

# PROJETO DE LEI DO SENADO N° , DE 2013

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatória a oferta do regime individual ou familiar de contratação de plano privado de assistência à saúde aos consumidores em geral e aos trabalhadores demitidos ou aposentados beneficiários do regime de contratação coletivo empresarial.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

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

“Art. 16. ....

.....  
§ 1º .....

§ 2º É obrigatória a oferta dos regimes de contratação a que se refere a alínea ‘a’ do inciso VII pela empresa autorizada a operá-los, sob pena de incorrer no disposto nos incisos I, II e VI do art. 25.

§ 3º Do contrato de adesão aos regimes a que se referem as alíneas ‘b’ e ‘c’ do inciso VII deverá constar cláusula que informe ter sido oferecido ao consumidor os regimes a que se refere a alínea ‘a’ do inciso VII.”(NR)

**Art. 2º** O art. 30 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“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, é assegurado, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do



SF/13668.10408-39



SF/13668.10408-39

contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral, observado o disposto no § 3º do art. 16 e nos §§ 7º e 8º deste artigo.

.....

§ 7º Sob pena de incorrer no disposto nos incisos I, II e VI do art. 25, é obrigatória a oferta, ao consumidor a que se refere o *caput*, dos regimes de contratação a que se refere a alínea ‘a’ do inciso VII do art. 16, a suas expensas, desde que a operadora do plano empresarial do qual é beneficiário esteja autorizada a operá-los, vedada a exigência de cumprimento de novo período de carência.

§ 8º O disposto no § 1º não se aplica ao consumidor que optar pelos regimes a que se refere a alínea ‘a’ do inciso VII do art. 16, nos termos do disposto no § 7º deste artigo, facultada a manutenção do titular e dos demais beneficiários por tempo indeterminado. (NR)”

**Art. 3º** O art. 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“**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, observado o disposto no § 3º do art. 16 e nos §§ 3º e 4º deste artigo.

.....

§ 3º Independentemente da duração do vínculo empregatício, ao aposentado a que se refere o *caput* é obrigatória, sob pena de incorrer no disposto nos incisos I, II e VI do art. 25, a oferta dos regimes de contratação a que se refere a alínea ‘a’ do inciso VII do art. 16, a suas expensas, desde que a operadora do plano empresarial do qual é beneficiário esteja autorizada a operá-los, vedada a exigência de cumprimento de novo período de carência.

§ 4º O disposto no § 1º não se aplica ao aposentado que optar pelos regimes a que se refere a alínea ‘a’ do inciso VII do art. 16, nos termos do disposto no § 3º deste artigo, facultada a manutenção do titular e dos demais beneficiários por tempo indeterminado. (NR)”

**Art. 4º** Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias da data de sua publicação.

## JUSTIFICAÇÃO

A Lei nº 9.656, de 1998 – a Lei dos Planos de Saúde – criou quatro regimes de contratação de planos privados de assistência à saúde: individual, familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão. No entanto, a lei não obriga as operadoras a ofertar todos esses regimes. Devido a esse caráter opcional da oferta, muitas operadoras não comercializam os planos em regime individual e familiar, mesmo quando autorizadas a operá-los.

Os motivos para essa estratégia comercial é bastante conhecido e de fácil entendimento: o índice de reajuste das contraprestações dos planos individual e familiar contratados a partir de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, está sujeito ao teto determinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ao passo que aos regimes coletivos pode-se aplicar índice livremente estabelecido pela operadora ou negociado. Em consequência, grande número de operadoras só oferece os planos coletivos, o que obriga os consumidores não beneficiários de planos empresariais a formar grupos que atendam às exigências para a contratação de plano coletivo por adesão.

A título de exemplo da discordância entre os índices aplicáveis aos diferentes regimes de contratação, o teto do reajuste dos planos individual e familiar, em 2013, é 9,04%, ao passo que os planos coletivos foram reajustados em até 97%, conforme denúncia recebida pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). A própria ANS informa, em sua página eletrônica, que, de maio de 2012 a abril de 2013, alguns planos coletivos sofreram reajustes de 25% ou mais.

A fim de minimizar o poder impositivo das operadoras de planos de saúde no tocante à oferta dos diferentes regimes de contratação, o projeto que submeto à apreciação de ambas as Casas do Congresso Nacional obriga a oferta dos planos individual e familiar pelas empresas autorizadas a operá-los.



 SF/13668.10408-39

Outro problema relacionado com planos de saúde aflige trabalhadores de empresas que oferecem planos de saúde aos seus empregados. Pelas regras vigentes, o trabalhador demitido sem justa causa pode manter a condição de beneficiário do plano coletivo empresarial por prazo que varia de seis meses a dois anos, desde que assuma o pagamento do valor integral da contraprestação. A condição de beneficiário é suspensa quando da admissão do consumidor em outro emprego.

O trabalhador aposentado também pode manter a condição de beneficiário do plano coletivo, mas as regras são diferentes. É necessário que o vínculo empregatício tenha duração de no mínimo dez anos e o período de manutenção é de um ano para cada ano de contribuição.

A fim de beneficiar os trabalhadores demitidos ou aposentados, o projeto que apresento obriga as operadoras a oferecer-lhes o plano individual ou familiar, independentemente da duração do vínculo empregatício e do tempo de contribuição. Dessa maneira, esses trabalhadores, especialmente os aposentados, poderão contar com um amparo à sua saúde e à dos seus familiares em momento tão delicado das suas vidas: a perda do emprego ou, em especial, a aposentadoria, que implica idade avançada ou doença ou agravo à saúde incapacitantes.

As medidas propostas contribuirão para beneficiar os consumidores de planos privados de assistência à saúde, em especial os não beneficiários de planos empresariais e os trabalhadores deles beneficiários que são demitidos ou se aposentam. Pela relevância do caráter social das medidas propostas, conto com o apoio dos parlamentares de ambas as Casas Legislativas para a aprovação do projeto.

Sala das Sessões,

Senador RODRIGO ROLLEMBERG

## **LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.**

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

---

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: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

---

Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

---

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual ou familiar 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

---

Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos,

deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência)

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretores de seguros e instituições financeiras.

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

SF/13668.10408-39



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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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

§ 3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º e 4º do art. 30.

.....

.....