



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 5.622, DE 2016 **(Do Sr. Rubens Bueno)**

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 - que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para estender a sua aplicação aos planos de saúde coletivos.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-4201/2012.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A ementa da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Dispõe sobre os planos e seguros privados individuais e coletivos de assistência à saúde.”

Art. 2º Os artigos 1º, 8º, 9º, 14 e 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passam a vigorar com as seguintes redações:

“Art. 1º.....

Plano Privado Individual, Familiar, ou Coletivo 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.

.....

§ 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 individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde.”*

.....

“Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

.....

VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;

VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde.

.....

§ 3º

.....

c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde;"

....."

"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:

.....

§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de planos ou produtos individuais, familiares, ou coletivos caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial."

"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 individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde."

"Art. 16.....

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual, familiar, ou coletivo 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."

Art 3º Esta Lei entra em vigor 30 (trinta dias) após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O presente Projeto de Lei tem por objetivo evitar a omissão das agências reguladoras em relação aos planos coletivos, predominando o que estabelece o contrato feito entre a operadora e a empresa, a associação ou o sindicato ao invés do que já está disposto em lei. De acordo com o crescente aumento de adesão do consumidor para com a modalidade dos planos e seguros de saúde coletivos, se faz mais que necessário discutir mudanças na regulação.

Apresentamos a proposição, a partir da contribuição do eleitor Ivan Paulo Souza Martins, com a finalidade de prevenir que as operadoras de plano de saúde utilizem os planos coletivos de saúde como rota de fuga em relação à Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. O plano coletivo pode ser de dois tipos: o empresarial, feito por empresas para seus funcionários; e o coletivo por adesão, feito por grupos formados em sindicatos ou associações.

Deve-se observar que a aprovação da Lei 9.656 pelo Congresso Nacional foi um marco histórico da regulação sobre o mercado dos Planos de Saúde, o qual trouxe restrição da liberdade das operadoras e ampliação da cobertura mínima a ser oferecida. Um significativo avanço em defesa dos usuários dos planos de saúde.

A insatisfação dos usuários de planos de saúde – muitos deles com mensalidades em valores estratosféricos – é frequente. Não é à toa que essas empresas estão sempre entre as líderes de reclamações junto aos órgãos de defesa do consumidor. Não bastassem as barreiras que muitos associados encontram na hora de utilizar seus planos de saúde (demora na marcação de consultas, exclusão de coberturas de exames e internações etc.), os usuários estão encontrando enormes dificuldades de contratar seu plano de saúde privado, pois as operadoras incentivam e, muitas vezes, ludibriam o consumidor por um contrato coletivo, pois para as operadoras de saúde este é um grande negócio, porque:

- A ANS tem muitas vezes sido omissa em relação aos planos coletivos, predominando o que estabelece o contrato feito entre a operadora e a empresa, a associação ou o sindicato;
- Os reajustes anuais não precisam de autorização prévia da ANS;
- Diferente do que ocorre com os contratos individuais e familiares, a legislação não proíbe explicitamente o cancelamento unilateral do contrato por parte das operadoras.

Em outros termos, o reajuste do plano coletivo não tem limite. Todo ano, a operadora decide qual será o aumento na mensalidade. E mais: mesmo pagando em dia, o associado/consumidor pode ainda assim ter o plano cancelado. Mas, difícil mesmo de imaginar é que tudo isso aconteça diariamente e não tenha nada de irregular.

Além do mais, de acordo com o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, o Idec, os planos individuais estão diminuindo porque os coletivos

são mais lucrativos para as operadoras. Esse mercado de planos coletivos também tornou complicado entender como um contrato desses é feito. Hoje as operadoras não fazem mais contrato direto com o usuário. Elas têm administradoras terceirizadas. E os grupos de usuários que formam os planos coletivos são organizados por sindicatos ou associações de classe. Então, quando o consumidor contrata um plano coletivo por adesão, o mesmo entrou em um grupo das associações ou sindicatos, que contratou a administradora, que vai ter a operadora como uma prestadora de serviço. Na teoria, o consumidor só poderia entrar em um plano desses se fosse ligado a alguma entidade de classe. Na prática, os corretores podem dar um *jeitinho* nisso, até mesmo e em muitos casos sem o consumidor saber. Isso tem ocasionado parte do crescimento da adesão aos planos coletivos, causando um fenômeno que começa a ser conhecido no mercado como "falsa coletivização", ou seja, planos que se mascaram de coletivos para fugir do controle da ANS.

Com base no exposto, o presente Projeto de Lei pretende levar aos usuários de planos de saúde privado, tanto individuais como coletivos, igualdade de direitos, retirando a brecha encontrada pelas operadoras para fugir da lei dos Planos de Saúde, fazendo com que os planos coletivos e individuais tenham as mesmas regras rígidas, que hoje só se aplicam aos planos individuais. Nisso se incluem, por exemplo, o reajuste máximo do valor da mensalidade, que é definido todo ano pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Na mesma toada, a operadora só poderá cancelar o plano de saúde coletivo se o usuário efetivamente parar de pagar.

Daí decorre que a presente proposição vem ao encontro do interesse público porque atende às famílias que, pelas dificuldades encontradas para utilizar o SUS, passam a procurar atendimento em grupos de medicina privada, como os planos de saúde, e têm dado preferência aos planos coletivos, pois para os clientes o chamariz é o valor das prestações iniciais, cerca de 30% a 40% mais baratas do que nos planos individuais. Com efeito, inicialmente poderia parecer um bom negócio, mas as pessoas não sabem da falta de controle dos aumentos e da possibilidade de ter o contrato cancelado exatamente quando mais precisarem.

Dessa forma, conclamamos os nobres pares a aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, em 20 de junho de 2016.

DEPUTADO RUBENS BUENO
PPS/PR

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

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

Art. 4º [\(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

Art. 5º [\(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

Art. 6º [\(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

Art. 7º [\(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: [\(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;

II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;

III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;

IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;

V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;

VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;

VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.

§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º. [\(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. [\(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

- a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
- b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
- c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
- d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS. [\(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se: [\(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS. [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. [\(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial. [\(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: [\(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; [\(Inciso com redação dada pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, publicada no DOU, Edição Extra, de 13/11/2013, em vigor 180 dias após sua publicação\)](#)

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

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

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#) [\(Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003\)](#)

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. [\(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

.....

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 oficial](#))

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

.....

FIM DO DOCUMENTO
