

PROJETO DE LEI N.º _____, DE 2016
(Do Sr. Rubens Bueno)

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 estender a sua aplicação aos planos de saúde coletivos.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A ementa da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Dispõe sobre os planos e seguros privados individuais e coletivos de assistência à saúde.”

Art. 2º Os artigos 1º, 8º, 9º, 14 e 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passam a vigorar com as seguintes redações:

“Art. 1°

Plano Privado Individual, Familiar, ou Coletivo 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.

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de

peças jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde.”

.....
“Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

.....
VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;

VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde.

.....
§ 3º

.....
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde;”

.....
“Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as peças jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:

.....
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de planos ou produtos individuais, familiares, ou coletivos caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial.”

“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 individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde.”

“Art. 16.....

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano

individual, familiar, ou coletivo 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.”

Art 3º Esta Lei entra em vigor 30 (trinta dias) após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O presente Projeto de Lei tem por objetivo evitar a omissão das agências reguladoras em relação aos planos coletivos, predominando o que estabelece o contrato feito entre a operadora e a empresa, a associação ou o sindicato ao invés do que já está disposto em lei. De acordo com o crescente aumento de adesão do consumidor para com a modalidade dos planos e seguros de saúde coletivos, se faz mais que necessário discutir mudanças na regulação.

Apresentamos a proposição, a partir da contribuição do eleitor Ivan Paulo Souza Martins, com a finalidade de prevenir que as operadoras de plano de saúde utilizem os planos coletivos de saúde como rota de fuga em relação à Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. O plano coletivo pode ser de dois tipos: o empresarial, feito por empresas para seus funcionários; e o coletivo por adesão, feito por grupos formados em sindicatos ou associações.

Deve-se observar que a aprovação da Lei 9.656 pelo Congresso Nacional foi um marco histórico da regulação sobre o mercado dos Planos de Saúde, o qual trouxe restrição da liberdade das operadoras e ampliação da cobertura mínima a ser oferecida. Um significativo avanço em defesa dos usuários dos planos de saúde.

A insatisfação dos usuários de planos de saúde – muitos deles com mensalidades em valores estratosféricos – é frequente. Não é à toa que essas empresas estão sempre entre as líderes de reclamações junto aos órgãos de defesa do consumidor. Não bastassem as barreiras que muitos associados encontram na hora de utilizar seus planos de saúde (demora na marcação de consultas, exclusão de coberturas de exames e internações etc.),

os usuários estão encontrando enormes dificuldades de contratar seu plano de saúde privado, pois as operadoras incentivam e, muitas vezes, ludibriam o consumidor por um contrato coletivo, pois para as operadoras de saúde este é um grande negócio, porque:

- A ANS tem muitas vezes sido omissa em relação aos planos coletivos, predominando o que estabelece o contrato feito entre a operadora e a empresa, a associação ou o sindicato;

- Os reajustes anuais não precisam de autorização prévia da ANS;

- Diferente do que ocorre com os contratos individuais e familiares, a legislação não proíbe explicitamente o cancelamento unilateral do contrato por parte das operadoras.

Em outros termos, o reajuste do plano coletivo não tem limite. Todo ano, a operadora decide qual será o aumento na mensalidade. E mais: mesmo pagando em dia, o associado/consumidor pode ainda assim ter o plano cancelado. Mas, difícil mesmo de imaginar é que tudo isso aconteça diariamente e não tenha nada de irregular.

Além do mais, de acordo com o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, o Idec, os planos individuais estão diminuindo porque os coletivos são mais lucrativos para as operadoras. Esse mercado de planos coletivos também tornou complicado entender como um contrato desses é feito. Hoje as operadoras não fazem mais contrato direto com o usuário. Elas têm administradoras terceirizadas. E os grupos de usuários que formam os planos coletivos são organizados por sindicatos ou associações de classe. Então, quando o consumidor contrata um plano coletivo por adesão, o mesmo entrou em um grupo das associações ou sindicatos, que contratou a administradora, que vai ter a operadora como uma prestadora de serviço. Na teoria, o consumidor só poderia entrar em um plano desses se fosse ligado a alguma entidade de classe. Na prática, os corretores podem dar um *jeitinho* nisso, até mesmo e em muitos casos sem o consumidor saber. Isso tem ocasionado parte do crescimento da adesão aos planos coletivos, causando um fenômeno que começa a ser conhecido no mercado como "falsa coletivização", ou seja, planos que se mascaram de coletivos para fugir do controle da ANS.

Com base no exposto, o presente Projeto de Lei pretende levar aos usuários de planos de saúde privado, tanto individuais como coletivos, igualdade de direitos, retirando a brecha encontrada pelas operadoras para fugir da lei dos Planos de Saúde, fazendo com que os planos coletivos e individuais tenham as mesmas regras rígidas, que hoje só se aplicam aos planos individuais. Nisso se incluem, por exemplo, o reajuste máximo do valor da mensalidade, que é definido todo ano pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Na mesma toada, a operadora só poderá cancelar o plano de saúde coletivo se o usuário efetivamente parar de pagar.

Daí decorre que a presente proposição vem ao encontro do interesse público porque atende às famílias que, pelas dificuldades encontradas para utilizar o SUS, passam a procurar atendimento em grupos de medicina privada, como os planos de saúde, e têm dado preferência aos planos coletivos, pois para os clientes o chamariz é o valor das prestações iniciais, cerca de 30% a 40% mais baratas do que nos planos individuais. Com efeito, inicialmente poderia parecer um bom negócio, mas as pessoas não sabem da falta de controle dos aumentos e da possibilidade de ter o contrato cancelado exatamente quando mais precisarem.

Dessa forma, conclamamos os nobres pares a aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, em 20 de junho de 2016.

DEPUTADO RUBENS BUENO
PPS/PR