

AXIS VERTENTES

Ano III · Edição V
DEZEMBRO / 2020



Fratelli Tutti – A carta do Papa Francisco para todos os povos

Economia e desvitalização

Organizações eclesiais: novos paradigmas

ESPERAMOS POR VOCÊ!

#JuntosSomosMais

Presente junto às **entidades eclesiais por 20 anos**, o **AXIS INSTITUTO** tem desenvolvido inúmeros trabalhos nas áreas de **Educação, Saúde, Assistência e Promoção Social**, com ética e compromisso com a **Vida Religiosa Consagrada**. Nossa caminhada é pautada pela **retidão, competência, seriedade** e por sua **partilha**.

Acompanhe e compartilhe o AXIS nas redes sociais!



SOMOS AXIS:



Editorial

O AXIS Instituto, através de mais uma edição de sua revista 'VERTENTES', procura oferecer, nos artigos aqui expostos, uma visão ampla de algumas situações globais e que, por serem macro, afetam a todos.

Dois dos artigos trazem as valiosas ideias e contribuições do Papa Francisco: uma síntese da *Fratelli Tutti* em que, a partir de uma clara e contextualizada visão da degradação em todas as esferas o Papa, de forma esperançosa e estimulante, mostra pistas e/ou caminhos para um desenvolvimento social e convivência justos, fraternos e igualitários, com vistas a melhorias para os mais pobres e socialmente excluídos, nas diversas periferias existenciais 'humanas'; em outro artigo, uma síntese de três pontos de seu pontificado: a economia de Francisco, o pacto educativo global e a *Laudato Sí*. São 'produções' em tempos diferentes de Francisco, porém, interligadas no tempo, espaço e nos potenciais e necessários encaminhamentos.

Os(as) leitores(as) poderão também mergulhar na beleza e nas vicissitudes da Amazônia, com ideias que fazem interface com o sínodo da Amazônia, em artigo que aponta caminhos e exemplos do que deveria e poderia ser feito para uma vida saudável, sustentável e socialmente justa para os povos, ambiente e atores diversos da região.

Outro artigo desenvolve o conceito da relação entre 'economia e desvitalização', demonstrando como o pensamento econômico "suga", de forma inexorável e voraz, a essência vital dos seres vivos.

A revista traz um tema do momento, para o Brasil, que é o pagamento instantâneo (PIX). A sigla não remete a nenhum termo específico, mas sim a conceitos como tecnologia, transação e *pixel*.

Poderá ser vista também nessa edição, a complexa relação entre os planos de saúde e os seus segurados; os tipos de planos presentes no mercado e qual deles apresenta as melhores condições à vida religiosa e do clero, notadamente quanto aos custos, muitas vezes abusivos, por parte das operadoras.

Fecha esta edição um belíssimo artigo sobre imagens, arte e vida, que busca contribuir para que, eventualmente, possamos perceber, com maior nitidez, as sombras e luzes de um mundo belo, porém maculado pelas mazelas humanas; com a arte, há a esperança, para além do declínio exposto pelos espelhos diversos, de um mundo e de uma sociedade capazes de mudar e de se transformarem.

Esperamos que tenham uma instigante e provocante leitura!



PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAIS: ENTENDA OS PERIGOS DESTE TIPO DE CONTRATAÇÃO PARA PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS, CONGREGAÇÕES OU DIOCESES

Por Regina Ribeiro, Me¹



O mercado brasileiro de planos de saúde disponibiliza três modalidades de contratação: individual (também chamada de familiar), coletiva empresarial e coletiva por adesão. Segundo a ANS – Agência Nacional de Saúde, as modalidades coletivas representam 80,8% dos usuários da saúde suplementar no Brasil².

1 - Advogada, Mestre em Direito Privado pela PUC-MINAS, especialista em Direito Médico e Hospitalar pela Escola Paulista de Direito e em Direito Civil pela PUC-MINAS.

2 - Informação constante do Caderno de informação da saúde suplementar [recurso eletrônico]: beneficiários, operadoras e planos. – Ano 1, n. 2 (mar. 2007). – Rio de Janeiro: ANS, ano 13, n. 2 (jun.) 2019- ePUB. Trimestral, p.20. Modo de acesso: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/total-cad-info-jun-2019.pdf, disponível em 14/10/2020.

Os **contratos individuais ou familiares** são aqueles firmados entre a operadora de plano de saúde diretamente com pessoas físicas, em seu favor e dos membros da sua família. Nos coletivos empresariais, o contrato com a operadora não é entabulado diretamente com os usuários dos serviços médicos, mas com uma empresa, que o faz em favor de seus sócios, administradores, empregados e respectivos dependentes.

Os **planos coletivos** por adesão caracterizam-se pela contratação da operadora por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, a exemplo dos conselhos profissionais, entidades de classe, sindicatos, cooperativas, fundações etc. Neste caso, os beneficiários serão as pessoas inscritas como associados, sindicalizados, cooperados e seus dependentes. Para entender como funciona esta modalidade, basta pensar em um contrato firmado entre a operadora de plano de saúde e o Sindicato dos Professores, o CRMV, o CREA etc., em favor dos respectivos membros: professores, veterinários, engenheiros etc.

Embora haja significativas diferenças normativas entre cada modalidade de contratação, o objeto deste artigo visa a demonstrar os perigos da contratação coletiva de planos de saúde, principalmente a empresarial. O tema ganhou especial relevância quando do último levantamento da ANS, de julho de 2019, segundo o qual, 66,9% das pessoas que têm acesso a um plano de saúde estão inseridas em um contrato coletivo empresarial².

Como é sabido, tem sido cada vez mais difícil encontrar uma operadora de plano de saúde que disponibilize a venda de contratos individuais ou familiares. As detentoras de maior prestígio no mercado passaram a firmar contratos exclusivamente com pessoas jurídicas (contratos coletivos, portanto), ainda que o grupo de beneficiários contratante não ultrapasse três ou quatro vidas.

As raras operadoras que ainda negociam contratos individuais desdobram-se para convencer os consumidores a contratá-las por intermédio de pessoa jurídica, seja ela empresa ou associação, a ponto de oferecer mensalidades até 40% menores quando comparadas com o mesmo produto contratado individualmente.

Este apelo das operadoras por firmar contratos coletivos não é em vão. A partir de 1º de janeiro de 1999, a Lei 9.656/98 e a ANS – Agência Nacional de Saúde, passaram a regulamentar os contratos de planos de saúde, não apenas para elaborar e impor às operadoras o rol de procedimentos médicos exigíveis pelo consumidor mas, também, para fixar limites aos índices de reajustes das mensalidades, regras sobre rescisão contratual, portabilidade, dentre outras.

Diante disso, o que até 1998 era regulado exclusivamente pelas Leis Civil e Consumerista, a partir de 1999, passou a submeter-se a um regramento normativo diferenciado, com o fito de proteger o consumidor em tema especialmente sensível: o acesso à saúde suplementar.

Ocorre que tanto a Lei 9.656/98 quanto os atos normativos da ANS acabaram por conceder, aos consumidores de planos individuais, algumas garantias não estendidas aos contratos coletivos. Este fato acabou por tornar os planos individuais menos lucrativos, quando comparados com os contratos coletivos.

Via de consequência, as operadoras de planos de saúde passaram a empenhar-se vigorosamente para convencer o consumidor a firmar contratos coletivos, em detrimento dos individuais ou familiares. Para isso, encareceram significativamente as mensalidades iniciais dos planos de saúde individuais e reduziram os preços iniciais dos contratos empresariais.

Só para se ter uma ideia do impacto deste fenômeno no mercado de saúde complementar brasileiro, segundo o IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, nos seis primeiros anos de vigência da Lei n.º 9.656/98, a participação dos contratos coletivos no mercado de planos de saúde teve um aumento de 184% se comparada à expansão dos contratos individuais³.

A primeira diferença normativa entre os dois tipos de contratação – individual e coletiva, que acarretou a pressão das operadoras pela contratação coletiva, pode ser observada no artigo 35-E, III da Lei 9.656/98⁴, verbis:

É vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei⁵. (grifo nosso)

Este dispositivo foi acrescido à redação original da Lei no ano de 2001, para impedir que planos de saúde individuais pudessem ser rescindidos unilateralmente pelas operadoras contratadas, se e quando deixarem de atender-lhes às expectativas financeiras.

Sua redação precisa ser interpretada a *contrario sensu*, ou seja, pelo que ela deixa de dizer: como a vedação dirige-se apenas aos contratos individuais e familiares, se o contrato for do tipo coletivo, a operadora poderá, a qualquer tempo, desistir da contratação.

Para isso, bastará notificar a pessoa jurídica contratante com antecedência de trinta dias. E assim, não raro, tem sido aquiescido pelos tribunais de todo o país, inclusive o Superior Tribunal de Justiça⁶.

Na prática, esta permissão legal implica na possibilidade de as operadoras cancelarem contratos coletivos que, após a data da contratação, tornarem-se dispendiosos ou, nas palavras das operadoras, transformarem-se em carteiras de alta sinistralidade, seja porque o grupo envelheceu ou alguns de seus membros adoeceram.

Imaginemos uma empresa que, em favor de seus sócios e empregados, tenha contratado um plano de saúde para 200 vidas. Passado algum tempo, três ou quatro membros adoecem e passam a demandar tratamentos médicos caros, a exemplo das próteses ou quimioterapias de última geração. Este contrato deixará de ser atrativo à operadora e a Lei garantir-lhe-á o direito de rescindi-lo, mesmo com as mensalidades em dia.

Num primeiro momento, esta rescisão contratual pode não acarretar grandes preocupações à empresa contratante, afinal, há outras operadoras no mercado, as quais, em tese, poderão substituir o contrato recém-rescindido. Ocorre que, no exemplo ora em comento, dificilmente esta pessoa jurídica conseguirá contratar outra operadora de plano de saúde pois, se da noite para o dia esta carteira de clientes deixou de interessar à primeira, não será diferente para a sucessora.

3 - <https://idec.org.br/planos-de-saude/planos-coletivos>, disponível em 14/10/2020.

4 - Conferir, também, o art. 13, da mesma Lei: “Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: I - a recontagem de carências; II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.”

5 - O excepcionado inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei 9.656/98 cuida das hipóteses de inadimplência ou fraude do consumidor, ao preencher sua Declaração de Saúde com informações conhecidamente falsas na data da assinatura do contrato. Nestes casos, a Lei assegura, às operadoras, o direito à rescisão contratual, em qualquer modalidade de contratação.

6 - Veja-se, por exemplo: AGRADO INTERNO NO AGRADO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL. POSSIBILIDADE. NOTIFICAÇÃO PRÉVIA. 1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ). 2. O disposto no art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998 não se aplica aos contratos de plano de saúde coletivos, admitindo-se a rescisão unilateral, mediante prévia comunicação à contratante. Precedentes. 3. Na hipótese, rever o entendimento do tribunal de origem, que registrou a ocorrência da prévia notificação da recorrente acerca da rescisão contratual, esbarraria no óbice da Súmula nº 7/STJ. 4. Agravo interno não provido. (STJ - AgInt no AREsp: 1509257 SC 2019/0154025-5, Relator: Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Data de Julgamento: 28/10/2019, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: Dje 07/11/2019).

Fato é que, quando o grupo contratante passa a ser dispendioso, seja porque é composto por grande número de idosos, cuja saúde costuma requerer maior número de internações, seja por demandar tratamentos médicos de alto custo, as operadoras sequer enviam orçamentos.

Lado outro, se cada uma das 200 vidas deste exemplo, após a rescisão do contrato coletivo, decidir contratar um plano de saúde individual ou familiar, terá de cumprir prazos de carência e de preexistência, os quais chegam a limitar determinados tratamentos médicos por até 24 meses contados da data da contratação⁷.

Embora já existam normas que amparem esses consumidores através da chamada portabilidade de carências⁸, são incontáveis as exigências e exceções regulamentares para que um contrato possa ser portado e, além disso, a linguagem utilizada é inacessível ao leigo, fatos que, por vezes, acabam deixando o consumidor sem alternativas.

A segunda desvantagem dos planos de saúde coletivos para o consumidor costuma ser o preço a médio e longo prazos. Se, inicialmente, as mensalidades dos contratos individuais são mais caras que aquelas oferecidas aos planos empresariais, estas, no prazo de quatro a cinco anos, costumam subir bem mais do que se pode supor.

A explicação para esse fenômeno é singela: todo ano, a ANS publica o teto do percentual de reajuste aplicável, pelas operadoras, aos contratos individuais ou familiares. Esta publicação da ANS tem amparo na Lei 9.656/98. Senão vejamos o teor do seu parágrafo

2º do artigo 35-E:

*§ 2º - Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
(sem grifos no original).*



Vale a pena observar a diferença de redação dada ao tema pela Resolução de Diretoria Colegiada da ANS - RDC nº 29, de 26 de junho de 2000⁹:

Art. 2º.

Nos planos individuais e/ou familiares os valores das contraprestações pecuniárias poderão ser reajustados nas respectivas datas de aniversário dos contratos, nos percentuais previamente autorizados pela ANS.

(...)

Art. 3º.

As operadoras que mantenham planos coletivos deverão comunicar à ANS os percentuais de reajustes a serem aplicados, com trinta dias de antecedência, por carta protocolizada, acompanhada das seguintes informações:

- a) justificativa dos valores a serem praticados;*
- b) cópia dos contratos que serão objeto de reajuste;*
- c) **demonstração da massa assistida e sua delimitação, de acordo com a definição contida no art. 4º da Resolução CONSU nº 14 publicada no DOU de 04 de novembro de 1998.** (grifamos)*

7 - Sobre prazos de carência e preexistência, conferir o artigo 12, inciso V da Lei 9.656/98 e a Resolução Normativa - RN n.º 162, De 17 De Outubro De 2007.

8 - As regras de portabilidade de contratos de planos de saúde estão previstas na Resolução Normativa - RN Nº 438, de 3 de dezembro de 2018, disponível no site da ANS, através do link <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY1NA==>

9 - Sobre o tema, conferir, ainda, a Resolução Normativa - RN nº 171, de 29 de abril de 2008, com especial atenção aos artigos 2º e 13.

Como visto, os reajustes dos planos individuais são vinculados à prévia autorização da agência reguladora, ao passo que, se o plano for coletivo, a operadora fará mera comunicação dos percentuais aplicados. Isto indica que a variação de preços dos planos individuais é tabelada e a dos planos coletivos fica a cargo do contrato oferecido e redigido pelas próprias operadoras, as quais comunicarão os índices aplicados exclusivamente para fins de estatística.

A média de reajustes anuais dos últimos 19 anos, autorizada pela ANS para os planos individuais e familiares, foi de 9,02% ao ano¹⁰. Como esse teto é aplicável apenas aos planos individuais, é comuníssimo que o consumidor de plano coletivo se depare com reajustes anuais de 20%, 30% e até 40%, fato que levará suas mensalidades a dobrar ou quadruplicar no prazo de 4 ou 8 anos.

No ano de 2019, o reajuste aplicado aos planos individuais foi de 7,35% enquanto os planos coletivos anunciaram alta de 20%, ou seja, quase três vezes maior¹¹. Se, apenas por hipótese, fizermos os cálculos desses índices, eventualmente aplicados nos próximos oito anos consecutivos, teremos o seguinte: uma mensalidade inicial de plano de saúde individual de R\$ 1.000,00 passará a ser, em 8 anos, R\$ 1.763,66; uma mensalidade inicial de plano coletivo de R\$ 700,00 passará a ser, em 8 anos, R\$ 3.009,97. Como visto, no prazo de 8 anos o plano individual, inicialmente 30% mais caro, terá subido de R\$ 1.000,00 para R\$ 1.763,66 (76,36%). O coletivo, mais barato inicialmente, terá subido de R\$ 700,00 para R\$ 3.009,97 (329%).

Salienta-se que esse cálculo não inclui os reajustes de preços por mudanças de faixa etária, cujas normas são as mesmas para os dois tipos de contrato – individuais e coletivos¹², mas que, quando aplicados sobre bases de

cálculo já majoradas em 20%, 30% ou 40% ao ano, acabam tornando-se diferentes para cada um deles.

Nessa sanha por incluir todos os seus clientes em planos coletivos, as operadoras passaram a criar associações cujo objeto social era unicamente a reunião de pessoas para compor um plano de saúde coletivo por adesão. Assim, na hora de contratar, o consumidor assinava, também, um requerimento à aludida associação, para que se tornasse um associado. A partir daí, a cada ano, os preços passavam a subir vertiginosamente.

Nessa toada, o IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor e o Ministério Público passaram a falar do “golpe do falso plano coletivo”, para se referir àqueles contratos que, embora tenham sido firmados na modalidade coletiva, o contratante apresentava todas as características de um consumidor de plano individual: não é empregado e não tem vínculo profissional com qualquer entidade de classe ou sindicato¹³.

Na tentativa de frear a avalanche do golpe dos falsos planos coletivos, em 2016 a ANS publicou o Entendimento DIFIS 02/2016, na qual delimitou, com maior rigor, quais consumidores são elegíveis à contratação coletiva por adesão. Em seu item 13, encontramos a seguinte passagem:

No que tange à questão da verificação da legitimidade da pessoa jurídica contratante, uma análise mais detalhada do art. 9º da RN nº 195 de 2009 deve ser efetuada. A definição de uma lista restritiva das entidades legitimadas a contratar, prevista nesse artigo, evidencia uma preocupação do órgão regulador em evitar contratações coletivas de fachada – formando-se a coletivização de planos que deveriam ser tratados como individuais (gn).

10 - Chega-se a este cálculo através das informações contidas no site da ANS, disponível em 14/10/2020 no link <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/270-historico-reajuste-variacao-custo-pessoa-fisica>.

11 - <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/07/planos-de-saude-coletivos-sobem-quase-o-triplo-dos-individuais.shtml> disponível em 14/10/2020.

12 - Sobre alterações de preço em decorrência da variação de faixas etárias, conferir Resolução Normativa - RN nº 63 de, 22 de dezembro de 2003.

13 - Sobre o golpe do falso plano coletivo, conferir no site do IDEC disponível em 14/10/2020 no link <https://idec.org.br/em-acao/artigo/a-falsa-coletivizacao-de-contratos-nos-planos-de-saude>

Contudo, em que pese a providência normativa da ANS em favor do consumidor de planos coletivos por adesão, a agência ainda não se encorajou a mexer no ponto nevrálgico: para os consumidores elegíveis à contratação coletiva, os reajustes anuais continuam livres e permanece em vigor a possibilidade de rescisão unilateral, imotivada, pelas operadoras. Ademais, a norma alterou o entendimento sobre a elegibilidade dos coletivos por adesão, mas não fez qualquer ressalva quanto aos empresariais, que, como dito, atingem quase 70% da saúde suplementar brasileira.

Não se pode deixar de mencionar um tipo de contrato coletivo que não se sujeita às mazelas ora narradas: os de grande porte, assim entendidos aqueles cuja carteira é altamente numerosa e que, além disso, é composta por maioria jovem, em razão da baixa sinistralidade. Para estes, embora inexista proteção normativa diferenciada, o poder de barganha com as operadoras

acaba por arrefecer os índices de reajustes anuais e impedir a rescisão unilateral dos contratos. Exemplos desses contratos são aqueles firmados com multinacionais, grandes mineradoras, fabricantes de automóveis, sindicatos com representatividade nacional etc.; estas pessoas jurídicas têm a proteção do mercado em razão do grande número de jovens incluídos no grupo. Qualquer pessoa jurídica que não tenha este perfil estará sujeita aos riscos mencionados.

Recente requerimento da CNBB, perante a ANS, fez com que as Congregações e Dioceses tornassem-se elegíveis à contratação coletiva por adesão, assim como o são as associações de classe profissionais. Embora tenha sido um ganho do ponto de vista jurídico, continuamos a desaconselhar a contratação coletiva de planos de saúde pelas entidades religiosas, em razão da alta média de faixa etária dos seus membros.



Com foco em ações e resultados, o trabalho do AXIS INSTITUTO contribui para a melhoria do desempenho em termos qualitativos e quantitativos, sempre partindo de uma visão sistêmica e congruente com a identidade e o perfil dos hospitais.



Gestão Hospitalar

CONSULTE-NOS!



Reestruturação de mais de 40 hospitais.



Geração de novas receitas através da criação de novos serviços e convênios.



Modelagem de novo formato assistencial e operacional do hospital.



Negociação de dívidas com bancos e fornecedores.



Criação de equipes de captação de recursos.

Poder-se-ia levantar a hipótese de incluir os empregados e seus dependentes nestes grupos, para haver redução desta média de faixa etária. Contudo, experiência relativamente recente com uma Congregação religiosa fez-nos perceber que a inclusão dos ajudantes e seus dependentes, no mesmo contrato coletivo dos religiosos, não foi suficiente a acarretar verdadeira redução das médias de idade a ponto de tornar o grupo atrativo às operadoras: os religiosos não têm filhos e os funcionários das entidades são poucos. Consequentemente, ainda que as Congregações e Dioceses reúnam-se para fins de contratação coletiva de plano de saúde, acreditamos que, a qualquer momento, sofrerão a rescisão contratual pela operadora contratada e/ou serão vítimas de agressivos percentuais de reajustes de preços ao longo dos próximos anos.

Desta realidade, surge um terceiro problema: não há, no mercado, planos de saúde individuais que garantam atendimento em âmbito nacional, mas, no máximo, regional. Considerando que, não raro, os religiosos precisam ser deslocados para diversos pontos do país, e lá permanecem por certo período, a impossibilidade de contratar plano de saúde individual com abrangência nacional acaba por deixá-los desassistidos.

É bom não perdermos de vista que a inexistência de contratos individuais com atendimento nacional no mercado é sintomática: trata-se de mais uma manobra das operadoras para desencorajar os consumidores à contratação individual.

Neste contexto, a sugestão que vislumbramos viável aos religiosos é a contratação individual de planos de saúde para cada um dos membros, com abrangência regional – por ser esta a única opção existente no mercado.

Aliado a isso, devem acrescentar ao contrato, o aditivo denominado transporte aeromédico, com a finalidade de garantir o transporte adequado em caso de emergências médicas e demanda por internação dentro da rede credenciada.

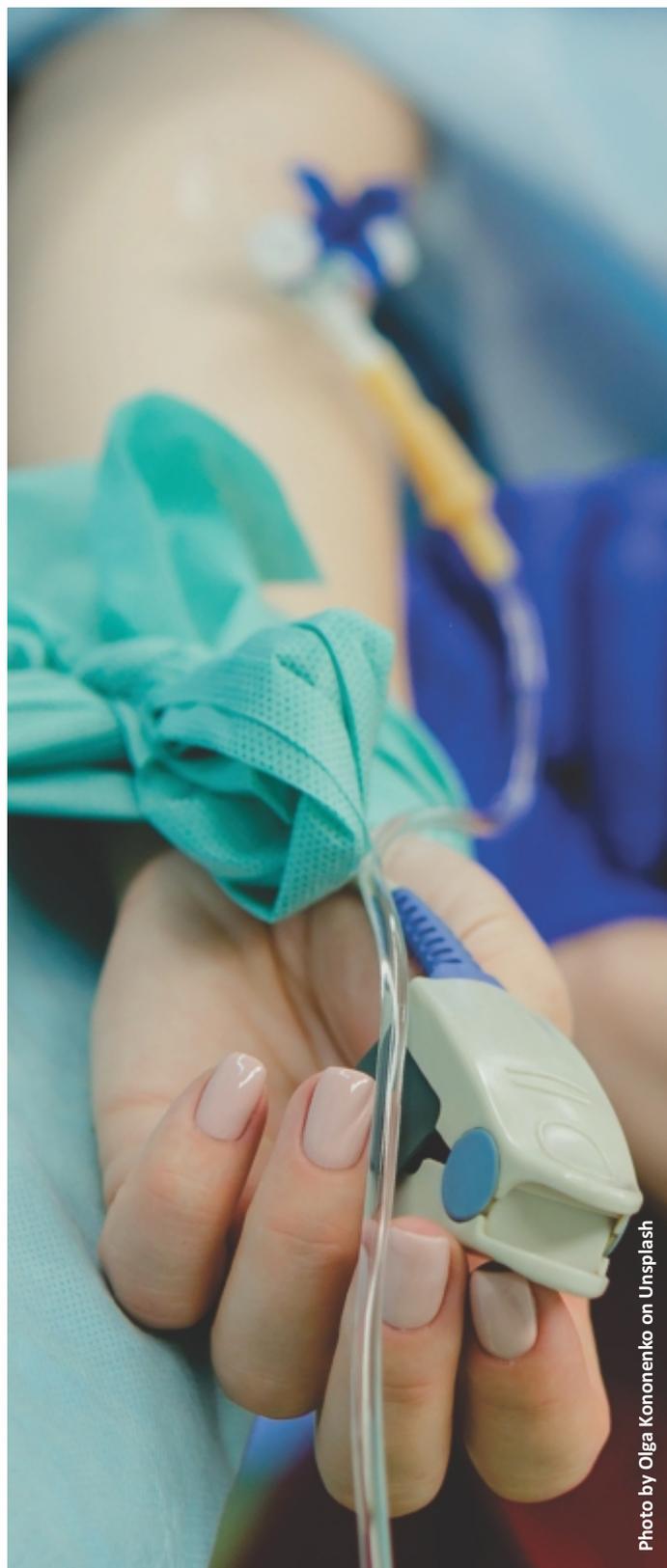


Photo by Olga Kononenko on Unsplash

A ser viabilizada esta solução, cada um dos religiosos terá sua base para atendimento de saúde, sempre na mesma cidade ou estado onde foi firmado o contrato, ainda que estejam, temporariamente, residindo em outro ponto do país. Por ora, embora não seja a solução mais confortável, entendemos ser este o caminho mais seguro e mais barato a médio e longo prazos.

A nosso ver, para atender aos interesses das Congregações, os contratos de planos de saúde deverão ser firmados individualmente e atender aos seguintes parâmetros: segmentação ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia, em acomodação individual, com fator moderador¹⁴ limitado a um valor fixado em contrato para cada tipo de atendimento (consultas, exames, internações etc), o qual, em nenhuma hipótese, poderá ser limitado a um percentual sem teto em números absolutos. É dizer: se houver fixação do fator moderador em percentuais, deverá este ter limite pré-fixado em valores absolutos¹⁵. Se possível, vale a pena tentar a portabilidade para cada um dos membros atualmente

inseridos em contratos coletivos, para que não tenham de cumprir prazos de carência e preexistência na nova contratação.

Embora ainda haja muitos outros fatores que poderiam ser acrescidos ao presente, com o teor do que ora foi exposto já é possível observar que o princípio do livre mercado não atua em toda a sua inteireza nos planos de saúde, pois o consumidor não tem, efetivamente, a liberdade de trocar de fornecedor quando os preços se elevam para além de suas forças. O que acontece, normalmente, é o seu aprisionamento a um contrato coletivo inicialmente barato, porém caríssimo a médio e longo prazos, o qual, além disso, pode ser rescindido unilateralmente pelas operadoras, a qualquer tempo. Daí, a premente necessidade de cuidado ao decidir pela modalidade coletiva de planos de saúde, para os quais a legislação nacional não cuidou de estabelecer contenção a cláusulas contratuais abusivas, inclusive de preços.



Regina Ribeiro, Me

Advogada com atuação exclusiva no Direito Médico e à Saúde, especializada em Direito Médico e Hospitalar pela Escola Paulista de Direito, em Direito Civil pela PUC Minas, mestre em Direito Privado pela PUC Minas.

14 - Fator moderador conhecido por coparticipação.

15 - Exemplo de fator moderador razoável (outubro de 2020): coparticipação de 30% sobre o preço do procedimento médico conforme tabela da operadora, limitado a R\$ 10,00 por consulta, R\$ 3,50 por exame laboratorial, R\$ 80,00 por exame de imagem, R\$ 190,00 por internação hospitalar.