

RELATÓRIO Nº 7473799 - DPGU/DNDH

Em 01 de outubro de 2024.

Assunto: Rescisões unilaterais de planos de saúde e violações de direitos de grupos vulneráveis

I. MISSÃO INSTITUCIONAL DA DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO (DPU)

A Defensoria Pública é uma entidade permanente e essencial para a função jurisdicional do Estado, conforme a definição do artigo 134 da Constituição Federal:

Art. 134. A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal.

Como expressão e instrumento do regime democrático, sua principal função é fornecer orientação jurídica, promover os direitos humanos e defender, judicial e extrajudicialmente, os direitos individuais e coletivos, de maneira integral e gratuita, aos menos favorecidos, conforme estabelecido no inciso LXXIV do artigo 5º da Constituição Federal (CF).

A atuação da Defensoria Pública da União (DPU) no direito à saúde é fundamental para garantir que os grupos vulnerabilizados, como idosos, pessoas com deficiência, pessoas em tratamento de neoplasias malignas, pessoas internadas, entre outros, que utilizam planos de saúde, tenham seus direitos promovidos. Embora a saúde seja um direito constitucional, as barreiras enfrentadas por esses grupos muitas vezes tornam esse direito inalcançável no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, é comum a migração do atendimento do SUS para os serviços de saúde suplementar, visando atender às urgências dos usuários, tendo em vista as limitações do Poder Público em oferecer tratamentos em prazos razoáveis.

Os usuários de planos pertencentes a grupos vulneráveis enfrentam dificuldades significativas para manter seus contratos de serviços junto às operadoras. A rescisão unilateral de contratos, prática cada vez mais comum por parte das operadoras, resulta em interrupções nos tratamentos e, conseqüentemente, compromete a saúde e o bem-estar desses indivíduos. Como consequência, uma parcela expressiva desses grupos, apesar de ter aderido a esses serviços suplementares, vem a óbito sem obter acesso ao tratamento necessário.

Nesse contexto, a DPU visa assegurar a promoção dos direitos desses indivíduos. Essa

atuação se dá pela adoção de medidas que buscam a promoção de políticas públicas de acesso à saúde, em parceria com organizações da sociedade civil e outras instituições governamentais. Outro aspecto importante é a educação em direitos. A DPU promove a conscientização do seu público-alvo sobre o acesso aos serviços de saúde e como reivindicar direitos em caso de violações. Na insuficiência dessas articulações, são promovidas ações judiciais. Por meio dessas iniciativas —ações judiciais, *advocacy* e educação—, a DPU busca transformar o direito à saúde em uma realidade concreta para todos.

II. HISTÓRICO

II.1. Histórico das Atuações Realizadas

A Defensoria Pública da União instaurou procedimento específico para lidar com a situação do cancelamento unilateral dos planos de saúde, através de atuação conjunta de três instâncias institucionais: a Defensoria Nacional de Direitos Humanos (DNDH), o Grupo de Trabalho de Direito à Saúde e o Grupo de Trabalho de Pessoas com Deficiência e Idosos.

A partir da instauração do procedimento, a DPU promoveu alinhamentos institucionais internos, interlocuções interinstitucionais e com entidades da sociedade civil, além de diversas diligências extrajudiciais, com o objetivo de ampliar o debate e a articulação estratégica em prol de resguardar o direito à saúde, à vida e à dignidade dos grupos vulneráveis que utilizam planos de saúde. Especialmente, os idosos, pessoas com deficiência e portadores de doenças graves, afetados pelos cancelamentos unilaterais de planos de saúde coletivos.

Dentre as tratativas desempenhadas, houve participações em audiências públicas e diversas reuniões, dentre as quais:

a) Audiência promovida pela Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência da Câmara dos Deputados, no dia 21 de maio de 2024: A defensora pública federal e ponto focal do Grupo de Trabalho Atendimento à Pessoa Idosa e à Pessoa com Deficiência (GT-PID), Raquel Brodsky Rodrigues, destacou que, embora os usuários estivessem adimplentes junto aos planos de saúde, foram surpreendidos pelas rescisões, sem que as operadoras tenham proporcionado a continuidade de tratamentos em curso e assistência em relação a portabilidade para outro convênio, o que configura a violação da dignidade humana e inexistência de boa-fé contratual. Na prática, o que se observa é uma seleção dos riscos, ponderou.

b) Audiência promovida pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado, no dia 04 de junho de 2024: As defensoras públicas federais Raquel Brodsky (GT-PID) e Carolina Godoy Leite (GT Saúde) reiteraram os termos apresentados na audiência acima mencionada.

c) Audiência promovida pela Agência Nacional de Saúde, no dia 28 de junho de 2024: A Defensora Nacional de Direitos Humanos, Carolina Soares Castelliano Lucena de Castro, apresentou as falhas e problemas identificados na atuação fiscalizatória da ANS, especificamente em relação às rescisões unilaterais de planos de saúde pelas operadoras.

d) Reunião realizada no dia 05 de julho de 2024, que contou com a participação da defensora pública federal, Raquel Brodsky Rodrigues, do diretor-presidente da ANS, Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho, da diretora de fiscalização da ANS, Eliane Medeiros, do procurador federal chefe junto à ANS, Daniel Junqueira Tostes, e de defensores públicos da Defensoria Pública do Estado do Rio

de Janeiro.

e) **Reunião realizada no dia 28 de agosto de 2024**, que contou com a participação das defensoras públicas federais Carolina Balbinott e Carolina Godoy, ambas do GT Saúde, além dos Srs. Lucas Andrietta, Marina Paulleli e Igor Britto, representantes do Instituto de Defesa dos Consumidores (IDEC), das Sras. Maria Feitosa e Renata Molina, representando o Procon, e do presidente e outros representantes da ANS. Por meio dessa reunião, foram enumeradas as medidas emergenciais a serem adotadas pela ANS.

Foi ainda encaminhada a Recomendação nº 7140359 - DPGU/SGAI DPGU/GTS DPGU à diretoria da ANS, recomendando medidas para garantir a manutenção, por mais 60 dias, dos contratos rescindidos, a fim de apurar os indícios de irregularidades nas rescisões e as condições para portabilidade a novos planos. Além disso, recomendou a continuidade na cobertura de tratamentos em curso para pessoas idosas, com deficiência, com doenças raras, gestantes e pessoas com transtornos considerados graves e que demandam tratamento contínuo, independente de estarem internados.

Posterior a essas articulações, a Defensoria Nacional de Direitos Humanos realizou um levantamento das ações judiciais promovidas em 2024 que têm como objeto violações de direitos decorrentes desses cancelamentos. Foi possível constatar a tramitação de, pelo menos, sete Ações Cíveis Públicas que buscam garantir a manutenção dos direitos por meio da tutela jurisdicional do Estado, assim distribuídas:

PROCESSO	JUÍZO	DISTRIBUIÇÃO	AUTORES	RÉUS	BENEFICIÁRIOS
5035261-29.2024.4.02.5101	27ª Vara Federal da Seção Judiciária do Rio de Janeiro	27/05/2024	Instituto Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência Oceano Azul	AMIL, ALLCARE e QUALICORP	Deficiência, em especial os autistas, em tratamento contínuo
0720060-41.2024.8.07.0001	1ª Vara Cível de Brasília	21/05/2024	Movimento Orgulho Autista Brasil – MOAB e Instituto Pedro Araujo Dos Santos – INSTITUTO PAS	AMIL e ALLCARE	TEA
0830211-90.2024.8.10.0001	Vara de Interesses Difusos e Coletivos de São Luis	22/05/2024	PROCON/MA	AMIL, ALLCARE e QUALICORP	Pessoas com Deficiência, Pacientes com doença crônica e consumidores em tratamento contínuo
8067596-07.2024.8.05.0001	3ª Vara de Relações de Consumo da Comarca de Salvador	23/05/2024	Sindicato dos Policiais Rodoviários Federais da Bahia	AMIL e QUALICORP	Idosos, portadores de doença grave, internados ou em pleno tratamento médico

1080967- 69.2024.8.26.0100	42ª Vara Cível da Comarca de São Paulo	24/05/2024	Associação Nacional de Apoio às Pessoas com Deficiência – ANAPcD	AMIL, CENTRAL NACIONAL UNIMED, ALLCARE e QUALICORP	TEA e Doenças Raras
0721121- 34.2024.8.07.0001	20ª Vara Cível de Brasília	27/05/2024	AMAR – Aliança de Mães e Famílias Raras, Associação de Família para o Bem-estar e Tratamento da Pessoa com Autismo – AFETO e Túlio Gadelha Sales de Melo	AMIL, BRADESCO, NDI, UNIMED-RIO e HAPVIDA	Idoso, Criança com Necessidade Especial ou portador de Doenças Graves
0722575- 49.2024.8.07.0001	1ª Vara Cível de Brasília	06/06/2024	Defensoria Pública do Distrito Federal	AMIL, ALLCARE e QUALICORP	Idosos, portadores de doença crônicas, raras ou de qualquer condição ou quadro de saúde que demande tratamento médico continuado. Beneficiários dos contratos UBE e UBES.

Essa multiplicidade de ações com causas de pedir semelhantes, movidas contra os mesmos requeridos, levou à instauração do Conflito de Competência nº 206082/RJ (2024/0227553-8). Nesse conflito, foi designada, provisoriamente, a 27ª Vara Federal da Seção Judiciária do Rio de Janeiro como o foro competente para resolver questões relacionadas aos cancelamentos unilaterais de planos de saúde.

A ação judicial em curso perante a 27ª VF da SJRJ foi promovida pelo Instituto Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência Oceano Azul em face da Amil, Qualicorp, Allcare e ANS. O processo busca a condenação das rés para que se abstenham de rescindir contratos de plano de saúde ou, caso já o tenha feito, que reativem os contratos de beneficiários com deficiência, especialmente os autistas em tratamento. Houve deferimento parcial do pedido liminar determinando a cobertura dos tratamentos contínuos pelas rés, sem carência. Todavia, não há informações nos autos sobre o cumprimento provisório da liminar em comento.

Neste processo, foi expedido um ofício ao presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira, solicitando informações sobre um suposto acordo que teria sido formulado por iniciativa dele, em conjunto com diversas operadoras de planos de saúde. Conforme notícias divulgadas pelos veículos de comunicação, esse acordo paralisaria as rescisões e reinseriria as pessoas afetadas por rescisões na cobertura dos planos. Todavia, até a data da assinatura deste relatório, não há anexos no processo judicial que representem uma resposta da Câmara às solicitações judiciais.

Um dado preocupante é que essa referida ação judicial se encontra suspensa até o julgamento do Conflito de Competência nº 206082/RJ pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ). No âmbito do STJ, o conflito ainda está em fase de coleta de informações iniciais. Ademais, embora as

outras ações judiciais tenham requerido pedidos semelhantes e acrescentando outros requerimento, incluindo os direitos de outros grupos vulneráveis, e não apenas das pessoas com espectro do autismo, todas foram sobrestadas devido à definição da 27ª VF da SJRJ como foro competente.

II.2. Histórico das Respostas das Operadoras de Plano de Saúde

Nesse contexto, as 20 (vinte) operadoras de planos de saúde, que foram notificadas pela Secretaria Nacional do Consumidor (SENACON) para prestarem informações sobre os procedimentos adotados para rescindir contratos de planos de saúde coletivos, também foram oficiadas pela DPU. A Defensoria Pública solicitou que essas operadoras fornecessem informações que justificassem os cancelamentos ou apresentassem dados relevantes para a defesa do público-alvo assistido por este órgão.

Conforme a tabela abaixo, as operadoras foram notificadas e reiteradamente instadas a estabelecer comunicação com a DPU. No entanto, a grande maioria permaneceu inerte.

OPERADORAS OFICIADAS	Nº DO OFÍCIO EXPEDIDO	REITERAÇÕES DOS OFÍCIOS	RESPOSTAS OBTIDAS
Amil	Ofício nº 7396523/2024 - DNDH	Ofícios nº 7456763 e nº 7466917	NÃO
Assefaz	Ofício nº 7393155/2024 - DNDH	Ofícios nº 7433646 e nº 7433661	NÃO
Assim Saúde	Ofício nº 7393430/2024 - DNDH	Ofícios nº 7434085 e nº 7467099	SIM
Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge)	Ofício nº 7396546/2024 - DNDH	Ofícios nº 7456657 e nº 7467008	NÃO
Associação de Assistência Médica Planejada (Ameplan)	Ofício nº 7393478/2024 - DNDH	Ofícios nº 7456789 e nº 7466954	NÃO
Bradesco Saúde	Ofício nº 7392701/2024 - DNDH	Ofício nº 7456937	SIM
Care Plus	Ofício nº 7393453/2024 - DNDH	Ofícios nº 7456831 e nº 7459711	NÃO
Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)	Ofício nº 7396550/2024 - DNDH	Ofício nº 7456620	SIM
Geap Saúde	Ofício nº 7389250/2024 - DNDH	Ofício nº 7456954	SIM
Golden Cross	Ofício nº 7396530/2024 - DNDH	Ofícios nº 7456735 e nº 7466811	NÃO
Hapvida	Ofício nº 7393142/2024 - DNDH	Ofícios nº 7456877 e nº 7466844	NÃO
Medsênior	Ofício nº 7396542/2024 - DNDH	-	SIM
Notre Dame Intermédica	Ofício nº 7393112/2024 - DNDH	Ofício nº 7456908	NÃO
Omint	Ofício nº 7393311/2024 - DNDH	Ofício nº 7434033	NÃO

One Health	Ofício nº 7396537/2024 - DNDH	Ofício nº 7456683	NÃO
Porto Seguro Saúde	Ofício nº 7393136/2024 - DNDH	Ofício nº 7456893	NÃO
Prevent Sênior	Ofício nº 7393397/2024 - DNDH	Ofício nº 7456847	NÃO
SulAmérica	Ofício nº 7393099/2024 - DNDH	Ofício nº 7456917	NÃO
União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas)	Ofício nº 7393461/2024 - DNDH	Ofício nº 7456809	SIM
Unimed Nacional	Ofício nº 7392622/2024 - DNDH	-	SIM

Apenas 07 (sete) operadoras responderam às solicitações da Defensoria Nacional de Direitos Humanos:

1. ASSIM SAÚDE - Informou que, previamente à contratação do plano de saúde, o consumidor deve fornecer informações sobre a faixa etária, se é portador de doença grave ou preexistente, se necessita de tratamento médico contínuo ou se é portador de doenças psicossomáticas. Destacou que essas informações, embora coletadas, não são compartilhadas com a ANS, limitando-se apenas ao compartilhamento dos dados cadastrais do usuário. Acrescentou que não há uma logística que estabeleça critérios para o cancelamento dos planos, exceto nos casos de inadimplência, onde o cancelamento é automatizado. Concluiu afirmando que os cancelamentos se baseiam apenas nas relações contratuais entre pessoas jurídicas, ou seja, nos planos coletivos, e que tal procedimento é respaldado pelas possibilidades legais.

2. BRADESCO SAÚDE - Informou que não realiza cancelamentos com base em seleção de riscos e que os contratos rescindidos são aqueles firmados por pessoas jurídicas, que não são amparadas pela proteção do Código de Defesa do Consumidor.

3. FENASAÚDE - Informou que é uma associação civil que congrega e representa operadoras associadas, mas que não monitora as rescisões unilaterais realizadas pelas filiadas. Mencionou que as associadas seguem políticas próprias nas rescisões, sempre em consonância com as regras legais e regulatórias aplicáveis.

4. GEAP SAÚDE - Informou que, embora tenha a faculdade de extinguir contratos coletivos sem motivação, nenhum convênio dessa modalidade foi rescindido nos últimos anos. Afirmou que os cancelamentos ocorridos em seu âmbito foram motivados exclusivamente por inadimplência e fraudes.

5. UNIDAS - Informou que é uma entidade de autogestão sem fins lucrativos e que, em autogestões, não ocorrem cancelamentos unilaterais de contratos. As rescisões decorrem de perda de elegibilidade, inadimplência ou fraude, observadas as condições aplicáveis aos contratos coletivos empresariais ou por adesão, conforme previsto na legislação da ANS e em seus regulamentos e estatutos sociais.

6. UNIMED - Informou que os cancelamentos realizados foram apenas de contratos coletivos empresariais e que essas operações não envolveram o público vulnerável, como idosos, portadores de transtornos globais ou pessoas com deficiência em geral.

7. MEDSÊNIOR - Informou que procedeu apenas ao cancelamento de contratos individuais por inadimplência, não havendo a incidência de cancelamentos baseados em sinistralidade, condições de saúde, faixa etária, ou qualquer outro motivo.

III. DAS QUESTÕES ESTRUTURAIS POR TRÁS DAS VIOLAÇÕES DE DIREITOS NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

A Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), assim tendo definido a sua finalidade institucional:

Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Diante disso, cabe à ANS regular e fiscalizar as operadoras que integram a saúde suplementar, garantindo a proteção dos direitos dos consumidores e assegurando que a prestação dos serviços ocorra de forma adequada e em conformidade com as normas que regem o setor. A ANS deve equilibrar a qualidade dos serviços com a sustentabilidade econômica do setor, priorizando a proteção dos consumidores, sobretudo no que se refere à prevenção de práticas abusivas. Ademais, quando não for possível evitar tais abusos, é responsabilidade da autarquia adotar medidas repressivas, incluindo a aplicação das sanções administrativas cabíveis quando houver descumprimento das normas.

Todavia, a persistência de violações dos direitos dos beneficiários e as reiteradas providências ineficazes as quais as operadoras alegam promover indicam uma possível omissão da ANS em seu dever regulador. O modo de operação dos planos de saúde tem violado o direito fundamental à saúde de grupos sociais vulneráveis. Especialmente em relação ao modelo comercial das operadoras, destaca-se que, geralmente, elas investem em ampla propaganda e publicidade para atrair adesões a planos de saúde coletivos e, após um alto índice de adesão, realizam rescisões em massa.

Essa prática de publicidade agressiva, que visa à adesão aos planos coletivos, não faz distinção entre multinacionais, grandes empresas e os Microempreendedores Individuais (MEI), cujos CNPJs, constituídos por pessoas de baixa renda (autônomos e pequenos empreendedores), configuram o pertencimento a um grupo vulnerável. Isso contraria a justificativa das operadoras de que pessoas jurídicas não devem estar sob a proteção da vulnerabilidade. Além disso, ao privar massivamente o acesso à saúde suplementar, as operadoras impõem uma sobrecarga ao Sistema Único de Saúde (SUS), que já enfrenta uma alta demanda.

Segundo uma Nota Técnica divulgada pelo IDEC, a divisão de tratamento regulatório entre os planos de saúde individuais ou familiares e os planos de saúde coletivos ocasiona um fenômeno conhecido como falsa coletivização. A falsa coletivização consiste na oferta de planos de saúde na modalidade coletiva, mas com características econômicas de contratos individuais, na busca de escapar das obrigações regulatórias e legislações que protegem o consumidor, como o Código de Defesa do Consumidor.

Uma vez aderindo ao plano de saúde coletivo, o impedimento de rescisão unilateral do contrato deixa de ser aplicável. Essa prática resulta em desvantagens como o aumento de custos e diminuição de direitos. De acordo com o IDEC, a falsa coletivização prejudica a transparência e a proteção de direitos, pois muitos usuários não têm consciência das implicações de pertencer a um plano coletivizado. Assim, a falsa coletivização, além de caracterizar fraude em alguns casos, descaracteriza uma relação assimétrica e marcada pela vulnerabilidade dos contratantes com pessoa jurídica (PJ), que, embora sejam pessoas físicas, não contam com a proteção dos planos individuais, desenhada precisamente para

proteger esses consumidores.

A Defensoria Pública da União, em conjunto com o IDEC e o Procon-SP, enviou um ofício (Carta Idec nº 217/2024/Coex) à Agência Nacional de Saúde, no dia 27 de setembro de 2024, contextualizando as violações estruturais ocasionadas pelas rescisões unilaterais. O ofício relaciona providências emergenciais, como a necessidade da adoção de medidas para adequar as bases de dados (extração de informações precisas sobre o término do vínculo contratual), adequação da tramitação e análise das Notificações de Intermediação Preliminares (NIPs) sobre cancelamentos, e a imperiosa regulação do tema. Ao final, solicitou o desenvolvimento de medidas para que os problemas inerentes ao mercado de planos coletivos sejam regulados de forma apropriada. Embora esse ofício tenha apresentado dados graves, as informações prestadas pela ANS não enfrentam o problema na profundidade necessária.

Ressalta-se que, as operadoras de planos de saúde também se furtam de fornecer informações de interesse público, o que dificulta a coleta de informações que subsidiem uma atuação judicial sobre o tema. A ANS, por sua vez, alega que não possui uma base de dados sobre as informações manejadas no âmbito das operadoras, o que demonstra não ter controle sobre as motivações das rescisões em massa e, portanto, não existir averiguação sobre rescisões motivadas por questões discriminatórias, como por exemplo a seleção de risco. Isso evidencia, além da falha na prestação de serviços por parte das operadoras, a ineficiência da ANS em cumprir seu papel regulatório.

É fundamental que a Agência Nacional de Saúde revise periodicamente suas normas internas e, quando necessário, que essas normas sejam alteradas, acompanhando não apenas as mudanças sociais, mas também garantindo maior aderência aos propósitos da lei que instituiu a agência reguladora.

Embora esta Defensoria reconheça que o cerne do problema é estrutural e majoritariamente atribuído à ANS, as operadoras de planos de saúde não estão isentas de responsabilizações individuais, considerando as particularidades de cada caso que tramita nas unidades administrativas do Procon e perante o Poder Judiciário, visto que, as informações obtidas por meio da atuação desempenhada no âmbito da DPU não foram suficientes para afastar a possibilidade de práticas discriminatórias por parte dessas operadoras.

Diante desses desdobramentos, a Defensoria Pública da União entende que o problema é estrutural, uma vez que as normas estabelecidas pela ANS conferem às operadoras a possibilidade de operar seus serviços de forma que coloca em risco os direitos dos consumidores, sobretudo os direitos de grupos vulneráveis. A falta de uma atuação firme da ANS diante dos abusos os quais são de conhecimento público, e que ocorrem com amparo em normas regulatórias desalinhadas com a evolução social (desconsideração da atual predominância de doenças psíquicas, distúrbios de desenvolvimento, neoplasias diversas e o envelhecimento populacional), demonstra a urgente necessidade de submeter essa Agência a uma auditoria para revisar e fiscalizar sua política regulatória.

IV. IMPACTO DA AUSÊNCIA DE CONTROLE DA ANS NO CUMPRIMENTO DO TEMA 1082 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

A ausência de um controle efetivo por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) compromete a proteção dos direitos dos consumidores de forma geral e prejudica significativamente a aferição do Tema 1082 do Superior Tribunal de Justiça (STJ). Este tema versa sobre a continuidade do tratamento médico após a rescisão unilateral de planos de saúde coletivos, representando um marco importante na defesa dos direitos dos beneficiários em situação de vulnerabilidade.

O Tema 1082 do STJ estabelece que, mesmo após a rescisão unilateral do plano de saúde coletivo, a operadora deve garantir a continuidade do tratamento médico para o beneficiário já internado ou em tratamento que assegure sua sobrevivência ou incolumidade física, desde que o beneficiário arque com o pagamento das mensalidades. Essa decisão visa proteger os consumidores que dependem do plano de saúde, evitando que sejam prejudicados por uma rescisão unilateral no meio de um tratamento crítico.

Contudo, a efetiva implementação dessa decisão depende de fiscalização rigorosa e de um sistema de informações robusto, elementos que, conforme evidenciado neste relatório, parecem faltar no atual modelo regulatório da ANS. A ausência de uma base de dados centralizada e atualizada sobre rescisões unilaterais impossibilita que a ANS monitore adequadamente se as operadoras estão garantindo a continuidade dos tratamentos conforme previsto pelo STJ.

Essa lacuna informacional tem consequências graves. Sem um controle efetivo, beneficiários em situação de vulnerabilidade, como aqueles internados ou em tratamentos que garantem sua sobrevivência, podem ter seus direitos violados sem intervenção tempestiva da agência reguladora. A falta de transparência nas informações fornecidas pelas operadoras dificulta a identificação de padrões de rescisão que possam indicar práticas discriminatórias ou seleção de risco, aspectos que o Tema 1082 busca coibir.

Abordando as questões gerais sobre essas rescisões e visando garantir o cumprimento efetivo do Tema 1082 do STJ, a DPU propõe a implementação de medidas listadas nos encaminhamentos finais deste relatório, as quais não apenas fortaleceriam a capacidade da ANS de fiscalizar e garantir o cumprimento do Tema 1082, mas também contribuiriam para um sistema regulatório mais transparente e eficaz no âmbito da saúde suplementar. Ao assegurar que as operadoras cumpram suas obrigações legais e respeitem os direitos dos consumidores, especialmente dos grupos vulneráveis, será dado um passo significativo em direção a um sistema de saúde mais justo e equitativo para todos os brasileiros.

Abordando as questões gerais sobre as rescisões e visando garantir o cumprimento efetivo do Tema 1082 do STJ, a DPU propõe a implementação de medidas listadas nos encaminhamentos finais deste relatório. Essas medidas não apenas fortaleceriam a capacidade da ANS de fiscalizar e garantir o cumprimento do Tema 1082, mas também contribuiriam para um sistema regulatório mais transparente e eficaz no âmbito da saúde suplementar.

V. DA LEGITIMIDADE CONFERIDA AO CONGRESSO NACIONAL PARA REQUERER A REALIZAÇÃO DE AUDITORIAS AO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

A Lei nº 8.443, de 16 de julho de 1992, que dispõe sobre a Lei Orgânica do Tribunal de Contas da União (TCU), define as competências dessa instituição e seu papel na fiscalização, dentre outros, das atividades de órgãos públicos. Conforme o disposto nessa lei, o TCU tem o poder de atuar em diversas frentes, inclusive realizando auditorias e inspeções a pedido de órgãos do Congresso Nacional. Nesse sentido, o art. 38 da referida lei estabelece que:

Art. 38. Compete, ainda, ao Tribunal:

I - realizar por iniciativa da Câmara dos Deputados, do Senado Federal, de comissão técnica ou de inquérito, inspeções e auditorias de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial nas unidades administrativas dos Poderes Legislativo, Executivo e

Judiciário e nas entidades da administração indireta, incluídas as fundações e sociedades instituídas e mantidas pelo poder público federal;

II - prestar as informações solicitadas pelo Congresso Nacional, por qualquer de suas Casas, ou por suas comissões, sobre a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial e sobre resultados de inspeções e auditorias realizadas.

Além disso, a Constituição Federal reforça a legitimidade do Congresso Nacional no controle e fiscalização da administração pública por meio do Tribunal de Contas da União. O Congresso exerce essa função mediante o controle externo, cabendo-lhe, solicitar que o TCU realize auditorias em órgãos que envolvam a gestão dos recursos públicos. O art. 70 da Constituição estabelece o controle sobre a União e suas entidades:

Art. 70. A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder.

Art. 71. O controle externo, a cargo do Congresso Nacional, será exercido com o auxílio do Tribunal de Contas da União, ao qual compete:

[...]

IV - realizar, por iniciativa própria, da Câmara dos Deputados, do Senado Federal, de Comissão técnica ou de inquérito, inspeções e auditorias de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, nas unidades administrativas dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, e demais entidades referidas no inciso II.

Por sua vez, o art. 71 da Constituição define as competências específicas do Tribunal de Contas da União no auxílio ao controle externo exercido pelo Congresso. Esse artigo prevê, entre outras funções, a realização de inspeções e auditorias solicitadas pelos órgãos legislativos:

Art. 71. O controle externo, a cargo do Congresso Nacional, será exercido com o auxílio do Tribunal de Contas da União, ao qual compete:

[...]

IV - realizar, por iniciativa própria, da Câmara dos Deputados, do Senado Federal, ou de comissão técnica ou de inquérito, inspeções e auditorias de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, nas unidades administrativas dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, e nas demais entidades referidas no inciso II.

A instauração de auditoria no cenário atual é pertinente, considerando que alguns dos problemas estruturais no âmbito da ANS, abordados neste relatório, já foram monitorados em 2018, durante a auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União, por meio do Procedimento TC 021.852/2014-6 e, ainda assim, persistem. Na auditoria em comento, o acórdão nº 679/2018 determinou à ANS que adotasse as providências listadas:

- Elaborar e enviar ao TCU um plano de providências: Este plano deve contemplar a instituição de mecanismos de atuação que permitam a efetiva aferição da fidedignidade e a análise crítica das informações econômico-financeiras comunicadas à autarquia pelas operadoras de planos de saúde. Isso inclui a retomada das visitas técnicas às empresas e o tratamento dos casos em que forem identificadas práticas abusivas contra os consumidores.

- Reavaliar a metodologia para definição do índice máximo de reajuste anual: A ANS deve revisar a metodologia utilizada para a definição do índice máximo de reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares, a fim de prevenir, com segurança, os efeitos do possível cômputo em duplicidade da variação associada à atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, já que essa variação presumivelmente já é considerada pelas operadoras na definição dos reajustes dos planos coletivos.

- Recomendar à Agência Nacional de Saúde Suplementar: A ANS deve avaliar a conveniência e a oportunidade de exigir das operadoras de planos de saúde, no momento dos reajustes de preços, a disponibilização de informações que permitam a aferição do correspondente índice de sinistralidade verificado no período anterior. Isso inclui a discriminação e os quantitativos de procedimentos efetivamente demandados pelos beneficiários e os valores pagos aos prestadores de serviços.

VI. ENCAMINHAMENTOS FINAIS

Pelo exposto, a Defensoria Pública da União apresenta o presente relatório de atuação institucional para fins de avaliação quanto à possibilidade de encaminhamento ao **Tribunal de Contas da União, com objetivo de ser realizada auditoria na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**.

Diante do cenário demonstrado no presente relatório, evidencia-se a necessidade de que essa auditoria aborde, entre as pautas a serem definidas pelo Tribunal de Contas da União, as seguintes questões:

1. Tratamento de Dados: Criação de uma base de dados a ser alimentada periodicamente pelas operadoras de planos de saúde, contendo informações que sejam determinantes para, na eventual suspeita de práticas de rescisões unilaterais, eventuais ilegalidades possam ser identificadas.

2. Premissas que justificam o suposto equilíbrio de forças nos contratos coletivos, considerando o fenômeno da falsa coletivização apontada por estudos qualificados sobre o tema.

3. Revisão das normativas internas da ANVISA, sobretudo as Resoluções, para maior aderência aos propósitos da Lei das Agências Reguladoras.

4. Implementação de um sistema de notificação obrigatória e imediata de rescisões unilaterais, com informações detalhadas sobre o perfil dos beneficiários afetados e seus status de tratamento, permitindo à ANS identificar rapidamente potenciais violações ao Tema 1082.

5. Criação de um mecanismo de acompanhamento pós-rescisão, no qual as operadoras seriam obrigadas a reportar periodicamente sobre a continuidade dos tratamentos dos beneficiários afetados, garantindo fiscalização contínua e permitindo à ANS avaliar o cumprimento efetivo da decisão do STJ.

6. Estabelecimento de um canal de comunicação direto entre a ANS e o Poder Judiciário para o compartilhamento de informações sobre casos relacionados ao Tema 1082, facilitando a identificação de operadoras reincidentes em violações.

7. Realização de audiências públicas periódicas para discutir os avanços e desafios na implementação do Tema 1082, servindo como um fórum para que consumidores, operadoras, reguladores e especialistas debatam a eficácia das medidas adotadas.

A Defensoria Pública da União coloca-se à disposição para eventuais esclarecimentos sobre o tema dos cancelamentos unilaterais de planos de saúde coletivos, bem como para contribuir no fortalecimento das ações que visam promover os direitos humanos e defender grupos vulneráveis.

CAROLINA SOARES CASTELLIANO LUCENA DE CASTRO

Defensora Pública Federal
Defensora Nacional de Direitos Humanos

CAROLINA GODOY LEITE

Defensora Pública Federal
Coordenadora do Grupo de Trabalho Saúde da DPU

CAROLINA BALBINOTT BUNHAK

Defensora Pública Federal
Membra do Grupo de Trabalho Saúde da DPU

RAQUEL BRODSKY RODRIGUES

Defensora Pública Federal
Membra do Grupo de Trabalho Atendimento à Pessoa Idosa e à Pessoa com Deficiência

OLINDA VICENTE MOREIRA

Defensora Pública Federal
Membra do Grupo de Trabalho Atendimento à Pessoa Idosa e à Pessoa com Deficiência

MARCUS VINICIUS RODRIGUES LIMA

Defensor Pública Federal
Membro do Grupo de Trabalho Atendimento à Pessoa Idosa e à Pessoa com Deficiência



Documento assinado eletronicamente por **Carolina Soares Castelliano Lucena de Castro**, Defensora Nacional de Direitos Humanos, em 11/10/2024, às 11:42, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Marcus Vinícius Rodrigues Lima, Membro do GT**, em 11/10/2024, às 11:55, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Carolina Balbinott Bunhak, Membra do GT**, em 11/10/2024, às 13:56, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Raquel Brodsky Rodrigues, Membra do GT**, em 11/10/2024, às 15:22, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Carolina Godoy Leite, Coordenadora do GT**, em 11/10/2024, às 18:23, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Olinda Vicente Moreira, Coordenadora do GT**, em 15/10/2024, às 17:37, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://www.dpu.def.br/sei/conferir_documento_dpu.html informando o código verificador **7473799** e o código CRC **F4A3C3DB**.
