



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 9.925, DE 2018

(Do Sr. Carlos Henrique Gaguim)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para obrigar as operadoras de planos de saúde a concederem descontos aos beneficiários que utilizarem com pouca frequência os serviços contratados.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-176/2015.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para obrigar as operadoras de planos de saúde a concederem descontos aos beneficiários que utilizarem com pouca frequência os serviços contratados.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 16-A:

“Art. 16-A. As operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão conceder descontos progressivos nas respectivas mensalidades aos beneficiários que se utilizarem dos serviços contratados com pouca frequência, nos termos de regulamento.”

Art. 3º Esta Lei entra em vigor decorridos cento e oitenta dias da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Em conformidade com informação veiculada, em 2017, pelo Jornal Valor Econômico¹, o lucro das operadoras de planos de saúde aumentou 70,6% em 2016. Essas pessoas jurídicas, que atuam num importante segmento econômico no País, auferem, anualmente, bilhões de reais, uma vez que, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), há cerca de 47,3 milhões de brasileiros vinculados a elas². Ou seja: aproximadamente 25% dos habitantes do País pagam mensalidades, na maioria das vezes altas, para garantir atendimento em caso de problemas de saúde inesperados. Os valores desses planos são reajustados não apenas anualmente, com índices superiores à inflação³, como também quando ocorre mudança de faixa etária.

Entre os beneficiários, há aqueles que se utilizam dos serviços contratados pouquíssimas vezes durante a vida. São pessoas com condições de saúde favoráveis e estáveis, que custeiam as mensalidades por questão de precaução, mas quase nunca realizam consultas, internações ou outros serviços cobertos. De acordo com a legislação vigente, esses sujeitos são igualados com outros que se utilizam, intensivamente, dos serviços contratados. Num mesmo tipo

¹ <http://www.valor.com.br/empresas/5001906/lucro-das-operadoras-de-planos-de-saude-sobe-706-em-2016-afirma-ans>

² <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>

³ <http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,ans-autoriza-reajuste-de-ate-13-55-em-planos-de-saude,70001806173>

de contrato, duas pessoas, da mesma idade, mas que têm perfis completamente diferente de utilização, pagam o mesmo valor às operadoras.

Isso, na nossa opinião, tem de ser mudado. Aquele que cuida mais da saúde e, por isso, necessita visitar os serviços de saúde com menos frequência, tem de ser favorecido. Atualmente, consoante a ANS⁴, ao beneficiário que aderir ao programa de promoção do envelhecimento ativo poderá ser concedido desconto na mensalidade do plano. No entanto, isso é apenas uma faculdade. Nada obriga as operadoras a proporcionar esse desconto.

Por isso, propomos este PL, na expectativa de modificar esse panorama. Contamos com o apoio dos nobres parlamentares nesta causa.

Sala das Sessões, em 03 de abril de 2018.

Deputado CARLOS HENRIQUE GAGUIM

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
 Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
 Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
 Seção de Legislação Citada - SELEC

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. 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

4

http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=899&historico=15343144

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)*

§ 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)*

.....

FIM DO DOCUMENTO