



SENADO FEDERAL
Senador FLÁVIO ARNS

SF/24928.17185-06

PROJETO DE LEI Nº , DE 2024

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências, para estender aos planos de saúde coletivos normas aplicáveis aos planos de saúde individuais ou familiares.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O parágrafo único do art. 13 da Lei nº 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*, contratados individual ou coletivamente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

.....” (NR)

Art. 2º O art. 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, renumerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

“**Art. 16.**

.....

§ 1º

§ 2º O índice máximo de reajuste anual de que trata o inciso XI do *caput*, para quaisquer dos regimes de contratação elencados no inciso VII do *caput*, serão submetidos à autorização da ANS, na



SENADO FEDERAL
Senador FLÁVIO ARNS

SF/24928.17185-06

forma do inciso XVII do *caput* do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.” (NR)

Art. 3º O art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar acrescido do seguinte § 5º:

“**Art. 4º**

.....

§ 5º A autorização de que trata o inciso XVII do *caput* aplicar-se-á aos planos privados de assistência à saúde de todos os regimes ou tipos de contratação elencados no inciso VII do *caput* do art. 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.” (NR)

Art. 4º Esta Lei entra em vigor no prazo de cento e oitenta dias a partir da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

De acordo com levantamento periódico publicado pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), os planos de saúde lideram o ranking de queixas e reclamações de consumidores há quase uma década. No ano de 2023, o segmento atingiu recorde histórico, representando quase 30% de todas as queixas dos consumidores brasileiros. Com efeito, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que são registradas, em média, cerca de 900 reclamações por dia contra as operadoras de planos de saúde. O maior número de queixas tem como alvo os planos coletivos.

Grande parte das reclamações em relação aos planos coletivos decorre do fato de eles terem uma regulação menos rígida pela ANS e pela Lei dos Planos de Saúde. Na prática, os planos coletivos tornaram-se o principal – ou, muitas vezes, o único – foco de interesse das operadoras, devido à sua maior lucratividade. Eles também se mostraram muito atraentes para o consumidor, que, na maioria das vezes inconsciente das diferenças regulatórias, opta pelo produto mais acessível.



SENADO FEDERAL
Senador FLÁVIO ARNS

SF/24928.17185-06

Essa dinâmica do mercado fez surgir no País planos de saúde conhecidos como “falsos coletivos”, em que o indivíduo adere a alguma entidade associativa com o fito exclusivo de ter acesso a um plano de saúde para si ou para sua família. A inexistência de oferta de planos individuais forçou o consumidor a fazer uso desse subterfúgio para ter acesso a um plano de saúde privado.

O Grupo de Estudos Sobre Planos de Saúde (GEPS), do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, elaborou análise da evolução desses “falsos coletivos” durante a década passada. Em 2020, aumentou para 5,44 milhões o número de pessoas conveniadas a planos de saúde “falsos coletivos” no Brasil (cerca de 11,7% do total de beneficiários), sendo que esse número era de 3,3 milhões de pessoas em 2014 (6,6% do total). Segundo a entidade, o crescimento está relacionado à quase extinção da oferta de planos de saúde individuais ou familiares no mercado, que são produtos submetidos a controle regulatório mais rígido pela ANS. O motivo do sucesso dos “falsos coletivos” junto às operadoras é de fácil constatação: o reajuste médio desse tipo de plano foi de 12,94%, bem acima do teto definido pela ANS para os planos individuais (7,35%).

Outro grave problema que desequilibra a relação entre beneficiários e operadoras, no caso dos planos coletivos, é a possibilidade de rescisão unilateral dos contratos. A rescisão unilateral imotivada costuma acontecer quando a operadora não tem interesse em determinado contrato, o que ocorre frequentemente quando há custo elevado com tratamentos médicos ou quando o grupo é predominantemente composto por idosos, ou seja, quando há elevada sinistralidade naquela carteira. Em ambos os casos, os beneficiários podem subitamente ficar desprotegidos, com grandes dificuldades em conseguir um novo plano, já que o mercado se fecha para esse público. Trata-se de uma conduta perversa das operadoras, que coloca o beneficiário em situação de extrema vulnerabilidade.

Destarte, é imperioso estender aos beneficiários de planos de saúde coletivos a proteção legal hoje dispensada àqueles vinculados a planos individuais e familiares, especialmente no que concerne à limitação dos índices de reajuste e à vedação da rescisão unilateral dos contratos por parte



SENADO FEDERAL
Senador FLÁVIO ARNS

das operadoras. São esses os motivos que nos levam a apresentar o presente projeto de lei, para o qual contamos com o apoio dos ilustres pares.

Sala das Sessões,

Senador FLÁVIO ARNS