



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 2.056-A, 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; tendo parecer da Comissão de Seguridade Social e Família, pela aprovação, com emendas (relator: DEP. AMAURI GASQUES).

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE:

SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA; E

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

APRECIAÇÃO:

Proposição sujeita à apreciação conclusiva pelas Comissões - Art. 24, II

S U M Á R I O

I – Projeto Inicial

II – Na Comissão de Seguridade Social e Família:

- parecer vencedor
- emendas oferecidas pelo relator
- parecer da Comissão
- votos em separado

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Acrescente-se o art. 35-N à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com a seguinte redação:

“Art. 35-N. Todo procedimento previamente autorizado pelas operadoras de planos de assistência à saúde será considerado dívida líquida e certa, não cabendo, para esses casos, os recursos de glosa ou supressão de pagamentos”.

Art. 2º. Acrescente-se o art. 35-O à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com a seguinte redação:

“Art. 35-O. As operadoras de planos de assistência à saúde ficam obrigadas a emitirem suas faturas de modo a garantir seu desconto na rede bancária oficial”.

Art. 3º. Acrescente-se o art. 35-P à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com a seguinte redação:

“Art. 35-P. O prazo máximo para pagamento pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos profissionais de saúde, entidades hospitalares ou centros diagnósticos por elas contratados, a elas credenciados ou delas cooperados é de trinta dias contados a partir da data de apresentação da fatura dos serviços prestados no decorrer de um mês.

§ 1º 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.

§ 2º O não cumprimento do disposto neste artigo incorrerá nas penalidades previstas pelos arts. 25 e 27 desta Lei”.

Art. 4º. Acrescente-se o art. 35-Q à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com a seguinte redação:

“Art. 35-Q. Sempre que houver reajuste dos valores cobrados pelos planos de saúde ao consumidor haverá igual ou superior reajuste dos valores pagos pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos prestadores de serviços médicos”.

Art. 5º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Justificativa

O Projeto de Lei que ora submetemos à avaliação dos nobres pares desta Casa visa aperfeiçoar a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 2003, no que respeita às relações comerciais e trabalhistas existentes entre as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e os profissionais das áreas médica e odontológica que lhes prestam serviços, quer como contratados, credenciados ou cooperados. Essas relações, até o presente momento, não contam com nenhum tipo de regulamentação.

A ausência de uma legislação que trate com a devida atenção as questões pertinentes às relações entre Operadoras e profissionais de saúde tem trazido sérias consequências para médicos e odontólogos, que se vêm submetidos a desmandos e abusos de todas as ordens por partes das empresas que atuam na área de saúde.

Os principais aspectos a serem regulamentados pelo presente Projeto são os seguintes:

- 1) Garantir que os procedimentos previamente autorizados pelas Operadoras de Planos de Saúde não possam ser submetidos a recursos administrativos para protelação ou suspensão de pagamento, uma vez que só foram realizados em virtude da autorização por parte da Operadora;
- 2) Assegurar às pessoas físicas ou jurídicas que negociam diretamente com as Operadoras de Planos de Saúde o direito – já consagrado na área comercial em geral – de efetuarem, de forma ágil e prática, suas transações comerciais por meio da rede bancária oficial, utilizando-se do recurso de faturas ou boletos bancários;
- 3) Determinar um prazo máximo para que as Operadoras de Planos de Saúde liquidem seus compromissos financeiros com os profissionais de saúde que lhes prestam serviços, evitando a prática, hoje comum, de adiamento interminável dos pagamentos, origem de prejuízos financeiros muitas vezes irreparáveis aos prestadores de serviço médico;
- 4) Determinar, igualmente, um prazo máximo para que as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde apresentem as contas que consideram em desacordo e possam, em comum acordo com os prestadores de serviços, corrigi-las;

- 5) Subordinar o descumprimento dos prazos mencionados nos dois itens acima às penalidades legais previstas, de modo a que não resulte inóqua a determinação de prazos; por fim,
- 6) Garantir aos profissionais de saúde que prestam serviço às Operadoras o direito a reajuste de rendimento, associando esse reajuste àquele que porventura venha a ser praticado pelas Operadoras sobre seus consumidores.

As inovações que ora pretendemos introduzir na legislação que atende à questão dos Planos de Saúde no Brasil situa-se na esteira de uma série de esforços para atualização e aprimoramento da Lei nº 9.656, de 1998.

Dado o ineditismo e a inegável relevância da matéria para o equilíbrio das relações entre Operadoras de Planos de Saúde e profissionais médicos prestadores de serviços, esperamos contar com o apoio de nossos pares para sua célere aprovação.

Sala das Sessões, 23 de setembro de 2003.

Deputado Mário Heringer

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

LEI N° 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

.....

Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei sujeitam a operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde;

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras;

Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias referidas no inciso VII do art. 3º.

Art. 27. As multas serão fixadas pelo CNSP e aplicadas pela SUSEP, em função da gravidade da infração, até o limite de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 19 desta Lei.

Parágrafo único. As multas constituir-se-ão em receitas da SUSEP.

Art. 28. Das decisões da SUSEP caberá recurso ao CNSP, no prazo de quinze dias, contado a partir do recebimento da intimação.

.....

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada ao consumidor com contrato já em curso a possibilidade de optar pelo sistema previsto nesta Lei.

§ 1º No prazo de até noventa dias a partir da obtenção da autorização de funcionamento prevista no art. 19, as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde adaptarão aos termos desta legislação todos os contratos celebrados com seus consumidores.

§ 2º A adaptação dos contratos a que se refere o parágrafo anterior não implica prejuízo ao consumidor no que concerne à contagem dos períodos de carência, dos prazos para atendimento de doenças preexistentes e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados os limites de cobertura previstos no contrato original.

Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Renan Calheiros

Pedro Malan

Waldeck Ornelas

José Serra

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

.....

.....

MEDIDA PROVISÓRIA N° 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. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

.....
 IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;

.....
 VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)

"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)

"Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)

"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.

§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço

assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:

I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e

II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.

§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:

I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;

II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.

§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.

§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.

§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.

§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.

§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.

§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.

§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)

"Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.

§ 1º O termo de compromisso referido no **caput** não poderá implicar restrição de direitos do usuário.

§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.

§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei." (NR)

.....

"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de

janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.

§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.

§ 7º As pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.

§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adaptação dos contratos de que trata este artigo." (NR)

"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;

II - aprovar o contrato de gestão da ANS;

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

a) aspectos econômico-financeiros;

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)

"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:

I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;

II - da Saúde;

III - da Fazenda;

IV - da Justiça; e

V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.

§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, **ad referendum** dos demais membros.

§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.

§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.

§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.

§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.

§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.

§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)

"Art. 35-C. É obrigatoria a cobertura do atendimento nos casos:

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35." (NR)

"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei." (NR)

"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;

II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;

IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:

I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;

III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;

IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;

V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.

§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)

"Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e

reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)

"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990." (NR)

"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em consequência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)

"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)

"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)

"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)

"Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores." (NR)

Art. 2º Os arts. 3º, 5º, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998, resguardada às pessoas jurídicas de que trata o art. 1º a data limite de 31 de dezembro de 1998 para adaptação ao que dispõem os arts. 14, 17, 30 e 31.

Art. 3º O Poder Executivo fará publicar no Diário Oficial da União, no prazo de trinta dias, após a conversão desta Medida Provisória em lei, texto consolidado da Lei nº 9.656, de 1998.

.....
.....

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA**PARECER VENCEDOR****I – RELATÓRIO**

O projeto sobre o qual se emite novo parecer, de autoria do ilustre Deputado MÁRIO HERINGER, visa a introduzir na Lei nº 9.656, de 1998, mais conhecida como Lei dos Planos de Saúde, quatro novos dispositivos.

O primeiro deles estabelece que os procedimentos previamente autorizados pelas operadoras de planos de saúdes passam a constituir dívidas líquidas e certas para com os prestadores, não sendo possível às empresas do setor glosar ou suprimir pagamentos sob qualquer alegação.

O segundo dispositivo proposto, por sua vez, prevê que as faturas para pagamento dos prestadores sejam emitidas pelas operadoras sejam descontáveis na rede bancária oficial.

Já o terceiro artigo proposto determina que as operadoras terão prazo máximo de trinta dias para pagamento aos prestadores, contados a partir da data de apresentação da fatura.

Por fim, o último dispositivo prevê que os reajustes das contraprestações pagas pelos consumidores serão, no mínimo, integralmente repassadas aos prestadores de serviços.

Justificando sua iniciativa, o ínclito Autor alega que inexiste legislação para regulação das relações entre operadoras e prestadores e que, com isso, os profissionais e estabelecimentos de saúde se vêm submetidos a desmandos e abusos.

A matéria é de competência conclusiva deste Órgão Técnico no que concerne ao mérito. Posteriormente deverá manifestar-se quanto à constitucionalidade, à regimentalidade e à técnica legislativa a doura Comissão de Constituição e Justiça e de Redação.

No prazo regimental, não foram apresentadas Emendas.

É o Relatório.

II – VOTO DO RELATOR

Na reunião deliberativa desta Comissão, realizada no dia 15 de dezembro de 2004, após a rejeição do parecer do Deputado Dr. Ribamar Alves ao Projeto de Lei nº 3.466/04, pela Comissão de Seguridade Social e Família, fui designado o relator do vencedor.

Ficou acordado entre os membros que seria suprimido o artigo 4º e alterado o artigo 2º do projeto.

Diante do exposto, votamos pela APROVAÇÃO do Projeto de Lei nº 2.056/03, com as duas emendas que apresentamos em anexo.

Sala da Comissão, em 15 de dezembro de 2004.

Deputado **AMAURO GASQUES**
Relator

EMENDA SUBSTITUTIVA

Dê-se ao artigo 2º do projeto a seguinte redação:

"Art. 2º. Acrescente-se o art. 35-O à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com a seguinte redação:

Art. 35-O. Fica facultado aos prestadores a emissão de fatura e boleto para desconto na rede bancária oficial. Feita a opção, será garantido tal procedimento em contrato.

Sala da Comissão, em 15 de dezembro de 2004.

Deputado **AMAURO GASQUES**
Relator

EMENDA SUPRESSIVA

Suprime-se o artigo 4º do projeto.

Sala da Comissão, em 15 de dezembro de 2004.

Deputado **AMAURO GASQUES**
Relator

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Seguridade Social e Família, em reunião ordinária realizada hoje, aprovou, com emendas o Projeto de Lei nº 2.056/2003, nos termos do Parecer Vencedor do Relator, Deputado Amauri Gasques. O Deputado Rafael Guerra apresentou voto em separado. O Parecer do Deputado Dr. Ribamar Alves passou a constituir voto em separado.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Eduardo Paes - Presidente, Eduardo Barbosa, Dr. Francisco Gonçalves e Selma Schons - Vice-Presidentes, Amauri Gasques, Angela Guadagnin, Arnaldo Faria de Sá, Athos Avelino, Benjamin Maranhão, Darcísio Perondi, Elmar Máximo Damasceno, Geraldo Resende, Guilherme Menezes, Henrique Fontana, Homero Barreto, Jandira Feghali, José Linhares, Manato, Milton Barbosa, Neucimar Fraga, Nice Lobão, Rafael Guerra, Roberto Gouveia, Sandra Rosado, Dr. Benedito Dias, Jorge Gomes, Milton Cardias, Teté Bezerra e Zelinda Novaes.

Sala da Comissão, em 15 de dezembro de 2004.

Deputado **EDUARDO PAES**
Presidente

VOTO EM SEPARADO DO DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES

I – RELATÓRIO

A proposição sob análise, de autoria do ilustre Deputado MÁRIO HERINGER, visa a introduzir na Lei nº 9.656, de 1998, mais conhecida como Lei dos Planos de Saúde, quatro novos dispositivos.

O primeiro deles estabelece que os procedimentos previamente autorizados pelas operadoras de planos de saúdes passam a constituir dívidas líquidas e certas para com os prestadores, não sendo possível às empresas do setor glosar ou suprimir pagamentos sob qualquer alegação.

O segundo dispositivo proposto, por sua vez, prevê que as faturas para pagamento dos prestadores sejam emitidas pelas operadoras sejam descontáveis na rede bancária oficial.

Já o terceiro artigo proposto determina que as operadoras terão prazo máximo de trinta dias para pagamento aos prestadores, contados a partir da data de apresentação da fatura.

Por fim, o último dispositivo prevê que os reajustes das contraprestações pagas pelos consumidores serão, no mínimo, integralmente repassadas aos prestadores de serviços.

Justificando sua iniciativa, o ínclito Autor alega que inexiste legislação para regulação das relações entre operadoras e prestadores e que, com isso, os profissionais e estabelecimentos de saúde se vêm submetidos a desmandos e abusos.

A matéria é de competência conclusiva deste Órgão Técnico no que concerne ao mérito. Posteriormente deverá manifestar-se quanto à constitucionalidade, à regimentalidade e à técnica legislativa a dnota Comissão de Constituição e Justiça e de Redação.

No prazo regimental, não foram apresentadas Emendas.

É o Relatório.

II - VOTO

Não restam dúvidas de que o eminent Deputado MÁRIO HERINGER é um grande estudioso e entendedor da problemática relativa ao setor de saúde suplementar.

Suas participação e contribuições à CPI dos Planos de Saúde foram significativas e de fundamental importância para que pudéssemos aprovar um Relatório Final equilibrado e bastante propositivo.

As idéias contidas no Projeto sob comento são extremamente criativas e puderam ser debatidas durante os trabalhos da aludida CPI, tanto durante suas sessões, como diretamente com o nobre Propositor por ocasião da elaboração do Relatório Final.

Cremos, entretanto, que, para sermos coerentes com os resultados daquela Comissão Parlamentar de Inquérito, devemos indicar um outro caminho que não o da introdução desses dispositivos na legislação.

Com efeito, após longas e exaustivas análises, a CPI concluiu que o caminho mais efetivo para a solução dos problemas existentes entre prestadores e operadoras de planos de saúde é o da chamada “contratualização”.

Por intermédio desse paradigma, contido em recomendação explícita à Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS — e consubstanciado em Projeto de Lei da CPI, a relação entre prestadores e operadoras passa a ser objeto de instrumento contratual com cláusulas mínimas estabelecidas, em que se destacam: os procedimentos para os quais o prestador ou profissional de saúde é indicado; os valores dos serviços contratados, prazos e formas de pagamento e faturamento; definição do prazo de vigência do contrato; causas de rescisão contratual, garantida aos pacientes a continuidade dos tratamentos em curso; e definição de formas de auditoria técnica e administrativa, bem como de procedimentos para os quais sejam necessárias autorizações prévias.

Assim, entendemos que a introdução de itens na legislação relativos às garantias aos prestadores seria indesejável por representar amarras nem sempre factíveis. Tais garantias podem perfeitamente ser objeto de negociação num contrato estabelecido de parte a parte ou entre entidades representativas de cada um dos segmentos envolvidos.

Nosso voto é, desse modo, pela rejeição do Projeto de Lei nº 2.056, de 2003.

Sala da Comissão, em _____ de _____ de 2003.

Deputado **DR. RIBAMAR ALVES**

VOTO EM SEPARADO DO DEPUTADO RAFAEL GUERRA – PSDB

1. Relatório

Trata-se de Projeto de Lei que objetiva introduzir alterações na Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, a fim de fundar norma, até o presente inexistente, para a regulação das relações comerciais e trabalhistas entre as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e os profissionais das áreas médica e odontológica que lhes prestam serviços, quer como contratados, credenciados ou cooperados.

A proposta normativa do Projeto de Lei nº 2.056, de 24 de setembro de 2003, pode ser resumida nos seguintes pontos:

- 1) Impossibilitar que os procedimentos previamente autorizados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde sejam submetidos a recursos administrativos para protelação ou suspensão de pagamento;
- 2) Garantir que as transações comerciais entre as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e as pessoas físicas ou jurídicas que com elas negociam diretamente possam ser realizadas na rede bancária oficial, por meio de faturas ou boletos bancários;
- 3) Estipular prazos legais para que as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde liquidem seus compromissos financeiros com os profissionais de saúde que lhes prestam serviços;
- 4) Assegurar aos profissionais de saúde que prestam serviço às Operadoras de Planos de Assistência à Saúde o direito legal de reajuste, por meio da associação deste aos reajustes praticados pelas Operadoras sobre o consumidor.

Nesta Comissão de Seguridade Social e Família, primeira comissão desta Casa por onde tramita o PL nº 2.056, de 2003, o projeto mereceu parecer contrário de seu relator quanto a seu mérito social. Por divergir do voto do nobre relator, apresentamos voto em separado, oportunidade em que expomos os fundamentos de nossa posição.

2. Voto

Argumenta o nobre relator, em seu voto de rejeição ao Projeto de Lei nº 2.056, de 2003, que a propositura não encontra justificativa de aprovação, uma vez que a mesma contraria o disposto no Projeto de Lei nº 2.934/04, que “altera a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências”. Argumenta, ainda, o nobre relator, que tendo em vista ser o

Projeto de Lei nº 2.934/04 resultante dos trabalhos realizados pela *Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar denúncias de irregularidade na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de Planos de Saúde – CPISAUDE*, a Comissão de Seguridade Social e Família agiria de modo incoerente caso viesse a aprovar um outro Projeto de Lei que não aquele sugerido pela própria CPI.

Justificamos nosso voto em contrário ao voto apresentado pelo nobre relator, com base nos seguintes argumentos:

1. Um Projeto de Lei é tão somente uma proposição, não havendo hierarquia entre os Projetos de Lei oriundos de CPIs e as iniciativas de parlamentares individuais

A afirmação de que uma dada proposição mereceria um parecer contrário à sua aprovação porque supostamente conflitaria com uma outra proposição em tramitação não nos parece, de modo algum, um argumento legítimo para fazer desmerecer qualquer iniciativa parlamentar. Fossem as proposições anteriores motivo para invalidar as proposições subsequentes, o Regimento Interno da Câmara dos Deputados não determinaria a tramitação conjunta de matérias análogas:

Art. 139. A distribuição de matéria às Comissões será feita por despacho do Presidente, dentro em duas sessões depois de recebida na Mesa, observadas as seguintes normas:

I – antes da distribuição, o presidente mandará verificar se existe proposição em trâmite que trate de matéria análoga ou conexa; em caso afirmativo, fará a distribuição por dependência, determinando a sua apensação, após ser numerada, aplicando-se à hipótese o que prescreve o parágrafo único do art. 142 (Regimento Interno da Câmara dos Deputados).

De outra parte, não compactuamos com a concepção, subjacente ao voto do nobre relator, de uma possível hierarquização entre os Projetos de Lei, que colocaria os Projetos de Lei oriundos de CPIs em posição superior aos Projetos de Lei de iniciativas individuais de parlamentares, de modo a que a aprovação destes últimos fosse invalidada diante da mera tramitação dos primeiros. Não fosse essa suposta hierarquia – Projetos de Lei de CPI invalidando a aprovação de Projetos de Lei de iniciativa parlamentar individual – uma ficção e certamente encontrariam no Regimento Interno da Câmara dos Deputados dispositivo que indicasse sua legalidade. A inexistência de um tal dispositivo permite-nos concluir que essa é tão somente uma interpretação de nosso Regimento, com a qual não concordamos por considerá-la eivada de injustiças para com o legislador individual.

Art. 143. Na tramitação em conjunto ou por dependência, serão obedecidas as seguintes normas:

I – ao processo da proposição que deva ter precedência serão apensos, sem incorporação, os demais;

II – terá precedência:

a) a proposição do Senado sobre a da Câmara;

b) a mais antiga sobre as mais recentes proposições;

III – em qualquer caso, as proposições serão incluídas conjuntamente na Ordem do Dia da mesma sessão.

Parágrafo único. O regime especial de tramitação de uma proposição estende-se às demais que lhe estejam apensadas. (Regimento Interno da Câmara dos Deputados).

Por considerarmos que os motivos apresentados pelo nobre relator para a rejeição do PL 2.056/03 não encontram respaldo normativo no Regimento Interno da Câmara dos Deputados, sendo, portanto, ilegais e ilegítimos, somos contrários ao voto da relatoria.

2. A competência da Comissão de Seguridade Social e Família é analisar o mérito das proposições nas áreas que lhe forem relacionadas

Conforme disposto no art. 53 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, as Comissões Permanentes pelas quais tramitam as matérias na Casa dividem-se em: Comissões de mérito, Comissão de Finanças e Tributação, e Comissão de Constituição e Justiça e de Redação.

Art. 53. Antes da deliberação do Plenário, ou quando esta for dispensada, as proposições, exceto os requerimentos, serão apreciadas:

I – pelas Comissões de mérito a que a matéria estiver afeta;

II – pela Comissão de Finanças e Tributação, para o exame dos aspectos financeiro e orçamentário públicos, quanto à sua compatibilidade ou adequação com o plano plurianual, e para o exame do mérito, quando for o caso;

III – pela Comissão de Constituição e Justiça e de Redação, para o exame dos aspectos de constitucionalidade, legalidade, juridicidade, regimentalidade e técnica legislativa, e, juntamente, com as Comissões técnicas, para pronunciar-se sobre o seu mérito, quando for o caso (Regimento Interno da Câmara dos Deputados).

À Comissão de Seguridade Social e Família, conforme disposto no art. 32 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, compete julgar o mérito das proposições, considerando-se os seguintes aspectos:

- a) assuntos relativos à saúde, previdência e assistência social em geral;
- b) organização institucional da saúde no Brasil;
- c) política de saúde e processo de planificação em saúde; sistema único de saúde;
- d) ações e serviços de saúde pública, campanhas de saúde pública, erradicação de doenças endêmicas; vigilância epidemiológica, bioestatística e imunizações;
- e) assistência médica previdenciária; instituições privadas de saúde;
- f) medicinas alternativas;
- g) higiene, educação e assistência sanitária;
- h) atividades médicas e paramédicas;
- i) controle de drogas, medicamentos e alimentos; sangue e hemoderivados;
- j) exercício da medicina e profissões afins; recursos humanos para a saúde;
- l) saúde ambiental, saúde ocupacional e infotunística; seguro de acidentes do trabalho urbano e rural;
- m) alimentação e nutrição;
- n) indústria químico-farmacêutica; proteção industrial de fármacos;
- o) organização institucional da previdência social do País;
- p) regime geral e regulamentos da previdência social urbana, rural e parlamentar;
- q) seguros e previdência privada;
- r) assistência oficial, inclusive a proteção à maternidade, à criança, ao adolescente, ao idoso e ao portador de deficiência;
- s) regime jurídico das entidades civis de finalidades sociais e assistenciais;
- t) matérias relativas à família, à mulher, à criança, ao adolescente, ao idoso e ao excepcional ou deficiente físico;
- u) direito de família e do menor (Regimento Interno da Câmara dos Deputados).

Entendemos que o voto apresentado pelo nobre relator ao Projeto de Lei nº 2.056/03 não contempla o mérito da proposição, atendo-se unicamente a compará-la ao Projeto de Lei nº 2.934/04, de autoria da CPI dos Planos de Saúde. Assim, sem fornecer subsídios suficientes para que os outros membros da Comissão possam julgar

devidamente a matéria quanto a seu valor intrínseco, o parecer da relatoria parece-nos eivado de parcialidade e inconsistência técnica.

Acreditamos, de outra parte, que a determinação regimental em favor do pronunciamento de parecer restrito ao *mérito* da matéria nas Comissões de mérito deve-se ao desejo do legislador de fazer do parecer um instrumento objetivo, de caráter prioritariamente técnico, ainda que em um contexto político, evitando, assim, que o mesmo pudesse vir a ser transformado em instrumento de expressão da vontade ou do interesse pessoal do parlamentar responsável pela relatoria.

Por considerarmos omissa o parecer da relatoria quanto à apreciação de mérito do Projeto de Lei nº 2.056/03, e entendendo que essa omissão concorre tão somente para uma exclusão ilegítima, injustificada e tendenciosa de uma proposição em tramitação e não para a avaliação do *mérito* da mesma, somos contrários ao voto do nobre relator.

3. A assinatura de relatório de Comissão Parlamentar de Inquérito não implica em desistência das obrigações parlamentares quanto a apresentação e defesa de proposição

Em seu parecer, o nobre relator escreve:

As idéias contidas no Projeto sob comento são extremamente criativas e puderam ser debatidas durante os trabalhos da aludida CPI (...).

Cremos, entretanto, que, para sermos coerentes com os resultados daquela Comissão Parlamentar de Inquérito, devemos indicar um outro caminho que não o da introdução desses dispositivos na legislação (Voto da relatoria) – Grifos nossos.

Entendemos que a orientação do nobre relator – de pretender suposta coerência com os resultados da CPI – parte de um equívoco conceitual quanto ao papel dos Parlamentares no corpo do processo Legislativo.

Esse equívoco, ao nosso ver, reside na idéia, subjacente ao argumento central da relatoria, de que o Parlamentar – representante do povo, eleito por voto direto com o dever legal e a expectativa popular de fazer cumprir o juramento de “*manter, defender e cumprir a Constituição, observar as leis, promover o bem geral do povo brasileiro e sustentar a união, a integridade e a independência do Brasil*”¹ – sempre que diante de Projeto de Lei procedente de Comissão Parlamentar de Inquérito da qual tenha sido participante, deva renunciar a suas obrigações morais e formais de propor leis para o aprimoramento do direito objetivo nacional.

¹Juramento prestado pelos Deputados Federais quando de sua posse. Extraído do Regimento Interno da Câmara dos Deputados.

Em nosso entendimento, a orientação da relatoria, além de não encontrar respaldo no Regimento Interno da Câmara dos Deputados ou na Constituição Federal, inverte a relação de coerência que se espera de um Parlamentar, dando prioridade às sugestões de uma Comissão Parlamentar de Inquérito – sugestões que, é sabido, qualquer Parlamentar partícipe pode concordar completa ou apenas parcialmente – em detrimento das obrigações Parlamentares de garantir o direito subjetivo por meio de introdução de regra nos instrumentos do direito objetivo.

Por considerarmos inconsistente e distorcido o argumento do nobre relator que defende coerência para com os resultados da CPI, pretendendo que os Deputados omitam-se de suas obrigações parlamentares, somos contra o voto da relatoria.

4. Sem a introdução de dispositivo na legislação não há como fazer valer o princípio da legalidade

Em seu parecer, o nobre relator escreve:

*Creamos (...) que, para sermos **coerentes** com os resultados daquela Comissão Parlamentar de Inquérito, **devemos indicar um outro caminho que não o da introdução desses dispositivos na legislação** (Voto da relatoria) – Grifos nossos.*

Entendemos que a orientação do nobre relator vai de encontro ao princípio da legalidade, segundo o qual “**ninguém é obrigado a fazer ou a deixar de fazer alguma coisa, senão em virtude de lei**”². Ora, quando o próprio Poder do Estado a quem compete a elaboração dos instrumentos do direito objetivo – as leis – omite-se de seu papel impositivo em favor de uma ação meramente indicativa, tem-se como corolário a desobrigação subjetiva – no caso em questão, a desobrigação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – e o enfraquecimento do próprio direito subjetivo, cuja existência emana das normas que configuram o direito objetivo.

Se a *lei* se identifica com o *direito positivo*, o *jus positum*, o direito posto, imposto, positivado pelo Estado³ e é dele o instrumento de realização, as proposições, indicações e outros mecanismos sugestivos não chegam, por sua vez, a cumprir qualquer papel positivo. A substituição da *lei* pela *sugestão* resulta, assim, no enfraquecimento do papel regulador do Estado, reforçando, consequentemente, o já forte desequilíbrio de forças que caracteriza as relações comerciais e trabalhistas em sociedades de capitalismo tardio, como o Brasil.

Por entendermos que sugestões ou indicações não são mecanismos eficazes para o equilíbrio de forças na relação desigual entre Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e seus Prestadores, e, conseqüentemente, por entendermos que somente a *lei* é capaz de introduzir a harmonia entre as forças concorrentes, bem assim

² ACQUAVIVA, Marcus Cláudio. “Dicionário acadêmico de direito”. SP: Editora Jurídica Brasileira, 2001, p. 289.

³ ACQUAVIVA, Marcus Cláudio. “Dicionário acadêmico de direito”. SP: Editora Jurídica Brasileira, 2001.

a justiça nessa relação hoje tão desequilibrada, colocamo-nos contrariamente ao voto da relatoria.

5. O uso da “contratualização” como paradigma regulador pressupõe equilíbrio das forças participantes do contrato

Pretende o nobre relator ser coerente com as conclusões da CPI dos Planos de Saúde, indicando, assim, a chamada “contratualização” como paradigma regulador dos conflitos existentes entre as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e seus Prestadores. Nas palavras do nobre relator, o chamado paradigma da “contratualização” consiste em que a relação entre as partes interessadas seja

objeto de instrumento contratual com cláusulas mínimas estabelecidas, em que se destacam: os procedimentos para os quais o prestador ou profissional de saúde é indicado; os valores dos serviços contratados, prazos e formas de pagamento e faturamento; definição de prazo de vigência do contrato; causas de rescisão contratual, garantida aos pacientes a continuidade dos tratamentos em curso; e a definição de formas de auditoria técnica e administrativa, bem como de procedimentos para os quais sejam necessárias autorizações prévias (Voto da relatoria).

Cremos ser fundamental compreender que a obrigatoriedade de existência de “cláusulas mínimas” em um contrato não corresponde, de modo algum, à pré-determinação de um conteúdo mínimo para essas cláusulas. A definição de conteúdos, normas e diretrizes cabe à *lei*, como instrumento de direito positivo.

De outra parte, somos reticentes quanto à livre contratação entre Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Prestadores, mediada apenas por “cláusulas mínimas”, visto entendermos tratarem-se de entidades que se apresentam à contratação dotadas de forças muito desiguais. Enquanto as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde são, em geral, grandes empresas contratadoras, dotadas de ampla possibilidade de escolha entre os inúmeros profissionais de saúde e entidades hospitalares a serem contratados, estes últimos, por sua vez, são pessoas físicas ou jurídicas frágeis, porque isoladas e dependentes da aceitação das Operadoras. Apenas a título de exemplificação, temos que se uma Operadora apresenta um contrato com cláusulas que os Prestadores julguem em desacordo com seus direitos ou interesses, dado o jogo desequilibrado das forças, só resta aos Prestadores submeterem-se aos termos do contrato ou desistirem de assiná-lo, exatamente como ocorre até o presente. De modo algum, diante de vazio normativo, os Prestadores terão força de negociação suficiente para impor cláusulas que possam favorecer a seus interesses e direitos em detrimento de interesses das Operadoras.

Por entendermos que a “contratualização” da relação entre Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Prestadores depende diretamente de normatização estatal para ocorrer em contexto justo e equilibrado, somos contrários ao voto da relatoria, reforçando, outrossim, a imprescindibilidade dos aspectos que o Projeto de Lei nº 2.056/03 propõe-se a normatizar.

6. Sem Lei não há justiça e equilíbrio nas relações entre as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e seus Prestadores

A ausência normativa que até o presente domina as relações trabalhistas e comerciais entre as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e seus Prestadores tem produzido resultados nefastos não somente para a parte mais frágil dessa relação – os Prestadores – mas, mais importante ainda, para o conjunto da saúde brasileira como um todo.

O atual vazio normativo nessa área específica da saúde suplementar é fator determinante para a produção e a reprodução permanentes de um conjunto tanto discreto quanto eficaz de mecanismos de exploração das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde sobre seus Prestadores. Na ausência de Lei que discipline as relações – autorize, proíba, estabeleça prazos, critérios e penalidades – Operadora/Prestador tem-se a imprópria e injusta submissão do direito subjetivo à auto-regulação de partes extremamente desiguais e desequilibradas. Daí o inadiável imperativo de edição de texto legal visando coibir a exploração a que se encontram submetidos profissionais e empresas que prestam serviços às Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, posto que sem o texto da Lei nada há que obrigue estas a portarem-se de modo mais justo, equilibrado e honesto em sua relação com seus Prestadores.

Entendemos que o Projeto de Lei nº 2.056, de 2003, de autoria do nobre Deputado Mário Heringer – parlamentar notoriamente comprometido com a construção de uma saúde suplementar de qualidade para o Brasil – consiste em instrumento fundamental para a reversão do atual quadro de desequilíbrio entre as forças envolvidas na relação Operadoras/Prestadores. O referido Projeto de Lei acerta duplamente. Por um lado, antecipa-se, como instrumento legal, às ações meramente sugestivas, de pouco ou nenhum valor formal no enfrentamento de tão grave problema. Por outro lado, atinge a questão em seu cerne, ocupando-se de regulamentar justamente os aspectos centrais da exploração econômica decorrente dos seguintes vácuos normativos:

- **Ausência de Lei obrigando as Operadoras a cumprirem o compromisso de pagamento de procedimentos previamente autorizados por elas próprias.** Uma vez que os procedimentos só são efetuados em virtude de prévia autorização, entendemos ser ilegítimo e imoral – a despeito de ainda não ilegal – a prática das Operadoras de adiamento *ad infinitum* ou suspensão total dos procedimentos

autorizados. Por considerarmos que o Projeto de Lei nº 2.056, de 2003, soluciona com muita competência essa questão, votamos por sua imediata aprovação;

- **Ausência de Lei determinando prazos máximos para a liquidação de compromissos financeiros entre Operadoras e Prestadores.** Os Prestadores – clínicas, hospitais e profissionais de saúde – são pessoas físicas ou jurídicas que dependem diretamente dos recursos contratados com as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde para sua manutenção/sobrevivência. A ausência de legislação específica para garantia de direito ao pagamento pelos serviços prestados é, pois, imensamente prejudicial aos interesses profissionais dos Prestadores e tem como corolário inúmeros abusos praticados por parte das Operadoras, tais como o adiamento interminável do pagamento de serviços contratados ou da apresentação das contas em contrário, dentre outros. Por considerarmos que o Projeto de Lei nº 2.056, de 2003, introduz na legislação vigente importante dispositivo para a adequada regulação da questão de prazos para a liquidação de compromissos financeiros entre Operadoras e Prestadores, votamos por sua imediata aprovação;
- **Ausência de garantia legal de reajuste periódico para os vencimentos de Prestadores.** Todas as categorias profissionais brasileiras, de um modo ou de outro, têm garantido o direito a reajuste periódico de seus vencimentos. Por força de ausência normativa e da própria relação desigual de poder existente entre Operadoras e Prestadores, esse reajuste periódico não se verifica na área da saúde suplementar. Todavia, as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde praticam periodicamente reajustes de seus preços sobre os consumidores, aumentando, assim, sua receita, sem necessário incremento em suas despesas. Entendemos que essa situação precisa ser revertida, uma vez que reforça, por um lado, o poder econômico das Operadoras, enquanto enfraquece – diga-se mais, depaupera – os profissionais de saúde, que têm seus vencimentos corroídos pela inflação sem mínima garantia de manutenção de seu poder aquisitivo. Por julgarmos que o Projeto de Lei nº 2.056, de 2003, preenche importante lacuna na área de direitos trabalhistas e econômicos de Prestadores de serviços de saúde suplementar, votamos por sua imediata aprovação;
- **Ausência de garantia legal para realização de transação comercial em rede bancária oficial.** O uso de boletos bancários aplicáveis a toda a rede bancária oficial nacional é, há muito, uma prática consagrada no campo comercial brasileiro. Esse recurso, todavia, não pode ser usado na área da saúde suplementar, visto não haver autorização para isso por parte das Operadoras. Entendemos que a inclusão desse recurso é de extrema importância para garantir a celeridade e a transparência das transações comerciais realizadas entre Operadoras e Prestadores, razão pela qual defendemos a aprovação do Projeto de Lei nº 2.056, de 2003;

Julgamos que o atual quadro legal de regulamentação da relação entre Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e seus Prestadores é extremamente omissivo quanto a questões que são de suma importância para a qualidade da saúde suplementar brasileira. Não há como esperar eficiência e excelência da medicina e da odontologia praticada em um sistema de saúde suplementar onde o profissional e as unidades de promoção de saúde sejam vítimas indefesas de estruturas mercantis corrompidas pelo desejo cego e desmedido por lucro, para as quais a saúde não é mais que motor de um enriquecimento nem sempre comprometido e responsável.

Em virtude do exposto, votamos pela rejeição do parecer do nobre relator e pela aprovação do Projeto de Lei nº 2.056/03.

Sala das comissões, em 9 de junho de 2004.

Deputado RAFAEL GUERRA

FIM DO DOCUMENTO