



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 3.151-A, DE 2019 **(Do Sr. Chiquinho Brazão)**

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que as operadoras de planos de saúde reembolsem integralmente os beneficiários com deficiência pelas despesas efetuadas para o custeio de atendimento, na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador especializado na rede assistencial que ofereça o serviço ou o procedimento demandado, independente da tabela de reembolso contratada; tendo parecer da Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência, pela aprovação (relatora: DEP. CARMEN ZANOTTO).

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE:

DEFESA DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA;
SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA; E
CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54 RICD)

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

SUMÁRIO

I - Projeto inicial

II - Na Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência:

- Parecer da relatora
- Parecer da Comissão

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que as operadoras de planos de saúde reembolsem integralmente os beneficiários com deficiência pelas despesas efetuadas para o custeio de atendimento, na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador especializado na rede assistencial que ofereça o serviço ou o procedimento demandado, independentemente da tabela de reembolso contratada, no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, após a realização do procedimento.

Art. 2º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso VIII e § 6º:

“Art. 12.

VIII – reembolso integral, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, independente dos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com deficiência para o custeio do atendimento, na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador especializado na rede assistencial que ofereça o serviço ou o procedimento demandado.

§ 6º Para a configuração da indisponibilidade de prestador especializado na rede assistencial para o atendimento de pessoa com deficiência, prevista no inciso VIII deste artigo, os prazos para atendimento integral das coberturas, previsto em regulamento, é reduzido pela metade.” (NR)

Art. 3º O art. 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 5º:

“Art. 17.

§ 5º A inclusão de prestadores de serviço de saúde como contratados, referenciados ou credenciados deve privilegiar estabelecimentos que se situem em locais com recursos de acessibilidade e que sejam alcançáveis por meio de transporte coletivo de passageiros.” (NR)

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

As pessoas com deficiência, de acordo com o disposto na Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015¹, são aquelas que têm impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Para que essas pessoas possam ter qualidade de vida, é preciso extinguir ou, quando isso não for possível, pelo menos mitigar essas barreiras. Uma

¹ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm

das formas de garantir isso é assegurar às pessoas com deficiência atendimento à saúde célere e eficiente.

Na Saúde Suplementar, muitas vezes os beneficiários de planos de saúde deixam de se consultar por indisponibilidade de horários ou profissionais na rede assistencial. Ocorre que, quando se trata de uma pessoa com deficiência, o usufruto de consultas ou procedimentos é uma questão vital. O atraso no tratamento pode significar perdas terríveis, que englobam desde o aumento da dor e a piora das condições físicas, até a piora das dificuldades de interação familiar e social.

Em razão disso, apresentamos este PL. Com ele, visamos a garantir reembolso integral ao beneficiário de planos de saúde com deficiência que efetuar despesas em razão da indisponibilidade ou inexistência de prestador especializado na rede assistencial que ofereça o serviço ou o procedimento demandado. Se essa proposição for aprovada, quando a pessoa com deficiência tiver de se consultar, a rede credenciada não tiver profissionais especializados, o beneficiário poderá fazer uso da rede não credenciada e obter o reembolso integral do valor da despesa realizada.

Esse Projeto visa resguardar os direitos das pessoas com deficiência à vida e saúde, sem que tenha que fazer ainda mais sacrifícios patrimoniais e, também, uma forma de incentivo às operadoras dos planos e seguros de saúde a credenciar profissionais especializados ao atendimento das cinco deficiências (auditiva, mental, visual, motora e autismo).

Ademais, por meio dessa proposição, almejamos garantir que, na inclusão de prestadores de serviço de saúde como contratados, referenciados ou credenciados, a operadora privilegie estabelecimentos especializados, que se situem em locais com recursos de acessibilidade e que sejam alcançáveis por meio de transporte coletivo de passageiros. Com isso, visamos a garantir ao consumidor de planos de saúde com deficiência o direito de acessibilidade no transporte, sempre com fulcro na redução de barreiras.

Em razão de todo o exposto, pedimos apoio para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 28 de maio de 2019.

Deputado CHIQUINHO BRAZÃO

<p>LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL Seção de Legislação Citada - SELEC</p>

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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: [“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#)

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; [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 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:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

Art. 2º [\(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

.....
Art. 12. São facultadas a oferta, contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o

art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: [“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#)

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; [Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#)

c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes; [Alínea acrescida pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, publicada no DOU, Edição Extra, de 13/11/2013, em vigor 180 dias após sua publicação](#)

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; [Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#)

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; [Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#)

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; [Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#)

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e [Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#)

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar; [Alínea acrescida pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, publicada no DOU, Edição Extra, de 13/11/2013, em vigor 180 dias após sua publicação](#)

III - quando incluir atendimento obstétrico:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção; [Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#)

IV - quando incluir atendimento odontológico:

a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;

c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

- a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
- b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;
- c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência; [\(Alínea acrescida pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada; [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 3º [\(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 4º As coberturas a que se referem as alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II deste artigo serão objeto de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, revisados periodicamente, ouvidas as sociedades médicas de especialistas da área, publicados pela ANS. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, publicada no DOU, Edição Extra, de 13/11/2013, em vigor 180 dias após sua publicação\)](#)

§ 5º O fornecimento previsto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II deste artigo dar-se-á, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, diretamente ao paciente ou ao seu representante legal, podendo ser realizado de maneira fracionada por ciclo, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, publicada no DOU, Edição Extra, de 13/11/2013, em vigor 180 dias após sua publicação\)](#)

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. [\(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o *caput*, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: [\(Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

I - a recontagem de carências; [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

a) a recontagem de carências;

b) a suspensão do contrato e a denúncia unilateral, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, a cada ano de vigência do contrato;

c) a denúncia unilateral durante a ocorrência de internação do titular.

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular. [\(Inciso acrescido dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

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 de assistência à saúde. [\(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. [\(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. [\(Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

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: [\(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

I - as condições de admissão;

II - o início da vigência;

III - os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;

IV - as faixas etárias e os percentuais a que alude o *caput* do art. 15;

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário; [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

VI - os eventos cobertos e excluídos;

VII - o regime, ou tipo de contratação:

a) individual ou familiar;

b) coletivo empresarial; ou

c) coletivo por adesão; [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica; [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;

X - a área geográfica de abrangência; [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.

XII - número de registro na ANS. [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

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. [\(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos

contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência. ([“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 13.003, de 24/6/2014, publicada no DOU de 25/6/2014, em vigor após decorridos 180 dias de sua publicação](#))

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o *caput* deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 3º Exceção-se do previsto no § 2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor. ([Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando: ([Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

I - nome da entidade a ser excluída; ([Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão; ([Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e ([Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor. ([Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

Art. 17- A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço.

§ 1º São alcançados pelas disposições do *caput* os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar os serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 1º e 35-F desta Lei, no âmbito de planos privados de assistência à saúde.

§ 2º O contrato de que trata o *caput* deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;

II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;

III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;

IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;

V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário.

§ 4º Na hipótese de vencido o prazo previsto no § 3º deste artigo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste.

§ 5º A ANS poderá constituir, na forma da legislação vigente, câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas para o adequado cumprimento desta Lei.

§ 6º A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo ([Artigo acrescido pela Lei nº 13.003, de 24/6/2014, publicada no DOU de 25/6/2014, em vigor após decorridos 180 dias de sua publicação](#))

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos: (["Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 13.003, de 24/6/2014, publicada no DOU de 25/6/2014, em vigor após decorridos 180 dias de sua publicação](#))

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. ([Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. ([Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015

Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

LIVRO I PARTE GERAL

TÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

Parágrafo único. Esta Lei tem como base a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ratificados pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, em conformidade com o procedimento previsto no § 3º do art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, em vigor para o Brasil, no plano jurídico externo, desde 31 de agosto de 2008, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, data de início de sua vigência no plano interno.

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

- I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
- II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
- III - a limitação no desempenho de atividades; e
- IV - a restrição de participação.

§ 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência.

.....

COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

I - RELATÓRIO

O Projeto de Lei nº 3.151, de 2019, visa a alterar a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que, na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador especializado na rede assistencial que ofereça o serviço ou o procedimento demandado, quando se tratar de beneficiários com deficiência, as operadoras os reembolsem integralmente pelas despesas efetuadas para o custeio de atendimento.

A Proposição ainda determina que, especificamente para pessoas com deficiência, para a configuração da indisponibilidade de prestador na rede assistencial, o prazo para atendimento previsto nos regulamentos seja reduzido pela

metade. Por fim, acrescenta que, para a inclusão de prestadores de serviços de saúde na rede assistencial, a operadora privilegie estabelecimentos que se situem em locais com recursos de acessibilidade e que sejam alcançáveis por meio de transporte coletivo de passageiros.

O PL, que tramita em regime ordinário, foi distribuído à apreciação conclusiva das Comissões de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CPD), e de Seguridade Social e Família (CSSF), para análise do seu mérito; e de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), para apreciação da sua constitucionalidade, da sua juridicidade e da sua técnica legislativa. No prazo regimental, não foram apresentadas emendas ao PL na CPD.

É o Relatório.

II - VOTO DA RELATORA

Cabe a esta Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência a apreciação do PL nº 3.151, de 2019, quanto ao mérito, no que tange a questões referentes ao seu campo temático e às suas áreas de atividade, nos termos regimentais.

Em nosso País, a proteção à pessoa com deficiência é preceito expresso no art. 203, IV, da Constituição Federal. Esse tema também é tratado no Decreto nº 6.949, de 2009², que incorporou à nossa legislação, com o “status” de emenda à Constituição³, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo.

Além desses paradigmas normativos de natureza constitucional, existem ainda diversas leis que garantem às pessoas com deficiência tratamento diferenciado, com fulcro na equidade e na justiça. Entre elas, destaca-se o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146, de 2015⁴), que, em seu art. 8º, assevera que é dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência,

² http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm

³ O § 3º do art. 5º da Constituição Federal estabelece que os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais.

⁴ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm

com prioridade, a efetivação de diversos direitos, entre eles aqueles referentes à vida e à saúde.

Como bem conceitua a Lei nº 13.146, de 2015, as pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo que, em interação com barreiras, podem obstruir a sua participação plena e efetiva na sociedade. Uma maneira de reduzir o impacto desses obstáculos na vida das pessoas com deficiência é lhes fornecer instrumentos para que suas demandas de saúde possam ser atendidas da maneira mais célere possível.

A questão da celeridade no atendimento pelos prestadores no âmbito da saúde suplementar sempre representou um problema para os consumidores. Em razão disso, a própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula o mercado de planos de saúde, editou a Resolução Normativa (RN) nº 259, de 2011⁵, que trata exatamente de garantia de atendimento dos beneficiários de planos.

Contudo, embora essa norma tenha estabelecido parâmetros para o atendimento, esses não contemplaram critérios de priorização para as pessoas com deficiência. Dessa forma, em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestadores na rede assistencial, vige exatamente a mesma regra relativa aos direitos devidos aos beneficiários, sejam eles pessoas com deficiência, sejam pessoas sem quaisquer impedimentos de longo prazo.

Por isso, acreditamos que este PL servirá para proporcionar maior equidade no tratamento das pessoas com deficiência. Com a sua aprovação, em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestadores na rede assistencial, a pessoa com deficiência poderá procurar o profissional ou o serviço de que necessita e terá garantia de reembolso integral das despesas realizadas.

Ademais, o próprio conceito de indisponibilidade será adaptado à realidade das pessoas com deficiência. Para ficar configurada a indisponibilidade de profissionais para esse grupo populacional, o prazo para atendimento integral das

5

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTc1OA>

coberturas, que hoje é previsto na mencionada RN nº 259, de 2011, será reduzido pela metade.

Por fim, com a conversão desse PL em Lei, as operadoras, ao incluírem prestadores na sua rede, deverão privilegiar aqueles cuja localização tenha recursos de acessibilidade e que sejam alcançáveis por meio de transporte coletivo de passageiros. Com isso, mais uma barreira às pessoas com deficiência será, se não removida, pelo menos mitigada.

Por acreditarmos que essa Proposição é meritória e capaz de melhorar a vida de muitos brasileiros com deficiência, o nosso voto é pela **APROVAÇÃO** do PL nº 3.151, de 2019.

Sala da Comissão, em 10 de setembro de 2019.

Deputada CARMEN ZANOTTO
Relatora

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência, em reunião ordinária realizada hoje, aprovou o Projeto de Lei nº 3.151/2019, nos termos do Parecer da Relatora, Deputada Carmen Zanotto.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Gilberto Nascimento - Presidente, Glaustin Fokus e Diego Garcia - Vice-Presidentes, Alcides Rodrigues, Aline Sleutjes, Dra. Soraya Manato, Eduardo Barbosa, Fred Costa, Geovania de Sá, Marina Santos, Paulo Freire Costa, Rejane Dias, Ricardo Guidi, Ted Conti, Carla Zambelli, Fábio Trad, João H. Campos e Marcelo Aro.

Sala da Comissão, em 18 de setembro de 2019.

Deputado GILBERTO NASCIMENTO
Presidente

FIM DO DOCUMENTO