



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 6.510, DE 2006 **(Do Sr. Ricarte de Freitas)**

Altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e dá outras providências.

DESPACHO:

APENSE-SE AO PL 4076/2001

APRECIÇÃO:

Proposição sujeita à apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O artigo 1º da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, será acrescido do inciso IV e do § 5º, com a seguinte redação:

.....

IV – Compensação de Carteiras: Sistema de compensação destinado ao atendimento de consumidor e seus dependentes mediante a integração das carteiras referenciadas no inciso III deste artigo.

.....

§ 5º Para os efeitos do estabelecido no inciso IV deste artigo, as operadoras e os profissionais ou serviços de saúde compensarão, com um dos Planos de Assistência à Saúde disponível, as despesas pelo atendimento ao Consumidor e seus dependentes quando, em sua carteira, não constar o Plano de Saúde a ele vinculado, observado o seguinte:

- a) A operadora procederá a um rodízio entre os seus Planos de Assistência à Saúde disponíveis para atendimento, quando o consumidor possuir um plano diverso daqueles de sua carteira.
- b) O consumidor terá acrescido em 1% do valor das despesas pelo atendimento promovido, destinado ao Plano de Assistência à Saúde que lhe prestar o serviço, sujeitando-se, ainda, às restrições e normas por este estabelecidas, e ao pagamento das despesas relativas à diferença dos valores e serviços contratados em seu plano de origem.
- c) Os procedimentos destinados a viabilizar a compensação das despesas se darão na forma a ser estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art.2º Esta Lei entra em vigor no prazo de 120 dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Esta proposta de Projeto de Lei pretende suprir a ausência de dispositivos que simplifiquem os atendimentos dos consumidores usuários dos planos de saúde.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, órgão do Ministério da Saúde, responsável pela regulação e fiscalização do setor, o mercado brasileiro de planos de saúde é o segundo maior do planeta e envolve cerca de 40 milhões de usuários. e a medida em que a demanda vem crescendo significativamente nos hospitais, clínicas e consultórios médicos que prestam seus serviços através dos planos de saúde, o Consumidor perde a qualidade no seu atendimento.

O Consumidor, na maioria das vezes, perde um tempo significativo na busca daqueles locais onde seu plano de saúde é aceito, ora através de ligações telefônicas, ou mediante o ingresso, porta-a-porta, de um local onde possam lhe prestar o serviço.

Nas situações emergenciais, geralmente, o consumidor sequer tem condições de consultar as relações de médicos e hospitais credenciados ao seu plano de saúde. Sem mencionar, ainda, o fato de que tais credenciamentos sofrem freqüentes alterações, havendo registro, inclusive, de clínicas, de médicos e hospitais condicionarem o atendimento emergencial ao pagamento, mediante caução, quando não possuem em sua carteira o plano de saúde de que aquele paciente é detentor.

Há, também, contratos que são mais interessantes economicamente e que prestam melhores vantagens para os planos de saúde e, na maioria das vezes, tais vantagens estão associadas a clínicas com menores recursos tecnológicos e profissionais menos experientes.

É fato que a livre escolha de um profissional por parte do Consumidor, além de um direito, representa uma confiança que interfere no tratamento médico, favorecendo, sobremaneira, na cura do paciente. Por outro lado, entendemos que se concedermos esta livre escolha exclusivamente ao consumidor, muito em breve os médicos, clínicas e hospitais deixarão de celebrar convênios e passarão a cobrar as despesas sem qualquer critério, deixando ao usuário o encargo de buscar o ressarcimento a que tem direito junto ao seu plano de saúde.

Assim, para alcançar resultados favoráveis com esta medida, é necessário que os profissionais médicos, clínicas e hospitais tenham, no mínimo, um plano de saúde, para que possam promover o atendimento requerido pelo Consumidor. Esta seria uma forma de se evitar a cartelização no atendimento, e de

promover facilidades operacionais que contribuirão para a revitalização do sistema mediante o aumento da confiança e qualidade dos serviços.

Com a sistemática ora proposta, os operadores e os planos de saúde que prestarem o serviço não terão prejuízos, restando ao Consumidor pagar um pequeno acréscimo nas despesas realizadas, visando, basicamente, cobrir os custos da compensação financeira a ser processada entre os planos de saúde.

Por sua vez, o atual sistema de atendimento dos planos de saúde já está a justificar essa mudança de procedimento, considerando que o consumidor vem perdendo o serviço público de saúde com a qualidade de tempos atrás. Sua opção por pagar um plano de saúde privado não pode se transformar em um atendimento moroso e complicado, excessivamente burocrático e ineficiente, como hoje continua ocorrendo na rede pública e, infelizmente, já se manifesta nos atendimentos realizados pelos planos de saúde.

Entendemos ser comum o surgimento de alterações na legislação específica, notadamente quando tratamos da saúde e dos direitos dos consumidores, vez que a dinâmica com que se operam as exigências é muito maior e mais sensível, restando contemplar as medidas necessárias à preservação de serviços de qualidade e com celeridade.

A preocupação central desta iniciativa é estabelecer facilidades que propiciem os efetivos benefícios esperados pela população a serem concedidos pelos órgãos públicos, na qualidade de responsável sobre a elaboração da legislação sobre a saúde e suas relações com o setor privado, assunto tão relevante e de interesse de todos os brasileiros.

Vale também consignar a importância de que tal sistemática está devidamente coerente com os objetivos superiores das garantias individuais previstos no ordenamento supremo do País, e de acordo com as exigências de rapidez nos atendimentos médicos.

Trata-se, portanto, de medida urgente e necessária para o aperfeiçoamento de nosso sistema de saúde e, por estas razões, espero contar com o apoio dos nobres pares.

Sala das Sessões, 18 de janeiro de 2006.

Deputado Ricarte de Freitas
PTB/MT

<p style="text-align: center;">LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI</p>

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.

***Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 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. 8º Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Pedro Parente

FIM DO DOCUMENTO
