



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 6.715, DE 2013

(Do Sr. Ivan Valente)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para exigir prévia autorização da Agência Nacional de Saúde no caso de reajustes de planos ou seguros coletivos de saúde, e dá outras providências.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-4201/2012.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei estabelece a exigência de autorização pela Agência Nacional de Saúde – ANS, para os reajustes de planos ou seguros de saúde coletivos, além de vedar a rescisão unilateral de contratos coletivos por parte das operadoras dos planos de saúde, por meio de alterações na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 2º O art. 35-E da Lei nº 9.656, de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação de seu § 2º.

“Art. 35-E (...):

.....

§ 2º Nos contratos individuais e coletivos 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, que designará o valor teto dos reajustes anuais. Os reajustes anuais dos planos coletivos, individuais e familiares não poderão exceder a inflação acumulada no período, medida pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

Art. 3º O art. 35-E da Lei nº 9.656, de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação de seu inciso III:

“Art. 35-E (...):

.....

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual, familiar ou coletivo 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 Lei, independentemente do contrato ter sido celebrado antes ou depois da vigência desta Lei.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor sessenta (60) dias após sua sanção.

JUSTIFICAÇÃO

Essa proposição objetiva sanar grave problema que atinge os consumidores de planos de saúde coletivos em nosso País.

Os planos de saúde no Brasil são, em sua maioria, coletivos. Entre os planos comercializados a partir de 1999, apenas 20% são individuais ou familiares, e 80% são planos coletivos.

Destacamos ainda que dentre os planos coletivos, 85% possuem até 30 vidas, ou seja, têm pouco poder de negociação com as operadoras. Há casos em que os valores dos reajustes coletivos podem ultrapassar 100%, conforme pesquisas realizadas pelo IDEC (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor).

Devido a falta de regras para o reajuste destes planos coletivos, esta questão tem sido extremamente judicializada, sendo que o entendimento majoritário nos tribunais tem sido o de afastar os valores abusivos aplicados pelas operadoras. Tudo isso num quadro em que sequer a própria agência reguladora, a ANS, divulga os valores médios dos reajustes dos planos coletivos, sendo que o consumidor é surpreendido com valores abusivos.

O percentual já reduzido de planos individuais e familiares continua sofrendo acelerada queda de participação, tendo em vista que as grandes operadoras do setor têm evitado a venda de planos individuais, mas promovido a venda dos coletivos. Isso porque, além de serem mais lucrativos, os planos coletivos não estão submetidos a nenhuma exigência legal explícita de autorização prévia da ANS no caso dos reajustes anuais dos contratos coletivos.

Essa situação não guarda coerência com determinações do Código de Defesa do Consumidor – CDC -, que buscam garantir o direito básico à informação clara e adequada sobre a alteração dos valores dos serviços e que também procuram evitar que os consumidores sejam submetidos ao cumprimento de obrigações excessivamente onerosas.

Por outro lado, há ainda a quebra do princípio da previsibilidade e da segurança contratual, tendo em vista que no caso dos planos

coletivos as operadoras não contam com nenhuma norma legal capaz de impedir a ruptura unilateral destes contratos, em prejuízo dos consumidores.

Por essa razão, essa proposição propõe alteração no art. 35-E da Lei nº 9.656, de 1998, dos planos de saúde, para que não apenas os reajustes dos planos individuais sejam objeto de autorização prévia da ANS, como já ocorre, mas também, os coletivos, a partir de um índice inflacionário oficial que é o IPCA. Além de vedar a suspensão unilateral de contratos por parte das operadoras para os planos coletivos, tendo em vista que tal proibição já é prevista pela referida lei para os planos individuais e familiares.

Ao estabelecer esta exigência, a ANS disporá de instrumento para a devida proteção aos consumidores de planos de saúde coletivos, que terão seus reajustes baseado em um índice de preço amplamente utilizado no país, o IPCA.

O fim das rupturas unilaterais de contratos representará também uma maior segurança aos consumidores dos planos coletivos, em igualdade de direitos com os usuários dos planos individuais e familiares, que já tem esse princípio observado pela Lei.

Diante da relevância da matéria, solicito o apoio dos ilustres Pares para aprovar a proposição nesta Casa.

Sala das Sessões, em 6 de novembro de 2013.

Deputado IVAN VALENTE

<p>LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI</p>

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação

específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; (Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. (Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. (Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. (Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. (Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. (Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

Art. 2º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

.....

Art. 13. 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. (*“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: (*Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

I - a recontagem de carências; (*Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

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 (*Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

a) a recontagem de carências;

b) a suspensão do contrato e a denúncia unilateral, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, a cada ano de vigência do contrato;

c) a denúncia unilateral durante a ocorrência de internação do titular.

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular. (*Inciso acrescido dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. (*Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

.....

Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade, estará sujeita à autorização prévia da ANS;

II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;

III - 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 Lei;

IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em 60 (sessenta anos) ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:

I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com

adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;

III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;

IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;

V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.

§ 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.

§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo. [*\(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)*](#)

Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. [*\(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)*](#)

FIM DO DOCUMENTO