

A standard linear barcode is located here, used for document tracking.

C0073542A

CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 2.485, DE 2019

(Do Sr. Acácio Favacho)

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 vedar a suspensão ou rescisão unilateral de contratos nas hipóteses que menciona.

DESPACHO:

APENSE-SE AO PL-4201/2012.

APRECIAÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei modifica a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para vedar a suspensão ou rescisão unilateral de contrato individual de Plano Privado de Assistência à Saúde ou contratos de produtos de que trata o § 1º do art. 1º da referida Lei, por prazo não consecutivo e quando o segurado comprovar manutenção de vínculo empregatício, mas que, por responsabilidade de empresa, órgão ou entidade, não esteja percebendo remuneração integral devida ou no dia originalmente programado.

Art. 2º O art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 13.

§ 1º. (NR)

.....
II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias consecutivos, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e (NR)

.....
§ 2º A vedação à suspensão unilateral do contrato prevista no inciso II do § 1º do **caput** também se aplica aos casos em que o segurado comprove manutenção de vínculo empregatício, mas que, por responsabilidade de empresa, órgão ou entidade, não esteja percebendo remuneração integral devida ou no dia originalmente programado. (NR)

§ 3º Na hipótese do § 2º do **caput**, a rescisão unilateral somente poderá ser aplicada na hipótese de não-pagamento da mensalidade por prazo superior a noventa dias consecutivos, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o octogésimo dia de inadimplência. (NR)

Art. 3º O art. 30 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo:

Art. 30.

.....
§ 7º Se a rescisão unilateral ocorrer nos termos do § 3º do art. 13 em relação ao consumidor que contribua em decorrência de vínculo empregatício, em caso de nova adesão ao mesmo produto, não poderá ser reiniciada a contagem de carências. (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

Atualmente, a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, trata, por exceção, das hipóteses de **suspensão ou rescisão unilateral** dos produtos contratados individualmente (**planos de saúde individuais ou familiares**), em caso de fraude, que é um caso à parte, e, no que interessa a este PL, para os casos em que não haja pagamento da mensalidade por prazo superior a sessenta dias **consecutivos OU NÃO**, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que haja notificação prévia até o 50º dia de inadimplência, mas nunca na vigência de internação.

Em caso à parte, e ao amparo da Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 195, de 2009, tem-se que, hoje, os planos coletivos (empresariais ou por adesão), podem ser rescindidos ou ter sua cobertura suspensa em caso de inadimplemento, desde que as condições para tal constem do contrato celebrado, e que haja notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.

A presente proposição visa a trazer a discussão para esta Casa sobre a possibilidade de os planos de saúde suspenderem ou rescindirem unilateralmente os contratos no contexto do atual cenário dos servidores e empregados públicos, e trabalhadores das mais diversas áreas que, infelizmente, sentem, de imediato, a grave crise que passam vários Estados e municípios do nosso País.

Todos os dias há notícias de servidores e empregados com salários atrasados; parcelados; demissões em massa, a partir de decisões de fechamento de grandes empresas, tendo como exemplo recente, o fechamento da fábrica da Ford no Brasil; contratos em inadimplência ou sendo rescindidos após denúncias de vícios ou até mesmo de corrupções; empregados em vias de serem dispensados, a partir de decisões das próprias empresas de suspenderem ou encerrarem suas atividades em determinados municípios que sobrevivem, quase exclusivamente, da geração de empregos destas

Nobres pares, discussões nas legislaturas anteriores pareciam olhar quase exclusivamente para possíveis desequilíbrios nestas relações contratuais, mas identificamos que sempre em favor das operadoras.

Foram analisadas várias proposições que tentavam discutir se, por exemplo, era correto que determinado contratante de plano de saúde, ao atrasar o pagamento durante seis meses, por dez dias, deveriam mesmo estar sujeito, por Lei, à rescisão unilateral pela contratada.

Vejamos: neste caso específico há duas penalizações ao contratante, pois se o pagamento de mensalidade em atraso já é acrescido de correção e multa (penalização 1), podem as operadoras de planos de saúde, ainda assim, já recebendo os valores atualizados, rescindir ou suspender unilateralmente o contrato (penalização 2)? É isso que essa Casa quer como regra?

Qual o real prejuízo para as operadoras quando os pagamentos são feitos com atraso, dentro de um período determinado, com multa e correções? Julga-se que os contratantes optam livremente por serem considerados inadimplentes e pagar muito mais caro em razão disso?

Os planos de saúde foram apontados como o terceiro maior desejo dos brasileiros, perdendo apenas para os itens educação e casa própria. Esta é uma das conclusões de uma pesquisa realizada recentemente pelo Ibope Inteligência, a pedido do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).¹

Como dito, um dos pontos deste Projeto é justamente trazer tal discussão para a realidade que temos em nosso País hoje, e a primeira alteração legislativa é que a rescisão ou a suspensão possam ocorrer apenas quando o não pagamento ocorrer por **determinado lapso temporal CONSECUTIVO**.

O consultor financeiro Philip Souza, da Criterion Finanças Pessoais, explica que a escolha de continuar no plano de saúde privado dependerá das prioridades eleitas por cada família. Há quem prefira, por exemplo, cortar a escola particular das crianças para manter o convênio particular.²

Nessa discussão, temos que ter em conta que nossa Constituição prevê que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”, mas temos claro que hoje somente o sistema público de saúde não tem sido capaz de atender às necessidades em cada um dos mais de cinco mil e quinhentos municípios brasileiros distribuídos nos 26 Estados e no Distrito Federal.

Precisamos, em termos de Poder Legislativo federal, assegurar que políticas públicas resultem, de fato, em melhorias do sistema público de saúde, cuja execução é exclusiva do Poder Executivo. Mas, enquanto caminhamos para isso, precisamos também recorrer à soluções que sejam razoáveis à todos, e não penalizar ainda mais o nosso povo ante um nicho de mercado que exerce força desproporcional nesta relação.

Com tais considerações, temos evidenciado que, por um lado, o Estado não tem proporcionado de forma ideal o atendimento às demandas de saúde, e, por outro, tem

¹ <https://www.unimed.coop.br/web/extremooeste/informativo/brasileiros-apontam-plano-de-saude-como-uma-prioridade-de-vida>

² <https://exame.abril.com.br/seu-dinheiro/foi-demitido-veja-dicas-para-manter-o-plano-de-saude/>

reduzido a capacidade de que nosso povo busque soluções alternativas para seu bem mais precioso, que é a sua vida e a de seus familiares.

Temos que considerar que nesse processo há diversos fatores incontroláveis, mas há os controláveis que precisamos trabalhar nessa Casa.

Neste ponto, refiro-me ao que disse inicialmente em relação às situações de salários atrasados, parcelados e grandes demissões, ou seja, voltando-se para a previsão constitucional sobre garantir a saúde mediante políticas, inclusive econômicas (é o trecho do art. 196 da Constituição).

Assim, a segunda parte do Projeto pretende resguardar a manutenção dos planos de saúde para os **casos em que há salários atrasados ou parcelados**, como sabemos que, além de uma realidade, tem sido cada vez mais corriqueiro. Infelizmente!

Nesse sentido, a proposição dispõe que, **comprovado que há manutenção de vínculo empregatício, mas que, por responsabilidade de empresa, órgão ou entidade, o contratante não esteja percebendo remuneração integral devida ou no dia originalmente programado**, aplica-se, inicialmente, a vedação à suspensão unilateral.

Neste caso, a rescisão unilateral somente poderá ocorrer “*na hipótese de não-pagamento da mensalidade por prazo superior a NOVENTA dias consecutivos, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o octogésimo dia de inadimplência*”.

Ou seja, também exclusivamente neste cenário exposto, para que o não pagamento seja causa de rescisão unilateral, este deverá ser por prazo consecutivo, mas, por prazo superior ao atual de 60 dias, passando-se para 90 dias, devendo, por conseguinte, a notificação da contratada ocorrer até 80 dias de inadimplência.

A última alteração legislativa deste projeto refere-se aos planos de saúde em que os **consumidores contribuam para planos de saúde em razão do vínculo empregatício**, assegurando-se a estes que, após rescisão unilateral, ou seja, se comprovado que o não pagamento ocorreu em razão de situação que escapou ao seu controle por período superior a noventa dias, e este pretenda nova adesão ao mesmo produto, **não deverá ser reiniciada a contagem de carências**.

Ressalte-se que não se pretende desconsiderar que as operadoras de planos de saúde devem preservar equilíbrio econômico-financeiro ou impor que estas suportem ônus demasiado capaz de inviabilizar suas atividades, mas sim, equilibrar a realidade do nosso País para uma parcela específica que, além de se verem literalmente impedidos de adimplir suas

obrigações em dias, por razões que lhes escapam ao controle, são duplamente penalizados por força de Lei elaborada nesta Casa.

Por fim, antecipando-me às análises pelas quais as proposições nesta Casa devam passar, tenho certo que presente projeto não viola regras ou princípios da Constituição Federal, pelo contrário, os reforça, inovando no ordenamento jurídico, razão porque há constitucionalidade e juridicidade, sendo claro que não tem implicações orçamentárias e financeiras (art. 54 do RICD).

Brasília, 24 de abril de 2019.

Deputado Acácio Favacho
PROS/AP

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

**CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988**

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

**TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL**

**CAPÍTULO I
DISPOSIÇÃO GERAL**

**Seção II
Da Saúde**

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

.....
.....

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. 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. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua

condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. (*“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o *caput* será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. (*Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no *caput* deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. (*Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar. (*Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. (*“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no *caput* é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo. (*Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do artigo 30. (*Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 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 I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a classificação 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.

Art. 2º Para fins de contratação, os planos privados de assistência à saúde classificam-se em:

- I - individual ou familiar;
 - II - coletivo empresarial; ou
 - III - coletivo por adesão.
-
.....

FIM DO DOCUMENTO
