

Aos titulares dos planos de saúde do Unafisco Saúde,

Compreendendo que a pauta da convocação para a assembleia entre titulares dos planos de Saúde do Unafisco Saúde têm causado muitas e diversas dúvidas, a diretoria de Plano de Saúde reuniu, neste documento, as principais informações a respeito do tema.

1. A diretoria quer mudar o regulamento dos produtos do Unafisco Saúde?

A diretoria do Plano de Saúde do Sindifisco Nacional não pretende mudar o regulamento atual dos produtos do Unafisco Saúde, ou seja, a diretoria irá encaminhar em assembleia por manter os regulamentos dos planos em seu texto original, de modo que os dependentes não possam ter plano superior ao titular. Essa mudança no regulamento nunca foi o encaminhamento da diretoria para essa assembleia.

2. Se não há interesse em modificar os regulamentos, o que está motivando todo esse debate? Quando essas questões surgiram?

Em dois momentos bem específicos – após a assembleia de 27/7/2022 que aprovou um reajuste acima de 18% para o Premium – e após a aprovação, pelos beneficiários, da extinção do Premium e os prazos de migração, foram feitas solicitações ao Unafisco Saúde para que os titulares pudessem estar em plano inferior ao de seus dependentes, de maneira a compensar os efeitos do reajuste no orçamento daquele grupo familiar.

Em julho de 2022, a direção do Plano de Saúde que, naquele momento estava havia seis meses na gestão, seguindo os procedimentos definidos solicitou às gerências da operadora análises sobre a solicitação. Com o entendimento das

áreas técnicas de que seria permitido, as solicitações feitas à época foram acatadas a partir de agosto de 2022, já com a vigência do reajuste.

A assembleia que aprovou a extinção do Premium foi realizada em 14/12/2022 e, daquele momento até março de 2023, novas consultas sobre a possibilidade de contratos com titular em plano inferior aos dependentes foram realizadas. Seguindo a orientação da equipe técnica à época, foram atendidas.

Em março de 2023, a diretoria do Plano de Saúde, ao revisar os protocolos, compreendeu que havia uma cláusula nos contratos que impedia que eles fossem formatados nessa condição demandada por alguns beneficiários. Tal alteração contratual, para ser válida, deveria ser previamente aprovada em assembleia. Assim que constatada a falha na análise gerencial, a permissão foi suspensa e assim permanece até hoje.

3. O que a diretoria do Plano de Saúde fez ao constatar as irregularidades?

Em duas ocasiões, em abril e maio de 2023, o tema foi levado à discussão ao Conselho Curador do Unafisco Saúde. A avaliação da direção do Plano de Saúde é que mudar a cláusula poderia significar risco futuro à saúde financeira dos produtos. O Conselho Curador, em concordância, avaliou ser prudente não levar o tema à assembleia. A diretoria do Plano de Saúde acatou a recomendação.

No início de julho, a operadora iniciou o processo de regularização, administrativamente, dos contratos em situação de desconformidade. Expediu-se comunicado aos titulares dos grupos familiares avisando-os da necessidade de reversão da situação, com concessão de prazo de trinta dias a partir da ciência. O beneficiário poderia optar entre o titular retornar ao plano superior no qual estavam seus dependentes, ou estes migrariam para o plano inferior no qual se enquadrava o titular. Parte desses titulares já entrou em contato com a

operadora e acatou o reenquadramento como indicado. Outros não se manifestaram e há ação judicial, com liminar concedida, para manutenção da situação.

Com a deliberação do CDS de se convocar assembleia para que a pauta fosse apresentada à categoria para debate - o plano de saúde interrompeu o processo de regularização que vinha sendo tratado de forma individualizada com cada titular, até a deliberação.

4. Por que essa pauta foi parar em assembleia?

Nos dias 11 e 12 de julho, houve realização de CDS com pauta exclusiva para as questões do plano de saúde. A reunião foi convocada por iniciativa de 33 Delegacias Sindicais, com fundamento no art. 39, III, do Estatuto, que autoriza a convocação do Conselho por 1/3 de seus membros. A solicitação foi enviada à mesa do CDS em 28/05/2023.

Em complemento à solicitação, em 09/06/2023, a DS/Santos, em nome das demais subscritoras, especificou a pauta a ser tratada: o item 3 era sobre política e regramento de migrações de vidas entre planos do Unafisco Saúde. A mesa do CDS acatou integralmente a pauta sugerida e publicou edital de convocação. Em razão da extensa pauta e da necessidade de informações e debates em casa tópico, não houve tempo suficiente para tratar deste item 3 naquele CDS, ficando o tema pendente na pauta de CDS posterior, que foi realizado em agosto.

Nesse CDS, realizado nos dias 15 e 16 de agosto, em Brasília, a DS/Joaçaba, uma das 33 DS subscritoras da convocação do CDS, apresentou proposta para que se convocasse assembleia dos titulares do plano de saúde, para deliberar, especificamente, acerca das cláusulas regulamentares. A assembleia deveria ser convocada em até trinta dias. Na discussão, não houve encaminhamento contrário nem favorável. Aprovada a proposta, essa assembleia atende à essa

deliberação e, em obediência ao prazo estipulado, foi convocada pela direção nacional no último dia 13.

A assembleia foi convocada pela direção nacional em observância ao prazo estatutário, como previsto artigo 15, parágrafo 4º, como definido por essa diretoria em razão do Estatuto se sobrepor ao regimento. Com a convocação no dia 13, para assembleia dia 21, o prazo estatutário (cindo dias) foi plenamente observado é atendido.

5. Mas assembleia pode mudar cláusula de regulamento?

Sim. Cláusula contratual pode ser alterada por assembleia. Ressalta-se que não é objetivo da direção do Plano de Saúde propor ou aprovar nenhuma alteração em cláusula contratual neste momento. No entanto, com o propósito de dirimir dúvidas, vamos esclarecer esse ponto a seguir:

Um ponto de explicação é a diferença entre regimento interno e regulamento dos planos. Regulamento dos planos é o contrato no qual se baseia a relação entre as partes, operadora e beneficiário. O regimento interno é o documento que estabelece as regras gerais, objetivos da operadora, direito e deveres dos beneficiários.

O regimento interno do Unafisco Saúde, aprovado em 2013, prevê, expressamente, a possibilidade de cláusula dos contratos dos regulamentos de cada um dos planos vir a ser alterada, por meio de deliberação soberana assemblear, nos termos do art. 18, *in verbis*:

“Art. 18 – As alterações do Regimento e dos Regulamentos do Unafisco Saúde serão submetidas à aprovação da Assembleia Nacional dos Associados Titulares, mediante proposta:

- I. dos membros da Diretoria Executiva Nacional encarregados de administrar o Plano de Saúde;*

II. do Conselho Curador; ou

III. *subscrita por, pelo menos, 20% dos associados titulares.*

§ único - *As referidas propostas serão submetidas à Assembleia Nacional dos Associados Titulares com parecer do Conselho Curador.*"

6. Já houve, anteriormente, alguma alteração de cláusula aprovada em assembleia?

Sim. Na assembleia anual de reajuste, realizada 27/07/2023, o indicativo 2 submeteu à deliberação a possibilidade de flexibilizar a cláusula de fidelidade prevista nos regulamentos dos planos. Segundo essa cláusula, o beneficiário só poderia migrar de plano quando decorrido o prazo de doze meses. A flexibilização foi compreendida como importante em razão de mudanças na tomada de decisão do beneficiário, após a extinção do Premium. Não foi necessária qualquer comunicação à ANS acerca desta alteração. A irregularidade atual é em relação ao regulamento em alguns contratos, mas a operadora Unafisco Saúde encontra-se plenamente regular em relação à ANS.

7. As alterações no regulamento precisam ser aprovadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS?

Nem toda alteração contratual precisa ser comunicada à ANS. De acordo com a regulação do setor, as operadoras têm plena autonomia para estabelecer regras contratuais, ou modificá-las, desde que tais regras, ou suas modificações posteriores, não prejudiquem o direito dos beneficiários.

Sobre esse caso específico, de acordo com o art. 15, §2º, da Resolução Normativa 557, de 2022, a adesão de grupo familiar em plano coletivo por adesão dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência à saúde, não necessariamente na mesma modalidade de plano. Segundo entendimento da agência reguladora: “o ingresso ou a adesão do grupo

familiar do beneficiário titular dependerá da participação do titular no contrato de plano privado de assistência à saúde, e não no mesmo plano dos beneficiários dependentes. Desta forma, nada impede que, no mesmo contrato, o beneficiário titular proceda a sua inscrição num plano e a de seus beneficiários dependentes em outro(s) plano(s) privados de assistência à saúde.”

Sobre a necessidade ou não de se registrar alterações em planos junto à ANS, assim dispõe o art. 19 da Resolução Normativa 543/2022:

“Art. 19. A alteração do registro de produto poderá ser requerida pela Operadora para os itens descritos no §2º, de acordo com a forma e os procedimentos definidos em Instrução Normativa.

§1º As alterações efetivadas deverão alcançar a totalidade dos contratos vinculados ao plano, incluindo os anteriormente firmados.

§2º São passíveis de alteração:

I - a rede hospitalar, nos casos de redimensionamento por redução;

II - a rede hospitalar, nos casos de substituição;

III – os itens abaixo, desde que configurem ampliação de cobertura assistencial ou do acesso à rede de serviços e não impliquem em ônus financeiro para os beneficiários:

a) a rede hospitalar, incluindo tipo de vínculo com a operadora e disponibilidade dos serviços;

b) a rede de prestadores de serviço não hospitalar, mesmo que não seja característica do produto;

IV - nome do produto.

§3º O redimensionamento de rede hospitalar por redução e a alteração do nome do produto previstos nos incisos I e IV do § 2º, respectivamente, dependerão de autorização desta ANS, de acordo com a forma e os procedimentos definidos em normativo específico.

§4º A substituição de prestador hospitalar, prevista no inciso II do § 2º, deverá ser comunicada a ANS e aos beneficiários, com 30 (trinta) dias de antecedência.”

Importante frisar que o *caput* do art. 19 trata o registro de alteração como possibilidade da operadora, não como obrigação. Além disso, o § 2º do art. 19 elenca, expressamente, as hipóteses de comunicação de registro: a primeira, no inciso I, trata de redução da rede hospitalar; não é o caso do que se discutirá em

assembleia. A segunda, no inciso II, cuida da substituição da rede hospitalar; não é o caso do que se discutirá em assembleia. O terceiro, no inciso III, trata da ampliação da cobertura e/ou acesso à rede de serviços; não é o caso do que se discutirá em assembleia. E o quarto, no inciso IV, trata de modificação de nome do produto. O referido dispositivo elenca hipóteses de alteração na rede de atendimento de determinado produto ou a ampliação de sua cobertura ou mudança de sua denominação.

As operadoras têm plena autonomia para estabelecer regras contratuais, ou modificá-las, desde que tais regras, ou suas modificações posteriores, não prejudiquem o direito dos beneficiários.

8. Os contratos em irregularidade provocaram prejuízo até o momento?

A operadora não sofreu qualquer prejuízo econômico-financeiro com a adoção temporária da medida que flexibilizou a cláusula contratual. Entre agosto de 2022 e março de 2023, período em que a regra foi flexibilizada, havia 44 titulares que possuíam 56 dependentes em planos superiores. No total, os grupos familiares destes titulares englobavam 206 beneficiários, dos quais 44 titulares e 162 dependentes e agregados. Parte desses titulares já entrou em contato com a operadora e acatou o reenquadramento como indicado. Outros não se manifestaram e há ação judicial, com liminar concedida, para manutenção da situação

Sobre os contratos em situação irregular, a diretoria do Plano de Saúde pode afirmar que não representam prejuízo à saúde financeira, mas apenas até o momento. Conforme levantamento atuarial específico dos grupos familiares que se enquadraram nesta condição, a sinistralidade no período, de agosto 2022 a julho de 2023, ficou em 65%. As despesas assistenciais totalizaram R\$ 1,7 milhão de reais enquanto as receitas assistenciais superaram R\$ 2,6 milhões de reais.

A sinistralidade dos grupos familiares na situação específica ficou em patamar bem inferior a sinistralidade geral da operadora, de 91%, em igual período.

Diretoria do Plano de Saúde

19/09/2023