

PROJETO DE LEI Nº , DE 2024

Altera a Lei nº 9.656, de 1998 para vedar a suspensão ou rescisão unilateral do contrato de planos de saúde durante tratamento continuado e obrigar a manutenção de rede credenciada compatível com a demanda dos beneficiários.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998 passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 13.

.....

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação ou tratamento médico contínuo do beneficiário.” (NR)

.....

“Art. 32-A. As operadoras de planos de saúde privados devem manter uma rede credenciada que atenda adequadamente à demanda dos beneficiários, assegurando-lhes o acesso a tratamentos contínuos sem a necessidade de recorrer aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para seu atendimento.

§ 1º Na ausência de rede credenciada no município em que houver demanda, caso o beneficiário precise arcar com os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente em até trinta dias, contados a partir da data da solicitação de reembolso.

§ 2º A insuficiência da rede credenciada será considerada infração sujeita às penalidades previstas no art. 25 desta Lei.” (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.



JUSTIFICAÇÃO

Nos últimos meses, diversos casos de rescisão unilateral e injustificada de contratos de planos de saúde têm gerado preocupação. Muitos desses incidentes revelam o drama de pessoas que tiveram seus tratamentos interrompidos, suas expectativas frustradas e a surpresa de não poder mais contar com a assistência médica contratada.

Esses acontecimentos refletem graves falhas na regulação dos planos de saúde coletivos e um modelo de mercado que frequentemente viola o Código de Defesa do Consumidor (CDC). Além disso, isso propicia aumentos abusivos nas mensalidades, precarização da rede credenciada e outros tipos de abusos. Esses mecanismos resultam em discriminação, exclusão e seleção de risco de forma disfarçada.

Conforme a Lei 9.656 de 1998, o contrato só pode ser rescindido ou suspenso em casos de fraude ou inadimplência, desde que o paciente não esteja internado. No entanto, essa restrição não protege o titular que, mesmo não estando internado, necessita de tratamento médico contínuo essencial para sua sobrevivência.

A interrupção de tratamentos críticos pode agravar a condição de saúde do paciente ou até mesmo levar à morte. Um exemplo são os pacientes renais crônicos, que, embora não necessitem de internação hospitalar, precisam de sessões quase diárias de hemodiálise, que duram várias horas cada.

Se o contrato de um plano de saúde de um paciente em diálise for suspenso ou rescindido unilateralmente, ele pode perder o acesso a essas sessões vitais. A ausência desse tratamento pode levar rapidamente ao acúmulo de toxinas no corpo, resultando em complicações graves e possivelmente na morte. Portanto, é indiscutível que a continuidade do tratamento é essencial para a sobrevivência desses pacientes.

Em 2022, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) estabeleceu que a operadora, mesmo após rescindir unilateralmente o plano ou seguro de saúde coletivo, deve garantir a continuidade da assistência ao beneficiário internado ou em tratamento de doença grave, até a alta efetiva, desde que ele pague integralmente as mensalidades (Tema 1.082). No entanto, como esse entendimento ainda não foi sumulado, não há obrigatoriedade de vinculação para decisões judiciais sobre o tema.

Os segurados que necessitam de tratamento contínuo, especialmente os pacientes renais crônicos, enfrentam graves consequências



quando têm seus planos de saúde cancelados. Sem a cobertura do plano, esses pacientes são forçados a recorrer ao Sistema Único de Saúde (SUS), que já opera com capacidade saturada e enfrenta sérios desafios na gestão de recursos e atendimento.

Para os pacientes renais crônicos, a continuidade do tratamento é vital. A diálise e outras terapias renais exigem sessões regulares e frequentes, sem as quais a saúde e a vida dos pacientes são severamente comprometidas. No entanto, o SUS, devido à alta demanda e à limitação de recursos, frequentemente não consegue oferecer atendimento imediato. As longas filas de espera para procedimentos e consultas são uma realidade bem conhecida, e essa espera pode ser fatal para quem necessita de cuidados urgentes e contínuos.

O cancelamento unilateral de planos de saúde não apenas agrava a sobrecarga do SUS, mas também coloca em risco direto a saúde dos pacientes. A transição forçada para o sistema público não considera a urgência e a especificidade dos tratamentos necessários, resultando em interrupções perigosas no cuidado médico. Além disso, o aumento da demanda no SUS, causado pelo influxo desses pacientes, compromete ainda mais a capacidade de atendimento de outras necessidades de saúde da população.

Não raramente, alguns pacientes chegam a empregar mandado de segurança para garantir uma vaga no SUS. Essa medida judicial é necessária para assegurar o acesso imediato ao tratamento vital, evidenciando a gravidade da situação e a insuficiência do sistema público para absorver a demanda emergencial de saúde.

Além disso, considerando o forte interesse público havido no uso de recursos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental abordar a questão da insuficiência da rede credenciada de planos de saúde, que também obriga muitos beneficiários a recorrerem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamentos continuados. Tal prática representa uma transferência indevida de responsabilidade para o sistema público, onerando o SUS e prejudicando os segurados.

O ressarcimento ao SUS é uma questão de interesse público, pois a ocupação de vagas por beneficiários de planos de saúde privados que buscam atendimento no SUS em razão da inexistência de prestador credenciado disponível no domicílio do beneficiário sobrecarrega o sistema público. Desde o registro da série histórica, foram identificados inúmeros atendimentos na rede pública de beneficiários de plano privado de saúde que



deveriam estar sendo atendidos na rede privada, resultando em altos custos para o SUS.

Segundo dados¹ disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, foram identificados 811 pacientes dialisando no SUS, o que corresponde a R\$3.243.667,00.

Resumo de Atendimentos Identificados e Valores

Operadora	Número de Atendimentos Identificados	Valor (R\$)
UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A	80.0	341.371,00
SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	282.0	R\$1.119.451,00
SUL AMÉRICA SEGURADORA DE SAÚDE S A	11.0	R\$ 40.224.00
SUL AMÉRICA SERVIÇOS DE SAÚDE S.A.	45.0	R\$182.101,00
BRADESCO SAÚDE	393	R\$1.560.520,00

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga o nome das operadoras que não pagam ou parcelam os valores devidos ao SUS, levantando questões sobre a deturpação do sistema de ressarcimento ao SUS e a cooptação indevida pela operadora deste recurso para redução de custos.

Esse cenário evidencia a necessidade de as operadoras manterem uma rede credenciada adequada para evitar que beneficiários de planos privados sobrecarreguem o sistema público de saúde.

Portanto, é crucial que a proibição de cancelamentos unilaterais seja expressamente incluída na Lei nº 9.656, de 1998, e que as operadoras sejam obrigadas a manter uma rede credenciada compatível com a demanda dos beneficiários, evitando a utilização do SUS para tratamentos que deveriam ser cobertos pelos planos de saúde.

Diante do exposto, solicito o apoio dos nobres pares a essa proposição.

Sala das Sessões,

SENADOR STYVENSON VALENTIM

¹ https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html





Assinado eletronicamente, por Sen. Styvenson Valentim

Para verificar as assinaturas, acesse <https://legis.senado.gov.br/autenticadoc-legis/6421386468>