2024 – Deputado Aureo Ribeiro

Senhor Presidente,

Cumprimentando-o cordialmente, reporto-me ao Requerimento nº 176/2024, de autoria do Deputado Federal Aureo Ribeiro (Solidariedade/RJ), por meio do qual requer a realização de auditoria, juntamente com o Tribunal de Contas da União (TCU), a fim de fiscalizar a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a respeito de sua atuação regulatória e fiscalizatória sobre as operadoras de planos de saúde.

Em atenção à iniciativa parlamentar, seguem a seguir importantes esclarecimentos técnicos acerca da atuação desta Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Antes, porém, torna-se oportuno registrar que o Tribunal de Contas da União (TCU), por meio do Acórdão 679/2018-TCU, relatado pelo Ministro Benjamin Zyler, considerou cumpridas as recomendações propostas à ANS (CUMPRIMENTO DO ITENS 9.1.1 E IMPLEMENTAÇÃO DO ITEM 9.2 DO ACÓRDÃO 679/2018-PLENÁRIO (REAJUSTE DOS PLANOS)), propondo, por consequência, o arquivamento do processo.

Da Atuação Fiscalizatória da ANS

- Dinâmica das atividades fiscalizatórias:

Inicialmente, o poder de polícia da ANS como expressão da atividade fiscalizatória é baseada na normatização vigente aplicável ao setor de saúde suplementar, assim compreendida sua regulamentação pelo órgão regulador, que por sua vez, decorre de expressa delegação feita por legislação federal (marcos legais: Lei n.9.656/1998 e Lei n.9.961/2000). Aspectos de segurança jurídica, objetividade e previsibilidade são imprescindíveis para o regular atuar no aspecto fiscalizatório, por isso a definição expressa do seu alcance para fins da ANS, sendo reconhecida a importância dos mais variados órgãos como Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e demais integrantes do SNDC, com atuações também de acordo com suas competências, vigorando ainda nesse sistema a independência entre as esferas cível, administrativa e penal.

Oportuno se faz esclarecer que, para o cumprimento dos deveres fiscalizatórios atribuídos, a ANS, por meio de sua Diretoria de Fiscalização, 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 à mudança de comportamento do agente regulado.

A fiscalização proativa compreende o planejamento de uma ação fiscalizatória mais ampla e planejada, visando à otimização de esforços. Hoje vem sendo conduzida pelo “Projeto-Piloto da Ações Planejadas Focais de Fiscalização (APFF)”, iniciado em agosto de 2023 e que se baseia na regulação responsável. E

Em linhas gerais, esclareça-se que a APFF tem como objetivo a seleção de operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios, cuja atuação seja objeto de demandas recorrentes de beneficiários, de acordo com índices estabelecidos pela ANS, em especial o Índice Geral de Reclamações (IGR), com vistas ao incentivo ao exercício da autorregulação, através da identificação das suas causas e a adoção de medidas para a sua adequação ou correção, e posterior acompanhamento, sem perder de vista critérios de exclusão e capacidade operacional frente aos recursos humanos disponíveis.

Em seu turno, a fiscalização reativa tem como insumo a reclamação dos próprios beneficiários, seus interlocutores (canais de atendimento da ANS) ou por meio de órgãos externos, tais como o ora demandante, o Poder Judiciário 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 será instaurado (arts. 5º e seguintes da Resolução Normativa - RN nº 483/2022).

Assim, caso não alcançado o objetivo de solução pacífica da demanda, auto de infração é lavrado, com abertura de contraditório e ampla defesa, podendo, ao final do processo, ser aplicada penalidade, nos termos do art. 25 da Lei nº 9.656/98, regulamentado pela Resolução Normativa - RN nº 489/2022.

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.

Cumpre 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 serem proferidas decisões de primeira instância.

Quanto ao tema de reajuste ora em discussão cabe esclarecer que este pode ser tratado tanto pelo fluxo da NIP, quando a Agência toma conhecimento de suposta aplicação de reajuste indevido a determinado beneficiário, quanto pelo rito da representação nas hipóteses, por exemplo, em que a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos identifica que determinada Operadora deixou de encaminhar à ANS, no prazo estabelecido, as informações

periódicas referente aos comunicados de reajuste em plano coletivo. Nesse último caso, reitera-se que a Diretoria de Fiscalização da ANS atua em momento posterior, nos termos da legislação vigente, conforme acima explicitado.

- Das Pesquisas de Reclamações Repcionadas pela Agência

Esclarecidas as premissas acima, nesse sentido, foram realizadas 02 consultas junto ao banco de dados do Sistema Integrado de Fiscalização - SIF, em relação às Notificações de Intermediação Preliminar - NIP, instauradas **entre os anos de 2021 a maio/2024**, cadastradas sobre:

- Pesquisa 1) o tema “Mensalidades e Reajustes” e subtemas “Reajuste por Mudança de Faixa Etária”, “Reajuste por Sinistralidade” e “Reajuste por Variação de Custos”, e;

- Pesquisa 2) sobre o tema Rescisão Unilateral.

Com base nesses parâmetros, foram encontradas demandas de reclamação, consoante o abaixo discriminado. Esclareça-se que o ano da tabela de Mediação Prévia de conflitos tem como referência a data do registro da demanda. Já a tabela de auto de infração tem como referência a data de lavratura do auto e a tabela de multa, mais adiante, considerada o ano de publicação. Dessa forma, cada tabela apresenta o quantitativo de demandas/autos/multas geradas no ano. Para uma melhor compreensão inicialmente traremos os dados da pesquisa sobre reajuste e em seguida sobre a de rescisão devidamente identificadas no nome em negrito acima da respectiva tabela. Vejamos:

Mediação Prévia de Conflitos (Fase Pré-processual) de demandas de reajuste¹, por ano de cadastro da demanda

Descrição	2021	2022	2023	2024 ²	Total
Em Análise no Âmbito da NIP	0	0	1.368	587	1.955
Finalizada no Âmbito da NIP	3.804	2.734	4.793	1.346	12.677
Abertura de Processo Sancionador e emissão de auto	675	393	109	2	1.179
Total	4.479	3.127	6.270	1.935	15.811

Fonte: SIF-Consulta - Data de extração: 26/06/2024

¹ Demandas NIP cadastradas nos subtemas “Reajuste por Variação de Custos”, “Reajuste por Sinistralidade” e “Reajuste por Mudança de Faixa Etária”

² Até maio/2024

Demandas de reajuste¹ com autos lavrados, por ano de emissão do auto, segundo a situação mais recente do auto

Situação	2021	2022	2023	2024 ²	Total
Autos Válidos	339	214	34	8	595
Autos Anulados/Cancelados	283	84	6	3	376
Total	622	298	40	11	971

Fonte: SIF-Consulta - Data de extração: 26/06/2024

¹ Demandas NIP cadastradas nos subtemas “Reajuste por Variação de Custos”, “Reajuste por Sinistralidade” e “Reajuste por Mudança de Faixa Etária”

² Até maio/2024

Mediação Prévia de Conflitos (Fase Pré-processual) de demandas de rescisão unilateral¹, por ano de cadastro da demanda

Descrição	2021	2022	2023	2024 ²	Total
Em Análise no Âmbito da NIP	0	0	2.489	2.252	4.741
Finalizada no Âmbito da NIP	8.871	9.660	11.953	5.366	35.850
Abertura de Processo Sancionador e emissão de auto	682	764	168	14	1.628
Total	9.553	10.424	14.610	7.632	42.219

Fonte: SIF-Consulta - Data de extração: 27/06/2024

¹ Demandas NIP cadastradas no tema/subtema “Contratos e Regulamentos >> Suspensão e Rescisão Contratuais”, excluídas aquelas que continham em sua descrição expressões que remetesse à solicitação de cancelamento ou exclusão por parte do beneficiário, como, por exemplo, “solicitei o cancelamento”, “pedi a rescisão”, “fiz o pedido de cancelamento”, etc.

² Até maio/2024

Demandas de rescisão unilateral¹ com autos lavrados, por ano de emissão do auto, segundo a situação mais recente do auto

Situação	2021	2022	2023	2024 ²	Total
Autos Válidos	336	386	41	6	769
Autos Anulados/Cancelados	198	138	8	2	346
Total	534	524	49	8	1.115

Fonte: SIF-Consulta - Data de extração: 26/06/2024	
¹ Demandas NIP cadastradas no tema/subtema "Contratos e Regulamentos >> Suspensão e Rescisão Contratuais", excluídas aquelas que continham em sua descrição expressões que remetesse à solicitação de cancelamento ou exclusão por parte do beneficiário, como, por exemplo, "solicitei o cancelamento", "pedi a rescisão", "fiz o pedido de cancelamento", etc.	
² Até maio/2024	

As reclamações em comento são processadas no fluxo da Notificação de Intermediação Preliminar - NIP, instrumento regido pela Resolução Normativa - RN nº 483/2022, que visa à solução de conflitos entre beneficiários e Operadoras de planos privados de assistência à saúde/Administradoras de benefícios, constituindo-se em uma fase pré-processual. Frustrada a resolução consensual do conflito, subsistindo indícios de infração, processo administrativo sancionador poderá ser instaurado, nos termos do mencionado normativo. Nesse sentido, reforça-se que as demandas ora citadas não necessariamente representam infração à legislação referente à saúde suplementar, o que será aferido no regular fluxo de análise de demanda.

Nessa toada, em relação aos quadros que tratam de processos sancionadores e seus desfechos decisórios há dois pontos primordiais. Além de representarem resíduo das demandas não resolvidas no âmbito da NIP, conforme fluxo apresentado e que fomenta a resolução em fase pré-processual, como já assinalado, há várias demandas em andamento, notadamente quanto ao ano corrente de 2024 e o último de 2023, findo recentemente. Em assunto que envolve reajuste, há ainda a tendência que determinada reclamação a respeito exprima uma insatisfação, mas não necessariamente violação à legislação aplicável ao setor.

Há, portanto, reclamações ainda objeto de apuração por parte dessa Agência, sendo necessária a devida prudência quanto à interpretação dos quantitativos citados, notadamente quanto ao seu suposto enquadramento como infração à legislação setorial, uma vez que os casos ainda se encontram pendentes de análise, excetuados aqueles em que já se chegou a uma resolução de conflito entre operadora e beneficiário ou já transitou em julgado em fase processual, nos termos dos normativos vigentes.

Ante o exposto, verifica-se que quanto às medidas adotadas nos casos identificados nas referidas consultas, a ANS abriu demanda e prosseguiu com o feito na forma dos normativos vigentes.

Fundamental ressaltar que, em virtude das limitações naturais que a busca por palavras-chave possui, é possível que a pesquisa apresente algumas imprecisões em relação ao que foi solicitado, haja vista que considera o relato apresentado pelo beneficiário quando do registro da demanda de reclamação perante a ANS.

A presente manifestação é para demonstrar que ANS atua de forma contínua em relação a esses temas e outros.

- Das Multas Aplicadas em Demandas de Reajuste e Rescisão, por Ano

Ainda, no intuito de atender ao solicitado, foi realizada pesquisa, nos mesmos parâmetros acima indicados, no intuito de identificar as multas aplicadas em demandas de reajuste e rescisão **nos anos de 2021, 2022 a maio/2024**, cabendo destacar que o período aqui indicado levou em consideração a data da publicação da multa em primeira instância administrativa.

Quantidade, valor da penalidade aplicada e valor arrecadado em demandas de reajuste¹, por ano de publicação

Ano	Qtde	Valor Aplicado	Valor Arrecadado
2021	257	R\$ 16.049.518,00	R\$ 5.014.026,00
2022	211	R\$ 11.631.534,00	R\$ 4.001.198,00
2023	158	R\$ 8.748.109,00	R\$ 3.014.928,00
2024 ²	76	R\$ 5.795.805,00	R\$ 677.388,00
Total	702	R\$ 42.224.966,00	R\$ 12.707.540,00

Fonte: SIF-Consulta - Data de extração: 26/06/2024

¹ Demandas NIP cadastradas nos subtemas "Reajuste por Variação de Custos", "Reajuste por Sinistralidade" e "Reajuste por Mudança de Faixa Etária"

² Até maio/2024

Quantidade, valor da penalidade aplicada e valor arrecadado em demandas de rescisão unilateral¹, por ano de publicação

Ano	Qtde	Valor Aplicado	Valor Arrecadado
2021	385	R\$ 21.384.838,00	R\$ 7.525.008,00
2022	276	R\$ 16.204.682,00	R\$ 6.954.015,00
2023	231	R\$ 13.749.540,00	R\$ 4.753.520,00
2024 ²	142	R\$ 7.863.440,00	R\$ 870.320,00
Total	1.034	R\$ 59.202.500,00	R\$ 20.102.863,00

Fonte: SIF-Consulta - Data de extração: 26/06/2024

¹ Demandas NIP cadastradas no tema/subtema "Contratos e Regulamentos >> Suspensão e Rescisão Contratuais", excluídas aquelas que continham em sua descrição expressões que remetesse à solicitação de cancelamento ou exclusão por parte do beneficiário, como, por exemplo, "solicitei o cancelamento", "pedi a rescisão", "fiz o pedido de cancelamento", etc.

² Até maio/2024

- Da Pesquisa na Base de Dados da ANS sobre o Tema Rescisão/TEA

Com o objetivo de dar completude à presente manifestação, foi realizada ainda pesquisa no Sistema Integrado de Fiscalização - SIF mais específica no intuito de identificar demandas de reclamação envolvendo a temática de rescisão unilateral de planos de pessoas com T.E.A. Segue abaixo a descrição dos

parâmetros utilizados e dos resultados obtidos:

Mediação Prévia de Conflitos (Fase Pré-processual) de demandas de rescisão unilateral de planos de pessoas com T.E.A.¹, por ano de cadastro da demanda

Descrição	2021	2022	2023	2024 ²	Total
Em Análise no Âmbito da NIP	0	0	81	151	232
Finalizada no Âmbito da NIP	21	86	260	226	593
Abertura de Processo Sancionador e emissão de auto	5	15	3	0	23
Total	26	101	344	377	848

Fonte: SIF-Consulta - Data de extração: 27/06/2024

¹ Demandas NIP cadastradas no tema/subtema "Contratos e Regulamentos >> Suspensão e Rescisão Contratuais", excluídas aquelas que continham em sua descrição expressões que remetesssem à solicitação de cancelamento ou exclusão por parte do beneficiário, como, por exemplo, "solicitei o cancelamento", "pedi a rescisão", "fiz o pedido de cancelamento", etc. Partindo desse resultado, foi realizada nova busca, no resumo da demanda, por palavras-chave. As expressões/palavras procuradas foram: autista, autismo, TEA, T.E.A., 12.764 (isto é, Lei 12.764, de Autismo), F84 (CID), asperger (tipo de autismo), denver, autístico, análise do comportamento aplicada, ABA + (fono ou psicolog ou ocupacional ou terapia ou método ou sessão).

² Até maio/2024

Cumpre ressaltar que, em virtude das limitações que a busca por palavras-chave possui, é possível que a pesquisa apresente demandas com reclamações que podem ir além do que foi solicitado (falsos positivos), conforme informado anteriormente.

Prosseguindo, quanto às medidas adotadas em face dos casos identificados, informa-se que foram abertas demandas e prosseguiu-se com o feito na forma dos normativos vigentes. Os resultados e andamento dessas demandas estão descritos no quadro acima.

Nesse sentido, ressalta-se que **848** demandas foram tratadas no âmbito da Notificação de Intermediação Preliminar - NIP (instrumento de mediação criado pela ANS que tem por objetivo a solução do conflito entre a operadora e o beneficiário), sendo que **593** já foram finalizadas, e **232** encontram-se em análise no âmbito da NIP.

Restando frustrada a NIP e existindo indício de infração, processo administrativo é instaurado para apuração, com a lavratura de auto de infração em face da operadora e abertura de prazo para defesa. Foi o que ocorreu com **23** das demandas listadas. Tal como alertado no tópico anterior, em relação aos quadros que tratam de processos sancionadores e seu desfecho decisório há dois pontos primordiais.

Além de representarem resíduo das demandas não resolvidas no âmbito da NIP, conforme fluxo apresentado e que fomenta a resolução em fase pré-processual, como já assinalado, há demandas em andamento. Aqui cabe a ressalva que a ANS analisa as demandas em ordem cronológica, o que implica na análise mais adiante em seu devido momento. Com efeito, há grande volume de demandas de reclamação recebidas de todos os temas de saúde suplementar, que prejudica a capacidade operacional considerada como ideal, a despeito dos esforços empreendidos. A título de exemplo, em 2023 foram mais de 350.000 demandas NIP dos mais variados temas.

Há, portanto, reclamações ainda objeto de apuração por parte dessa Agência, sendo necessária a devida prudência quanto à interpretação dos quantitativos citados, notadamente quanto ao seu suposto enquadramento como infração à legislação setorial, uma vez que os casos ainda se encontram pendentes de análise, excetuados aqueles em que já se chegou a uma resolução de conflito entre operadora e beneficiário ou já transitou em julgado em fase processual, nos termos dos normativos vigentes.

- Das Demais Medidas Adotadas e Considerações Fiscalizatórias Gerais

Por fim, como mencionado no próprio Requerimento, o posicionamento da ANS é pela irregularidade do impedimento de ingresso ou exclusão de beneficiário, quando este, por sua condição de saúde ou idade, possa representar maior probabilidade de aumento de custo para a operadora.

Seguindo o modelo de Fiscalização da Agência, são analisadas, individualmente, as reclamações de beneficiários que tenham se sentido prejudicados, a fim de se constatar se a motivação para a rescisão do contrato coletivo, apresentada pela operadora, realmente, está em conformidade com a Legislação. Do contrário, o cancelamento de contrato coletivo em um cenário com beneficiários portadores de determinadas patologias, de necessidades especiais ou de idosos, salvo demonstração em contrário, configurará a vedada conduta de seleção de risco, sujeita à sanção prevista no tipo do art. 57, da RN nº 489/2022.

Ressalta-se que esta Agência também tem dado tratamento a denúncias genéricas, sem beneficiários identificados, com a instauração de procedimentos administrativos para apurar os fatos, como os listados a seguir:

- 33910.018923/2023-17 - CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
- 33910.021273/2023-89 - QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.
- 33910.021271/2023-90 - BRADESCO SAÚDE S.A.
- 33910.021264/2023-98 - PLENA SAÚDE LTDA
- 33910.021256/2023-41 - ASSOCIAÇÃO DE BENEFICÊNCIA E FILANTROPIA SÃO CRISTOVÃO
- 33910.021267/2023-21 - NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.
- 33910.021269/2023-11 - SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE
- 33910.015683/2024-71 - UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO
- 33910.015697/2024-95 - UNIMED JUIZ DE FORA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA
- 33910.016491/2024-82 - HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.
- 33910.015705/2024-01 - AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.

Ainda, visando dar completude ao ora solicitado, informa-se que o volume absoluto de reclamações por Estado, Operadora e objeto podem ser acompanhados diretamente no site da ANS, em painéis dinâmicos, pelo link: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjojNTdmZTY1OWEtYmY5ZC00M2NjLTkyN2YtOTQ4NjA5NTZkMTZkliwidCI6jlkYmE0ODBjLTrmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1Zj9>

Por todo o exposto, depreende-se que a atuação da ANS no tocante à fiscalização encontra-se adequada, sendo marcada pelo exercício das atribuições dentro dos parâmetros estabelecidos em lei e regulamentação setorial, sendo possível observar tanto a efetividade do instrumento de mediação da NIP, como o resultado da fiscalização em sentido estrito, nos casos em que se prossegue com a abertura do processo administrativo sancionador, conforme previsto normatização aplicável.

Forma de Regulação Adotada para Reajustes em Contratos Coletivos

Os parâmetros para o reajuste nos contratos coletivos são estipulados nas cláusulas contratuais, decorrentes da livre negociação entre as partes.

Nos contratos coletivos com 30 ou mais vidas, os reajustes são negociados pela Pessoa Jurídica Contratante ou pela Administradora de Benefícios que estipula o contrato.

Já nos contratos coletivos com menos de 30 vínculos, a Operadora deve aplicar um percentual único de reajuste por tipo de agrupamento (art. 37, RN 565/22).

Essa forma de regulação considera:

- Menores custos na celebração de contratos coletivos em comparação aos individuais, favorecendo a competição entre operadoras;
- Maior número de operadoras ofertantes e produtos disponíveis, conferindo maior poder de escolha às Pessoas Jurídicas Contratantes;
- Participação de uma Pessoa Jurídica na negociação de reajustes; e
- Maior mobilidade de beneficiários vinculados à contratos coletivos com trinta ou mais vidas devido à possibilidade de contratação de um novo plano sem carências.

Apesar da possibilidade de negociação dos reajustes, a regulação estabelece que a Operadora deve justificar o percentual de reajuste proposto e disponibilizar seus cálculos para conferência da Pessoa Jurídica e beneficiários. Essa obrigatoriedade está prevista no artigo 14 da Resolução ANS nº 509 de 2022.

- Fatores que Influenciam o Comportamento dos Reajustes

Alguns fatores podem justificar as diferenças nos percentuais de reajustes aplicados entre contratos coletivos, destacando-se:

a) Preço de entrada do produto

Operadoras necessitam fundamentar a formação inicial do preço de seus produtos através do instrumento denominado Nota Técnica de Registro do Produto - NTRP (RN nº 564/2022). Na NTRP, as operadoras definem, a partir de uma estimativa de custos e margem de lucro, o valor comercial do plano. Preços de entrada mais baixos comparados a contratos que oferecem produtos similares podem ocasionar reajustes mais elevados decorrentes do perfil de utilização de serviços de saúde no contrato e do parâmetro utilizado na cláusula de reajuste.

b) Perfil de utilização de serviços de saúde do contrato

Os reajustes dos planos de saúde são calculados a partir da variação combinada do preço dos procedimentos e da frequência de utilização de serviços, caracterizando-se como um índice de custos/valor. Índices de custos/valor são aqueles que consideram tanto a variação de preços como a variação nas quantidades dos insumos utilizados. As diferenças no perfil de utilização de serviços de saúde entre os contratos influenciam os reajustes dos planos e não são captados em índices gerais de preços, tais como o IPCA ou IGP, pois estes consideram apenas variação de preços dos procedimentos.

c) Tipo de cláusula de reajuste negociada entre as partes

Em contratos coletivos, as cláusulas são livremente negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a Operadora de Planos Privados de Assistência a Saúde. A negociação entre cláusulas que contenham índices de preços ou determinado patamar de sinistralidade (ex.: 70%, 75%, 80%) influenciará diretamente o resultado do índice de reajuste apurado.

d) Tamanho da carteira de beneficiários

O sistema de financiamento dos planos de saúde privados é baseado no mutualismo. Assim, quanto maior o número de beneficiários em um contrato, maior é a diluição de risco e menor é a possibilidade de que alguns eventos de assistência à saúde, isoladamente, tenham impacto significativo na carteira, causando um desequilíbrio entre receitas e despesas e aumentando a necessidade de reajuste da carteira. Por isso, contratos coletivos com reduzido número de vidas estão mais sujeitos a percentuais de reajustes considerados elevados.

Atenta a este aspecto, a ANS editou a Resolução Normativa nº 309 de 2012 (substituída pela RN nº 565/2022), pela qual as operadoras de planos de saúde devem reunir em um grupo único os seus contratos coletivos com menos de 30 beneficiários para aplicação do mesmo percentual anual de reajuste. Em contratos empresariais com mais de 30 vínculos, apesar de não existir obrigatoriedade da constituição de um agrupamento de contratos pelas operadoras, o grupo de beneficiários pode aderir a um novo plano de saúde sem cumprimento de carências (RN 195/09, substituída pela RN nº 557/2022), o que confere maior poder de negociação nos reajustes e maior mobilidade no mercado de planos de saúde privados.

- Atuação Regulatória sobre Reajustes em Contratos Coletivos

A atuação regulatória sobre reajustes dos planos coletivos consiste em estabelecer regras, monitorar reajustes aplicados, promover a transparência e apurar as denúncias recebidas.

a) Regramento de reajustes: Tipos de cláusulas de reajustes (RN 565/2022)

A RN nº 565/2022 traz os principais regramentos sobre as cláusulas de reajustes dos contratos coletivos.

Art. 24. Nenhum contrato coletivo poderá sofrer qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária em periodicidade inferior a doze meses, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, ressalvadas as variações em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9.656, de 1998, bem como a regra prevista no art. 11-A da Resolução Normativa nº 137, de 14 de novembro de 2006, ou outra norma que vier a sucedê-la.

Art. 25. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações pecuniárias sofrerão reajuste na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data-base única.

Art. 26. A data-base de reajuste de um contrato de plano privado de assistência à saúde coletivo poderá ser alterada pela vontade dos contratantes, desde que a referida modificação não viole a regra da periodicidade anual disposta no art. 24 desta Resolução.

Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:

I – deverá ser informado que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice eleito pela operadora que será apurado no período de doze meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato;

II – na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato;

III – nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no inciso I deste artigo.

b) Regramento de reajustes: obrigatoriedade de agrupamento de contratos coletivos com menos de 30 vínculos para fins de cálculo e aplicação de reajuste (RN 565/2022)

Desde a edição da RN nº 309/2012 (sucedida pela RN nº 565/2022), a ANS estabeleceu um regramento próprio para o reajuste aplicado aos contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários. De acordo com este normativo, os reajustes anuais dos planos coletivos de todos os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários de uma determinada operadora devem ser calculados através do agrupamento desses contratos (Pool de Risco), resultando assim em um único percentual a ser aplicado. A ANS pretendeu com esta medida introduzir um maior mutualismo para o cálculo do reajuste e a redução do risco de cada contrato, que ficaria melhor distribuído e diluído dentro de um grupo maior.

c) Monitoramento: obrigatoriedade do envio do comunicado de reajuste dos planos coletivos (RN 565/2022)

As operadoras que comercializam planos coletivos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, com formação de preço pré-estabelecida, independentemente da data da celebração do contrato, devem comunicar à ANS os reajustes aplicados, tanto os positivos como os negativos.

d) Monitoramento: obrigatoriedade de ampla divulgação dos reajustes em contratos agrupados (RN 565/2022)

As operadoras ficam obrigadas ainda a divulgar o percentual de reajuste em seu endereço eletrônico na internet, no primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, devendo também identificar os contratos que receberão o reajuste e seus respectivos planos. Também deve ser observada a obrigação de informar o percentual aplicado por meio do boleto e da fatura de cobrança, bem como o envio do comunicado de reajuste pelo sistema RPC.

e) Monitoramento: Visitas Técnicas de Monitoramento Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos (IN ANS Nº 4)

A visita técnica de monitoramento econômico-financeiro e atuarial dos produtos consiste em medida administrativa realizada nas instalações da operadora de planos de assistência à saúde e tem como objetivo monitorar e averiguar a confiabilidade das informações enviadas à ANS relacionadas à formação de preço dos produtos de assistência à saúde e dados de variação de custos nos planos individuais/familiares e coletivos, à evolução dos preços de produtos ou planos de assistência à saúde, prestadores de serviços e insumos, aos dados econômico-financeiros e assistenciais dos produtos oferecidos e mantidos pelas operadoras de planos de assistência à saúde e aos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos de assistência à saúde.

f) Transparência: Base de comunicados de reajustes em planos coletivos no Portal de Dados Abertos

Desde julho de 2019, a ANS disponibiliza em seu Portal de Dados Abertos, dados de comunicados de reajuste das contraprestações pecuniárias de planos coletivos com modalidade de financiamento pré-estabelecido por contrato e plano de cada operadora. A publicação possibilita a consulta dos reajustes aplicados por operadoras e produtos e está disponível em <https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/reajuste-de-planos-coletivos>

g) Transparência: Painel de Reajustes de Planos Coletivos

Desde julho de 2021, dando continuidade ao aprimoramento do processo de análise crítica das informações econômico-financeiras comunicadas à autarquia pelas operadoras de planos de saúde, a ANS disponibilizou um Painel de Reajustes de Planos Coletivos em seu portal eletrônico (<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjojNjU5NGM1Y2tMjY1OC00NGNkLTlIOGYtYTlxM2JiMmlyZTU3liwidCI6ijlkYmEOODBjLTrmYtCtNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVn>)

Trata-se de um painel dinâmico com dados sobre reajustes aplicados aos contratos coletivos de assistência médica empresariais e por adesão e que representa mais uma importante iniciativa da ANS para ampliar a transparência de dados do setor de planos de saúde, facilitando o acesso à sociedade e promovendo mais concorrência no mercado.

h) Transparência: obrigatoriedade de justificar reajustes aplicados ao contratante

Os percentuais de reajustes aplicados em contratos coletivos necessitam ser justificados. Conforme previsto na Resolução Normativa ANS nº 509, de 2022, as operadoras devem disponibilizar à pessoa jurídica contratante de plano coletivo um extrato pormenorizado em formato eletrônico contendo 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.

i) Fiscalização: Apuração de denúncias

Em síntese, após o registro da reclamação de um beneficiário(a), é instaurado um Procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar - NIP à Operadora reclamada. Após resposta da Operadora e consulta aos parâmetros de verificação da regularidade do reajuste (cadastro do beneficiário(a), cópia do contrato, memória de cálculo/anuência do contratante e outros documentos anexados na demanda) é elaborado de um Relatório. As demandas que permanecem com indícios de infração geram um processo administrativo sancionador para apurar a infração de exigir, cobrar ou aplicar variação ou reajuste da contraprestação pecuniária em desacordo com a lei, a regulamentação da ANS ou o contrato.

Informamos que a ANS não possui registro de contratos de planos privados de assistência à saúde celebrados entre operadoras e pessoas físicas ou jurídicas, tampouco é informado à Agência qual é o perfil epidemiológico dos beneficiários que fazem parte dos contratos de planos de saúde, cabendo a esta Autarquia estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras.

Cabe observar, no entanto, que a ANS exige o registro de todas as informações dos planos de saúde para que estes sejam comercializados pelas operadoras, por meio do Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS/ANS, o qual contém as características de todos os planos de saúde disponibilizados pelas operadoras.

Embora não exista no âmbito deste órgão regulador o registro individual de cada contrato celebrado com pessoas físicas ou jurídicas, a ANS estabeleceu o "Manual de elaboração dos contratos de planos de saúde" com as regras gerais para os contratos de planos de saúde (Anexo I, da IN ANS nº 28/2022, que substituiu a IN DIPRO nº 23/2009).

Desta forma, os contratos celebrados entre as operadoras e seus contratantes devem refletir as disposições regulatórias vigentes à época da contratação, bem como as informações específicas relacionadas às características do plano de saúde registrado ao qual ele se vincula, **não** sendo encaminhados a esta agência cópias de cada regulamento ou contrato celebrado entre as operadoras e seus contratantes. Da mesma maneira, a rescisão de contratos entre as operadoras e seus contratantes não é comunicada à ANS.

Ainda que a ANS não possua o contrato celebrado com a operadora, a Agência exige o cadastro de todos os beneficiários por meio do Sistema de Informações de Beneficiários - SIB/ANS, com as informações cadastrais de cada beneficiário, inclusive sobre o plano de saúde a qual ele está vinculado. É dever das operadoras informar por meio do citado sistema quando o vínculo do beneficiário é extinto, relatando o motivo do cancelamento, dentre as seguintes opções: Desligamento da empresa (rescisão/exclusão do contrato); Cancelamento a pedido do beneficiário; Inadimplência; Óbito; Transferência de carteira; Inclusão indevida; Fraude; ou Portabilidade de carências.

Vale observar que os dados disponíveis nos sistemas de informações da ANS são alimentados pelas operadoras de planos de saúde, sendo de responsabilidade das operadoras a manutenção e atualização desses dados.

Da Vedação do Impedimento de Participação e da Prática de Seleção de Risco

Preliminarmente, cumpre informar que o art. 14 da Lei nº 9.656/98 estabelece que **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, nos seguintes termos:

Lei nº 9656/98

"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 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:

Súmula Normativa nº 27/2015

"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, que determina expressamente 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:

RN 557/2022

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 na exclusão de beneficiários, não podendo haver impedimento de participação em plano de saúde ou exclusão de beneficiários por este motivo, ou seja, não admitir a inclusão ou excluir o beneficiário do plano pela sua condição de saúde ou pelo fato de ser pessoa portadora de deficiência.

Das Regras de Rescisão de Contrato de Plano Individual ou Familiar

A regulamentação setorial da saúde suplementar positiva distintos regimes jurídicos para cada tipo de contratação, um para o plano individual ou familiar e outro, para os planos coletivos, empresarial ou por adesão.

No que tange ao plano individual ou familiar, o parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9656/98 estabelece que **é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato pela operadora, com exceção dos 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, além disso, **o contrato não pode ser rescindido, sob nenhuma hipótese, durante a internação do titular (ou do dependente)**, conforme item 6 da Súmula 28/2015), nos seguintes termos:

Lei nº 9656/98

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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)

I - a recontagem de carências; (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 9.656/98 se aplicam aos contratos de planos individuais ou familiares (art. 16, VII, "a", da Lei nº 9.656/98), que somente podem ser rescindidos pela operadora nos casos de fraude ou não-pagamento da mensalidade.

Cabe salientar que a Lei nº 9.656/98 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. Com a edição da Súmula Normativa nº 28, de 2015, ficou explícito o posicionamento da ANS de que não pode haver interrupção, sob qualquer hipótese, do atendimento pela operadora à internação hospitalar de beneficiários, titular ou dependente, vinculados a plano individual ou familiar.

Das Regras de Rescisão de Contrato de Plano Coletivo e Exclusão de Beneficiário

Para avaliar se eventual a extinção do vínculo de beneficiário por iniciativa da operadora ocorreu em conformidade com a normatização em vigor, impende avaliar as regras estabelecidas pela Lei nº 9.656/98 e pelas normas editadas pela ANS, que devem ser observadas pelas operadoras que ofertam ou disponibilizam planos de saúde privados aos consumidores.

Ressaltam-se, abaixo, trechos da regulamentação setorial acerca da extinção do vínculo de beneficiário de plano coletivo.

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 557, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022

Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde e regulamenta a sua contratação, dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e dispõe sobre os instrumentos de orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde.

Subseção II

Da Rescisão ou Suspensão

Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Subseção III

Da Exclusão e Suspensão da Assistência à Saúde dos Beneficiários dos Planos Coletivos

Art. 24. Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde coletivos.

Parágrafo único. As operadoras só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

I - fraude; ou

II - por perda dos vínculos do titular previstos nos artigos 5º e 15 desta resolução, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998; ou

III - a pedido do beneficiário.

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 561, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2022

Dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão.

INSTRUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 28, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2022

Dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos.

(...)

Art. 14. A operadora deverá obrigatoriamente entregar ao contratante cópia do Contrato/Regulamento contendo os temas de acordo com as orientações do Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde, Anexo I desta Instrução Normativa.

Parágrafo único. A cópia do Contrato/Regulamento de que trata este artigo deverá ser individualizada para cada plano registrado, sendo vedada a entrega de documento que contenha informações pertinentes a vários planos distintos, contendo a opção do contratante por determinado plano e/ou opção por módulos de segmentação assistencial.

(...)

ANEXO I

MANUAL DE ELABORAÇÃO DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

O contrato, regulamento ou outro documento que formalize a relação da Operadora com beneficiários de Plano de Saúde deve conter dispositivos sobre os temas a seguir relacionados, sempre que couber.

No momento da contratação, a operadora deverá obrigatoriamente entregar ao contratante cópia do contrato/regulamento, cuja página inicial deverá conter os itens abaixo, conforme o registrado na ANS:

(...)

Tema V - DURAÇÃO DO CONTRATO

B) Nos contratos de planos coletivos:

1. as operadoras deverão informar o prazo do contrato, que será indeterminado, bem como o início da vigência (art. 1º I, da Lei nº 9.656/98);
2. as operadoras poderão estipular prazo de vigência mínima, devendo, nesse caso, indicar que a renovação automática do instrumento jurídico será por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor;
3. a data do início da vigência é a data de assinatura do contrato entre as partes contratantes, para efeito de reajuste anual, de acordo com o artigo 16, II, da Lei nº 9.656, de 1998. As partes contratantes podem negociar o início da vigência do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora;
4. nos planos operados por autogestão, o início da vigência será a data da aprovação do regulamento ou a data da assinatura do convênio de adesão pelo patrocinador.

(...)

Tema XVII - RESCISÃO/SUSPENSÃO**B) Nos contratos de Planos coletivos:****1. definir as condições para rescisão e suspensão;**

2. **nos planos coletivos empresariais contratados por empresários individuais**, prever que o contrato somente poderá ser rescindido pela operadora 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 de comunicação;

3. especificar as causas que autorizam a rescisão motivada do contrato;**4. especificar a multa nos casos de rescisão imotivada requerida antes do período de doze meses.**

C) Em um plano de autogestão, não cabe falar em rescisão contratual, tendo em vista que todas as hipóteses são de perda da qualidade de beneficiário. As autogestões deverão informar que o encerramento da operação do plano de saúde se dará de acordo com seu estatuto e respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Nos contratos de plano coletivo empresarial e coletivo por adesão, pode haver duas situações para o cancelamento do plano por iniciativa da operadora:

- a exclusão pontual de um beneficiário (art. 24 da RN nº 557/2022); ou

- a rescisão do contrato entre as pessoas jurídicas -empresa contratante e operadora- por denúncia de uma ou de outra parte (art. 23 da RN nº 557/2022).

Cumpre frisar que, em contratação de plano coletivo, embora as condições de rescisão ou de suspensão e os casos de exclusão de beneficiários possam ser convencionados pelos negociantes (operadora e contratante), a operadora pode excluir, pontualmente, o vínculo de beneficiário, se reconhecidas a fraude ou a perda de sua elegibilidade, ou mesmo a pedido do próprio beneficiário, o exercício da autonomia privada para dispor sobre as hipóteses de exclusão de beneficiários de contratos de planos de saúde é limitada pela regulamentação setorial, pelo Código Civil e pelo Código de Defesa do Consumidor (art. 1º e 35-G da Lei nº 9.656/98 c.c Tema I do Anexo I da IN ANS nº 28/2022).

Reitere-se que **somente em caso de reconhecida fraude ou de perda de vínculo de titularidade (com a pessoa jurídica contratante) ou de dependência, a operadora pode excluir o beneficiário**, desde que estas condições para a exclusão dos beneficiários estiverem previstas no contrato. Vale ressaltar que, à exceção dessas duas hipóteses, a **responsabilidade para proceder à exclusão do beneficiário de plano de saúde é sempre da pessoa jurídica contratante** a qual ele está vinculado.

Em contrato coletivo firmado por pessoa jurídica, após o prazo de vigência inicial do contrato, a **rescisão contratual imotivada pode ocorrer**, devendo ser sempre precedida de notificação pela parte solicitante do cancelamento, de acordo com as disposições contratuais. **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 para os beneficiários a ela individualmente vinculados.

Assim sendo, a rescisão unilateral do contrato coletivo por parte da operadora é permitida, desde que observadas as normas vigentes e as disposições contratuais.

O tempo de antecedência para notificação da rescisão deverá estar definido em contrato. Somente poderá ser exigida a notificação prévia com 60 dias de antecedência da parte que foi comunicada da rescisão, por exemplo, se assim estiver disposto no contrato. Ressalte-se que esse prazo é para a pessoa jurídica contratante ou para a operadora que exerce a rescisão imotivada do contrato, não se aplicando ao beneficiário deste contrato que pretende a autoexclusão de seu vínculo, nos termos do artigo 24, parágrafo único, III, da RN nº 557/22 na forma da RN nº 561/2022.

Nos contratos coletivos, é possível a cobrança de multa da parte contratante (pessoa jurídica ou empresário individual), se prevista em contrato, nos casos de rescisão imotivada, a qual poderá ser cobrada da parte que solicitar a rescisão (contratante ou operadora) se a rescisão ocorrer antes de completada a vigência mínima do contrato. No entanto, tal rescisão poderá ocorrer, sem a cobrança de multa, se motivada por uma das causas previstas no contrato.

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 60 dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação (RN nº 557/2022, art. 14 c/c IN ANS nº 28/2022, anexo I, temas V e XVII).

Até a efetiva rescisão contratual do plano, o beneficiário tem direito a todos os procedimentos contratados, não podendo ter nenhum atendimento negado ou mesmo ser constrangido por estar inadimplente com a mensalidade.

Impõe informar que, se houver rescisão do contrato de plano coletivo por qualquer motivo e existir algum beneficiário titular ou dependente em internação, a operadora do plano de saúde deverá arcar com todo o atendimento até a alta hospitalar. 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.

- Entendimento Sobre o Beneficiário em Internação Hospitalar Quando da Rescisão do Contrato Coletivo

A Lei nº 9.656/98 vedava a rescisão unilateral dos planos individuais ou familiares durante a internação do titular, mesmo em casos de fraude ou não pagamento da mensalidade. Com a publicação da Súmula Normativa nº 28/2015, esse direito foi estendido também ao beneficiário dependente, deixando claro o posicionamento da ANS de que não pode haver interrupção, sob qualquer hipótese, do atendimento pela operadora à internação hospitalar de beneficiários, titular ou dependente, mas manteve a restrição aos planos individuais ou familiares.

As normas em vigor editadas pela ANS dispõem que as regras de suspensão de cobertura e de rescisão do contrato de planos coletivos devem estar previstas no instrumento particular celebrado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de planos de saúde.

O legislador e o órgão regulador adotaram medidas para proteger o beneficiário que contrata individualmente um plano de saúde para si e sua família, pois entendeu que esses contratantes possuem pouco poder de barganha junto às operadoras. No entanto, todo beneficiário, independentemente do tipo de contratação do seu plano, é vulnerável e hipossuficiente perante as operadoras.

No entanto, a internação hospitalar, assim como todos os procedimentos de assistência à saúde, é afeta ao indivíduo, própria de uma pessoa física. Por esse motivo, uma vez que a relação entre beneficiário e operadora de planos de saúde não é isonômica, há que se considerar que o beneficiário de plano coletivo que está em internação hospitalar não deve ser prejudicado pela rescisão contratual acordada entre a operadora e a pessoa jurídica contratante.

Considerando que as internações devem ser previamente autorizadas pela operadora de planos de saúde, é razoável defender que a responsabilidade pelo seu pagamento deve ser imputada à operadora que os autorizou.

Além disso, em qualquer tipo de contratação de plano de saúde, o contratante tem o dever do pagamento da mensalidade e a operadora de planos de saúde, por sua vez, tem o dever de cobrir o risco (evento futuro e incerto) assegurado, isto é, custear as despesas assistenciais e/ou reembolso quando o risco se concretiza.

Uma vez que o pagamento das despesas resultantes da cobertura assistencial do beneficiário está ligado à duração do procedimento e não à vigência do contrato, quando o contrato do plano de saúde coletivo é rescindido, a internação hospitalar em curso deve ser integralmente coberta pela operadora que a autorizou.

Há que se notar, ainda, que o artigo 1º da Lei nº 9656/98, é bastante esclarecedor quando define plano de saúde como a prestação continuada de cobertura de custos assistenciais, por prazo indeterminado e sem limite financeiro, com a finalidade de garantir a assistência à saúde.

Por isso, pode-se concluir que as operadoras devem cobrir as internações hospitalares, sem qualquer limite financeiro, ocorridas na vigência do contrato, por prazo indeterminado, até que as despesas assistenciais decorrentes desses eventos terminem.

Se a operadora pudesse interromper o pagamento de um procedimento com a simples resilição contratual, ela estaria fixando um limite financeiro à cobertura assistencial, o que é expressamente vedado pela Lei.

Nessa linha de raciocínio, pode-se afirmar que a operadora de planos de saúde deve cobrir, mesmo após a rescisão do contrato coletivo, todas as despesas decorrentes da internação do beneficiário em curso até a alta médica.

Se houver intercorrências durante a internação hospitalar que foi iniciada antes da rescisão do contrato, a cobertura assistencial das intercorrências, inclusive as consultas decorrentes, deve ser custeada pela operadora até que ocorra a alta médica. Contudo, não será obrigatória a cobertura de uma consulta de retorno pós-cirúrgico após a alta e depois que o contrato foi rescindido.

Entende-se, portanto, que a operadora à qual o beneficiário internado estava vinculado antes da rescisão do contrato é responsável pela prestação ininterrupta da assistência, independentemente do tipo de contratação do plano de saúde, mesmo que este beneficiário passe a se vincular a outra operadora.

Diante dos fundamentos aqui expostos, e considerando ainda os Princípios da Razoabilidade e da Dignidade da Pessoa Humana dispostos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a área técnica da ANS sustenta o entendimento de que a operadora, mesmo após a rescisão do contrato ou exclusão do beneficiário do plano (salvo na hipótese de pedido do próprio beneficiário), tem a obrigatoriedade de pagamento da internação em curso até a alta hospitalar.

- DIREITO AO EXERCÍCIO DA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

Ressalta-se 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).

Para tanto, os beneficiários devem ser comunicados pela operadora do plano de origem sobre o direito ao exercício da portabilidade, por qualquer meio que assegure a ciência inequívoca do beneficiário, indicando o valor da mensalidade do plano de origem, discriminado por beneficiário, e o início e o fim do prazo de 60 dias para exercício do direito (art. 8º, § 1º da RN nº 438/2018).

Impende informar que na rescisão de contrato coletivo e demais hipóteses previstas no art. 8º da RN nº 438/2018, a portabilidade é mais benéfica aos beneficiários por não se exigir os requisitos de vínculo ativo (o beneficiário pode não estar mais vinculado ao plano de saúde), de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço previstos, respectivamente, nos incisos I, III e V do caput do artigo 3º da citada resolução. Portanto, os beneficiários que se enquadram nessa hipótese podem realizar a portabilidade de carências para qualquer plano disponível no mercado.

Para auxiliar na busca por um novo plano de saúde, a Agência disponibiliza em seu portal o [Guia ANS de Planos de Saúde](https://www.ans.gov.br/gpw-beneficiario/) (<https://www.ans.gov.br/gpw-beneficiario/>), por meio do qual os consumidores podem pesquisar e selecionar um plano de saúde antes de realizar a adesão/contratação na operadora do plano. A ANS disponibiliza, ainda, um tutorial de como utilizar o Guia de Planos: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/guia-ans-de-planos-de-saude/ajuda>.

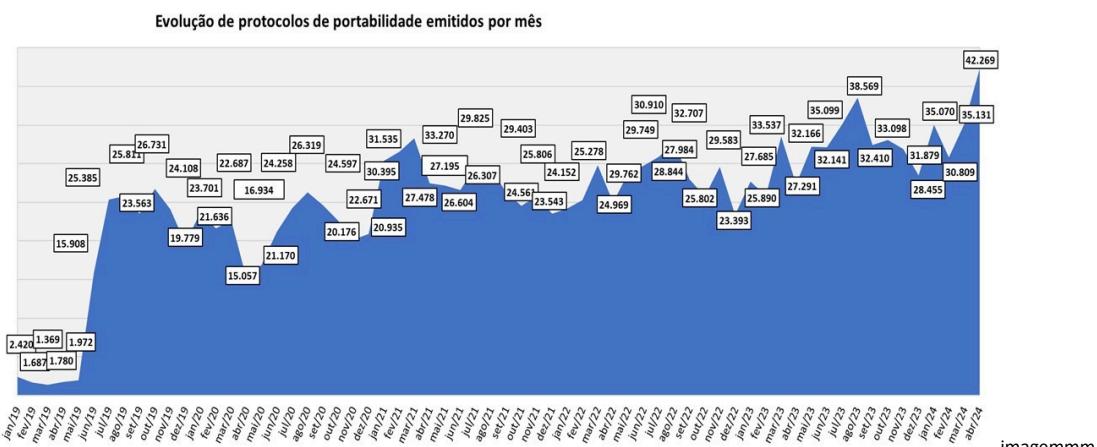
Em relação à quantidade de pedidos de contratação de novo plano com portabilidade a portabilidade, a ANS dispõe do quantitativo de protocolos emitidos pelo Guia de Planos para a realização da Portabilidade de Carências, que é apurada mensalmente. Entretanto, a geração do protocolo no Guia de Planos mostra a intenção do beneficiário em realizar a portabilidade de carências, mas não garante que a portabilidade foi efetivamente realizada. Portanto, não é possível sabermos quantas portabilidades foram efetivadas, tampouco se foram feitas em razão de rescisão unilateral do contrato pela operadora.

A ANS não participa diretamente da contratação de planos de saúde, de modo que, após gerar o protocolo, o consumidor deve procurar a operadora do plano escolhido para formalizar a solicitação de portabilidade de carências e efetivar a adesão ao plano.

O quadro a seguir mostra o quantitativo mensal de protocolos emitidos no sistema do Guia ANS de Planos de Saúde para a portabilidade de carências nos últimos 12 meses, de maio de 2023 a abril de 2024:

no	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
2023					32.166	32.141	35.099	38.569	32.410	33.098	31.879	28.455
2024	35.070	30.809	35.131	42.269								

A imagem a seguir mostra o quantitativo mensal de protocolos emitidos no sistema para a portabilidade de carências no período de janeiro de 2019 a abril de 2024:



Fonte: Guia ANS de Planos de Saúde - mai/2024

As regras gerais para exercício da Portabilidade de Carências estão atualmente dispostos na Resolução Normativa nº 438/2018.

RN Nº 438/2018

DAS REGRAS GERAIS SOBRE A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

Art. 3º Para realizar a portabilidade de carências, devem ser atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

I - o vínculo do beneficiário com o plano de origem deve estar ativo;

II - o beneficiário deve estar adimplente junto à operadora do plano de origem;

III - o beneficiário deve ter cumprido prazo de permanência:

a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou

b) nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem ou no mínimo dois anos na hipótese em que o beneficiário tenha exercido a portabilidade para um plano de destino que possuía coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem;

IV - o plano de origem deve ter sido contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

V - a faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior a que se enquadra o plano de origem do beneficiário, considerada a data da consulta ao módulo de portabilidade de carências do Guia ANS de Planos de Saúde;

VI - caso o plano de destino seja de contratação coletiva, o beneficiário deverá possuir vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, nos termos dos artigos 5º e 9º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, ou o beneficiário deverá ser ou possuir vínculo com empresário individual, nos termos da RN nº 432, de 27 de dezembro de 2017.

§ 1º O prazo de permanência previsto no inciso III do caput deste artigo não será exigível do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, ou que tenha sido inscrito no plano de origem como dependente no prazo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, na forma das alíneas "a" e "b" do inciso III do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

§ 2º En contratos firmados anteriormente à 1º de janeiro de 1999 e adaptados à Lei nº 9656, de 1998, o prazo de permanência previsto no inciso III do caput deste artigo será contado a partir da data da adaptação.

§ 3º O beneficiário que aderir a um novo contrato de uma operadora via oferta pública das referências operacionais e do cadastro de beneficiários, deverá cumprir o prazo de permanência de um ano neste plano para exercício da portabilidade de carências, não se aplicando o requisito previsto no inciso III do caput deste artigo.

§ 4º As faixas de preço previstas no inciso V do caput deste artigo estão definidas em Instrução Normativa editada pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

§ 5º Para os planos com formação de preço pós-estabelecido, não será exigível a compatibilidade por faixa de preço prevista no inciso V do caput deste artigo.

§ 6º Quando o plano de origem e o plano de destino forem do tipo de contratação coletivo empresarial, não será exigível a compatibilidade por faixa de preço prevista no inciso V do caput deste artigo.

§ 7º Para os planos exclusivamente odontológicos, considera-se na mesma faixa de preço, prevista no inciso V do caput deste artigo, o plano de destino cuja mensalidade seja menor ou igual à mensalidade do plano de origem acrescida de 30% (trinta por cento).

§ 8º Para fins de contagem do prazo de permanência previsto no inciso III do caput, nos casos em que tenha havido mudança de plano com coberturas idênticas na mesma operadora, sem solução de continuidade entre os planos, será considerado o período ininterrupto em que o beneficiário permaneceu vinculado à operadora do plano de origem.

(...)

Art. 8º A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço previstas, respectivamente, nos incisos I, III e V do caput do artigo 3º desta Resolução, nas seguintes hipóteses:

I - pelo beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato, sem prejuízo do disposto no §3º do artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998;

II - pelo beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário enquadrado no §1º do artigo 3º, no inciso VII do artigo 5º ou no §1º do artigo 9º, todos da RN nº 195, de 2009;

III - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

IV - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.

§ 1º Os beneficiários mencionados nos incisos do caput deste artigo que tiveram seu vínculo extinto, deverão ser comunicados pela operadora do plano de origem sobre o direito ao exercício da portabilidade, por qualquer meio que assegure a ciência inequívoca do beneficiário, indicando o valor da mensalidade do plano de origem, discriminado por beneficiário, e o início e o fim do prazo disposto no caput.

§ 2º A portabilidade de carências tratada neste artigo poderá ser exercida por beneficiários de planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, não se aplicando o requisito previsto no inciso IV do caput do artigo 3º desta Resolução.

§ 3º O beneficiário que esteja vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias, pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se, quando cabíveis, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem, ressalvados os casos previstos no § 8º, do artigo 3º desta Resolução.

§ 4º O beneficiário que esteja cumprindo cobertura parcial temporária no plano de origem, pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino.

§ 5º O beneficiário que esteja pagando agravos e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravos a ser negociado com a operadora do plano de destino.

De forma mais didática e acessível, as informações relacionadas à Portabilidade de Carências podem também ser encontradas no site da ANS: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/orientacoes-sobre-troca-ou-ingresso-em-planos-de-saude-sem-cumprimento-de-carcencias-1/portabilidade-de-carcencias>.

Há ainda uma Cartilha desenvolvida pela ANS sobre o tema, disponível por meio do link: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Cartilha_Final.pdf

Consignados esses esclarecimentos, convém reiterar que a ANS, na qualidade de entidade integrante da Administração Pública, tem o dever constitucional de obedecer, notadamente, ao princípio da legalidade estrita. O poder normativo da agência reguladora deve ser exercido dentro dos parâmetros da juridicidade (Constituição da República de 1988, leis e princípios). Portanto, não se pode exceder ou abusar do exercício desse poder-dever regulatório, sob pena de insegurança jurídica no mercado regulado.

Nessa quadra, insta frisar que o legislador ordinário, na Lei 9.656/98, positivou tratamento diferenciado para os regimes de contratação individual/familiar e de contratação coletiva.

A disciplina para o vínculo de beneficiário individual/familiar é mais protetiva. Nesse tipo de contratação, os contratantes são a operadora e o próprio beneficiário. A própria lei, em sua ponderação de valores, restringe a liberdade contratual da operadora em prol da manutenção dos serviços assistenciais do beneficiário com esse tipo de vínculo. A rescisão por iniciativa da operadora não pode ser imotivada. A lei ainda limita as hipóteses para o exercício da rescisão motivada a apenas duas, quais sejam, à fraude e à inadimplência.

A Lei 9.656/98, por outro lado, em relação à contratação coletiva, não conferiu a mesma proteção ao beneficiário. Nesse tipo de contratação, os contratantes são a operadora e a pessoa jurídica (empresa empregadora ou associação, por exemplo). Aqui, nesse panorama legal, a liberdade de vinculação ou exoneração contratual é mais ampla. Não há vedação ou limitação legal para o exercício da rescisão contratual unilateral imotivada por iniciativa desses contratantes.

Reflete-se acerca da conveniência e da oportunidade de implementação de regras mais rígidas que limitem a liberdade contratual da operadora de plano de saúde em plano coletivo com o fim de potencializar a tutela ao beneficiário. Juridicamente, entretanto, os princípios constitucionais da legalidade e da intervenção mínima, principalmente, mitigam o poder normativo do ente regulador, logo, adequado seria uma alteração legislativa em sentido estrito para tal desiderato. Tecnicamente, o cerne dessa análise é, sobretudo, a abstração das prováveis repercussões econômicas de tal alternativa na dinâmica do mercado regulado. Efeitos prospectivos comezinhos seriam, por exemplo, a redução de oferta desse tipo de contratação e/ou elevação do valor inicial da contratação. Seria necessário, portanto, o estreitamento e a intensificação de diálogos institucionais para aprimorar o debate acerca da identificação das fragilidades do atual modelo e sobre a proposição de soluções jurídicas e econômicas adequadas para o equacionamento das tensões de interesses, com o propósito do crescimento e manutenção da qualidade e da satisfação no setor da saúde suplementar.

A denúncia vazia (rescisão imotivada) da contratação coletiva exercida pela operadora de plano de saúde nos termos contratuais e nos parâmetros normativos vigentes caracteriza exercício regular de direito. Contudo, caso se identifiquem indícios de irregularidade à regulamentação setorial, o fato deve ser submetido à apuração da Diretoria da Fiscalização da ANS.

A apuração a respeito do exercício abusivo ou ilegítimo do exercício da rescisão unilateral imotivada deve ser realizada em cada situação específica para seja avaliado se foi adotada, por exemplo, a vedada prática da seleção de risco.

- Dos Prazos Máximos de Atendimento

Para garantir a assistência oferecida nos produtos as operadoras devem formar uma rede de prestadores, seja própria ou contratualizada, compatível com a demanda, capaz de atender aos beneficiários nos prazos regulamentares, conforme as regras da RN ANS nº 566, de 2022, respeitando o que foi contratado.

Cumpre ressaltar que a Resolução Normativa ANS nº 566, de 2022, com o intuito de garantir o acesso aos serviços de saúde contratados, estabeleceu não só os prazos máximos que devem ser respeitados para a realização dos procedimentos, como também previu outros meios para que este objetivo seja alcançado nos casos de indisponibilidade e inexistência de prestador de serviço, quais sejam: o transporte até um prestador apto a realizar o procedimento e o reembolso em caso de atendimento em prestador não credenciado. Caberá à operadora gerenciar essas informações e, na ausência de determinado prestador, ofertar o mesmo tipo de atendimento em outro prestador apto a procedê-lo.

A estipulação de prazos máximos para atendimento veio acompanhada de uma clara preocupação da ANS com o incremento do tratamento a ser dispensado aos beneficiários pelas operadoras, em especial no que diz respeito à prestação oportuna e com qualidade da assistência à saúde, sendo imputada à operadora a responsabilidade por eventuais falhas na formação desta rede, não sendo permitida, a negativa de cobertura assistencial.

Acrescentamos que a ANS avalia o cumprimento das regras dispostas na Resolução Normativa - RN ANS nº 566, de 2022 através do "Acompanhamento e Avaliação da Garantia de Atendimento" que tem como objetivo detectar desconformidades que possam constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Assim, a ocorrência reiterada de reclamações de beneficiários poderá sujeitar a operadora a ter parte ou totalidade de seus produtos suspensos para fins de comercialização, além da decretação do regime especial de direção técnica, independentemente da aplicação da penalidade imposta à infração de negativa de cobertura.

Sendo essas as considerações técnicas desta Agência Reguladora à iniciativa 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



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar**, em 11/09/2024, às 21:14, 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 **30459375** e o código CRC **B8952917**.