



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 1.603, DE 2003

(Do Sr. Mário Heringer)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", e dá outras providências.

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE:

SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA;

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE REDAÇÃO (ART. 54 RICD)

APRECIÇÃO:

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

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. O art. 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 17.

§ 1º São facultados o descredenciamento e a substituição de entidade hospitalar e profissional de saúde, a que se refere o *caput* deste artigo, apenas na hipótese de ocorrência de ato ilegal ou contrário à ética profissional, fraude, erro médico ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, quando devidamente comprovados pela operadora à ANS, e nos casos de erro médico, quando julgado como tal pelo conselho de medicina ou de odontologia da especialidade de que tratar o profissional sujeito ao descredenciamento.

§ 2º A substituição de entidade hospitalar, de que trata o parágrafo primeiro deste artigo, far-se-á por outra em quantidade e qualidade equivalente, e mediante comunicação aos consumidores e à ANS.

§ 3º Nos casos de substituição, de que trata o parágrafo primeiro deste artigo, durante período de internação do consumidor, são obrigações:

I – Do estabelecimento: manter a internação;

II – Da operadora:

- a) Pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato; ou, em caso de substituição por infração às normas sanitárias ou por escolha do consumidor;
- b) Arcar com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor” (NR).

Art. 2º. Dê-se ao artigo 18 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a seguinte redação:

“Art. 18.

I –

II –

III – a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independentemente de sua natureza jurídica constitutiva,

impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional, bem como recusar-se ao credenciamento de médicos ou odontólogos que respeitem as seguintes condições, no ato do credenciamento:

- a) possuir diploma de graduação, reconhecido pelo Ministério da Educação, na área em que atua, seja em Medicina ou em Odontologia;
- b) possuir diploma e/ou certificado de residência médica ou de pós-graduação em área médica ou odontológica específica, ou, ainda, comprovar exercício profissional de, no mínimo, cinco anos consecutivos na especialidade em que pleiteia credenciamento, com aprovação no exame de competência da sociedade médica ou odontológica da mesma especialidade; e
- c) possuir registro válido no Conselho Regional de Medicina ou no Conselho Regional de Odontologia em que atua.

IV – o acesso imediato e sem ônus a autorização ou, em caso contrário, a comprovação física da negativa de autorização, independentemente do mês do ano, do dia da semana ou do horário em que for efetuada a solicitação, sendo proibido às operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei negarem ou adiarem, sob qualquer pretexto ou alegação, resposta imediatas às solicitações de autorização de que trata este inciso.

Parágrafo único.” (NR).

Art. 3º. Acrescente-se o art. 20-A à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com a seguinte redação:

“Art. 20-A. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do Art. 1º desta Lei ficam obrigadas a utilizarem formulários padronizados, de acordo com modelo apresentado pela ANS, para a solicitação de exames, consultas, transferências de pacientes, perícias e outras atividades que constituam os serviços contratados pelo consumidor.

Parágrafo único. A ANS regulamentará o uso dos formulários de que trata o *caput* deste artigo, definindo as penalidades cabíveis às operadoras que descumprirem o disposto no mesmo”.

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

Justificativa

Desde sua promulgação em 3 de junho de 1998, a Lei nº 9.656 vem sofrendo alterações que visam aprimorar seu conteúdo e retirar-lhe algumas

imperfeições. Na sequência dessas alterações, apresentamos o presente projeto de lei, com os seguintes objetivos:

1. coibir as diversas modalidades de coação praticadas pelas operadoras de planos e seguros de saúde no jogo, muitas vezes antiético, do credenciamento e do descredenciamento de profissionais e entidades clínicas e hospitalares, que compromete a qualidade dos serviços prestados ao consumidor;
2. “destampar a caixa preta” dos procedimentos médicos cobertos pelas operadoras de planos e seguros de saúde e, paralelamente, ampliar o controle estatal sobre os mesmos, bem como o próprio registro epidemiológico nacional;
3. diminuir a exclusão profissional com a valorização da profissão liberal;
4. permitir a verdadeira livre escolha pelo USUÁRIO baseada na melhor relação médico-paciente; e,
5. agilizar as respostas às solicitações de autorização para procedimentos médicos feitas pelos prestadores de serviço às operadoras.

Para atingir esses objetivos, determinamos as seguintes alterações na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998:

1. Ampla restrição ao descredenciamento de entidades hospitalares e profissionais de saúde, limitando o mesmo a razões de ordem legal, ética, sanitária ou de erro médico comprovado, impossibilitando, dessa forma, que o descredenciamento possa ser feito por vontade injustificada da operadora ou em benefício próprio da mesma;
2. Proibição à recusa de credenciamento de profissionais de saúde que comprovem os requisitos determinados em Lei para o exercício de sua atividade com qualidade, quais sejam, graduação em Medicina ou Odontologia, residência médica ou equivalente, e registro no conselho regional de medicina ou de odontologia onde atua ou pretende atuar;
3. Garantia aos prestadores de serviço do direito de obtenção de autorização ou negativa tão logo solicitado, com proibição de que as operadoras neguem ou adiem, sob qualquer pretexto, resposta à solicitação de autorização; e
4. Determinação de formulários padronizados, conforme modelo determinado pela ANS, nos quais encontrem-se terminologias e códigos unificados.

Com essas alterações na Lei nº 9.656, de 1998, entendemos contribuir decisivamente para a melhora na qualidade dos serviços prestados pelas operadoras de seguros e planos de saúde, pelos médicos e odontólogos, e pelos serviços de saúde credenciados, minimizando o “mercado negro” do credenciamento e do descredenciamento, e ampliando, outrossim, o controle do Estado e da

sociedade civil sobre campo de tão profunda responsabilidade social que é a saúde da população brasileira.

Dada a relevância e a urgência da matéria, esperamos contar com o apoio de nossos pares neta Casa para sua célere aprovação.

Sala das Sessões, 31 julho de 2003.

Deputado Mário Heringer

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 ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade

§ 1º Para os fins do disposto no caput deste artigo, consideram-se:

I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros;

II - operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.

§ 3º A assistência a que alude o caput deste artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.

§ 4º 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 e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 2º Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as pessoas jurídicas de que trata esta Lei poderão:

I - nos planos privados de assistência à saúde, manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano;

II - nos seguros privados de assistência à saúde, reembolsar o segurado ou, ainda, pagar por ordem e conta deste, diretamente aos prestadores, livremente escolhidos pelo segurado, as despesas advindas de eventos cobertos, nos limites da apólice.

Parágrafo único. Nos seguros privados de assistência à saúde, e sem que isso implique o desvirtuamento do princípio da livre escolha dos segurados, as sociedades seguradoras podem apresentar relação de prestadores de serviços de assistência à saúde.

Art. 17. A inclusão como contratados ou credenciados dos planos privados de assistência à saúde, de qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

§ 1º É facultada a substituição do contrato ou credenciado a que se refere o caput, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores com trinta dias de antecedência.

§ 2º Na hipótese de a substituição a que se refere o parágrafo anterior ocorrer durante internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a mantê-lo internado e a operadora obriga-se ao pagamento das despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado ou credenciado de uma operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, impõe-lhe as seguintes obrigações e direitos:

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 ou credenciamento com quantas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde desejar, sendo expressamente vedado impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

Art. 19. As pessoas jurídicas que, na data de vigência desta Lei, já atuavam como operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde terão o prazo de cento e oitenta dias, contado da expedição das normas pelo CNSP, para requererem a sua autorização de funcionamento.

Parágrafo único. O não-cumprimento do disposto no caput deste artigo implica o pagamento de multa diária fixada pelo CNSP e aplicada pela SUSEP às operadoras de planos e seguros de que trata esta Lei.

Art. 20. As operadoras de planos ou seguros de que trata esta Lei são obrigadas a fornecer periodicamente ao Ministério da Saúde e à SUSEP informações e estatísticas, incluídas as de natureza cadastral, que permitam a identificação de seus consumidores, e de seus dependentes, consistentes de seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

§ 1º Os servidores da SUSEP, no exercício de suas atividades, têm livre acesso às operadoras de planos privados de assistência à saúde, podendo requisitar e apreender livros, notas técnicas, processos e documentos, caracterizando-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, qualquer dificuldade oposta à consecução desse objetivo.

Art. 21. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde realizar quaisquer operações financeiras:

*** Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/08/2001.**

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"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:

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;

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;

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.

§ 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.

§ 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.

§ 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.

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)

"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.

§ 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.

§ 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.

§ 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.

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

I - nome da entidade a ser excluída;

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (NR)

"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:

.....
....

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.

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." (NR)

"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.

§ 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.

§ 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.

§ 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.

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.

§ 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.

§ 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.

§ 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." (NR)

"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos

consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo." (NR)

"Art.21.

.....
II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa." (NR)

FIM DO DOCUMENTO
