

**PROJETO DE LEI N° , DE 2019**  
(Do Sr. JULIO CESAR RIBEIRO)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tratar do reajuste dos valores de reembolso das despesas efetuadas com prestadores não participantes da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tratar do reajuste dos valores de reembolso das despesas efetuadas com prestadores não participantes da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada.

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. Nos contratos que previrem o reembolso das despesas efetuadas com prestadores não participantes da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, o índice de reajuste dos valores de reembolso deve ser igual ou maior do que o índice de reajuste por variação de custos aplicado, anualmente, às contraprestações pecuniárias pagas pelos beneficiários.”

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

## JUSTIFICAÇÃO

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os reajustes para os planos podem ocorrer em três situações: por revisão técnica (tipo de reajuste que está, atualmente, suspenso), que consiste em aumentar os preços dos planos, após autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para sanar um desequilíbrio econômico; por mudança de faixa etária, regra comum a todos os planos, de acordo com critérios definidos pela legislação e pela ANS; e por variação de custos, que pode ser feito uma vez ao ano, na data de aniversário do contrato.

A aplicação de cláusula de reajuste por variação de custos nos planos individuais depende de prévia autorização da ANS, segundo o art. 35-E, §2º, da Lei nº 9.656, de 1998. No entanto, nos planos coletivos, aos quais estão vinculados 81% dos beneficiários atuais<sup>1</sup>, o índice de reajuste por variação de custos é definido, na maioria esmagadora dos casos<sup>2</sup>, conforme as normas contratuais livremente estabelecidas entre a operadora de planos de saúde e a empresa ou instituição que contratou o plano.

Embora as operadoras reajustem as mensalidades pagas pelos consumidores a cada ano, não fazem o mesmo com os valores relativos ao reembolso nos contratos que preveem resarcimento das despesas efetuadas com prestadores não participantes da rede da operadora. As tabelas de reembolso, que constam dos contratos, em boa parte das circunstâncias, ficam completamente desatualizadas e desconformes com os reais valores cobrados por prestadores de serviços de saúde. Com isso, cada vez mais os beneficiários de planos de saúde são prejudicados nas suas relações com as operadoras.

Repetindo a Ministra Cármem Lúcia, na decisão histórica de suspensão de uma resolução normativa da ANS que estabelecia patamares

---

<sup>1</sup> <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>

<sup>2</sup> Com a finalidade de proteger os beneficiários de contratos com número reduzido de pessoas, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, por meio da qual decidiu que as operadoras de planos de saúde deverão agrupar seus contratos coletivos com menos de 30 vidas num grupo único para aplicação do reajuste. O objetivo da medida, que começou a valer para os reajustes feitos a partir de maio de 2013, foi o emprego de índices uniformes para esses contratos com menor capacidade de negociação junto às operadoras.

altíssimos para a coparticipação em planos, declaramos que “saúde não é mercadoria; vida não é negócio; dignidade não é lucro”. Por isso, não podemos deixar que as operadoras, em busca de lucro desmedido, prejudiquem os consumidores de planos que, mensalmente, dispõe de parcela salutar de seus rendimentos em busca de uma boa prestação de serviços de saúde.

Pedimos, portanto, apoio dos nobres pares para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

Deputado JULIO CESAR RIBEIRO

2019-8777