



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 6.714, DE 2013 (Do Sr. Ivan Valente)

Altera a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), para exigir prévia autorização da Agência Nacional de Saúde no caso de reajustes de planos ou seguros coletivos de saúde, e dá outras providências.

DESPACHO:

APENSE-SE À (AO) PL-4201/2012.

APRECIAÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei estabelece a exigência de autorização pela Agência Nacional de Saúde – ANS - para os reajustes de planos ou seguros de saúde coletivos, por meio de alterações na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS).

Art. 2º O inciso XVII do Art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 4º Compete à ANS:

.....

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de caráter individual, familiar ou coletivo, designando seu valor teto de acordo com o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado no período do referido reajuste.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor sessenta (60) dias após sua sanção.

JUSTIFICAÇÃO

Essa proposição objetiva sanar grave problema que atinge os consumidores de planos de saúde coletivos em nosso País.

Os planos de saúde no Brasil são, em sua maioria, coletivos. Entre os planos comercializados a partir de 1999, apenas 20% são individuais ou familiares.

Este percentual continua sofrendo acelerada queda de participação devido à preferência das operadoras em promover os planos coletivos, por serem mais lucrativos e não estarem sujeitos a nenhuma exigência legal explícita de autorização prévia da ANS no caso dos reajustes anuais dos contratos coletivos.

Essa situação não guarda coerência com determinações do Código de Defesa do Consumidor – CDC -, que buscam garantir o direito básico à informação clara e adequada sobre a alteração dos valores dos serviços e que também procuram evitar que os consumidores sejam submetidos ao cumprimento de obrigações excessivamente onerosas.

Por essa razão, essa proposição propõe alteração no inciso XVII do Art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), incluindo como uma das atribuições desta agência reguladora a fixação de um índice teto para os reajustes anuais dos planos de saúde coletivos, medido pela variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

Ao estabelecer esta exigência, a ANS disporá de instrumento para a devida proteção aos consumidores de planos de saúde coletivos, que terão seus reajustes baseado em um índice de preço amplamente utilizado no país.

Diante da relevância da matéria, solicito o apoio dos ilustres Pares para aprovar a proposição nesta Casa.

Sala das Sessões, em 06 de Novembro de 2013.

Deputado IVAN VALENTE

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

LEI N° 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

**CAPÍTULO I
DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA**

.....

Art. 4º. Compete à ANS:

I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar

- Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;

VI - estabelecer normas para resarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;

VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;

VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;

IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;

X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;

XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;

XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;

XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; (*Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;

XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;

XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;

XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;

XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994; (*Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;

XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;

XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;

XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;

XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (*Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; (*Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;

XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;

XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei;

XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos; (*Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira. ([Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:

- a) conteúdos e modelos assistenciais;
- b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
- c) direção fiscal ou técnica;
- d) liquidação extrajudicial;
- e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
- f) normas de aplicação de penalidades;

g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados; ([Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. ([Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.

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

CAPÍTULO II DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5º. A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.

Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.

.....
.....

FIM DO DOCUMENTO
