

# **Efetividade dos direitos dos consumidores de planos e seguros de saúde**

Audiência Pública - Comissão de Defesa do  
Consumidor da Câmara dos Deputados

Brasília, 10 de abril de 2013

# Constituição Federal de 1988

Art. 6º - Saúde como direito social

Art. 196. 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.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

O SUS não consegue ser suficiente para a efetivação do direito à saúde a toda a população. Assim, milhões de brasileiros buscam os serviços de planos e seguros de saúde para poder obter o “verdadeiro” acesso a essa garantia constitucional a um custo compatível com o nível de suas rendas.

Atualmente, existem **mais de 48,5 milhões de consumidores** de planos privados de saúde.



9.963.950 (**20%**) são consumidores de planos **individuais/familiares**

37.433.581 (**77%**) de consumidores de planos **coletivos** (empresariais ou por adesão)

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar – ANS. Dezembro de 2012.

# Planos e Seguros de Saúde

São contratos de consumo referentes à prestação de serviços de saúde.



São contratos de adesão, aplicando-se a eles todas as restrições e recomendações expressas no Código de Defesa do Consumidor.

Envolvem prestações continuadas, que se prolongam no tempo. São, portanto, contratos de trato sucessivo ou relacionais (consumidor é posto em relação de dependência em relação à empresa, há expectativa deste referente à manutenção do vínculo contratual por tempo indeterminado).

“ O objeto principal desses contratos é a transferência (onerosa e contratual) de riscos/garantias referentes a futura necessidade de assistência médica ou hospitalar. **A efetiva cobertura (reembolso) dos riscos futuros à sua saúde e de seus dependentes, a adequada prestação direta ou indireta dos serviços de assistência médica (pré-pagamento) é o que objetivam os consumidores que contratam com estas empresas.** Para atingir este objetivo os consumidores manterão relações de conveniência e dependência com os fornecedores desses serviços de saúde, pagando mensalmente suas contribuições, seguindo as instruções (por vezes exigentes, burocráticas e mais impeditivas do que) regulamentadoras dos fornecedores, **usufruindo ou não dos serviços, a depender da ocorrência ou não do evento danoso à saúde do consumidor e seus dependentes (consumidores-equiparados)**”.

(Claudia Lima Marques, **Contratos no Código de Defesa do Consumidor**, São Paulo: RT, 2011, p. 510 e ss.)

# Planos de Saúde e Consumidores

O setor planos e seguros de saúde liderou por 11 anos consecutivos o ranking de atendimentos prestados pelo Idec a seus associados.



Em 2012 ficou, novamente, em primeiro lugar.

Dos 5.413 atendimentos no período, 1.104 (20,04%) foram sobre planos de saúde.

# Planos de Saúde e Consumidores

## Principais Problemas dos Consumidores:

- Negativa de Cobertura
- Reajustes Abusivos
- Demora no Atendimento
- Descredenciamentos

# Negativa de Cobertura



Uma negativa cobertura ocorre quando o consumidor de um plano ou seguro de saúde solicita à operadora ou seguradora que determinado procedimento ou evento em saúde seja coberto pelo plano (isto é, pago pela empresa) ou reembolsado. Ou seja, quando o consumidor, que efetua mensalmente sua contraprestação pecuniária à empresa, solicita que esta nada mais faça do que cumprir com o objeto do serviço contratado, prestando a assistência privada à saúde.



# Coberturas Obrigatórias



A Lei de Planos de Saúde (Lei no. 9.656/98) foi clara ao estipular, em seu art. 10, quando uma cobertura é obrigatória. Segundo este dispositivo legal, se um plano ou seguro de saúde for da segmentação “referência”, isto é, ambulatorial, hospitalar e obstetrícia, todas as doenças listadas na **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS)**, devem ser cobertos.

A Lei de Planos de Saúde, em seu art. 10, só permite as seguintes exclusões de cobertura para planos referência:

- I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos e órteses/próteses para fins estéticos;
- III - inseminação artificial;
- IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- V - medicamentos importados não nacionalizados;
- VI - medicamentos para tratamento domiciliar;
- VII - próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- VIII - tratamentos ilícitos ou antiéticos;
- IX - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

*Ou seja, todos os demais procedimentos devem ser cobertos.*

## Regulação X direito à integralidade da cobertura

No entanto, para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), somente os procedimentos do seu “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”, são de cobertura obrigatória pelas empresas.

O problema: o Rol da Agência exclui muitos procedimentos da CID, como transplantes de coração, pulmão e fígado, dentre outros.

**O Idec considera que qualquer regulamentação da ANS que exclua procedimentos necessários ao tratamento das doenças listadas pela OMS é ilegal.**

A negativa de cobertura é ilegal pois contraria a própria natureza do contrato de plano de saúde, que tem por finalidade garantir a saúde integral do consumidor – e não parte dela.

- **O Poder Judiciário já decidiu em muitos casos que cláusulas de restrição de coberturas são abusivas e, portanto, nulas, e ferem a boa-fé que deve estar presente nas relações de consumo.**

# Eventos e procedimentos mais negados



Em maio de 2012, o Idec perguntou à ANS quais os procedimentos mais negados pelas operadoras e seguradoras de saúde, a fim de averiguar se estas empresas aproveitavam-se da falta de obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos regulamentada pela agência reguladora do setor em seu Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde.

A seguir, os dados apresentados pela Agência:

## Dez (10) procedimentos mais negados em 2010

### PROCEDIMENTO

CONSULTA MÉDICA

GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA (CIRURGIA BARIÁTRICA) - DE ACORDO COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO

PARTO (VIA VAGINAL OU CESARIANA)

ARTRODESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO

SESSÃO DE PSICOTERAPIA - 12 POR ANO

HÉRNIA DE DISCO - TRATAMENTO CIRÚRGICO

ANÁLISE MOLECULAR DE DNA PARA DOENÇAS GENÉTICAS (DE ACORDO COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)

ARTROSCOPIA CIRÚRGICA PARA MENISCECTOMIA, SUTURA MENISCAL, REMODELAÇÃO DE MENISCO DISCÓIDE, REPARAÇÃO, REFORÇO OU RECONSTRUÇÃO DOS LIGAMENTOS CRUZADOS OU REALINHAMENTO PATELO-FEMORAL

FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM OU SEM FACOEMULSIFICAÇÃO

OSTEOTOMIAS DOS MAXILARES OU MALARES

## Dez (10) procedimentos mais negados em 2011

---

### PROCEDIMENTO

---

CONSULTA MÉDICA

GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU VIA LAPAROTÔMICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)

GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA (CIRURGIA BARIÁTRICA) - DE ACORDO COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO

GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO

FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM OU SEM FACOEMULSIFICAÇÃO

HÉRNIA DE DISCO - TRATAMENTO CIRÚRGICO

PARTO CESARIANO

HEMOGRAMA COMPLETO [INCLUI: CONTAGEM GLOBAL DE LEUCÓCITOS; CONTAGEM GLOBAL DE ERITRÓCITOS; HEMATÓCRITO; HEMOGLOBINA; ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS; CONTAGEM GLOBAL DE PLAQUETAS; CONTAGEM DIFERENCIAL DE LEUCÓCITOS (NEUTRÓFILOS, BASTÕES, EOSINÓFILOS, BASÓFILOS, MO

ARTROSCOPIA CIRÚRGICA PARA MENISCECTOMIA, SUTURA MENISCAL, REMODELAÇÃO DE MENISCO DISCÓIDE, REPARAÇÃO, REFORÇO OU RECONSTRUÇÃO DOS LIGAMENTOS CRUZADOS OU REALINHAMENTO PATELO-FEMORAL

SEPTOPLASTIA

---

## Dez (10) procedimentos mais negados em 2012 (até maio)

---

### PROCEDIMENTO

---

CONSULTA MÉDICA

GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOCLAPAROSCOPIA OU VIA LAPAROTÔMICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR

CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL

FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM OU SEM FACOEMULSIFICAÇÃO

HÉRNIA DE DISCO - TRATAMENTO CIRÚRGICO

ARTROSCOPIA CIRÚRGICA PARA MENISCECTOMIA, SUTURA MENISCAL, REMODELAÇÃO DE MENISCO DISCÓIDE, REPARAÇÃO, REFORÇO OU RECONSTRUÇÃO DOS LIGAMENTOS CRUZADOS OU REALINHAMENTO PATELO-FEMORAL

TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)

---

Registro de negativas de coberturas nos períodos analisados:

2010 – 13.370

2011 - 29.286

2012 – 18.930 (maio/2012)



Total dos 3 anos: 61.586

***Fonte: resposta ao pedido de e informação SIC  
nº 25820000190201284 - Equipe do Sistema de Informações ao  
Cidadão da ANS (SIC/ANS)***



Esses dados são extremamente preocupantes na medida em que não há dúvidas sobre a obrigatoriedade de cobertura dos procedimentos acima, haja vista que são duplamente garantidos aos consumidores, tanto pelo art. 10 da Lei de Planos de Saúde como pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (RN 262/2011).

Ainda, causa espanto que procedimentos *básicos* para a garantia da saúde do consumidor estejam entre os mais negados, tais como consultas médicas, partos e hemogramas (exame de sangue).

Além de ferir o direito humano à vida, saúde e dignidade da pessoa humana, a negativa de cobertura de um procedimento por uma empresa de assistência privada à saúde também viola os arts. 6º, IV, 4º, III, e 51, IV, § 1º, III do Código de Defesa do Consumidor (proteção do consumidor baseada na boa-fé contratual; proteção do justo equilíbrio entre direitos e obrigações das partes e nulidade de cláusulas que representem obrigação excessivamente onerosa ao consumidor).

# Reajustes

## Reajustes que são regulados

Somente reajustes dos planos individuais (20% do total de consumidores).

Valor teto estipulado pela ANS, que é anualmente corrigido de forma a ampliar o distanciamento entre a composição de renda do consumidor baseada no IPCA.

A relação entre os reajustes e a inflação acumulada entre 2002 e 2012 apresentou um aumento de 38,12%. Se essa diferença continuar a mesma durante os próximos 30 anos, será inviável continuar a pagar um plano.

Arts. 6º, V, 39, V, 51, IV e § 1º, III, do CDC: nulidade de obrigações onerosas ao consumidor.

Por exemplo:

Se mantidas as condições de reposição salarial e reajustes, um consumidor com 30 anos com renda de R\$ 3000,00 que paga em seu plano individual R\$ 210,07 por mês (7% da renda comprometida).

Quando completar 60 anos terá aumento por mudança de faixa etária em até 296,79%.

Além desse aumento, se aplicado o reajuste de 163,49% acima da inflação no período, seu plano passará dos R\$ 210,07 para R\$ 2.196,28, o que representaria 73,21% de sua renda, e inviabilizaria o pagamento do plano de saúde.

Vale ressaltar que essa projeção é baseada na diferença entre os reajustes de planos e a inflação dos últimos dez anos, não sendo necessário, assim, estimar a inflação do período.

**Tabela II - Evolução do índice de reajuste dos planos individuais x IPCA (2002 a 2012)**

<b>Acumulado 2002/2012</b>	IPCA acumulado no ano(1)	IPCA Acumulado	Índice anual ANS para contratos novos	Índice ANS Acumulado	Diferença em pontos percentuais
<b>2002</b>	7,98	7,98	9,39	9,39	1,41
<b>2003</b>	16,77	26,09	9,27	19,53	-6,56
<b>2004</b>	5,26	32,72	11,75	33,58	0,85
<b>2005</b>	8,07	43,43	11,69	49,19	5,76
<b>2006</b>	4,63	50,07	8,89	62,45	12,38
<b>2007</b>	3,00	54,57	5,76	71,81	17,24
<b>2008</b>	5,04	62,36	5,48	81,23	18,86
<b>2009</b>	5,53	71,34	6,76	93,48	22,13
<b>2010</b>	5,26	80,36	6,73	106,50	26,14
<b>2011</b>	6,51	92,10	7,69	122,38	30,28
<b>2012</b>	5,10	101,89	7,93	140,01	38,12

## Reajustes que não são regulados

Planos coletivos (aproximadamente 80% dos contratos existentes) – empresariais, associações e sindicatos.

Reajustes são livremente estipulados pelas operadoras, sem valor teto regulado pela ANS e baseados na sinistralidade.

A situação atual contraria o art. 51, IV, X, XV, e § 1º, III, do CDC, pois permitem variação de preço unilateral que colocam o consumidor em desvantagem exagerada em relação à operadora por meio de obrigação excessivamente onerosa.

Proposta da ANS (RN 309/2012):

- Agrupamento de reajustes dos contratos de até 30 vidas: não garante, necessariamente a aplicação dos direitos acima. É necessário Valor teto que não seja excessivamente oneroso.
- Contratos com mais de 30 vidas: continuam com reajustes livremente estipulados pelas operadoras.

# Conclusões

Desafios para garantia de efetividade dos direitos dos consumidores de planos e seguros de saúde já previstos pelo Código de Defesa do Consumidor e pela Lei no. 9659/98:

– superação de conflitos entre atual regulação e direitos da Lei no. 9656/98 e do Código de Defesa do Consumidor.

- mudança de conduta de empresas de assistência privada à saúde (respeito aos direitos dos consumidores – coberturas, prazos de atendimento, reajustes, descredenciamentos).

– aprimoramento da regulação, inclusive na fiscalização, de forma a evitar a judicialização dos conflitos (ampliação do Rol da ANS e regulação de reajustes de contratos coletivos – autorização prévia, com valor regulado).

- Cidadãos cientes de seus direitos.

# Obrigada

Joana Indjaian Cruz  
advogada – gerência técnica

**Instituto Brasileiro de Defesa  
Do Consumidor**