



**SENADO FEDERAL**  
**Gabinete do Senador AIRTON SANDOVAL**

**PARECER Nº , DE 2017**

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 100, de 2015, do Senador Cássio Cunha Lima, que *altera a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, para determinar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleça o índice máximo de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, em todos os tipos de contratação.*

RELATOR: Senador **AIRTON SANDOVAL**

**I – RELATÓRIO**

Vem ao exame desta Comissão o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 100, de 2015, de autoria do Senador Cássio Cunha Lima, que condiciona os reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de saúde à prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A proposta estabelece também que um índice máximo de reajuste (IMR) dos planos de saúde, definido pela ANS, será publicado no Diário Oficial da União e no sítio eletrônico da Agência. Por fim, o PLS nº 100, de 2015, define que o percentual máximo para o reajuste de franquias e coparticipações corresponde ao referido IMR.

Para alcançar seus objetivos, a proposta inclui três parágrafos – §§ 4º, 5º e 6º – no art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Se



SF/17398.19778-05



**SENADO FEDERAL**  
**Gabinete do Senador AIRTON SANDOVAL**

aprovado o projeto, as disposições da lei gerada passarão a vigor após cento e oitenta dias da data de sua publicação.

Na justificação, o autor alega que há inexplicável omissão da fiscalização sobre o reajuste das mensalidades dos planos de saúde coletivos empresariais ou por adesão, pois a normatização infralegal só impõe regras rígidas para a operação de planos de saúde individuais ou familiares. Assim, para escapar da regulação mais acirrada que existe sobre os planos individuais, cujo índice máximo de reajuste é fixado pela ANS, as operadoras privilegiam a venda de planos coletivos e estimulam a migração do consumidor dos planos individuais para os coletivos.

Diante dessa situação, o Senador proponente defende que a tutela dos reajustes das mensalidades seja estendida também aos planos de saúde coletivos empresariais ou por adesão.

O projeto, que não recebeu emendas, foi distribuído à apreciação exclusiva e terminativa da Comissão de Assuntos Sociais (CAS).

## **II – ANÁLISE**

É atribuição da Comissão de Assuntos Sociais opinar sobre proposições que digam respeito à proteção e defesa da saúde, temática abrangida pelo projeto em análise, nos termos do inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF). Além disso, por se tratar de apreciação em caráter terminativo, cabe também a esta Comissão examinar a constitucionalidade, a juridicidade e a técnica legislativa da proposição.

De acordo com o inciso XII do art. 24 da Constituição Federal, compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre proteção e defesa da saúde, assunto abordado pela proposta que ora analisamos.

No entanto, a nosso ver, o princípio constitucional da separação dos Poderes e o disposto na alínea e do inciso II do §1º do art. 61 da Constituição Federal impedem que iniciativa legislativa de parlamentar defina competências para órgãos integrantes do Poder Executivo – tal qual a





**SENADO FEDERAL**  
**Gabinete do Senador AIRTON SANDOVAL**

ANS –, razão por que consideramos necessário promover reparos no que concerne a essa questão.

Considerando não haver óbices a apontar quanto à técnica legislativa ou juridicidade da proposição, passemos à análise do mérito.

O PLS nº 100, de 2015, busca resolver um problema enfrentado por muitos beneficiários de planos de saúde cujos contratos são do tipo coletivo empresarial ou coletivo por adesão: o reajuste abusivo de suas contraprestações pecuniárias. Para tanto, a solução adotada é estender a esses planos de saúde, costumeiramente chamados de “planos coletivos”, a regra já imposta aos planos de saúde individuais ou familiares, que condiciona o reajuste à aprovação prévia pela ANS.

Aliás, de acordo com o inciso XVII do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que *cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências*, essa autarquia já possui competência para autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias de quaisquer planos privados de assistência à saúde, independentemente do tipo de contratação, embora não seja obrigada a proceder dessa maneira.

Existem três tipos de reajustes que podem ser aplicados às contraprestações pecuniárias de planos de saúde: por variação de custos, em que o aumento anual se dá em razão de alteração nos custos ocasionada por fatores como inflação e uso de novas tecnologias em saúde; por mudança de faixa etária, que é o incremento decorrente da alteração de idade do consumidor e justificado em razão do perfil de maior utilização dos serviços de saúde, estimado com base em experiências estatísticas; e por revisão técnica, modalidade que está suspensa e se destina a sanar o desequilíbrio econômico de um plano de saúde em que se encontre ameaçada a continuidade da cobertura oferecida ao atendimento de saúde prestado a seus beneficiários.

Para os planos individuais, a ANS estabelece um percentual máximo a ser aplicado pelas operadoras para o reajuste por variação de custos, cuja metodologia de cálculo é a mesma desde o ano 2001. Nela, a média ponderada dos percentuais de reajuste dos planos coletivos com mais



SF/17398.19778-05



**SENADO FEDERAL**  
**Gabinete do Senador AIRTON SANDOVAL**

de trinta beneficiários passa por um tratamento estatístico e resulta em um índice máximo de reajuste dos planos individuais contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que é utilizado pelas operadoras no período anual seguinte.

Para os planos coletivos, no entanto, a Agência não define qualquer teto de reajuste para as contraprestações pecuniárias – seja por variação de custos ou por mudança de faixa etária –, assumindo a premissa de que os contratantes desses planos, pessoas jurídicas, supostamente possuem maior poder de negociação junto às operadoras, o que, em tese, resultaria na obtenção de reajustes menores.

Esse lapso na legislação tem causado distorções graves no mercado de saúde suplementar brasileiro. Nos últimos anos, os órgãos de proteção ao consumidor e o Ministério Público denunciaram que as operadoras têm dificultado e restringido o acesso dos interessados aos planos de saúde individuais ou familiares.

Segundo essas entidades, isso é feito para que os consumidores adiram aos planos coletivos, já que essa modalidade de planos de saúde sofre menos intervenções e regulação pela ANS, especialmente no que se refere ao reajuste das contraprestações pecuniárias.

A estratégia adotada por muitas operadoras é atrativa para o consumidor: os planos coletivos são apresentados com preços iniciais mais baixos do que os planos individuais com cobertura equivalente. Posteriormente, uma vez contratado o plano coletivo, tal diferença nos preços iniciais é superada em curto prazo mediante o desregulado e abusivo reajuste das contraprestações pecuniárias.

Assim, quando as pessoas vão contratar um plano de saúde, elas são incentivadas ou encorajadas a se unir a uma associação ou entidade de classe com a qual não têm qualquer ligação efetiva, para que isso lhes faculte o ingresso no sistema de saúde suplementar na modalidade de contratação coletiva.





**SENADO FEDERAL**  
**Gabinete do Senador AIRTON SANDOVAL**

Com efeito, para os planos coletivos, o § 3º do art. 9º da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, da ANS, repassa à operadora o encargo de “exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do beneficiário”, mecanismo que retira da ANS a obrigação de realizar qualquer apuração quanto à legitimidade e à atuação da associação ou entidade de classe à qual o beneficiário adere.

A Agência não define teto de reajuste para os planos coletivos por entender que seus contratantes possuem maior poder de barganha junto às operadoras, mas é justamente na etapa de negociação que essa vantagem se perde, porque os dirigentes das referidas associações muitas vezes não têm ligação ou interesses comuns com seus membros, o que possibilita que as operadoras definam aumentos abusivos nas contraprestações pecuniárias.

Destarte, consideramos essa política da ANS inadequada, pois a limitação dos reajustes não irá reduzir a capacidade de negociar das entidades que oferecem planos de saúde aos seus membros ou associados, mas certamente protegerá os contratantes de pequeno porte.

Dessa forma, julgamos necessária a intervenção estatal para que o equilíbrio dos preços praticados nos planos coletivos seja retomado. A atuação do Estado na limitação dos reajustes de preços visaria apenas a evitar abusos por parte das operadoras, pois, certamente, a ANS não tem qualquer interesse em minar a operação de planos de saúde.

Além disso, essa limitação é uma ferramenta para induzir maior transparência nas contas apresentadas pelas operadoras de planos de saúde a seus beneficiários e ao poder público. Se elas demonstrarem como é a formação contábil e atuarial de seus preços e reajustes, certamente a ANS zelará pelo equilíbrio do mercado, garantindo o cumprimento de suas atribuições legais.

Vale pontuar que a falta de transparência no cálculo dos reajustes é uma das principais reclamações dos beneficiários de planos de saúde coletivos.





**SENADO FEDERAL**  
**Gabinete do Senador AIRTON SANDOVAL**

A respeito da matéria do projeto, registramos que a CAS realizou, em 19 de setembro de 2017, audiência pública sobre o tema dos reajustes de planos coletivos, que contou com nove convidados, sendo seis deles representantes de operadoras de planos de saúde, dois oriundos da ANS e apenas uma pessoa para falar sobre os interesses dos beneficiários, a Sra. Ana Carolina Caram Guimarães, Diretora do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor da Secretaria Nacional do Consumidor (SENACON), do Ministério da Justiça e Segurança Pública.

Os convidados fizeram apresentações sobre os problemas do setor de saúde suplementar e sua vasta complexidade, mas nenhum deles dedicou seu tempo de fala para justificar reajustes anuais que atingiram mais de 25% em vários planos coletivos por adesão, enquanto as despesas assistenciais das operadoras cresceram, em média, menos de 15% ao ano, no período de 2010 a 2016. Também não explicaram a existência de contratos firmados com entidades que só existem juridicamente ou “no papel”.

Ainda que a incorporação de tecnologias e a utilização dos serviços na saúde suplementar sejam ambas crescentes e o modelo de remuneração *fee-for-service* aos prestadores seja ruim e favoreça o desperdício de recursos, conforme alertam as operadoras em sua defesa, os dados financeiros de sua despesa, declarados por elas próprias à ANS, mostram que os reajustes tipicamente aplicados sobre as contraprestações dos planos coletivos por adesão não são justificáveis.

Do exposto, consideramos meritória a iniciativa, que cuida de evitar abusos, e somos favoráveis à sua aprovação. A ANS regulará o mercado nos moldes do que é feito para os planos individuais, de tal modo que as operadoras terão de gerir suas carteiras com maior eficiência e sem abusar de seu poder econômico frente aos pequenos contratantes, que, na verdade, não possuem poder de negociação diante dos ofertantes de planos de saúde.

Contudo, conforme já apontamos, é necessário promover ajustes no texto da proposta para que seja afastado o vício de inconstitucionalidade que apontamos – a definição de atribuições à ANS, órgão integrante do Poder Executivo, por meio de iniciativa parlamentar –, o que nos motiva a apresentar emenda substitutiva ao projeto. Assim, por





**SENADO FEDERAL**  
**Gabinete do Senador AIRTON SANDOVAL**

essa razão, as mudanças que propomos se dão por meio da adição de um art. 35-N à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (e não mais mediante alteração da Lei nº 9.961, de 2000, que institui a ANS).

Além disso, consideramos que é necessário aumentar o período de *vacatio legis* estabelecido no projeto, para que as operadoras possam se adequar às suas exigências. Finalmente, julgamos apropriado permitir que o índice de reajuste máximo possa ser definido de acordo com a modalidade e o porte da operadora e com o número de beneficiários do contrato, o que certamente protegerá os pequenos contratantes sem prejudicar o poder de negociação dos grandes.

**III – VOTO**

Em vista do exposto, opinamos pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 100, de 2015, na forma do seguinte substitutivo:

**EMENDA Nº – CAS (SUBSTITUTIVO)**

**PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 100, DE 2015**

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que os reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde sejam limitados por índice de reajuste máximo.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

**Art. 1º** A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 35-N:

“**Art. 35-N.** Os reajustes das contraprestações pecuniárias dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei



SF/17398.19778-05



**SENADO FEDERAL**  
**Gabinete do Senador AIRTON SANDOVAL**

dependerão de autorização do Poder Público e serão limitados por índice de reajuste máximo.

§ 1º O índice a que se refere o *caput* poderá ser estabelecido por categorias, definidas de acordo com:

I - o tipo de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos termos do inciso VII do art. 16;

II - a modalidade e o porte da operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei;

III - o número de beneficiários do contrato.

§ 2º O índice de reajuste máximo, de todas as categorias de que trata o § 1º deste artigo, será amplamente divulgado, inclusive por meio da internet.

§ 3º O percentual de reajuste das franquias ou coparticipações limitar-se-á ao mesmo índice de reajuste máximo autorizado para a contraprestação pecuniária.

§ 4º Enquanto não for definido o índice de reajuste máximo para todas as categorias, com base no disposto no § 1º deste artigo, os planos privados de assistência à saúde serão reajustados em percentual que não superará o índice de reajuste estabelecido para os planos do tipo individual ou familiar.”

**Art. 2º** Esta Lei entra em vigor após decorrido um ano de sua publicação oficial.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



SF/17398.19778-05