

PROJETO DE LEI Nº , DE 2004

(Do Sr. Dr. Pinotti)

Altera a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos planos ou seguros de que trata esta Lei cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor e a este, o pagamento de um percentual, nunca superior a 50 % do valor da mensalidade, por um período de 12 meses (NR).

§ 1º.....

§ 2º O prazo de cobertura para doenças e lesões preexistentes fica alterado de vinte e quatro para doze meses, ficando a ANS obrigada a normatizar e fiscalizar o oferecimento de agravo, que deverá ser implantado no prazo máximo de 120 dias.

§ 3º Com a aceitação do agravo, pelo consumidor, a assistência à saúde passa a ser imediatamente prestada.

Art. 32.

§ 2º-A As operadoras deverão incluir nos seus cadastros de beneficiários o número do Cartão Nacional de Saúde, a ser fornecido pela ANS.

§ 2º-B Os registros de atendimentos em estabelecimentos do SUS, que identifiquem os usuários, deverão conter o número do Cartão Nacional de Saúde.

§ 2º-C As operadoras e a ANS deverão implantar a identificação dos pacientes pelo número do Cartão Nacional de Saúde prevista nos parágrafos 2ºA e 2ºB no prazo de cento e oitenta dias após a disponibilização do respectivo cartão pelo Ministério da Saúde.

§ 2º-D Durante esse prazo, os prestadores de serviços deverão informar, nos registros de autorização de internação hospitalar e de atendimento de alto custo, se o paciente é detentor de um plano de saúde e, nos casos positivos, o nome do operadora do seu plano de assistência à saúde.

§ 2º-E Estas informações deverão ser obtidas na alta do paciente ou após o seu atendimento ambulatorial.

Art. 35-N. As operadoras de planos privados de assistência à saúde ficam obrigadas a emitir suas faturas de modo a permitir seu desconto na rede bancária habilitada.

Art. 35-O. O prazo máximo para pagamento pelas operadoras aos prestadores de serviços contratados, credenciados ou cooperados, pessoas físicas ou jurídicas, é de trinta dias, contados a partir da data de apresentação da fatura dos serviços prestados no decorrer de um mês.

Parágrafo único. O prazo limite para que as operadoras de planos de assistência à saúde apresentem as contas em divergência, para que sejam corrigidas em comum acordo com os prestadores é de quinze dias”.

Art. 2º A variação de preço da contraprestação pecuniária, por faixa etária, estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde não poderá ser superior a 300% do valor entre a primeira e a última faixa.

Parágrafo único. O percentual de aumento previsto no *caput* deve ser distribuído de forma eqüitativa e equilibrada entre as faixas.

Art. 3º As relações entre as operadoras e os prestadores de serviço, pessoas físicas ou jurídicas, devem ser explicitadas em contratos firmados entre as partes, que contenham, entre outros acordos, um índice de reajuste dos valores dos serviços, a ser aplicado sempre que houver aumento das contraprestações pecuniárias dos planos de assistência à saúde, em data-base determinada, conforme o estabelecido na Lei n.º 9.656, de 1998.

Art. 4º O atendimento de urgência ou emergência conforme o disposto na alínea c, inciso V, do artigo 12 e no artigo 35, alínea c, da Lei n.º 9.656, de 1998, não pode sofrer restrições de limite de tempo à assistência do usuário, até a sua alta médica do atendimento de urgência ou emergência.

Art. 5º É vedada a exigência de depósito de caução ou de outras modalidades de garantia, como condição de atendimento ou internação de paciente.

§ 1º As operadoras privadas de planos de assistência à saúde devem organizar e manter, no prazo máximo de cento e oitenta dias, serviço ininterrupto de atendimento aos prestadores para autorização imediata de internações, exames ou procedimentos.

§ 2º A ausência ou o mau funcionamento do serviço a que se refere o parágrafo anterior implica na presunção de autorização de todo e qualquer objeto da consulta à operadora.

Art. 6º A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS deverá elaborar índice econômico próprio para monitorar e atualizar preços de serviços e insumos do setor de saúde suplementar constantes da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos-TUNEP, no prazo máximo de doze meses.

Parágrafo único. Por sua relevância pública, o índice econômico e as informações constantes da TUNEP devem ser divulgados, de

forma que permita seu fácil acesso à população em geral, e serem reavaliados a cada três meses.

Art. 7º É garantido o direito à mobilidade entre diferentes modalidades de planos, da mesma operadora ou de operadoras diversas, com portabilidade de carências.

§ 1º A ANS definirá critérios para a mobilidade entre planos distintos e similares, no prazo máximo de 180 dias, considerando, entre outros fatores, a modalidade e tipo de plano, abrangência geográfica, o padrão e o conforto da rede oferecida.

§ 2º Os valores praticados serão justificados e aprovados pela ANS no prazo máximo de trinta dias, devendo ser compatíveis com os de mercado.

Art. 8º As operadoras de planos de saúde ficam obrigadas a adotar a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.

Parágrafo único. Caberá à ANS a adoção das medidas necessárias para a sua efetiva adoção e implementação.

Art. 9º O TCU deverá, no exercício das suas atribuições, realizar auditorias anuais na ANS para avaliar suas contas e o cumprimento das Leis n.º 9.961, de 2000 e n.º 9.656, de 1998.

Art. 10. Os planos coletivos contratados a partir desta Lei deverão estar integralmente sujeitos à Lei n.º 9656, de 3 de junho de 1998 e serão fiscalizados pela ANS.

Art. 11. A ANS apresentará, em prazo de cento e oitenta dias, um novo regulamento para a contratualização que deve ser feita entre as operadoras e os prestadores de serviço, em especial sobre os temas do credenciamento e do descredenciamento de prestadores, ouvindo representantes das operadoras, dos prestadores de serviços e dos consumidores.

Art. 12. Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Por ocasião do debate da Medida Provisória n.º 148, de 2003, fizemos amplo debate sobre a necessidade de modificar a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, tendo em vista suas insuficiências, especialmente se atentarmos para a situação dos portadores dos planos de saúde e dos prestadores de serviços às operadoras.

O Governo Federal, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) comprometeu-se a enviar um projeto de lei que contemplasse os temas que entendemos estão a merecer urgente regulamentação.

Como não houve a apresentação de tal projeto de lei por parte do Governo, estamos apresentando esta proposição, que altera artigos da Lei n.º 9.656, de 1998, ao mesmo tempo em que estabelece normativas com o intuito de aperfeiçoar a relação entre operadoras, prestadores de serviços e usuários de planos.

Em primeiro lugar, propomos alteração no artigo 11 da Lei n.º 9.656, para inverter o ônus da prova no caso das doenças e lesões preexistentes e modificar os prazos de carência para a sua cobertura, diminuindo de vinte e quatro para doze meses e instituindo regulamentação para a aceitação de agravo pelo consumidor. O motivo principal desta proposição é que consideramos abusiva a disposição atual contida no artigo 11 da Lei n.º 9.656/98, com visível ônus para o paciente.

Em segundo lugar, estamos sugerindo modificações no artigo 32 da Lei n.º 9.656/98, por entendermos que é urgente e necessária a discussão do ressarcimento dos atendimentos realizados na rede pública e privada contratada pelo SUS aos beneficiários dos planos de saúde. São inúmeras as barreiras que a ANS não consegue superar e que dificultam a concretização das cobranças que poderiam determinar uma relevante receita adicional ao SUS. A primeira delas consta no parágrafo primeiro do art. 5º da RDC nº 18, de 30 de março de 2000, que proíbe os hospitais argüírem sobre a condição de beneficiário de plano de saúde para proteger o princípio da universalidade. Está informação poderia facilitar o batimento (cruzamento dos

dados de identificação dos beneficiários de planos de saúde com os dos usuários do SUS) que é feito através do DATASUS.

A ANS, através da RDC 18, de 30 de março de 2000, normatiza o ressarcimento sem obedecer a Lei nº 9.656/98 e não cobra os atendimentos eletivos e de alto custo da rede contratada e conveniada, determinando assim o não ressarcimento desses procedimentos. Além disso, a ANS não cumpre as suas próprias normas porque não cobra também os procedimentos de alto custo dos hospitais públicos. Com estes fatos, o Ministério da Saúde e os hospitais prestadores deixam de receber a parte que lhes cabe e a fraude é institucionalizada e de alta monta. Um campo próprio para identificar o usuário que tenha plano de saúde e o cadastro completo e atualizado eliminariam as dificuldades que hoje impedem a ANS de cumprir o ressarcimento e proporcionar recursos adicionais significativos para o SUS.

Em entendimento com a ANS, proponho aqui a adoção do número do Cartão Nacional de Saúde (do SUS) em todos os cadastros de beneficiários das operadoras, bem como nos registros de atendimentos realizados pelo SUS, dando um prazo de cento e oitenta dias para a implantação de tais registros. Tal providência permitirá, posteriormente ao atendimento, a identificação dos beneficiários dos planos privados de assistência à saúde atendidos pelos prestadores de serviço. Durante o período dado, de cento e oitenta dias, para a implantação destes registros do número do Cartão Nacional de Saúde, proponho que todas as AIHs (autorização de internação hospitalar) e APACs (atendimento de alto custo) contenham informações sobre o número da carteira de identidade do paciente e sobre a sua condição de beneficiário de plano privado de assistência à saúde. Estas informações poderiam ser obtidas no momento da alta para equacionar a preocupação com a universalidade que, de resto, consideramos equivocada. Até hoje a ANS não mantém um cadastro completo e atualizado de beneficiários, operadoras e produtos, como determina a RDC nº 3, de 20 de janeiro de 2000, para possibilitar um “batimento” sem incorreções, que viabilizaria as cobranças e não determinaria gastos operacionais desnecessários à ANS.

Para dirimir problemas e evitar abusos na relação entre as operadoras e os prestadores de serviços, que tem trazidos sérios prejuízos também aos pacientes, sugiro aqui que as transações entre estas partes, relacionadas com o pagamento de serviços sejam realizadas por meio da rede bancária, utilizando-se do recurso de faturas ou de boletos bancários.

O prazo que as operadoras têm praticado para pagar os prestadores de serviços tem sido dos mais variados possíveis e, como regra, tem sido muito longo. Tal fato gera um prejuízo notório aos prestadores que têm que cumprir seus compromissos mensais com o pagamento do seu pessoal, dos fornecedores e assim por diante. Para solucionar tal problema, proponho aqui um prazo máximo para pagamento pelas operadoras aos prestadores de serviços contratados, credenciados ou cooperados, pessoas físicas ou jurídicas, de trinta dias, que parece ser um tempo razoável, comumente adotado em transações comerciais, para ambas as partes. Proponho, também, um prazo de quinze dias para contestações e divergências sejam feitas pelas operadoras.

Em terceiro lugar, consideramos abusiva a RN nº 63/2003, da ANS, quando ela define que os valores pagos pela última faixa etária sejam seis vezes maiores que os da primeira, concedendo um aumento de 500%, sobre o qual ainda haverá correção monetária anual. O que ocorreu foi, além de tudo, um uso inadequado do Estatuto do Idoso. Antes dele, esses aumentos eram praticados de forma mais suave até idades superiores (mais de setenta anos). Depois dele, esses aumentos, ao invés de serem eliminados a partir dos 60 anos, foram prensados e concentrados para até 59 anos, com o agravante de serem praticados em dobro nos três últimas faixas etárias. Isso agrava, concretamente, o que já está ocorrendo, ou seja, a inadimplência dos idosos e sua fuga dos planos de saúde. Entendemos que esse percentual não pode ser superior a 300% e que os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária devem ser fixados de forma eqüitativa e equilibrada pela operadora. Propomos que a variação permitida da primeira para a última faixa etária seja distribuída de modo a não comprometer financeiramente as últimas faixas. Estaria sendo mantido assim o pacto de solidariedade intergeracional, recaindo as variações igualmente sobre os consumidores de todas as idades. Essa regra, além de evitar a penalização do idoso, garantirá às prestadoras de serviço e operadoras boa dose de flexibilidade para administrarem através de cálculos atuariais a concentração de sinistralidade em determinadas faixas etárias.

Em quarto lugar, consideramos que as reclamações constantes dos prestadores de serviços - hospitais, médicos e demais profissionais da saúde - pelas precárias condições de pagamento e trabalho que lhes são impostas, são problemas graves que a ANS entende que pode equacionar com a padronização de contratos. Entretanto, sempre existem hospitais e profissionais dispostos a aceitar preços menores mas, evidentemente

com perda de qualidade e sérios prejuízos aos usuários. Portanto, é indispensável que pelo menos se determine que os reajustes concedidos anualmente às operadoras devem incluir percentuais obrigatórios aos prestadores de serviços, pessoas físicas e jurídicas, para que não ocorra defasagem das contraprestações, com reflexos graves na qualidade dos serviços prestados.

Em quinto lugar, julgamos que a carência para atendimentos de urgência ou emergência deve ser de 24 horas, conforme o disposto na letra c, inciso V do artigo 12 e artigo 35, c, da Lei nº 9.656/98. É fundamental a revisão e alteração da Resolução CONSU nº 13, de 4 de novembro de 1998, sobre esse atendimento, pois desde a publicação da referida resolução, as entidades de defesa do consumidor têm se posicionado contrárias aos dispositivos ali previstos, sobretudo referentes aos artigos 3º, parágrafo 1º, e art. 4º, parágrafo único. Isto porque, o plano ambulatorial garante cobertura de urgência e emergência somente para as doze primeiras horas de atendimento. Tal fato é inaceitável pois urgência ou emergência define a necessidade de atendimento para a preservação de vida e não está nunca sujeita a limitação definida por número de horas. A duração do atendimento deve estar vinculada às características que determinam o caráter de emergência. Na prática, as operadoras de planos privados de assistência à saúde têm negado o atendimento aos consumidores que se encontram nessas situações sempre que estiverem em cumprimento de carência contratual. Ou seja, o posicionamento das operadoras, baseado na Resolução CONSU nº 13/98, tem sido pela negativa da cobertura, nos casos em que o consumidor não tenha cumprido os seis meses de carência. Logo, o entendimento correto deve ser o de que os casos de urgência e emergência devem ser imediatamente atendidos sem imposição de prazo de carência ou tempo de atendimento.

Em sexto lugar, consideramos que foi parcial e equivocada a RDC da ANS que determinou a extinção do cheque caução, entendendo que a nova proposta de contrato entre operadora e prestador de serviço possa equacionar este problema. A única possibilidade de equacioná-lo, sem consequências graves aos usuários, é através da manutenção de canais de comunicação permanentes entre a operadora, prestadores e beneficiários. As operadoras, em um único local do país, com um cadastro de todos os seus beneficiários, têm condições de equacionar essa questão com baixo custo e é isso que se deve exigir. A não existência desse serviço deve determinar que a

operadora se responsabilize sempre pelos pagamentos de todos os procedimentos que não puderam ter autorização prévia. Isso também consta de recomendação da CPI dos planos de saúde. É o que propomos neste projeto de lei em seu artigo 5º.

Um sétimo ponto merece nossa atenção. A Lei nº 9.656/98 estabelece, através do art.32, que o ressarcimento se dará através de uma Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP) que deve definir valores entre o SUS (mínimos) e os do mercado ou os estabelecidos em contratos entre prestadores de serviços públicos e operadoras para todos os procedimentos. Entretanto, a TUNEP está há mais de dois anos sem atualização e alguns dos seus preços são inferiores aos do SUS. Não há nem mesmo as atualizações sugeridas periodicamente pelo SIMPRO e BRASÍNDICE, fazendo com que o ressarcimento, quando ocorre, tenha valores muito abaixo do que aqueles de mercado. Uma apuração realizada em setembro de 2003 apontou variação de 10 a 15 vezes menor dos preços TUNEP comparativamente aos preços SIMPRO, o que é injustificável. Neste projeto de lei propomos a elaboração de um índice econômico próprio para monitorar e atualizar os preços de serviços e insumos do setor de saúde suplementar, sua ampla divulgação e reavaliação a cada seis meses. Tais providências certamente vão ajudar a ANS a estruturar mecanismos que corrigem e aperfeiçoem o processo do ressarcimento.

Em oitavo lugar, também propomos aqui, no artigo 7º do projeto de lei, que o usuário de planos de saúde tem o direito de mobilidade entre planos distintos, da mesma operadora ou de operadoras diferentes, com a portabilidade de carências. Trata-se de permitir que o usuário possa optar por outro plano ou plano de outra operadora sem que tenha que se submeter novamente a todos os prazos carenciais, período em que permanece sem cobertura. O cumprimento das carências já foi realizado e não é lógico nem razoável que, a cada mudança, o usuário tenha que cumprir novas carências.

Em nono lugar, o ponto que mereceu nosso cuidado é o que se refere a adoção da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos. Trata-se de um trabalho exaustivo, realizado pela Fundação Getúlio Vargas, que permite a adequada avaliação da natureza e do custo de cada procedimento médico, executado pelos prestadores de serviços. Constitui-se em referência e ferramenta valiosa para a administração das relações entre operadoras e prestadores de serviços.

Em décimo lugar, consideramos que o Tribunal de Contas da União deve ter um cuidado especial, no exercício de suas atribuições, em avaliar as contas e a execução da missão da ANS tendo em vista a alta relevância social do objeto que ela regulamenta e fiscaliza.

Em décimo primeiro lugar, tendo em vista que os planos coletivos não estão plenamente sujeitos às normas da Lei n.º 9.656/98, em especial no que refere à fiscalização e a fixação das contraprestações pecuniárias, propomos aqui a inclusão dos contratos coletivos à sujeição desta Lei.

Finalmente, propomos uma prazo de cento e oitenta dias para que a ANS apresente um novo regulamento para a elaboração de contratos entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços, especialmente no que se refere aos temas do credenciamento e descredenciamento. Para a elaboração de tal regulamento a ANS deverá ouvir representantes dos prestadores de serviços, das operadoras e dos consumidores.

Queremos destacar o caráter público dos serviços de saúde prestados pelo setor privado. É indiscutível que as empresas privadas atuam de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, nos termos do art. 196 e § 1º do art. 199, da Constituição Federal e que se trata, portanto, de serviço público essencial, que deve ser também garantido pelo Poder Público.

Acreditamos que estas normas viriam a sanar importantíssimas e gravíssimas omissões na legislação que atualmente rege o setor de saúde suplementar no País e, por isso, conclamamos os colegas Deputados a aprovar este projeto de lei.

Sala das Sessões, em de de 2004 .

Deputado Dr. Pinotti