



Carta Idec nº 27/2012

São Paulo, 27 de janeiro de 2012

À

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos

Gerência-Geral Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos

Ref.: Câmara Técnica do Pool de Risco – Contribuições do Idec

Prezados,

O Idec – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, entidade civil sem fins lucrativos, associação legalmente constituída em 1987, sob o CNPJ nº 58.120.387/0001-08, com sede na Rua Desembargador Guimarães, 21, Água Branca, São Paulo - SP, vem apresentar suas anexas contribuições sobre a Câmara Técnica do Pool de Risco em Contratos Coletivos de até 30 vidas.

Atenciosamente,

Maria Elisa Novais
Advogada - Gerência Jurídica

Joana Indjaian Cruz
Advogada



Contribuições do Idec – Câmara Técnica do Pool de Risco em Contratos Coletivos de até 30 Vidas

O Idec participou, no dia 23 de novembro de 2011, da primeira reunião da Câmara Técnica do Pool de Risco em Contratos de até 30 Vidas e, tendo em vista seu interesse em apresentar suas contribuições ao assunto em referência, vem por meio deste, expor o quanto segue:

1 - Das Características dos Contratos de Planos de Saúde com até 30 Beneficiários

Atualmente, é de notório conhecimento o grande número de operadoras de planos de saúde que passaram a anunciar “planos coletivos” para grupos pequenos de consumidores, a partir de três pessoas. Tratam-se de contratos firmados entre as operadoras e outras pessoas jurídicas, tais como pequenas empresas; sindicatos de trabalhadores ou associações civis. Para esse tipo de contratação, basta que: (i) a parte contratante possua um CNPJ e; (ii) o grupo de beneficiários seja de, no mínimo, três pessoas.

Além do aumento da oferta dessa modalidade de planos, nota-se, ao mesmo tempo, a diminuição e extinção da oferta de planos individuais, havendo casos de operadoras que sequer disponibilizam a contratação desta modalidade de plano e somente comercializam planos coletivos, seja para 3 ou para até mais de 100.000 beneficiários. Essa estratégia representa uma “falsa coletivização”, pois consumidores, sob a ilusão de pagarem mais barato em seus planos, são estimulados a ingressarem em determinada associação ou sindicato, ou a utilizarem qualquer CNPJ para conseguir um contrato coletivo. Essa foi a forma encontrada pelas empresas de planos de saúde para fugir da legislação e da fiscalização da ANS, uma vez que os planos coletivos não precisam submeter seus reajustes anuais à ANS e podem ser rescindidos unilateralmente pelas operadoras quando estas bem entenderem.

Os principais motivos para este tipo de comportamento das operadoras residem nos seguintes fatos:

- As operadoras possuem maior liberdade para reajustar os valores dos planos, uma vez que a ANS não regulamenta a questão e nem concede autorização prévia para esta prática;
- Como a legislação não proíbe expressamente a rescisão unilateral pelas operadoras nos contratos coletivos, toda vez que estes não se apresentem mais vantajosos aos interesses econômico-financeiros dessas empresas, o consumidor/paciente se veja impossibilitado de obter acesso à assistência à saúde contratada; e
- Os planos coletivos também não têm obrigação de cobrir doenças profissionais e

acidentes do trabalho

A situação atual é extremamente prejudicial aos consumidores de planos de saúde coletivos, que segundo dados disponibilizados por esta Agência, em seu último “Caderno de Informação da Saúde Suplementar”, totalizam 36.152.682 cidadãos brasileiros que contrataram serviços de assistência privada à saúde¹.

Ainda, nos contratos coletivos de até 30 vidas é permitido às operadoras submeterem os consumidores ao cumprimento de carências para procedimentos (como consultas, exames e realização de parto) e cobertura parcial temporária.

2 – Dos Reajustes Anuais

Os reajustes anuais representam um dos pontos mais críticos referente aos abusos que os consumidores sofrem na contratação de planos de saúde. No Idec, esse é o segundo maior problema enfrentado por nossos associados (ficando somente atrás da negativa de coberturas).

Isso se dá, principalmente, por conta da falta de transparência na metodologia aplicada na fixação dos critérios de reajustes, juntamente com a ausência de informação prévia e adequada aos consumidores. Tanto nos contratos novos quanto nos contratos antigos, as cláusulas referentes aos reajustes anuais freqüentemente apresentam critérios vagos e dispõe sobre “custos médico-hospitalares” como fator de cálculo, o que torna impossível a efetiva ciência do consumidor sobre a forma de aumento da contraprestação pecuniária. Esta é uma conduta ilegal à luz do Código de Defesa do Consumidor, uma vez que fere as seguintes disposições deste diploma legal: (i) a obrigação dos fornecedores de informarem aos consumidores, de forma clara, sobre os preços de produtos e serviços ofertados (arts. 6º e 31 CDC); e (ii) a nulidade a abusividade de cláusulas contratuais que permitam “ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação de preço de forma unilateral” (art. 51, X, CDC). Ainda, o art. 16, XI, da Lei de Planos de Saúde estipula que os contratos deverão discriminar os “critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias”.

No entanto, a ANS, ao regulamentar somente os reajustes de contratos individuais/familiares novos, impede a aplicação, no âmbito de sua atuação, dos direitos acima expressos a todos os consumidores de planos de saúde individuais/familiares antigos e coletivos. Estes últimos, atualmente, representam 77% do total de cidadãos que pagam seus planos de assistência privada à saúde². Isso porque, se os reajustes aplicados independem de autorização prévia da ANS e estão suscetíveis ao disposto nas cláusulas contratuais, que, em sua maioria, são genéricas e imprecisas, estas devem ser afastadas e consideradas nulas, pois contrariam o disposto nos arts. 6º, 31 e 51 do CDC bem como o art. 16, XI, da Lei de Planos de Saúde.

¹ Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Dezembro de 2011, pág. 10.

² Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Dezembro de 2011, pág. 10.



A omissão de controle de reajustes de contratos coletivos pela ANS, no entendimento do Idec, não tem respaldo legal. A Agência pressupõe que nesta modalidade de contrato o poder de negociação é mais equilibrado, o que nem sempre reflete a verdade. Por isso, as operadoras se interessam tanto pelos contratos coletivos. No vácuo da legislação, as empresas de planos de saúde apenas exigem a apresentação de um número de CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas) para que o contrato seja coletivo. Famílias e pequenos grupos têm adquirido contratos assim, sem saber dos riscos de reajustes altos.

3 - Da Sinistralidade

Entendemos que esse tipo de reajuste criado pelo mercado de planos de saúde é ilegal, pois significa uma variação de preço unilateral que não estava prevista no contrato (arts. 60, 31 e 51, X, do CDC e art. 16, XI da Lei de Planos de Saúde).

O crescimento da oferta e procura de planos coletivos com pequeno número de vidas, que pode ser explicado por conta de indicadores de conjuntura econômica, tais como crescimento econômico, crescimento de empregos no mercado formal de trabalho, recomposição dos estratos de renda das classes sociais, com elevação da participação da Classe C³, evidencia um quadro que deve ser eixo de interpretação sobre a excessiva sinistralidade das operadoras de planos de saúde, apresentada pela própria ANS.

O Valor Econômico, em sua Revista Valor 1000 (edição de 2010)⁴, que aborda “os campeões” de rentabilidade da economia brasileira, apresenta as operadoras de planos de saúde com alta lucratividade, um crescimento de 102,6% do lucro líquido das 50 maiores operadoras de Planos de Saúde, com resultado líquido de 1 bilhão de reais (2010).

Para nós, isto pode ser explicado por conta da dinâmica de aquecimento da economia brasileira: mais trabalhadores formalizados representam uma demanda maior por planos de saúde coletivos. Como é demonstrado pelas pesquisas de orçamentos familiares (POF/2008), o aumento da renda, implica um aumento mais que proporcional da demanda por planos de saúde. Isto é devido ao fato de que temos uma oferta pública e gratuita de saúde altamente precarizada.

Ressalte-se a existência de concentração de mercado no setor de planos de saúde, conforme consta na matéria da referida Revista, sendo que os próprios agentes econômicos admitem a existência dessa centralização do mercado. Esta mesma conclusão versa em

³ Podemos visualizar estes dados no site do IBGE (POF/2008 e Contas Nacionais) e IPEA: www.ibge.gov.br e ipea.gov.br.

⁴ www.valor.com.br.

resultados de diversas pesquisas dos economistas do IPEA, Carlos Octávio Ocké-Reis e Simone de Souza Cardoso⁵.

Portanto, o Idec entende que é necessário aprofundar os estudos a serem realizados levando-se em conta a seguinte questão: considerando-se o aumento da demanda de um setor que é de alta essencialidade, e, ao mesmo tempo, de práticas monopólicas, uma alta de preços como imposição unilateral de operadoras, que visualizam apenas sua rentabilidade e o discurso, justificativa do Pool de Risco, de um setor fragilizado por altas taxas de utilização devem prosperar em face do princípio da supremacia do interesse público e aos direitos do consumidor?

Enveredando-se por este caminho pode-se encontrar subsídios para avaliar a seleção de carteiras de consumidores, como o é o Pool de Risco para contratos de 30 vidas. Pensamos que a prática de seleção é abusiva, pois se configura um intento de maximizar o lucro, minimizando a possibilidade de usufruto do serviço, que é o sentido da contratação de um plano de saúde. Devemos caminhar para analisar a precificação dos contratos a partir do poder unilateral que as grandes operadoras de planos de saúde vem tendo de impor seus interesses. Assim, consideramos que medir a concentração do mercado pode ser útil na análise da sinistralidade.

4 – Conclusão

O Idec enfatiza seus posicionamentos sobre o tema:

- Considerando-se os direitos dos consumidores, em especial os dispostos nos art. 60, 31 e 51, X, do CDC e art. 16, XI da Lei de Planos de Saúde, a ANS deveria regulamentar e submeter à sua autorização prévia a questão dos reajustes anuais nos contratos coletivos. Deve-se, também, coibir a rescisão unilateral do contrato por parte das operadoras;
- A aplicação de reajuste por sinistralidade é ilegal, pois significa uma variação de preço unilateral que não estava prevista no contrato, contrariando-se, desta forma, os direitos previstos nos arts. 60, 31 e 51, X, do CDC e art. 16, XI da Lei de Planos de Saúde;
- Os estudos sobre o pool de risco devem levar em conta questões de interesse público e devem respeitar os direitos dos consumidores, e não priorizar o discurso de fragilidade do setor por altas taxas de utilização como justificativa para uma alta de preços por imposição unilateral de operadoras, considerando-se a alta lucratividade do setor de saúde suplementar; e
- Deve-se medir a concentração existente no mercado na análise da sinistralidade.

⁵ Carlos Octávio Ocké-Reis e Simone de Souza Cardoso. A regulamentação dos preços dos planos individuais de saúde. Revista de Economia Política, vol. 31, nº 3 (123), pp. 455-470, julho-setembro/2011. Pesquisado em <http://www.scielo.br/pdf/rep/v31n3/08.pdf>. 08/12/2011.