



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 6.941, DE 2017 **(Da Sra. Jozi Araújo)**

Altera a Lei nº 9.656, de junho de 1998, acrescentando as definições dos tipos de contratações dos planos privados de assistência à saúde e estabelece obrigações para administradoras e operadoras de planos de assistência à saúde

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-5622/2016.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei acrescenta à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, as definições dos tipos de contratação dos planos privados de assistência à saúde e estabelece obrigações às administradoras e operadoras de planos de assistência à saúde

Art. 2º O art. 16 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido dos parágrafos 2º ao 6º, renumerando-se o parágrafo único para §1º.

“§2º Entende-se por Plano Privado de Assistência à Saúde Individual ou Familiar aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

§3º Entende-se por Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

§4º Entende-se por Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão, aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantém vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

§5º Poderá aderir ao plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, desde que previsto contratualmente, o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro.

§6º Caberá tanto à administradora quanto à operadora de plano de assistência à saúde, exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão que trata o §4º deste artigo, e a condição de elegibilidade do beneficiário, que deverá se dar pela apresentação da filiação formal à entidade contratante”.

Art. 2º Esta lei entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 universalizou o acesso dos brasileiros à saúde, instituindo o Sistema Único de Saúde. Entretanto,

passados mais de 28 anos, nos deparamos com um sistema caro, restrito e deficiente. Essa situação tem empurrado as classes tidas como A, B e C para a contratação de planos de saúde privados, caros e muitas vezes limitados frente às necessidades de seus beneficiados. Não menos aflitiva para os beneficiários é a compreensão dos contratos apresentados pelas operadoras, que possuem um linguajar extremamente técnico, desconexos e muitas vezes conflitantes. Frente à essa realidade, estamos propondo que sejam incluídos na Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 as definições dos tipos de contratação dos planos privados de assistência à saúde.

Em nossa proposta estamos tornando responsável, de forma solidária, as administradoras de plano de assistência à saúde, pela filiação formal do beneficiário à pessoa jurídica contratante do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, bem como pela regular situação da pessoa jurídica contratante. Com isso pretendemos coibir a venda de “gato por lebre”, onde o beneficiário é levado a achar que está contratando um plano familiar ou empresarial, quando na verdade está se juntando por adesão a um plano de uma entidade classista com a qual não mantém nenhum vínculo de fato, descobrindo essa artimanha das operadoras quando recebe ficha para se filiarem ou quando do recebimento do comunicado do reajuste de seu plano de saúde, negociado pela instituição.

Há que se considerar que tais definições já constam das Resoluções Normativas n.ºs. 195/2009 e 389/2015 da Agência Nacional de Saúde (ANS), que são de efeito interno, não possuindo força de Lei. Resta, portanto, positivar tais definições a fim de trazer maior segurança jurídica aos segurados.

Por esses motivos é que peço o apoio de meus pares para aprovar o presente Projeto de Lei.

Sala da Sessões, 15 de fevereiro de 2017

Jozi Araújo
Deputada Federal

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

CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

.....

TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL

.....

CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL

.....

Seção II
Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

.....

.....

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. 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)*

.....

.....

RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 195, DE 14 DE JULHO DE 2009

Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do artigo 10, combinado com os incisos II, XIII e XXXII do artigo 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e em conformidade com o disposto no art. 64, inciso II, alínea “a”, do Anexo I, da Resolução Normativa – RN nº 81, de 2 de setembro de 2004, em reunião realizada em 1 de julho de 2009, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a classificação dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

Art. 2º Para fins de contratação, os planos privados de assistência à saúde classificam-se em:

- I – individual ou familiar;
- II – coletivo empresarial; ou
- III – coletivo por adesão.

RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 389, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2015

Dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil, revoga a Resolução Normativa nº 360 de 3 de dezembro de 2014, e o parágrafo único do art. 5º, da RN nº 190 de 30 de abril de 2009, e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 3º, os incisos XIX, XXXI e XXXVI do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e inciso III do artigo 6º da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, em reunião realizada em 18 de novembro de 2015, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar e estabelece a obrigatoriedade de as operadoras de planos privados de assistência à saúde, doravante denominadas operadoras, disponibilizarem um conteúdo mínimo obrigatório de informações:

- I – aos seus beneficiários titulares e dependentes; e
- II - às pessoas jurídicas contratantes de planos privados de saúde e às administradoras de benefícios.

Art. 2º Todo o conteúdo de informações obrigatórias de que trata esta resolução deverá ser disponibilizado obrigatoriamente em meio digital, através de área específica e restrita no portal da operadora na Internet.

§ 1º A disponibilização considera-se ocorrida no momento em que é dado acesso ao usuário para consulta às informações dispostas em área específica e restrita, através do portal da operadora na Internet.

§ 2º A operadora poderá disponibilizar, integral ou parcialmente, o conteúdo de que trata o caput deste artigo através de aplicativos disponíveis em computadores, tablets e celulares.

§ 3º Todo o conteúdo disponibilizado em área específica e restrita do portal da operadora, na forma do caput deste artigo, deverá ser passível de impressão através do portal da operadora.

§ 4º A operadora deverá providenciar diretamente ao beneficiário, titular ou

dependente, e também à pessoa jurídica contratante de plano privado de assistência à saúde, ou à administradora de benefícios, mediante solicitação formal, a expedição em material impresso das informações obrigatórias respectivas a cada um deles, conforme disposto nesta Resolução no prazo máximo de trinta dias, salvo se previsto prazo diverso nesta Resolução.

.....
.....

FIM DO DOCUMENTO
