

**PROJETO DE LEI Nº , DE 2019.
(Do Sr. Felipe Carreras)**

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 obrigar as empresas de planos de saúde a oferecer e comercializar planos de saúde individuais aos consumidores e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

“Art. 1º O art. 8º da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do incisos VIII, com a seguinte redação:

‘Art. 8º

.....

VIII – comercializar plano individual ou familiar de assistência à saúde:

- a) no mínimo 25% dos produtos ofertados pela operadora deverão ser na modalidade individual ou familiar;
- b) do formulário de adesão ao plano individual deverá constar valores individualizados sobre as contraprestações pecuniárias do disciplinado nos incisos I, II, III e IV do artigo 12.

..... ’ ” (NR)

Art. 2º O parágrafo único do art. 13 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 13

.....

Parágrafo Único. Os produtos de que trata o caput terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

..... ” (NR)

Art. 3º Renumera-se o parágrafo único para § 1º do art. 16 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e inclui o §2º com a seguinte redação:

“Art. 16

.....

§ 1º

§2º Poderá o usuário sempre que solicitar, contratar ou migrar seu contrato para a cobertura de uma ou mais de uma das modalidades previstas nos incisos I, II, III e IV do artigo 12 respeitando a tabela de valores disciplinadas na alínea “b” do inciso VIII do artigo 8º.” (NR)

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art 5º As operadoras de plano de saúde terão 12 meses da data de publicação desta lei para se adequarem ao disposto na alínea “a” do inciso VIII do artigo 8º

JUSTIFICATIVA

O mercado de planos de saúde presta serviços para 47,2 milhões de beneficiários, o que representa cerca de 24,5% da população brasileira,

segundo dados da ANS¹. Desses 47,2 milhões, 80% é composto de planos de saúde coletivos e a tendência é que essa modalidade cresça ainda mais.

No mercado de planos de saúde, é forte a pressão em favor dos planos coletivos. Para as grandes operadoras não há mais a opção do contrato individual e, entre aquelas em que ainda é possível encontrar planos individuais, os preços iniciais são muito elevados e até proibitivos em comparação aos planos coletivos. Pesquisa realizada pelo Idec em 2015 constatou que apenas metade das opções listadas no site da ANS é realmente vendida pelas operadoras dos planos de saúde².

Frente a ausência de planos de saúde individuais, ocorre o fenômeno da falsa coletivização, ou seja, da contratação de planos de saúde coletivos em situações em que estes não são elegíveis, ou seja, situações em que não há relação associativa ou empregatícia verdadeira.

Uma investigação iniciada pelo Ministério Público Federal em 2017³ verificou que corretores de planos de saúde estavam propondo a consumidores que queriam planos individuais a criação de personalidade jurídica com a finalidade de contratar planos coletivos. Em alguns casos, os próprios corretores criavam uma Microempresa Individual (MEI) para oferecer tais planos.

Não bastasse o risco de envolvimento em uma fraude, planos falsos coletivos deixam o consumidor em situação de maior vulnerabilidade. Grupos pequenos, como são característicos os da falsa coletivização, não tem qualquer poder de barganha junto às operadoras, podendo sofrer discriminação na contratação (pela presença de algum candidato portador de doença ou lesão), reajuste elevados ou ainda ter o contrato rescindido sem motivo após os 12 primeiros meses.

O que explica essa preferência pelos planos coletivos é que empresas de planos de saúde se utilizam de uma artimanha para se negarem a oferecer planos de saúde individuais, obrigando os consumidores a adquirir planos coletivos que não contam com garantias importantes aos consumidores.

Os planos de saúde individuais contam com duas proteções fundamentais ao consumidor, que não existem nos planos coletivos. Nos planos individuais, o reajuste dos planos é autorizado anualmente pela Agência

¹ Dados de setembro de 2016 da “Sala de Situação” da ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>>. Acessado em: 17 de janeiro de 2019.

² <https://idec.org.br/o-idec/sala-de-imprensa/release/pesquisa-do-idec-mostra-que-so-metade-dos-planos-individuais-familiares-indicados-pela-ans-so-realmente-vendidos>

³ <https://exame.abril.com.br/negocios/mpf-investiga-fraude-bilionaria-em-planos-de-saude/>

Nacional de Saúde Suplementar (ANS), não podendo as operadoras aplicar aumentos superiores aos autorizados pela ANS. Além disso, também nos planos individuais, não podem as empresas rescindir unilateralmente os contratos com os consumidores.

Mediante esta manobra que as empresas de planos de saúde adotam cabe a este parlamento sanar esta debilidade da legislação para que o consumidor não continue sendo prejudicado com reajuste sem uma apropriada revisão estatal.

Propomos, primeiramente, alteração no artigo 8º na lei dos planos de saúde para que as operadoras sejam obrigadas a comercializar os planos individuais e familiares, ampliando sua oferta para que pelo menos 25% dos planos de saúde disponibilizados, por operadora, no mercado, sejam individuais.

Outra alteração necessária se refere ao art. 13 da lei 9656/98. Nos contratos coletivos, a Agência não atua em situações de reajustes de preço e cancelamentos de contrato. Por conta disso, há rescisão unilateral de contratos, de uma hora para outra; a imposição de aumentos não previstos claramente em contrato; e a ocorrência de reajustes por sinistralidade. Tudo isso, sem qualquer justificativa ou acompanhamento da ANS.

O argumento da Agência para não intervir na rescisão unilateral de contratos coletivos é embasado no fato de a Lei 9.656/98 proibir textualmente a ruptura dos contratos individuais, mas não fazer qualquer menção aos coletivos.

Assim, apontamos ser necessária a supressão da expressão “contratada individualmente” para que as garantias de reajuste nos planos coletivos sejam controlados pela ANS e a proibição de rescisão unilateral não justificada.

Por fim, incluímos o parágrafo segundo ao artigo 16 para que o beneficiário possa determinar qual tipo de cobertura interessa a ele, ou combinação das quatro modalidades disciplinada na lei (ambulatorial, internação hospitalar, atendimento obstétrico e odontológico).

Conforme se verifica dos dados da ANS, 87,12% dos planos contratados são de cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, 7,43% são de planos referência, 4,19% são ambulatoriais, e apenas 0,99% são hospitalares⁴.

⁴ <http://ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>

Entendemos ser de suma importância o consumidor poder definir como será composta a sua cobertura, o que hoje não é possível dada a escassez de planos fora das coberturas amplas tradicionais. e não ser obrigado a pagar a mais por isso.

Conto com o apoio dos nobres pares para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, abril de 2019.

**Deputado Felipe Carreras
PSB/PE**