



29766087



08012.001178/2024-26



Ministério da Justiça e Segurança Pública
Secretaria Nacional do Consumidor
Departamento de de Proteção e Defesa do Consumidor
Coordenação-Geral de Estudos e Monitoramento de Mercado
Coordenação de Monitoramento e Mercado

NOTA TÉCNICA Nº 5/2024/CMM/CGEMM/DPDC/SENACON/MJ**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08012.001178/2024-26****INTERESSADO: PLANOS DE SAÚDE**

Procedimento de Monitoramento de Mercado. Aumento expressivo de cancelamentos/rescisões unilaterais de contratos de plano de saúde. Súmula nº 608 do STJ. Operadoras afirmam que cumprem com as disposições da Lei nº 9.656/98 e das regulamentações da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A ANS afirma competência para legislar e fiscalizar o setor. Possível afronta às garantias previstas no Código de Defesa do Consumidor (CDC), norma de instrução superior e principiológica. Término de monitoramento de mercado com envio para Coordenação-Geral de Consultoria Técnica e Sanções Administrativas (CGCTSA).

1. DO RELATÓRIO

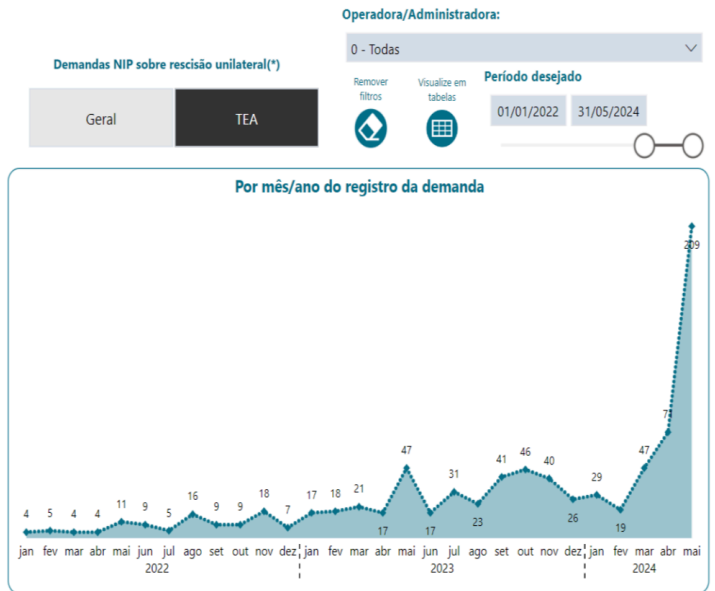
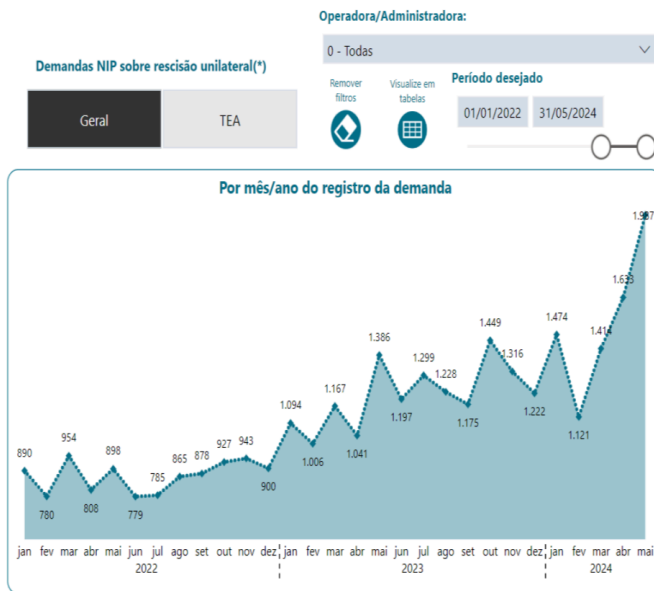
1.1. Trata-se de Procedimento de Monitoramento de Mercado instaurado *ex officio* pela Secretaria Nacional do Consumidor (SENACON), por meio do Departamento de de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC) e trâmite na Coordenação-Geral de Estudos e Monitoramento de Mercado (CGEMM), com o objetivo de avaliar a conduta de operadoras de planos de saúde no tocante a cancelamentos/rescisões unilaterais de contratos, principalmente dos consumidores mais vulneráveis como idosos, portadores de transtornos globais de desenvolvimento e beneficiários que de alguma forma necessitam de cuidados ou assistência contínua de saúde.

1.2. Tal procedimento foi instaurado tendo em vista o aumento expressivo do número de reclamações sobre o tema nos sistemas do Sindec Nacional, ProConsumidor e Consumidor.gov.br, assim como, no número de NIPs sobre rescisões e cancelamentos contratuais no sistema da ANS, conforme demonstrado abaixo:

Tabela - Dados ligados ao cancelamento unilateral feito por operadoras de planos de saúde:

Sistema	Assunto	jan	fev	març	abr	mai	Total
ProConsumidor	Alteração/recisão de contrato sem solicitação/aviso prévio	53	29	49	45	55*	231
Sindec Nacional	Rescisão/Susbtituição/Alteração de contrato de saúde	18	21	0**	27	-	66
Consumidor.gov.br	Alteração/recisão de contrato sem solicitação/aviso prévio	419	447	381	506	-	1753

* Dado até 17 de maio.



1.3. Percebe-se que ao longo do ano de 2024 houve registro de expressivo número de reclamações acerca de referidos cancelamentos nos sistemas desta Secretaria Nacional do Consumidor. Além disso, consta que a rescisão unilateral é comunicada em curto espaço de tempo, gerando transtornos aos consumidores posto que não haveria tempo hábil para a busca de alternativas para a contratação de novo plano de saúde, com risco de solução de continuidade de tratamentos em andamento, tais como câncer, autismo, bem como todas as situações que exijam prestação de assistência médica contínua ou de longo prazo.

1.4. Assim, a Secretaria Nacional do Consumidor (SENACON) notificou 17 (dezessete) operadoras e 4 (quatro) associações de operadoras de saúde solicitando as seguintes informações:

- Qual foi número de cancelamentos/rescisões contratuais unilaterais realizados pela operadora no ano de 2023 e 2024?
- Quais foram os motivos alegados que justificariam tais procedimentos?
- Quantos desses beneficiários estavam em tratamento? Quantos desses beneficiários necessitam de cuidados ou assistência contínua de saúde? Quantos desses beneficiários são idosos ou possuem transtornos globais de desenvolvimento?
- Qual a faixa etária dos beneficiários com planos cancelados?

1.5. Por meio da NOTA TÉCNICA Nº 2/2024/CMM/CGEMM/DPDC/SENACON/MJ (SEI nº 28142336) foi realizada análise das respostas encaminhadas pelas operadoras de planos de saúde, onde concluiu-se que em uma primeira análise, alguns pontos mereciam destaque, como a afirmação das operadoras de que os cancelamentos de contratos de plano de saúde são referentes a coletivos empresariais ou por adesão e que a legislação prevê a hipótese de cancelamentos unilaterais nesse tipo de contrato. Quanto a contratos individuais ou familiares, afirmam as operadoras que boa parte dos cancelamentos ocorreram quando houve inadimplência por parte dos beneficiários.

1.6. No entanto, ao se analisar o mercado de consumo, foi observado que os consumidores estariam sendo privados de realizar exames e tratamentos ou tornando-se excessivamente oneroso para o consumidor usufruir desses serviços, por estar ocorrendo possíveis irregularidades quanto ao descredenciamento de prestadores de serviços de saúde, sendo necessário a solicitação dessas informações adicionais às Operadoras.

1.7. Além disso, a NOTA TÉCNICA Nº 2/2024/CMM/CGEMM/DPDC/SENACON/MJ (SEI nº 28142336) destacou que boa parte das empresas notificadas não apresentaram os dados de forma detalhada como solicitado. Assim, ao verificar a obrigatoriedade do dever de notificar ao consumidor por parte da operadora quando há cancelamentos contratuais e, considerando que as respostas foram incompletas, novas notificações foram expedidas às operadoras de plano de saúde para sanar pendências e comprovarem que estão cumprindo com as legislações pertinentes.

1.8. Eis o breve relatório.

2. DOS OFÍCIOS ÀS ENTIDADES REPRESENTATIVAS DE IDOSOS, AUTISTAS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

2.1. Com objetivo de se obter o máximo de informações pertinentes, associações que representam segmentos de consumidores e uma associação de membros do Ministério Público foram oficiadas para contribuírem no processo.

2.2. Foram enviados os seguintes expedientes, Ofício 10 (SEI nº 28242638), Ofício 11 (SEI nº 28242802), Ofício 12 (SEI nº 28242878) e Ofício 13 (SEI nº 28243827), às entidades representativas Movimento Orgulho Autista Brasil, Instituto de Promoção da Assistência Social, Associação Nacional de Defesa dos Direitos dos Idosos, Aposentados e Pensionistas e Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência e Idosos, consultando da seguinte forma:

- A Associação possui dados de cancelamentos/rescisões contratuais unilaterais realizados pelas operadoras de planos de saúde nos anos de 2023 e 2024?
- Em caso afirmativo:

- Quantos são referentes a planos coletivos e individuais?
- Quais foram os motivos alegados que justificariam tais procedimentos?
- Quantos desses beneficiários estavam em tratamento? Quantos desses beneficiários necessitam de cuidados ou assistência contínua de saúde?
- Como foram realizados esses cancelamentos? Foi cumprida a legislação/regulamentação, no tocante às obrigações da operadora quanto ao procedimento de cancelamento/rescisão unilateral?

c) Pode informar se os consumidores estão enfrentando problemas quanto ao descredenciamento de prestadores de serviço, tais como clínicas, hospitais, laboratórios?

d) Em caso afirmativo:

- Especifique quais são os problemas enfrentados?
- A operadora está cumprindo as obrigações previstas na legislação pátria, quando efetua tais descredenciamentos?
- a) Quaisquer outros dados que possam contribuir para a análise.

2.3. Até a presente data não foram recebidas manifestações das entidades referenciadas.

3. DOS NOTIFICAÇÕES COMPLEMENTARES

3.1. Conforme esclarecido anteriormente, a NOTA TÉCNICA Nº 2/2024/CMM/CGEMM/DPDC/SENACON/MJ (SEI nº 28142336) concluiu pela necessidade de novas notificações às operadoras de saúde, além de comunicação com outras entidades, de modo a subsidiar o processo para que seja possível realizar uma análise mais completa do mercado e da atuação das operadoras de plano de saúde, visando a proteção dos direitos consumeristas.

3.2. Nessa esteira, foram feitas novas notificações às seguintes operadoras de saúde UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL, Bradesco Saúde, Hapvida e NotreDame Médica, Porto Seguro Saúde, SulAmérica, Care Plus, Amil, Golden Cross, MedSênior, QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIO S.A, ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA, Omint, Prevent Senior e Assim Saúde, as quais não apresentaram resposta ou apresentaram respostas parciais às informações solicitadas nas notificações enviadas anteriormente pela SENACON. Além disso solicitou-se as seguintes informações adicionais:

a) houve descredenciamentos de prestadores de serviços de atenção à saúde hospitalares e não hospitalares no ano de 2023 até junho de 2024. E caso seja afirmativa a resposta, liste eles por tipo de prestador, região e com os dados individuais de cada um.

3.3. Ressalta-se que, nas notificações complementares, foi apresentada a Súmula nº 608 do STJ, que disciplina que “*Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão*”, desta forma, conclui-se que o CDC é aplicado ao planos de saúde coletivos, uma vez que estes são comercializados para o público em geral e as operadoras buscam auferir lucros com as contribuições vertidas pelos participantes.

4. DAS RESPOSTAS ÀS NOTIFICAÇÕES COMPLEMENTARES

4.1. As operadoras que efetuaram cancelamento unilateral de plano de saúde continuam a afirmar que esta modalidade de cancelamento ocorre em contratos de planos coletivos e empresariais e, portanto, não executaram de forma discriminatória ou direcionada a uma população específica.

4.2. A ASSIM SAÚDE (SEI nº 28430273) enviou lista de 74 (setenta e quatro) descredenciados, dentre médicos, clínicas, consultórios, hospitais, pronto-socorro, unidades de apoio, diagnose e terapia, todos feitos na forma da RN nº 567/2002 da ANS.

4.3. A Omint encaminhou documento com Relação de Prestadores (SEI nº 28503790), indicando que houve descredenciamentos, sem impacto no acesso dos beneficiários aos serviços assistenciais cobertos pelo plano de saúde, ao tempo em que houve credenciamento de novos prestadores de serviço, conforme quadro abaixo:

	NOVOS CREDENCIADOS	DESCREDENCIADOS
Clínicas	207	215
Hospitais	9	1
Laboratórios	4	1
Total	220	217

4.4. A MEDSENIOR ressaltou que houve um aumento exponencial de sua carteira de clientes que resultou em ampliação, troca da rede de prestadora ou verticalização dos serviços para uma melhor gestão e atendimento dos beneficiários. Enviou a Planilha Dados Descredenciamento/Credenciamento (SEI nº 28498836), informando que no período de janeiro de 2023 a junho de 2024, houve descredenciamento de 12 (doze) hospitais, em contrapartida, houve o credenciamento de 21 (vinte e um) hospitais. No que tange aos estabelecimentos não hospitalares, houve descredenciamento de 127 (cento e vinte e sete) estabelecimentos, o que foi compensado com o credenciamento de 330 (trezentos e trinta) novos prestadores, assim.

4.5. A operadora esclarece que conta com 37 unidades próprias com ampla capacidade de atendimento, diversas especialidades e oficinas de saúde, tendo sido abertas 05 (cinco) novas unidades entre janeiro de 2023 e julho de 2024 e 02 (duas) obras em andamento no DF e no ES. Ressaltou que possui mais de 100 (cem) hospitais credenciados, bem como aproximadamente 2.000 (dois mil) estabelecimentos não hospitalares e 37 (trinta e sete) unidades próprias de atendimento.

4.6. Por sua vez, a PORTO SEGURO (SEI nº 28522121), reiterou que comercializa somente planos coletivos empresariais, nos quais há somente possibilidade de rescisão do contrato empresarial como um todo, tendo efeito para todos os beneficiários.

4.7. Acerca dos cancelamentos, esclarece que houve 303 contratos cancelados atingindo 4.272 beneficiários, em razão de inadimplência e descaracterização do plano como coletivo (redução do número de vidas). Além disso, no período indicado foram descredenciados 6 (seis) hospitais prestadores de serviço.

4.8. A operadora UNIMED NACIONAL (SEI nº 28520566 e 28523461), informou que houve rescisão de 13.000 (treze) mil contratos coletivos empresariais e que nenhum beneficiário estava internado ou em tratamento cuja interrupção poderia colocar em risco sua vida. Os 13.000 contratos cancelados pela operadora impactaram 82.992 beneficiários, dentre os quais 310 (trezentos e dez) possuem transtornos globais de desenvolvimento. Destes, 2.382 (dois mil trezentos e oitenta e dois) beneficiários são considerados idosos, acima de 60 anos.

0 a 18 anos	20.716	25%
19 a 59 anos	59.894	72%
Acima de 60 anos	2.382	3%

4.9. Informa, ainda, que todos os contratantes (estipulantes) foram comunicados do cancelamento, de forma prévia (60 dias para os empresariais e 30 dias para os de adesão), conforme determina a legislação da ANS, para que pudessem se programar para a contratação de novo plano com outra operadora de saúde para seus funcionários ou associados. Isto permite que os beneficiários impactados pelo cancelamento pudessem utilizar-se da portabilidade para manutenção de tratamentos na nova operadora de saúde.

4.10. A QUALICORP (SEI nº 28440846) informa que não é operadora de planos de saúde, mas sim sociedade administradora de benefícios. Esclarece que as rescisões unilaterais de contratos ocorrem por iniciativas das operadoras de saúde e não pela administradora de benefícios e que nos termos da Resolução Normativa ANS 509/2022, o cancelamento de contratos não pode ser parcial, a rescisão inclui todo o grupo de beneficiários, sem distinção.

4.11. Esclarece ainda que, em 2023 e 2024 foi notificada por 14 operadoras de plano de saúde sobre rescisões unilaterais de contratos coletivos sobre o cancelamento de 434 contratos, impactando 51.656 beneficiários, entretanto desconhece motivação específica, se foram dirigidos a determinada faixa etária específica para rescisão dos referidos contratos.

4.12. Já a PREVENT SENIOR (SEI nº 28484710), esclarece que o mercado de saúde suplementar não é estático e que realizou descredenciamento de prestadores de serviço conforme consta no Anexo Relação prestadores descredenciados PREVENT SENIOR (SEI nº 28484711), sempre observando regras previstas na Lei nº 9.656/98 e em Instruções e Resoluções Normativas instituídas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

4.13. A CARE PLUS (SEI nº 28509454 e 28509446), apontou que foram descredenciados 153 prestadores de serviço, dos quais 13 rescisões foram por iniciativa da Care Plus e os demais por encerramento das atividades, interesse do próprio prestador e outras causas, apresentando a lista dos prestadores de serviço (SEI nº 28509455).

4.14. A QUALICORP (SEI nº 28523431), informa que como administradora de benefícios não possui ingerência sobre os serviços assistenciais prestados aos beneficiários pelas operadoras de planos de saúde. Diante disso, não possui as informações solicitadas.

4.15. A GOLDEN CROSS (SEI nº 28707052), frisa que modificações das redes hospitalares são permitidas pela legislação que regulamenta os planos privados de assistência à saúde, conforme art. 17, caput, §§ 1º a 4º da Lei nº 9.656/98. Já à Agência Nacional de Saúde Suplementar compete a definição dos critérios a serem observados pelas Operadoras para as referidas alterações hospitalares, que o faz por meio das Resoluções Normativas nº 567/2022 (substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares) e nº 568/2022 (solicitações de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução).

4.16. No mais, informa que no período de 2023 a junho de 2024 foram descredenciados 306 prestadores de serviço.

4.17. A operadora BRADESCO (SEI nº 28643940 e 28643941), reforçou que não realizou cancelamentos em massa e que os eventuais cancelamentos unilaterais realizados, ocorreram de forma pontual e em observância às regras contratuais. Informa que no período de 2023 a 2024 houve 2.232 contratos coletivos cancelados unilateralmente pela seguradora e 52.280 foram encerrados por iniciativa das empresas estipulantes (pessoas jurídicas contratantes) em razão de desinteresse na manutenção da relação contratual, inadimplência.

4.18. Informa ainda que as 2.232 apólices foram canceladas com respaldo na RN nº 557 e da IN nº 28, ambas na ANS, além da previsão contratual que garante o direito ao cancelamento imotivado, por qualquer uma das partes, após os 12 (doze) primeiros meses de vigência, desde que ocorra comunicação prévia.

4.19. Afirma que devido a regras que asseguram o direito à privacidade do segurado, a seguradora não mantém em seus cadastros de identificação de beneficiários as informações de doenças que eventualmente os acometam, bem como há vedações e limitações quanto a identificação das doenças nas guias de solicitação recebidas pela seguradora. Assim, a BRADESCO SAÚDE não é capaz de precisar se determinado beneficiário é acometido por doença ou está em tratamento, o que impossibilita a prestação das informações da forma requerida.

4.20. Quanto à faixa etária dos beneficiários com planos cancelados apresenta os seguintes dados:

FAIXA-ETÁRIA	PERCENTUAL DE SEGURADOS
DE 0 A 18 ANOS ¹	23%
DE 19 A 23 ANOS	6%
DE 24 A 28 ANOS	7%
DE 29 A 33 ANOS	8%
DE 34 A 38 ANOS	10%
DE 39 A 43 ANOS	11%
DE 44 A 48 ANOS	10%
DE 49 A 53 ANOS	8%
DE 54 A 58 ANOS	6%
59 ANOS OU MAIS	10%

4.21. Esclarece ainda que a rescisão unilateral de contratos coletivos é realizada por meio de cartas enviadas aos estipulantes, observando prazo mínimo previsto na legislação, de forma que os estipulantes possam comunicar aos beneficiários sobre a rescisão e sobre a possibilidade da portabilidade. No período de 2023 e 2024 foram descredenciados 29 prestadores hospitalares e 1.059 não hospitalares.

4.22. A AMIL (SEI nº 28571485), ressalta que a informação sobre descredenciamento de prestadores de saúde hospitalares e não-hospitalares por si, não significa descontinuidade da prestação de serviço. Os processos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço é algo comum ao mercado de saúde suplementar. O descredenciamento está inserido numa lógica de otimização de atendimento ao consumidor, exceto nos casos em que os prestadores de serviço deixam de observar ou manter as condições contratuais de adequado atendimento ao beneficiário.

4.23. Diante disso, apresenta informação sobre os descredenciamentos, reforçando que estes não impactaram a assistência à saúde dos beneficiários, destacando que nos anos de 2023 e 2024 (até o momento) foram identificados os seguintes números de descredenciamento de prestadores de serviços (todos em conformidade com as normas editadas pela ANS, no que couber): hospitalares: 32; não hospitalares: 522. Vale destacar que, no mesmo período, foram realizados os seguintes novos credenciamentos de prestadores de serviços: hospitalares: 68; não hospitalares: 2.094.

4.24. Adicionalmente, informa que a rede assistencial própria da AMIL é composta por 31 hospitais, 79 unidades de saúde (que incluem centros médicos e clínicas do Amil Espaço Saúde), 7 centros de excelência e 9 clínicas Amil Dental, espalhadas nas Regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste.

4.25. A NOTRE DAME INTERMÉDICA/ HAPVIDA (SEI nº 28725601), informa que em 2023 teve 43.389 contratos cancelados de forma unilateral, sendo 31.190 contratos coletivos e 12.199 contratos individuais/familiares. Em 2024 (até maio) teve 21.284 contratos cancelados de forma unilateral, sendo 15.246 contratos coletivos e 6.038 contratos individuais/familiares.

4.26. Além disso, via HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A, em 2023 teve 178.517 contratos cancelados de forma unilateral, sendo 69.899 contratos coletivos e 108.618 contratos individuais/familiares. Em 2024 (até junho) teve de 108.783 contratos cancelados de forma unilateral, sendo 53.734 contratos coletivos e 55.049 contratos individuais/familiares.

4.27. Acerca dos motivos para os cancelamentos de contratos, o regramento é diferente de acordo com a modalidade de contratação, individual familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão, sendo respeitadas todas as regulamentações da ANS.

4.28. O plano individual familiar se destina a pessoas físicas, com ou sem grupo familiar e o vínculo do titular não é essencial à manutenção do contrato. Estes somente podem ser cancelados unilateralmente em caso de fraude ou inadimplência, de acordo com o artigo 13, parágrafo único, inciso II da Lei 9656/98.

4.29. Os planos coletivos se destinam a pessoas jurídicas de direito público ou privado, sendo a adesão permanência do beneficiário titular e seu grupo familiar condicionada ao preenchimento das condições de elegibilidade. Nestes, empresariais ou por adesão, a ANS prioriza a autonomia entre as partes e permite a negociação sem a verificação de previsões específicas na legislação de planos de saúde ou normas da ANS, como nos planos individuais. Nessas modalidades de contratação, devem ser observadas as disposições contratuais livremente negociadas entre as pessoas jurídicas contratantes.

4.30. Assim, oferece os seguinte dados das rescisões:

NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A	
2023	
MOTIVO	QTDE DE CONTRATOS
INADIMPLÊNCIA	43.353
FRAUDE	32
IRREGULARIDADE CADASTRAL	4
2024 (até maio)	

INADIMPLÊNCIA	21.281
FRAUDE	3
HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A	
2023	
MOTIVO	QTDE DE CONTRATOS
INADIMPLÊNCIA	130.741
TÉRMINO DO PRAZO CONTRATUAL	47.776
2024	
INADIMPLÊNCIA	65.813
TÉRMINO DO PRAZO CONTRATUAL	42.970

4.31. Salienta que todos os usuários que tiveram seus planos de saúde cancelados foram notificados da forma regulamentada e que foram 384 prestadores descredenciados em 2023 e 133 prestadores descredenciados em 2024.

4.32. A SULAMERICA (SEI nº 28692660), registra que não realizou cancelamentos unilaterais em massa de contratos, muito menos com base na condição de saúde de seus beneficiários ou em patologias específicas, seja de contratos com pessoas portadoras de deficiências ou doenças crônicas.

4.33. Informa que em 2023 e 2024 houve 1.578 contratos cancelados pela Sulamérica. Em 2023 e 2024, foram canceladas, no total, 1.353 (mil trezentos e cinquenta e três) vidas com TEA/TGD e/ou pessoas acima de 60 (sessenta) anos, em situações classificadas como “por iniciativa da operadora, sendo 33 (trinta e três) com TEA/TGD e 1.320 (mil trezentos e vinte) idosos.

4.34. Sobre o levantamento de dados sobre beneficiários com TEA/TGD e que necessitam de cuidados ou assistência contínua de saúde, informa que há limitadores da obtenção de dados precisos (SEI nº 28692660). A empresa não possui acesso indiscriminado a prontuários médicos pois não é prestadora direta de serviços médico-hospitalares, quem o faz é a rede referenciada ou prestador não-referenciado, no caso de reembolso. Acerca da faixa etária dos beneficiários impactados, apresentou os seguintes dados:



4.35. Esclarece que houve comunicação prévia aos beneficiários que tiveram seus planos cancelados, de acordo com os prazos estabelecidos pelos normativos da ANS; e que realizou, nos anos de 2023 e 2024, o total de 844 (oitocentos e quarenta e quatro) descredenciamentos (entre entidades ambulatoriais e hospitalares). No que toca às entidades ambulatoriais (ou seja, não hospitalares), vale dizer que houve um aumento substancial no número de prestadores credenciados, eis que no mesmo período foram credenciados 1.631 (mil seiscentos e trinta e um) novos prestadores ambulatoriais, frente a apenas 804 (oitocentos e quatro) descredenciamentos.

4.36. Termina informando que em 2023 e 2024 foram descredenciados 40 (quarenta) prestadores hospitalares, frente ao credenciamento de outros novos 44 (quarenta e quatro), conforme consta no Documento Listagem de Descredenciamentos Não Hospi (SEI nº 28692664) e Documento List de Descredenciamentos Hospitalares (SEI nº 28692665).

4.37. Por fim, a BRADESCO (SEI nº 28721502), apresentou exatamente os mesmos dados informados nos documentos SEI nº 28643940 e 28643941.

5. DAS COLABORAÇÕES DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

5.1. Tendo em vista o aumento expressivo de reclamações sobre cancelamentos de planos de saúde, em 20/05/2024, a Agência Nacional de Saúde Suplementar emitiu Nota sobre cancelamento e rescisão de contratos informando que:

É proibida a prática de seleção de riscos no atendimento, na contratação ou na exclusão de beneficiários;

Nos planos coletivos, empresarial ou por adesão, a vedação se aplica tanto à totalidade do grupo quanto a um ou alguns de seus membros, conforme consta na Súmula Normativa ANS nº 27/2015;

A Lei nº 9656/1998, art. 14, estabelece que ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde em razão da idade ou da condição de pessoa portadora de deficiência do consumidor;

Nos planos coletivos, o único requisito para aderir ao plano é o vínculo do consumidor com a PJ contratante ou comprovação de ser empresário individual.

Esclarece a diferença entre exclusão pontual de beneficiários e rescisão/cancelamento do contrato, sendo:

Exclusão pontual: nos planos individuais/familiares podem ser excluídos apenas nos casos de fraude ou inadimplência. Nos planos coletivos (empresariais e por adesão) somente a PJ (contratante/estipulante) pode solicitar suspensão ou exclusão de beneficiários. As operadoras podem excluir/suspender a assistência à saúde dos beneficiários, nos termos da RN AND 557/2022, sem anuência da PJ contratante somente em casos de fraude, perda do vínculo do titular ou de dependência, desde que previsto no regulamento ou contrato, ressalvados os casos dos arts 30 e 31 da Lei nº 9656/1998, ou a pedido dos beneficiários.

Rescisão/cancelamento: nos planos individuais/familiares as operadoras somente podem rescindir unilateralmente em casos de fraude e inadimplência, devendo notificar o consumidor

5.2. A SENACON, por meio do OFÍCIO Nº 738/2024/GAB-SENACON/SENACON/MJ (SEI nº 28365949), solicitou à ANS esclarecimentos e auxílio no levantamento de informações no tocante à regulamentação do sistema de saúde suplementar, que foi respondido com o encaminhamento do OFÍCIO ANS-SEI nº 426-2024 (SEI nº 28835618) pela ANS, onde discorreu sobre os normativos vigentes ao tema em questão e concluiu que:

CONCLUSÃO

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.

Nesse passo, as áreas técnicas da ANS repisam que estão vinculadas e submetidas ao rito do devido processo para edição de normativos estabelecido no regimento interno da ANS, estando à disposição para subsidiar tecnicamente as decisões regulatórias a serem adotadas pela Diretoria Colegiada.

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 pela 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.

Por todo o exposto, tem-se que a regulamentação setorial da saúde suplementar proíbe que a operadora limite, parcial ou integralmente, o acesso de interessado/proponente a plano de saúde exclusivamente por conta de sua condição de saúde. No mesmo sentido, proibese que o já beneficiário tenha seu vínculo suspenso ou extinto por conta exclusivamente dessa condição de saúde.

Tem-se, ainda, que o atual panorama do regime jurídico de contratação coletiva permite que a operadora de plano de saúde exerça, nos termos normativos e contratuais, a rescisão unilateral imotivada desse contrato.

Por fim, considerando a série de notícias a respeito de cancelamento de contratos de planos de saúde coletivos, e, dada a competência legal atribuída à ANS para promover a regulação do setor, a Agência publicou em sua página institucional na internet uma Nota de esclarecimentos com a finalidade de afastar eventuais dúvidas e incompreensões sobre cancelamento e rescisão de contratos. [...]

5.3. No mais, sobre a atuação da Agência no que se refere à Fiscalização, esclareceu, inicialmente, que o poder de polícia da ANS como expressão da atividade fiscalizatória é baseado 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.9656/1998 e Lei n.9.961/2000). Defendendo que 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 SINDC, com atuações também de acordo com suas competências, vigorando ainda nesse sistema a independência entre as esferas cível, administrativa e penal.

6. DA LEGISLAÇÃO PERTINENTE

6.1. A Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu artigo 1º, os fundamentos da República Federativa do Brasil, em especial, o da dignidade da pessoa humana, portanto, um valor maior reconhecido que serve como balizador para o nosso ordenamento jurídico e para a atuação de todos, tanto do Estado e da sociedade. Desse modo, não há como falar em Estado Democrático de Direito, sem que haja respeito aos direitos fundamentais. Assim, o direito à saúde ainda ganha maior destaque por ser intrinsecamente ligado ao direito à vida.

6.2. Ademais, cabe destacar que os serviços de saúde são de relevância pública, nos termos do art. 197 da Constituição Federal:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

6.3. Adicionalmente, na matriz constitucional, a defesa do consumidor é contemplada. Vale recordar que o art. 5º, XXXII, CF, elenca o direito do consumidor como direito e garantia fundamental e atribui ao Estado o dever de proteção. Em análise, é importante apontar o seguinte:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

XXXII - o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor;

6.4. O retrato constitucional estabelece no seu principal artigo a diretriz de que não deve haver discriminação, pois todos somos iguais perante a lei. Qualquer diferenciação deve ser fundamentada na norma, buscando corrigir desigualdades e promover a igualdade. Essa é a essência por trás da criação e implementação do Código de Defesa do Consumidor: reconhecer a vulnerabilidade e garantir a proteção necessária.

6.5. O Código de Defesa do Consumidor, por sua vez, trouxe a vulnerabilidade entre os princípios da Política Nacional das Relações de Consumo (art. 4º, I), que conduz a aplicabilidade do Código. O sentido de existência do Código de Defesa do Consumidor está no reconhecimento da vulnerabilidade.

6.6. A vulnerabilidade funda-se na base dos princípios constitucionais da igualdade e da dignidade da pessoa humana^[1]. A incorporação, pela Constituição da República, de relações jurídicas, antes determinadas pelo direito civil, faz com que os direitos de titularidade dos sujeitos, destas relações jurídico-privadas, também comportem uma alteração qualitativa de *status*. Passam a se caracterizar como direitos subjetivos de matriz constitucional^[2], ou seja “um novo sujeito pós-moderno de direitos.”^[3]

6.7. Eis a premissa que elenca o direito do consumidor como direito fundamental (art. 5º, XXXII, CF) e princípio da ordem econômica (art. 170, V, CF). O direito do consumidor investe-se como um direito de proteção, “direito à proteção do Estado contra intervenções de terceiros” ou ainda “dever do Estado de promover este direito”^[4].

6.8. No tocante ao mercado de planos de saúde, a lei que regulamenta os planos de saúde, Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, dispõe:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (grifo nosso)

6.9. Além disso, no âmbito do Superior Tribunal de Justiça, insta mencionar a súmula nº 608 do que dispõe que “*aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão*”, e, o Repetitivo nº 1082 que define a possibilidade ou não de cancelamento unilateral - por iniciativa da operadora - de contrato de plano de saúde (ou seguro saúde) coletivo enquanto pendente tratamento médico de beneficiário acometido de doença grave, de forma que a operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida. Cabe citar, este importante julgado:

“RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. CANCELAMENTO UNILATERAL. BENEFICIÁRIO SUBMETIDO A TRATAMENTO MÉDICO DE DOENÇA GRAVE. 1. Tese jurídica firmada para fins do artigo 1.036 do CPC: “A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação (mensalidade) devida.” 2. Conquanto seja incontroverso que a aplicação do parágrafo único do artigo 13 da Lei 9.656/1998 restringe-se aos seguros e planos de saúde individuais ou familiares, sobressai o entendimento de que a impossibilidade de rescisão contratual durante a internação do usuário - ou a sua submissão a tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou da manutenção de sua incolumidade física - também alcança os pactos coletivos. 3. Isso porque, em havendo usuário internado ou em pleno tratamento de saúde, a operadora, mesmo após exercido o direito à rescisão unilateral do plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais até a efetiva alta médica, por força da interpretação sistemática e teleológica dos artigos 8º, § 3º, alínea b, e 35-C, incisos I e II, da Lei n. 9.656/1998, bem como do artigo 16 da Resolução Normativa DC/ANS n. 465/2021, que reproduz, com pequenas alterações, o teor do artigo 18 contido nas Resoluções Normativas DC/ANS n. 428/2017, 387/2015 e 338/2013. 4. A aludida exegese também encontra amparo na boa-fé objetiva, na segurança jurídica, na função social do contrato e no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, o que permite concluir que, ou a rescisão unilateral do plano de saúde não pode resultar em risco à

preservação da saúde e da vida do usuário que se encontre em situação de extrema vulnerabilidade. 5. Caso concreto: (i) a autora aderiu, em 1º.12.2012, ao seguro-saúde coletivo empresarial oferecido pela ré, do qual o seu empregador era estipulante; (ii) no aludido pacto, havia cláusula expressa prevendo que, após o período de 12 meses de vigência, a avença poderia ser rescindida imotivadamente por qualquer uma das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 dias de antecedência; (iii) diante da aludida disposição contratual, a operadora enviou carta de rescisão ao estipulante em 14.12.2016, indicando o cancelamento da apólice em 28.2.2017; (iv) desde 2016, a usuária encontrava-se afastada do trabalho para tratamento médico de câncer de mama, o que ensejou notificação extrajudicial - encaminhada pelo estipulante à operadora em 11.1.2017 - pleiteando a manutenção do seguro-saúde até a alta médica; (v) tendo em vista a recusa da ré, a autora ajuizou a presente ação postulando a sua migração para plano de saúde individual; (vi) desde a contestação, a ré aponta que não comercializa tal modalidade contratual; e (vii) em 4.4.2017, foi deferida antecipação da tutela jurisdicional pelo magistrado de piso - confirmada na sentença e pelo Tribunal de origem - determinando que "a ré mantenha em vigor o contrato com a autora, nas mesmas condições contratadas pelo estipulante, ou restabeleça o contrato, se já rescindido, por prazo indeterminado ou até decisão em contrário deste juízo, garantindo integral cobertura de tratamento à moléstia que acomete a autora" (fls. 29-33). 6. Diante desse quadro, merece parcial reforma o acórdão estadual a fim de se afastar a obrigatoriedade de oferecimento do plano de saúde individual substitutivo do coletivo extinto, mantendo-se, contudo, a determinação de continuidade de cobertura financeira do tratamento médico do câncer de mama - porventura em andamento -, ressalvada a ocorrência de efetiva portabilidade de carências ou a contratação de novo plano coletivo pelo atual empregador. 7. Recurso especial parcialmente provido. (STJ - REsp: 1846123 SP 2019/0201432-5, Data de Julgamento: 22/06/2022, S2 - SEGUNDA SEÇÃO, Data de Publicação: DJe 01/08/2022)"

(grifo nosso)

6.10. A Nota da ANS, sobre cancelamento e rescisão de contratos (SEI nº 28350109), esclarece que:

Não pode haver seleção de riscos pelas operadoras de planos de saúde no atendimento, na contratação ou na exclusão de beneficiários em qualquer modalidade de plano de saúde. Ou seja, nenhum beneficiário pode ser impedido de adquirir plano de saúde em função da sua condição de saúde ou idade, não pode ter sua cobertura negada por qualquer condição e, também, não pode haver exclusão de clientes pelas operadoras por esses mesmos motivos. 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 27/2015. Além disso, o art.14 da Lei 9.656/98 estabelece que "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". Portanto, a própria Lei veda qualquer tipo de discriminação pessoal que inviabilize a contratação de plano de saúde pelo consumidor(...)"

6.11. No tocante à regulamentação específica da Agência Nacional de Saúde, algumas resoluções merecem destaque.

6.12. A Resolução Normativa nº 438/2018 que estabelece que a operadora de plano de saúde deve comunicar ao beneficiário, previamente à sua exclusão ou à rescisão do seu contrato, sobre o seu direito à realização da portabilidade de carências, por qualquer meio que assegure a ciência inquestionável do beneficiário, indicando o valor da mensalidade do plano de origem e o início e o fim do prazo de 60 dias para exercício do direito., nos seguintes termos:

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 previstos, 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 agravo 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 agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.

6.13. Ao contexto, as operadoras foram notificadas novamente para responder se os consumidores com planos cancelados tiveram plena ciência do respectivo cancelamento.

6.14. Alguns dispositivos da Resolução Normativa nº 557/2022 cabem ser destacados, a seguir:

Art. 13. Caberá à operadora ou administradora de benefícios informar ao empresário individual contratante as principais características do contrato a que estão se vinculando, tais como o tipo de contratação, as regras de rescisão, na forma do artigo 14 desta resolução, e as regras de cálculo e aplicação de reajuste, segundo a regulamentação que dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

Art. 14. À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde empresarial, celebrado na forma do artigo 9º desta resolução, 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 da comunicação.

Parágrafo único. Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento, o contrato será rescindido na data indicada na comunicação.

(...)

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.

6.15. Insta mencionar a recente decisão liminar da Juíza Substituta da 1ª Vara Cível de Brasília que determinou que "a Amil Assistência Médica Internacional S/A e a Allcare Administradora de Benefícios S/A não excluam dos planos de saúde pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), exceto em caso de inadimplemento, sob pena de multa diária de R\$ 50 mil. Além disso, a decisão estabelece que os segurados com TEA excluídos do plano de saúde deverão ter os contratos reestabelecidos, nas mesmas condições anteriores à rescisão contratual." em sede de ação civil coletiva apresentada pelo Movimento Orgulho Autista Brasil e pelo Instituto Pedro Araújo dos Santos. Vejamos:

[...]

O art. 300 do CPC dispõe que a "tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo".

Todos esses adjetivos a qualificar os requisitos se justificam na medida em que a tutela de urgência vulnera dois princípios processuais constitucionais importantes, quais sejam o direito ao contraditório e a ampla defesa.

De fato, a concessão da tutela de urgência é feita antes da instrução, e no mais das vezes antes até da citação, de forma que ainda não há manifestação daquele que vai sofrer seus efeitos, nem oportunidade de se contrapor aos fatos alegados.

Assim, a prova do direito deve ser robusta sem admitir qualquer dúvida acerca da viabilidade da ação, considerados os elementos já constantes do processo, visto que ainda não há contestação.

Da mesma forma, deve ser evidente o risco de dano irreparável ou de difícil reparação.

No caso, a matéria em análise colhe sua disciplina, inicialmente, do Código de Defesa do Consumidor conforme súmula editada pelo C. Superior Tribunal de Justiça, sob o verbete nº 469, que assim dispõe: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão."

A propedêutica também perpassa pela Constituição Federal, uma vez que o direito à saúde é um direito fundamental assegurado pela Constituição Federal, corolário do princípio da dignidade da pessoa humana, e se encontra incluído no rol dos direitos sociais, que encontra assento no artigo 196 da Constituição Federal, ao preconizar que "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Nesse descortino, o artigo 197 da Lei Maior reza que:

"Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado".

Voltando ao âmbito infraconstitucional, a saúde suplementar, que até então não dispunha de regulamentação específica, passou a ser disciplinada pela Lei n.º 9.656/98, oportunidade em que o plano de saúde recebeu denominação legal, nos termos do artigo 1º, I, da in verbis: "prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor".

Assim, com o advento da legislação em comento, nota-se uma maior preocupação do Estado em imprimir a efetividade do direito à saúde, seja de forma direta, seja por intermédio da delegação da atribuição da execução de tais serviços a terceiros.

No caso em análise, ganha especial relevância a Lei n. 12.764/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e dispõe acerca dos direitos básicos das pessoas nessa condição:

"(...)

Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:

I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;

II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;

III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:

a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;

- b) o atendimento multiprofissional;
 - c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;
 - d) os medicamentos;
 - e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;
- (...)” [destacamos]

E lei em comento determina, de forma clara e veemente, um mandato (obrigação de fazer) aos planos privados de assistência à saúde, vejamos:

“Art. 5º A pessoa com transtorno do espectro autista não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição de pessoa com deficiência, conforme dispõe o [art. 14 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.](#)”

Trata-se, como resta inoldívável, determinação mandatória aos planos de saúde, advinda da lei, sequer havendo espaço para interpretação acerca do alcance da norma em comento.

[...]

O perigo da demora decorre do risco a que pessoas com TEA fiquem desamparadas nos cuidados essenciais ao quadro clínico, com incalculáveis prejuízos à condição basilar de sua dignidade (art. 1º da CF) e à saúde (art. 196 e 197 da CF).

Rememore-se que a Lei n. 12.764/2012 traz um plexo de deveres a todos os atores da sociedade, de promover a dignidade da pessoa autista, sendo que em relação aos planos de saúde a obrigação hauriu-se, pelo legislador, conformada de forma direta e impositiva:

“Art. 5º A pessoa com transtorno do espectro autista não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição de pessoa com deficiência, conforme dispõe o [art. 14 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.](#)”

Nessa senda, tratando-se de pessoas albergadas por legislação especial, ademais, consumidoras de serviço cativo e essencial à garantia de sua saúde plena e vivência digna, o argumento financeiro não pode sobrepor-se ao entrelaçamento de normas protetivas supra mencionadas, conformadas na base do devido processo legislativo, por notada ilegalidade nesse caso revelada.

7. DA CONCLUSÃO

7.1. Diante ao exposto, as operadoras afirmam que os cancelamentos de contratos de plano de saúde são referentes a coletivos empresariais ou por adesão e que a legislação prevê a hipótese de cancelamentos unilaterais nesse tipo de contrato. Quanto a contratos individuais ou familiares, afirmam as operadoras que boa parte dos cancelamentos ocorreram quando houve inadimplência por parte dos beneficiários.

7.2. Afirmam que cumprem com as disposições da Lei nº 9.656/98 e das regulamentações da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que, por sua vez, sustenta no OFÍCIO ANS-SEI nº 426-2024 (SEI nº 28835618) que o poder de polícia da ANS, como expressão da atividade fiscalizatória, é baseado 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.9656/1998 e Lei n.9.961/2000). Defendendo que 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.

7.3. No entanto, diante do exposto, conclui, esta Coordenação de Estudos e Monitoramento de Mercado (CGEMM), pelo encaminhamento do presente Processo de Monitoramento de Mercado à Coordenação-Geral de Consultoria Técnica e Sanções Administrativas (CGCTSA), para abertura de processo sancionatório de apuração aos fatos, tendo em vista indícios de afronta às garantias previstas no Código de Defesa do Consumidor (CDC).

7.4. Ao expediente, que segue também assinado por este Departamento, servindo como instrumento para determinar a instauração de processo administrativo sancionatório, que sejam, também, as empresas notificadas para esclarecer sobre quantos dos contratos rescindidos unilateralmente decorrem de desequilíbrio econômico-financeiro e inadimplência, com envio dos autos à Agência Nacional de Saúde Suplementar, tendo em vista a constatação de que as normas daquela Agência, em certa medida, estão em desacordo às garantias previstas no Código de Defesa do Consumidor (CDC), norma de instrução superior e principiológica, devendo ser analisada a revisão das mesmas, sendo que esta Secretária coloca-se à disposição para a abertura de debates e colaboração.

GIULIANA TOMASSINI MELO TORQUATO

Assessora Técnica Especializada

MARIA FERNANDA CASTRO VELLOSO

Coordenadora de Monitoramento de Mercado

DAIANE LOPES LIMA

Coordenadora-Geral de Estudos e Monitoramento de Mercado

VITOR HUGO DO AMARAL FERREIRA

Diretor do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor

-
- [1] MARQUES, Cláudia Lima; MIRAGEM, BRUNO. O novo direito privado e a proteção dos vulneráveis. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.
- [2] MIRAGEM, Bruno. Curso de Direito do Consumidor. 6ª Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2016, p. 58.
- [3]] MARQUES, Claudia Lima. Direitos básicos do consumidor na sociedade pós-moderna de serviços: o aparecimento de um sujeito novo e a realização de seus direitos. Revista de Direito do Consumidor. nº 35. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2000, p. 67.
- [4] Bruno Miragem em Curso de Direito do Consumidor. 6ª Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2016, p. 59.
-



Documento assinado eletronicamente por **Vitor Hugo do Amaral Ferreira, Diretor(a) do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor**, em 19/11/2024, às 13:31, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.autentica.mj.gov.br> informando o código verificador **29766087** e o código CRC **DD4046E2**

O trâmite deste documento pode ser acompanhado pelo site <http://www.justica.gov.br/acesso-a-sistemas/protocolo> e tem validade de prova de registro de protocolo no Ministério da Justiça e Segurança Pública.
