



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 6.964-C, DE 2010

(Do Senado Federal)

PLS Nº 276/2004

OFÍCIO Nº 364/2010 (SF)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços; tendo parecer: da Comissão de Defesa do Consumidor, pela aprovação deste e pela rejeição da emenda apresentada na Comissão (relator: DEP. VITAL DO RÊGO FILHO); da Comissão de Seguridade Social e Família, pela aprovação deste e pela rejeição da emenda apresentada na Comissão (relator: DEP. ELEUSES PAIVA); e da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa deste, pela injuridicidade da Emenda apresentada na Comissão de Defesa do Consumidor, e pela inconstitucionalidade da Emenda apresentada na Comissão de Seguridade Social e Família (relator: DEP. FABIO TRAD).

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE:

DEFESA DO CONSUMIDOR;

SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA E

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54, RICD).

APRECIÇÃO:

Proposição sujeita à apreciação conclusiva pelas Comissões - Art. 24

SUMÁRIO

I – Projeto inicial

II – Na Comissão de Defesa do Consumidor:

- Emenda apresentada na Comissão
- Parecer do relator
- Parecer da Comissão

III – Na Comissão de Seguridade Social e Família:

- Emenda apresentada na Comissão
- Parecer do relator
- Parecer da Comissão

IV – Na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania:

- Parecer do relator
- Parecer da Comissão

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O **caput** do art. 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:

“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.

.....” (NR)

Art. 2º O **caput** do art. 18 da Lei nº 9.656, de 1998, com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:

“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:

.....” (NR)

Art. 3º A Lei nº 9.656, de 1998, com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 17-A:

“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.”

Art. 4º Esta Lei entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua publicação.

Senado Federal, em 16 de março de 2010.

Senador José Sarney
Presidente do Senado Federal

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

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. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 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 Excetua-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. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de

saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

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)*

Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput, a partir de 2 de janeiro de 1999. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;

II - nome fantasia;

III - CNPJ;

IV - endereço;

V - telefone, fax e "e-mail"; e

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.

(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:

I - razão social da operadora ou da administradora;

II - CNPJ da operadora ou da administradora;

III - nome do produto;

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência);

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);

VI - âmbito geográfico de cobertura;

VII - faixas etárias e respectivos preços;

VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);

IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);

X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.

(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o caput, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

.....

COMISSÃO DE DEFESA DO CONSUMIDOR



CÂMARA DOS DEPUTADOS

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

ETIQUETA

data 20/04/2010	proposição Projeto de Lei nº 6964 de 2010
---------------------------	--

autor Deputado Darcísio Perondi	nº do prontuário
---	------------------

1 <input type="checkbox"/> Supressiva	2. <input type="checkbox"/> substitutiva	<input checked="" type="checkbox"/> modificativa	4. <input type="checkbox"/> aditiva	5. <input type="checkbox"/> Substitutivo global
---------------------------------------	--	--	-------------------------------------	---

Página 1	Artigo 17	Parágrafo	Inciso	alínea
-----------------	------------------	------------------	---------------	---------------

TEXTO / JUSTIFICAÇÃO

PROJETO DE LEI Nº 6964, de 2010
EMENDA MODIFICATIVA 02/10

Modifique-se a redação dada pelo Artigo 1º do presente Projeto de Lei, ao artigo 17 da Lei 9656/98, para que passe a ter a seguinte redação:

“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 em compromisso com os consumidores quanto a sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente, e, nos casos de estabelecimentos hospitalares seja precedida de comunicação escrita à ANS e aos beneficiários interessados, com 30 (trinta) dias de antecedência.”

JUSTIFICATIVA

Justifica-se a presente alteração, com base no fato de que a rede assistencial engloba todo o sistema de prestação de serviços, ou seja, hospitais, laboratórios, clínicas, profissionais **liberais (pessoas físicas)**, portanto, se torna inviável à operadora toda vez que tiver que substituir, por exemplo, um profissional ou equipe deles tiver que comunicar tal fato a todos os seus beneficiários, bem como a ANS, tornando o procedimento mais caro para as operadoras, pelo volume de substituições e contratações que ocorrem durante um único mês. Ainda, há que se considerar, por exemplo, os custos com correio e demais outros gastos advindos da efetivação de tal procedimento. Por derradeiro cumpre mencionar que as substituições atualmente são informadas automaticamente através de um sistema informatizado (Internet), o qual se encontra disponível para consultas a qualquer tempo pelos beneficiários das operadoras. Lembrando-se que os descredenciamentos de prestadores de serviço de saúde podem se dar não apenas por vontade da operadora, mas, também, por causa dos próprios profissionais que, por motivos outros, como por exemplo, aposentadoria, mudança de domicílio, doença grave, dentre outras razões que podem motivar o seu desligamento.

PARLAMENTAR

Deputado Darcísio Perondi

I – RELATÓRIO

Aprovado no Senado Federal, vem o projeto de lei em epígrafe a esta Casa para que exercite sua função de Câmara Revisora, nos termos do art. 65 da Constituição Federal.

Seu objetivo é tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras de planos de saúde e os profissionais de saúde, na qualidade de pessoa física, ou os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica. Para tanto, altera os textos dos caputs dos arts. 17 e 18 da Lei nº 9.656, de 1998, alterada pela MP 2.177-44, de 2001, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, bem como acrescenta-lhe o art. 17-A.

Dentro do prazo regimental, no âmbito desta Comissão, a proposição recebeu duas emendas, ambas de autoria do Deputado Darcísio Perondi. Tendo sido deferida em 19/05/2010 a retirada da Emenda nº 1/2010, conforme constou no Requerimento nº 255/2010.

A esta Comissão compete, nos termos regimentais (art. 53, inciso I), apreciar o assunto quanto aos aspectos da economia popular, da repressão ao abuso do poder econômico, das relações de consumo, de defesa do consumidor, bem como da composição, qualidade, apresentação, publicidade e distribuição de bens e serviços.

II - VOTO DO RELATOR

Muito embora o objetivo central da proposição sob exame seja tornar obrigatória e regular a existência de contratos escritos entre as operadoras de planos de saúde e seus prestadores de serviço, matéria que aparentemente está fora do alcance temático deste órgão técnico, devemos ressaltar que sua aprovação pode afetar a qualidade da prestação dos serviços de saúde aos consumidores.

É exatamente a ausência de um contrato escrito, entre as operadoras de plano de saúde e os hospitais, laboratórios e profissionais de saúde, que permite os descredenciamentos súbitos e imotivados de prestadores de serviço de saúde, por parte dos planos, o que muitas vezes prejudica o consumidor. Portanto, a obrigatoriedade de que o vínculo entre eles seja definido mediante um contrato escrito implicará maior segurança e estabilidade aos serviços prestados, haja vista que o consumidor não será mais surpreendido por descredenciamentos intempestivos.

Além disso, a proposição, se aprovada, trará maior proteção ao consumidor, na medida em que ela garante a continuidade de assistência médica em caso de rompimento do contrato entre operadora de plano de saúde e a prestadora de serviço. Nesses casos, a operadora fica obrigada a substituir o prestador por outro equivalente, de modo a garantir a continuidade do tratamento de saúde do consumidor.

Note-se que, em havendo a substituição de um prestador de serviço por outro equivalente, a proposição em análise mantém a obrigação já existente na lei vigente de a operadora avisar o consumidor com trinta dias de antecedência.

Considerando que a Emenda nº 1/2010 foi retirada pelo autor, passamos à análise apenas da emenda modificativa (Emenda nº 2/2010).

A emenda modificativa apresentada altera o texto do proposto art. 17-A para restringir à substituição de hospitais a obrigação de a operadora de plano de saúde informar o consumidor com trinta dias de antecedência. Ou seja, se houver descredenciamento de um hospital e credenciamento de outro para substituí-lo, o consumidor deverá ser avisado com trinta dias de antecedência mas, no caso de substituição de laboratório de análise, médicos especialistas ou qualquer outro profissional de saúde as operadoras deixam de ter a obrigação de avisar o consumidor com antecedência.

Argumenta o nobre Apresentante da emenda modificativa que seria inviável à operadora avisar a todos os consumidores a respeito de todas as substituições realizadas, dado o elevado volume de substituições que costuma ocorrer, o que acarretaria um elevado custo com despesas de correio e que os descredenciamentos acontecem, também, por motivos alheios à operadora, tais como aposentadoria do profissional, mudança de domicílio, doença grave e outras razões.

Apesar dos argumentos apresentados, não podemos concordar ser inviável a comunicação com trinta dias de antecedência em todos os casos. Realmente, ao adicionarmos às substituições de hospitais todas as demais substituições que ocorrem num plano de saúde, evidentemente o número de substituições será maior, mas a lei não obriga a operadora a comunicar as substituições pelo correio, ela poderá fazê-lo através de seu sítio na rede mundial de computadores ou através do correio eletrônico, com custos muito baixos. Quanto às substituições repentinas, que não podem ser avisadas com a devida antecedência, certamente serão regulamentadas mediante a adoção de normas infralegais.

Em nossa opinião, a aprovação das emendas sob exame reduziria os benefícios ao consumidor contidos na proposição em apreciação.

Isto posto, nosso voto é pela aprovação do Projeto de Lei nº 6.964, de 2010, e pela rejeição da emenda modificativa (Emenda nº 2/2010) apresentada nesta Comissão.

Sala da Comissão, em 2 de junho de 2010.

Deputado VITAL DO RÊGO FILHO
Relator

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Defesa do Consumidor, em reunião ordinária realizada hoje, aprovou o Projeto de Lei nº 6.964/2010, e rejeitou a Emenda 2/2010 da CDC, nos termos do Parecer do Relator, Deputado Vital do Rêgo Filho.

Estiveram presentes os Senhores Deputados Vital do Rêgo Filho - Vice-Presidente, Carlos Sampaio, Chico Lopes, Dimas Ramalho, Dr. Nechar, Felipe Bornier, Filipe Pereira, José Carlos Araújo, Leo Alcântara, Luiz Bittencourt, Tonha Magalhães, Elismar Prado, Ivan Valente, Júlio Delgado e Nilmar Ruiz.

Sala da Comissão, em 9 de junho de 2010.

Deputado CLAUDIO CAJADO
Presidente

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

EMENDA MODIFICATIVA nº

Dê-se ao § 3º do art. 3º do projeto de lei em epígrafe a seguinte redação:

Art. 3º.

§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será obrigatório às operadoras de planos de saúde, no relacionamento com as pessoas jurídicas prestadoras de serviços de saúde devendo, a cada 12 meses, reajustar os valores pagos aos prestadores de serviços de saúde, mediante aplicação de índice correspondente a, pelo menos, 50% (cinquenta por cento) do percentual de reajuste determinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para os planos individuais.

JUSTIFICAÇÃO

Essa medida se faz necessária para assegurar a recomposição dos preços pagos pelas operadoras de planos de saúde para a rede credenciada ou referenciada.

Anualmente, os consumidores têm seus contratos reajustados seja por livre negociação entre as partes, no caso dos contratos coletivos, seja por determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no caso dos planos individuais.

Os prestadores de serviços, no entanto, não têm os valores de remuneração atualizados, havendo casos, em que não há reajuste há mais de sete anos.

Esse fato impacta na prestação dos serviços oferecidos aos consumidores da saúde suplementar, que só pagam planos de saúde para ter um atendimento rápido e de boa qualidade.

Portanto, o equilíbrio da relação contratual entre operadoras de planos de saúde e dos prestadores de serviços deve ser preservado, para que a Lei 9.656, de 12 de junho de 1998, atinja seu objetivo de preservar o interesse do consumidor, que nada mais é, senão ter assistência à saúde com rapidez, resolutividade e segurança e, por conhecermos de perto essa injusta situação, é que assim procedemos.

Sala da Comissão, em 13 de julho de 2010.

**Deputado JORGE TADEU MUDALEN
DEM/SP**

I – RELATÓRIO

Aprovado no Senado Federal, vem o Projeto de Lei em epígrafe a esta Casa para que exercite sua função de Câmara Revisora, nos termos do Art. 65, da Constituição Federal.

Seu objetivo é tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras de planos de saúde e os profissionais de saúde, na qualidade de pessoa física, ou os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica. Para tanto, altera os textos dos caputs dos Arts. 17 e 18, da Lei nº 9.656, de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, bem como acrescenta-lhe o Art. 17-A

Dentro do prazo regimental, no âmbito desta Comissão, a proposição recebeu uma Emenda Modificativa nº 01/2010, de autoria do Deputado Jorge Tadeu Mudalen.

A esta Comissão compete, nos termos do Art. 32, inciso XVII, apreciar, dentre das inúmeras áreas de atividades, aquelas relacionadas à saúde, previdência e assistência social em geral; organização institucional da previdência social, bem como seguros e previdência privada.

O Projeto de Lei, em questão, já recebeu parecer favorável da Comissão de Defesa do Consumidor.

II – VOTO DO RELATOR

É exatamente a ausência de um contrato escrito, entre as operadoras de plano de saúde e os hospitais, laboratórios e profissionais de saúde, que permite os descredenciamentos súbitos e imotivados de prestadores de serviço de saúde, por parte dos planos, o que muitas vezes prejudica o consumidor.

Portanto, a obrigatoriedade de que o vínculo entre eles seja definido mediante um contrato escrito, implicará maior segurança e estabilidade aos serviços prestados, haja vista que o consumidor não será mais surpreendido por descredenciamento intempestivos.

Além disso, a proposição, se aprovada, trará maior proteção ao consumidor, na medida em que ela garante a continuidade de assistência médica em caso de rompimento do contrato entre operadora de plano de saúde e a prestadora de serviço. Nesses casos, a operadora fica obrigada a substituir o prestador por outro equivalente, de modo a garantir a continuidade do tratamento de saúde do consumidor.

Note-se que, em havendo a substituição de um prestador de serviço por outro equivalente, a proposição em análise mantém a obrigação já

existente na lei vigente de a operadora avisar o consumidor com 30 dias de antecedência.

A Emenda Modificativa apresentada pelo Deputado Jorge Tadeu Mudalen, altera o texto proposto no seu **Art. 3, § 3º, indicando que a periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será obrigatória às operadoras de planos de saúde, no relacionamento com as pessoas jurídicas prestadoras de serviços de saúde devendo, a cada 12 meses, reajustar os valores pagos aos prestadores de serviços de saúde, mediante aplicação de índice correspondente a, pelo menos, 50% (cinquenta por cento) do percentual de reajuste determinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, para os planos individuais.**

Argumenta o nobre Apresentante da Emenda Modificativa, que essa medida se faz necessária para assegurar a recomposição dos preços pagos pelas operadoras de planos de saúde para a rede credenciada ou referenciada.

Apesar de concordarmos em tese com os argumentos apresentados, não podemos aceitá-la, porque entendemos que não é nesta proposta que ela deva estar, já que aqui tratamos de tornar obrigatória e regular a existência de contratos escritos entre as operadoras de planos de saúde e seus prestadores de serviços, pessoas físicas.

São mais de 40 milhões de usuários de planos de saúde e das demais empresas ligadas ao Sistema de Saúde Suplementar, que estão no meio dessa discórdia, assistindo ao processo de deterioração da qualidade da assistência à saúde e o maior comprometimento do salário com despesas médicas.

Para superar esse impasse que coloca em cheque o futuro da saúde privada, com ganho para a sociedade em geral, é preciso que todos os atores envolvidos na questão – governo, prestadores de serviços, operadoras, fornecedores e sociedade – dêem sua contribuição.

Isto posto, nosso voto é pela aprovação do Projeto de Lei nº 6.964, de 2010, e pela rejeição da Emenda Modificativa nº 01/2010, apresentada nesta Comissão.

Sala da Comissão, em 11 de junho de 2012

Deputado ELEUSES PAIVA
Relator

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Seguridade Social e Família, em reunião ordinária realizada hoje, aprovou unanimemente o Projeto de Lei nº 6.964/2010, e rejeitou a Emenda 1/2010 da CSSF, nos termos do Parecer do Relator, Deputado Eleuses Paiva.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Mandetta - Presidente, Fábio Souto, Lael Varella e Antonio Brito - Vice-Presidentes, Amauri Teixeira, Benedita da Silva, Carmen Zanotto, Celia Rocha, Chico D'Angelo, Cida Borghetti, Darcísio Perondi, Dr. Paulo César, Eduardo Barbosa, Eleuses Paiva, Geraldo Resende, Jandira Feghali, João Ananias, José Linhares, Marcus Pestana, Maurício Trindade, Nazareno Fonteles, Nilda Gondim, Ribamar Alves, Rogério Carvalho, Saraiva Felipe, Walter Tosta, William Dib, André Zacharow, Danilo Forte, Dr. Rosinha, Manato e Pastor Eurico.

Sala da Comissão, em 4 de julho de 2012.

Deputado MANDETTA
Presidente

COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA

I - RELATÓRIO

Oriundo do Senado Federal, vem o projeto de lei em epígrafe a esta Casa para que exercite sua função de Câmara Revisora, nos termos do art. 65 da Constituição da República..

Seu objetivo é tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras de planos de saúde e os profissionais de saúde, na qualidade de pessoa física, ou os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica. Para tanto, altera os textos dos **caputs** dos arts. 17 e 18 da Lei nº 9.656, de 1998, alterada pela MP 2.177-44, de 2001, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, bem como acrescenta-lhe o art. 17-A.

A Comissão de Defesa do Consumidor aprovou o projeto e rejeitou emenda ali apresentada.

A Comissão de Seguridade Social e Família opinou pela aprovação do projeto e pela rejeição da emenda 1/2010.

Vem agora a esta Comissão para que se manifeste sobre a constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa.

II – VOTO DO RELATOR

A matéria é da competência da União e cabe ao Congresso Nacional manifestar-se.

A emenda apresentada à CDC visa a limitar o aviso prévio ao consumidor apenas no caso de substituição de hospitais. Como lembrou o então Relator, Deputado Vital do Rego Filho, não haveria esse aviso em caso de substituição de laboratório e médicos especialistas, por exemplo.

Não posso concordar com o sucesso da emenda, já que nela faz-se distinção entre consumidores que estão na mesma situação.

Considero injurídica a proposta.

Por sua vez, a emenda apresentada na CSSF pretende modificar a redação sugerida para o § 3º do artigo 17-A. Ao invés de declarar

somente que a periodicidade do reajuste é anual, diz que é obrigatório às operadoras dos planos “no relacionamento com as pessoas jurídicas prestadoras de serviços de saúde”, e o reajuste dos valores pagos a esses prestadores deve corresponder a, pelo menos, cinquenta do percentual definido pela ANS para reajuste dos planos individuais.

Aqui há um problema: não pode o Estado determinar periodicidade ou percentual de reajuste de contratos disciplinados pelo Direito Civil entre pessoas jurídicas ou físicas. Violado o princípio da livre concorrência (artigo 170 da Constituição da República).

O contrato entre a operadora e os que lhe prestam serviços não é regido pelo Direito do Consumidor o que já afasta a razoabilidade de se incluir o previsto na emenda no projeto de lei ora examinado.

Além disso, a proposta sugere uma vinculação (ainda que não exata) entre o percentual de reajuste desses contratos àqueles entre o consumidor e a operadora do plano, e isto é no mínimo difícil de defender do ponto de vista jurídico.

Pelo exposto, opino no seguinte sentido:

a) pela constitucionalidade, juridicidade e boa técnica legislativa.

b) pela injuridicidade da emenda apresentada à Comissão de Defesa do Consumidor;

c) pela inconstitucionalidade da emenda apresentada à Comissão de Seguridade Social e Família.

Sala da Comissão, em 06 de março de 2013.

Deputado FÁBIO TRAD
Relator

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, em reunião ordinária realizada hoje, opinou pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa do Projeto de Lei nº 6.964/2010, pela injuridicidade da Emenda apresentada à Comissão de Defesa do Consumidor, e pela inconstitucionalidade da Emenda apresentada à Comissão de Seguridade Social e Família, nos termos do Parecer do Relator, Deputado Fábio Trad.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Vicente Candido - Presidente, Fábio Trad - Vice-Presidente, Alceu Moreira, Andre Moura, Anthony Garotinho, Antonio Bulhões, Átila Lins, Beto Albuquerque, Cândido Vaccarezza, Cesar Colnago, Décio Lima, Dr. Grilo, Eduardo

Cunha, Eduardo Sciarra, Evandro Milhomen, Felipe Maia, Félix Mendonça Júnior, Gladson Cameli, João Paulo Lima, Jorginho Mello, José Guimarães, Leonardo Picciani, Lincoln Portela, Luiz Carlos, Luiz Pitiman, Marcos Medrado, Marcos Rogério, Mauro Benevides, Mendonça Prado, Onofre Santo Agostini, Osmar Serraglio, Paes Landim, Pastor Eurico, Roberto Freire, Ronaldo Fonseca, Vicente Arruda, Vilmar Rocha, Vilson Covatti, Assis Melo, Benjamin Maranhão, Bonifácio de Andrada, Dilceu Sperafico, Efraim Filho, Felipe Bornier, Francisco Chagas, Geraldo Simões, Hugo Leal, João Magalhães, Jose Stédile, Keiko Ota, Lázaro Botelho, Luciano Castro, Márcio Macêdo, Onyx Lorenzoni, Oziel Oliveira, Padre João, Paulo Teixeira, Ratinho Junior, Reinaldo Azambuja, Rodrigo de Castro, Ronaldo Benedet, Rosane Ferreira, Sandro Alex, Sandro Mabel e Silas Câmara.

Sala da Comissão, em 23 de abril de 2014.

Deputado VICENTE CANDIDO
Presidente

FIM DO DOCUMENTO