



C0068051A

CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 9.537, DE 2018

(Do Sr. Francisco Floriano)

"Altera a Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para dispor sobre a legitimidade de beneficiário de plano de saúde coletivo por adesão contra rescisão contratual unilateral realizada pela operadora de assistência à saúde".

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-1272/2015.

APRECIAÇÃO:
Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º. Esta Lei altera a Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para dispor sobre a legitimidade de beneficiário de plano de saúde coletivo por adesão contra rescisão contratual unilateral realizada pela operadora de assistência à saúde.

Art. 2º. A Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

“Art. 16-A. O beneficiário de plano de saúde coletivo por adesão possui legitimidade ativa para se insurgir contra rescisão contratual unilateral realizada pela operadora de planos de assistência a saúde”.

Art. 3º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

O objetivo desse Projeto de lei é autorizar o beneficiário de plano de saúde coletivo a ajuizar individualmente ação contra a operadora do referido plano para questionar abusividades do contrato, independente de a contratação ter sido intermediada pela pessoa jurídica a qual está vinculado.

O STJ entende que, ante a rescisão unilateral do contrato pela operadora, o beneficiário pode pretender garantir o direito de se manter no plano de saúde coletivo por adesão. Assim, o exame da legitimidade ativa para pleitear a referida manutenção deve se verificar em abstrato, à luz da Lei dos Planos de Saúde (Lei n. 9.656/1998 – LPS), acerca da relação jurídica própria dos contratos celebrados sob o regime coletivo.

Cabe considerar que o raciocínio segundo o qual os contratos dessa modalidade caracterizam-se como uma estipulação em favor de terceiro (STJ, REsp 1.510.697-SP, DJe 15/06/2015), a perplexidade surge, entretanto, quando a ação judicial não questiona apenas específicas cláusulas contratuais tidas por abusivas (Ex. reajuste de mensalidade, exclusão de coberturas), mas a própria viabilidade de manutenção do contrato contra a rescisão unilateral realizada pela operadora.

Na primeira hipótese, a cláusula contratual pode afetar apenas um pequeno grupo dentro da coletividade de beneficiários. Por outro lado, a rescisão do contrato afeta indistintamente todos os beneficiários do plano de saúde coletivo.

Em situações como essa, é importante observar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu por meio de Resolução Normativa que os contratos coletivos por adesão ou empresarial “somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias” (art. 17, parágrafo único, da RN 195/2009).

De qualquer modo, frise-se que a legitimidade ativa *ad causam* restringe-se ao exame puramente abstrato da titularidade dos interesses envolvidos na lide, ao passo que a instrução probatória a definir a procedência ou improcedência do pedido diz respeito ao mérito e não às condições da ação.

Por meio dessa perspectiva, é possível aferir que “o beneficiário é titular do interesse juridicamente protegido afirmado na pretensão, ao passo que a operadora do plano de saúde é a titular do interesse que se opõe à sua pretensão. Nessa ordem de ideias, à luz da teoria da asserção, e ante a possibilidade de a rescisão unilateral do contrato ser abusivamente praticada

pela operadora, o beneficiário final do plano de saúde coletivo está autorizado a ajuizar a ação para questionar o ato tido por ilegal". (STJ, REsp 1.705.311-SP, Rel. Ministra Nancy Andrigui, julgado em 09/11/2017, DJe 17/11/17).

Sala das sessões, 07 de fevereiro de 2018.

Deputado FRANCISCO FLORIANO (DEM/RJ)

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA

Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
Seção de Legislação Citada - SELEC

LEI N° 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. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza: (*“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

I - as condições de admissão;

II - o início da vigência;

III - os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;

IV - as faixas etárias e os percentuais a que alude o *caput* do art. 15;

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário; (*Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

VI - os eventos cobertos e excluídos;

VII - o regime, ou tipo de contratação:

a) individual ou familiar;

b) coletivo empresarial; ou

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

VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica; (*Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;

X - a área geográfica de abrangência; (*Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.

XII - número de registro na ANS. (*Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características,

direitos e obrigações. ([Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência. ([“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 13.003, de 24/6/2014, publicada no DOU de 25/6/2014, em vigor após decorridos 180 dias de sua publicação oficial](#))

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o *caput* deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 3º Excetuam-se do previsto no § 2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor. ([Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando: ([Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

I - nome da entidade a ser excluída; ([Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão; ([Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e ([Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor. ([Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

RESOLUÇÃO N° 195, DE 14 DE JULHO DE 2009

Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do artigo 10, combinado com os incisos II, XIII e XXXII do artigo 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e em conformidade com o disposto no art. 64, inciso II, alínea “a”, do Anexo I, da Resolução Normativa – RN nº 81, de 2 de setembro de 2004, em reunião realizada em 1 de julho de 2009, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Secção IV Das Disposições Comuns aos Planos Coletivos

Subseção II Da Rescisão ou Suspensão

Art. 17 As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Parágrafo único. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

Subseção III

Da Exclusão e Suspensão da Assistência à Saúde dos Beneficiários dos Planos Coletivos

Art. 18 Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

Parágrafo único. As operadoras só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

I - fraude; ou

II - por perda dos vínculos do titular previstos nos artigos 5º e 9º desta resolução, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

FIM DO DOCUMENTO