



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 4.523, DE 2021

(Da Sra. Tabata Amaral)

Altera a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências, para explicitar a competência da ANS de fiscalizar os serviços de saúde próprios mantidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-2734/2011.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

Projeto de Lei Nº , DE 2021

Altera a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que *cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências*, para explicitar a competência da ANS de fiscalizar os serviços de saúde próprios mantidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Os incisos XV e XXIII do *caput* do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passam a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 4º**

.....

XV – estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados, bem como fiscalizar diretamente a qualidade dos atendimentos prestados pelos serviços de saúde próprios;

.....

XXIII – fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, inclusive dos serviços de saúde próprios, e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;

.....” (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (CPI da Pandemia) lançou luz sobre gravíssimas irregularidades envolvendo a rede Prevent Senior, que têm suas origens no fato de a empresa ser, simultaneamente, prestadora de serviços de atenção à saúde e



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Tabata Amaral
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD210364276200>



operadora de plano de saúde.

O exercício de ambos os papéis enseja, como se está revelando na CPI, um perigoso conflito de interesses. Toda operadora de planos de saúde tem o objetivo de controlar os custos do atendimento a seus beneficiários. No pólo oposto, os hospitais e demais prestadores de serviços para os planos têm, por meta, bem atender aos pacientes e, evidentemente, ampliar seu faturamento. Haveria, desse modo, incentivo para a adoção de procedimentos considerados desnecessários ou com baixo benefício em relação ao seu custo. O choque de interesses entre planos de saúde e prestadores tem, como resultante, uma tendência ao equilíbrio, ainda que não sejam raros os conflitos entre as partes.

A adoção do modelo verticalizado desequilibra a relação, ao eliminar a independência administrativa e econômica do prestador. Com efeito, a questão é agravada pela chamada assimetria de informação que existe entre o plano de saúde verticalizado – e sua rede de atendimento – e os pacientes e suas famílias.

A Medicina é uma atividade cada vez mais complexa, também do ponto de vista tecnológico. A possibilidade de um paciente ou de seus familiares monitorarem o serviço prestado é quase nula. Mesmo médicos integrantes do sistema muitas vezes não conseguem apreender todas as consequências de determinadas posturas institucionais. Eventos graves ou fatais, que envolvam procedimentos não recomendados ou contraindicados, só são constatados *ex-post*, quando os danos à saúde – e à vida – dos pacientes tornaram-se irreversíveis. De fato, com a concentração de poder nas mãos das operadoras, a tendência é a fragilização ainda maior dos beneficiários.

Os diversos depoimentos prestados na CPI deixaram evidente que os riscos trazidos para os beneficiários dos planos de saúde quando suas operadoras seguem o modelo de verticalização são tão elevados que sua adoção deve ser fiscalizada de perto. Mas não nos referimos apenas a questões burocráticas das operadoras ou de seu relacionamento com os prestadores de serviço. No caso da operação de serviços de saúde próprios, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve fiscalizar de maneira rigorosa as atividades desses serviços, a fim de coibir a adoção de condutas lesivas aos beneficiários de planos de saúde.

A proposta legislativa em questão foi elaborada em parceria com o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), organização comprometida com a ética nas relações de consumo e com a efetivação do direito à saúde.

Estamos seguros de que sua aprovação terá o condão de evitar a recorrência de eventos trágicos como aqueles expostos de maneira dramática nos depoimentos da CPI da Pandemia e que custaram a vida de centenas de pacientes idosos nas unidades hospitalares da rede Prevent Senior.

É o que se coloca à deliberação desta Casa.

Sala das Sessões,

Deputada Tabata Amaral (PSB/ SP)



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Tabata Amaral
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD210364276200>



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 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

CAPÍTULO I
DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA

.....
Art. 4º. Compete à ANS:

- I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar
- Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
- II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
- III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;
- IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
- V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
- VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
- VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
- IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
- X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
- XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;
- XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;
- XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) conteúdos e modelos assistenciais;
- b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
- c) direção fiscal ou técnica;
- d) liquidação extrajudicial;
- e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
- f) normas de aplicação de penalidades;
- g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados; [*\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)*](#)

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

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

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

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

CAPÍTULO II DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

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

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

.....
.....

FIM DO DOCUMENTO
