

Babbulin: A venda de convênios individuais dos planos de saúde

Atualmente, o cidadão comum que procura por um plano de saúde vem encontrando dificuldades, além de arcar com um alto custo do benefício.



Referida situação se dá pelo fato de que as grandes

seguradoras de saúde vêm deixando de vender planos individuais, muitas vezes obrigando o cliente a aderir a planos familiares ou aos denominados planos de adesão.

Esse plano supostamente é individual, mas na realidade trata-se de um plano coletivo, que o cidadão compra por um preço inicialmente menor, porém, no momento do reajuste, este é muito acima do concedido em um plano individual.

A razão desse descontrole e do aumento abusivo se dá ao fato de que os reajustes dos planos individuais acontecem de acordo com o índice da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), geralmente após um ano de contrato. Já nos planos por adesão, a data de reajuste é firmada antecipadamente com acordo coletivo, ou seja, os reajustes desses planos são muito altos porque não há um teto regulado pela ANS.

Outro aspecto que diferencia essas modalidades diz respeito à carência, que nos planos individuais costumam ter um prazo maior do que nos planos coletivos.

Vale esclarecer que os planos individuais podem ser adquiridos por qualquer pessoa física, enquanto os planos de adesão, somente por pessoa jurídica, ou os usuários precisam ter filiação a uma entidade de classe, como sindicatos, associações, conselhos profissionais, o qual deverá ter vínculo com a entidade representante.

Assim fica clara a discriminação e o alto custo para o cidadão obter seu plano individual, pois caso não faça parte de nenhuma dessas categorias, este não poderá solicitar o plano por adesão, e, sim, o particular, restrito hoje a somente quatro operadoras, ou plano de saúde empresarial, com alto custo.

Segundo a Federação Nacional de Saúde Suplementar, que representa as maiores seguradoras de saúde do país, dos 17 grupos de empresas que vendem planos, apenas quatro ainda fazem contratos individuais, e o principal motivo, eles admitem, é o lucro.



O instituto de defesa do consumidor diz que a população está sendo prejudicada e, em contrapartida, a ANS afirma que não está agindo em benefício das seguradoras, e elabora um rol de procedimentos que é a referência básica para a cobertura obrigatória dos planos contratados a partir de 2 de janeiro de 1999.

É notório que com menos opções de contratação o consumidor paga mais caro pelos planos e serviços prestados. O sistema funciona como um grande cartel, em que as operadoras dão demonstrações frequentes de abuso de poder econômico.

Entre as empresas que cancelaram as vendas de planos individuais está a Golden Cross, a qual passou no ano de 2013 a carteira de planos individuais para a Unimed, que ficou responsável pelos 160 mil usuários, porém sem prestar a mesma qualidade, com enorme dificuldade na marcação de consultas, vindo, inclusive, a declarar que não tem a obrigatoriedade de oferecer o mesmo quadro de médicos e laboratórios credenciados.

Em 2020, umas das maiores operadoras de saúde do Brasil, a Amil, colocou à venda seus Hospitais Paulistano, Caieiras e Sumaré, localizados na capital paulista, e o Hospital Vitória, em Curitiba, bem como sua carteira de planos individuais dos usuários de São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná, sob alegação de que a operadora não vendia há muitos anos planos para pessoa física e, com isso, a carteira possui um contingente de pessoas mais velhas com alto custo, denominados ativos podres, em que a estratégia busca pela rentabilidade.

Para por fim a essa guerra de lucro e serviços mal prestados, a Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor (CTFC) aprovou no dia 21 de setembro do corrente ano o Projeto de Lei do Senado [153/2017](#), do senador Reguffe (Podemos-DF), que obriga as operadoras a comercializarem planos de saúde individual ou familiar.

A proposta apresentada por Reguffe altera a [Lei 9.656, de 1998](#), que regula a oferta de planos e seguros privados de assistência à saúde e recebeu voto favorável, com duas emendas, do relator, o senador Styvenson Valentim (Podemos-RN). O texto segue agora para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) e restou adiado, a pedido de vista do senador Marcos do Val (Podemos-ES), o qual afirmou que a ANS irá divulgar estudo sobre o tema e que os senadores podem esperar o posicionamento da agência reguladora.

O relator Reguffe, em seu projeto, diz que as operadoras evitam vender planos individuais para, com isso, obrigar os consumidores a adquirirem planos coletivos que não contam com "garantias importantes", e em especial alguns desses benefícios que não se aplicam aos planos coletivos são o controle de reajuste da mensalidade, feito pela ANS, e a impossibilidade de rescisão contratual unilateral pela operadora.

Ao analisar o PLS 153/2017, Styvenson avaliou como *"salutar" a iniciativa em condicionar a concessão de autorização de funcionamento das operadoras à oferta e comercialização de planos de saúde individuais, pois as operadoras privilegiam a venda de planos coletivos, inicialmente baixo, mas sem qualquer controle de reajuste"*.

As duas emendas apresentadas discorrem sobre o assunto, inclusive permitindo o cancelamento do



registro da operadora que se recusar a vender planos individuais ou familiares, e determinam às empresas a comprovação da oferta dessas opções de planos ao consumidor no ato de contratação do serviço e ainda excluindo as operadoras de autogestão (são empresas que administram planos de saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados de uma ou mais empresas ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classe profissionais ou similares).

Outro ponto destacado no projeto diz respeito a visar à segurança do consumidor, desvinculando a supremacia dos interesses econômicos das operadoras de plano de saúde, deixando de definir prazos de carência, restrições ao atendimento, contratos altamente vantajosos, níveis de preços, unilateralidade na suspensão e outras formas de contenção da utilização dos serviços.

Na tramitação do processo hoje estamos com 319 votos a favor e 25 contra, aguardando designação do relator junto à CAS.

Na contramão do crescimento do setor de planos de saúde, é muito importante entender a lei antes de realizar a contratação desse serviço para conhecer os seus direitos e obrigações nessa relação, coibindo as operadoras de planos de saúde de criarem um mercado peculiar, de regras multifacetadas, e aguardar que a aprovação do Projeto de Lei 153/2017 ocorra em breve, para por fim aos abusos cometidos pelas operadoras de planos de saúde e o freio da gritante rentabilidade.

Date Created

29/12/2021