



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 7.600, DE 2006

(Do Sr. Dr. Pinotti)

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

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-4076/2001.

APRECIAÇÃO:
Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida das seguintes modificações.

“Art. 12-A. Em qualquer das variedades de segmentação previstas no artigo anterior 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. 13A. É permitida aos detentores de plano privado de assistência à saúde a transferência de contrato de uma operadora a outra e para isso:

I – as operadoras devem realizar acordos para acolhimento do consumidor, sem exigência de novos períodos de carência relacionada a doenças e lesões preexistentes, caso estes já estiverem cumpridos;

II - a ANS constituirá um fundo de remuneração de atendimentos na nova operadora, a partir de um seguro de transferência cobrado às operadoras no período em que vigoram as carências.

Art. 13B. As operadoras podem oferecer modalidade de contrato de planos privados de assistência à saúde sem

exigência de carências, mediante cobrança de agravos específicos, devidamente acordado entre as partes.

Art. 15-A. 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 etárias.

Art. 18-A. 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 nº 9.656, de 1998.

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.

.....

§ 9º A ANS deverá elaborar índice econômico próprio para monitorar e atualizar preços de serviços e insumos do setor de saúde suplementar constantes da tabela de procedimentos específica para o ressarcimento (Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos-TUNEP), no prazo máximo de doze meses.

§ 10º 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. 35-C.

I -

II -

§ 1º A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35.(NR)

§ 2º O atendimento de urgência ou emergência conforme o disposto na alínea c, inciso V, do artigo 12 e no artigo 35, alínea c, desta Lei não pode sofrer restrições de limite de tempo à assistência do usuário, até a sua alta médica do atendimento de urgência ou emergência.

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. 35-P. 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. 2º. Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Até 22 de agosto de 2003, os planos privados de assistência à saúde contratados antes da edição da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 estavam sendo submetidos à regulação emanada da ANS sobre temas como o reajuste nos preços, interrupção de internações hospitalares sem autorização médica e proibição de rescisões unilaterais, entre outros, com base em dispositivos da mesma Lei.

Em agosto de 2003, uma decisão do STF, em resposta a Ação Direta de Inconstitucionalidade, movida em dezembro de 1998 pela Confederação Nacional de Saúde e Hospitais, Estabelecimentos e Serviços, considerou inconstitucionais os dispositivos da Lei nº 9.656/98 que alcançavam os contratos

anteriores à sua publicação. Deste modo, a fiscalização destes contratos poderia ser feita apenas com fundamento nas regras ferais do Código de Defesa do Consumidor-Lei nº 8.078/90, o que deixava as cláusulas contratuais de risco fora de proteção regulatória específica, passando a se constituir uma ameaça permanente à grande maioria dos contratos anteriores à Lei nº 9.656/98.

A Lei nº 9.656/98, em seu Art. 35, estabeleceu as regras gerais para a adaptação dos contratos antigos (aos dispositivos desta Lei), sem perda das garantias já adquiridas, sendo o valor das prestações pecuniárias acrescido na proporção do aumento de cobertura assistencial.

Decorridos mais de oito anos de vigência da lei, constatou-se que um grande número de contratos não passou por esse processo, tendo em vista que as operadoras, via de regra, não apresentaram interesse de livremente oferecerem propostas de adaptação à Lei nº 9.656/98, principalmente para os contratos coletivos ou empresariais e a ANS não atuou ativamente nessa direção, que interessa a cerca de 18 milhões de usuários.

A adaptação que estava sendo realizada, calculada caso a caso, dificultava muito o acesso à adaptação, uma vez que, a lógica financeira de definição do preço do contrato exigia uma diluição de risco entre o grupo assistido. O resultado era a imposição de um preço bastante mais oneroso ao consumidor do que aquele que se poderia esperar da adaptação simultânea do maior número possível de contratos.

No final de 2003, o Governo Lula apresentou ao Congresso a Medida Provisória nº 148, que atribuía competência à Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS para realizar processo de migração e adaptação dos contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

A Exposição de Motivos do Ministério da Saúde ressaltava a situação em que ficariam os contratos realizados antes da data da vigência da Lei nº 9.656/98 frente à decisão liminar do Supremo Tribunal Federal –STF, em 22 de agosto de 2003.

A MP nº 148/03 tinha, em síntese o objetivo de autorizar a ANS a regulamentar o processo de adaptação e migração dos planos de saúde à Lei nº 9.656/98, dando-lhe ampla liberdade de atuação.

Destaque-se que a ANS já tinha normatizado os processos de adaptação e migração, em apenas sete dias após a publicação da referida MP, por meio das Resoluções Normativas (RN) nº 63/2003 e nº 64/2003. Estas resoluções determinavam, por exemplo, aumentos de 15% a 25% nas mensalidades e algumas vezes muito mais, além de obrigarem os usuários migrantes a cumprirem acréscimos de até 500% para dez faixas etárias. As operadoras praticam em dobro estes aumentos nas três últimas faixas etárias impondo, dessa forma, grande possibilidade de inadimplência aos idosos. Determinavam também, aos migrantes, o cumprimento de novas carências apesar de todos eles já terem pago seus planos por pelo menos cinco anos e terem cumpridos as carências definidas na Lei nº 9.656/98.

As resoluções mostravam um clara falta de interesse em solucionar problemas crônicos, que se agravaram com as modificações na Lei nº 9.656/98 que, aprovada depois de oito anos de discussão na Câmara Federal, foi inteiramente reformulada, em curto espaço de tempo, por medidas provisórias (44 reedições) que não chegaram, sequer, a ser discutidas no Congresso Nacional.

A análise dessa MP, da qual fomos relatores, demonstrou problemas complexos e preocupantes nesta área da saúde suplementar, especialmente ao voltarmos os olhos para os usuários, para os prestadores de serviços e para o sistema público de saúde.

O grande interesse despertado pela matéria da MP, bem como suas repercussões nos contratos entre a população e as operadoras de planos privados de assistência à saúde, atendeu aos pressupostos constitucionais de relevância e urgência, dado a importância da questão e a premência em sua melhor resolução.

Acreditamos, no entanto, que a urgência e a relevância da MP nº 148, de 2003 estariam de fato caracterizadas se, nessa oportunidade, algumas modificações necessárias, urgentes e de alta relevância, fossem contempladas na Medida, adequando-a de forma mais completa à Lei nº 9.656/98.

Os migrantes, por exemplo, encontravam os prestadores de serviços – hospitais e trabalhadores de saúde – à beira de um colapso financeiro, sem que a MP, cujo objetivo era atender questões de urgência, lhes oferecesse

qualquer socorro. Encontraram também o sistema público de saúde parasitado pelo setor privado, sem o ressarcimento adequado, o que fazia aumentar a demanda reprimida dos usuários do SUS, cada vez mais freqüentado por egressos do sistema suplementar que não conseguiam pagar suas mensalidades.

O caminho – normas que afetavam milhões de brasileiros sendo decididas por apenas duas pessoas, o Ministro e o Presidente da ANS – significava o abandono gradativo à própria sorte, ou ao mercado (o que talvez seja pior), da saúde da classe média, que já tinha sido obrigada, na investida da globalização, a pagar cada vez mais impostos e a comprar de novo a sua cidadania no mercado.

É, pois, nesse contexto que apresento este projeto de lei, analisando a questão dos planos privados de assistência à saúde com uma visão informada e holística da saúde dos brasileiros. Ciente dos sérios problemas existentes, não poderia deixar de buscar suas soluções, pois isto significaria um desserviço à causa da saúde dos brasileiros para a qual dediquei toda minha vida.

Antes de tudo quero 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 § 10 do Art. 199 da Constituição Federal. Trata-se, pois, de serviço público essencial, que deve ser também regulamentado pelo Poder Público.

Este projeto de lei busca sanar os mais críticos dos problemas que identificamos no subsistema dos planos privados de assistência à saúde, os quais passamos a explicar e justificar as alterações propostas na Lei 9.656, de 1998.

1. Consideramos 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.

2. Não se pode conceber que um usuário extremamente insatisfeito com sua operadora de plano privado de assistência à saúde deva ficar refém dessa operadora. Propomos aqui a possibilidade de o usuário de um plano de saúde insatisfeito com sua operadora mudar de operadora sem que tenha que novamente ficar sem cobertura devido aos prazos de carência. Acordos entre operadoras podem viabilizar tais mudanças. Os custos dos atendimentos na nova operadora seriam amortizados por um fundo, que seria criado pela ANS e cobrado das operadoras durante os períodos de vigência das carências em seus contratos. Uma solução simples como essa daria maior competitividade entre as operadoras e alternativas aos usuários.

3. Nesse mesmo caminho, entendemos que uma operadora pode oferecer produtos que não precisem, necessariamente, conter requisitos de prazos de carência. A cobrança de um agravo, um valor estipulado, poderia viabilizar o contrato de um plano privado de assistência à saúde sem os prazos de carência.

4. Consideramos abusiva a RN nº 63/2003, 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 a inadimplência dos idosos e sua fuga dos planos de saúde, fato que ocorre cada vez mais com maior freqüencia. 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 sobrecarregar 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.

5. 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 de reajuste aos prestadores de serviços, pessoas físicas e jurídicas, para que não ocorra defasagem dos valores pagos pelos serviços, com reflexos graves na sua qualidade.

6. Outro bom exemplo das insuficiências da ANS é a questão do ressarcimento ao SUS, por parte das operadoras, devido a serviços prestados aos portadores de planos privados de assistência à saúde. Este ressarcimento, definido no Art. 32 da Lei n.º 9.656/98 jamais foi realizado adequadamente. Usuários dos planos utilizam freqüentemente o sistema público, especialmente para procedimentos de maior complexidade e alto custo. É um direito de todos pois o SUS é universal mas, essas despesas devem ser resarcidas pelas operadoras para os cofres públicos, por meio de cobranças da ANS. Entretanto, a ANS, nas suas normatizações, exclui, em total desobediência à Lei n.º 9.656/98, o pagamento das ações de maior complexidade e maior custo nos hospitais públicos e privados contratados e conveniados e o resultado é constrangedor: em quatro anos, a ANS ressarciu 45 milhões ao SUS quando um cálculo conservador pressupõe um mínimo de 4 bilhões de reais nesse período. Por outro lado, é notória a preferência que tem sido dada aos usuários dos planos na ocupação de leitos e outras facilidades do SUS, especialmente nos hospitais contratados e conveniados. 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 uma série de normativas que regulam melhor esta matéria, entre elas 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.

7. A Lei nº 9.656/98 estabelece ainda, 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 da seis meses. Tais providências certamente vão ajudar a ANS a estruturar mecanismos que corrijam e aperfeiçoem o processo do ressarcimento.

8. 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 dever ser o de que os casos de urgência e emergência devem ser imediatamente atendidos sem imposição de prazo de carência ou tempo de atendimento.

9. 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.

10. 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.

11. 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.

Há muitas outras questões que deveriam estar neste rol de aperfeiçoamentos da Lei nº 9.656/98. Deixamos de incluir neste projeto de lei assuntos importantes tais como a vedação da subsegmentação, a localização geográfica da ANS e a submissão dos planos coletivos e empresariais à Lei nº 9.656/98.

É importante lembrar que o Projeto de Conversão da MP nº 148/2003 que apresentei no Plenário desta Casa, em fevereiro de 2004, teve o apoio do maior número dos presentes, que discursaram favoravelmente à minha proposta em sessão retransmitida, ao vivo, pela TV Câmara.

Entretanto, o Governo determinou à sua base na Câmara que derrubasse o Projeto de Conversão e assim foi feito, sob o argumento de que as minhas sugestões seriam objeto de um Projeto de Lei que seria apresentado em, no

máximo, noventa dias. Passaram-se três anos e nada aconteceu. Por essa razão apresento, agora, este PL, lamentando que se perdeu o momento mágico de uma MP que faria vigir, imediatamente, as correções necessárias acordadas e indispensáveis a uma atenção digna e adequada aos usuários dos Planos de Saúde.

Este Projeto de Lei tem, pois, a intenção de recuperar e apresentar as propostas de aperfeiçoamentos da Lei nº 9.656/98, imprescindíveis para que os brasileiros tenham no setor privado dos planos de saúde um complemento real ao SUS, fundamentado nas concepções estabelecidas pela Constituição Federal.

Nesse sentido, espero o apoioamento necessário dos Colegas desta Casa Legislativa à aprovação deste Projeto de Lei, para o bem da saúde de todos os brasileiros.

Sala das Sessões, em 29 de novembro de 2006.

Dep. Dr. Pinotti

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

**CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988**

**TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL**

**CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL**

Seção II Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

* *Primitivo § único renumerado pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

* § 2º *acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

* *Inciso I acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

* *Inciso II acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º

* *Inciso III acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

* § 3º *acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*

I - os percentuais de que trata o § 2º;

* *Inciso I acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

* *Inciso II acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

* *Inciso III acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

* *Inciso IV acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

* *§ 4º acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 14/02/2006.*

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias.

* *§ 5º acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 14/02/2006.*

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerce funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

* *§ 6º acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 14/02/2006.*

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

LEI N° 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. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, a critério do médico assistente;

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

III - quando incluir atendimento obstétrico:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento;

IV - quando incluir atendimento odontológico:

a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;

c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

VI - reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no art. 10, deve constar:

I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;

II - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

§ 2º É obrigatória 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, caracterizado em declaração do médico assistente;

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

§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.

Art. 13 - Os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Aos planos ou seguros individuais ou familiares, aplicam-se as seguintes disposições:

I - o prazo mínimo de vigência contratual de um ano;

II - são vedadas:

a) a recontagem de carências;

b) a suspensão do contrato e a denúncia unilateral, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, a cada ano de vigência do contrato;

c) a denúncia unilateral durante a ocorrência de internação do titular.

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos ou seguros privados de assistência à saúde.

Art. 15. É facultada a variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de planos e seguros de que trata esta Lei em razão da idade do consumidor, desde que sejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajuste incidentes em cada uma delas, conforme critérios e parâmetros gerais fixados pelo CNSP.

Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos planos e seguros tratados nesta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

- I - as condições de admissão;
- II - o início da vigência;
- III - os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;
- IV - as faixas etárias e os percentuais a que alude o caput do art. 15;
- V - as condições de perda da qualidade de beneficiário ou segurado;
- VI - os eventos cobertos e excluídos;
- VII - as modalidades do plano ou seguro:
 - a) individual;
 - b) familiar; ou
 - c) coletivo;
- VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;
- IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;
- X - a área geográfica de abrangência do plano ou seguro;
- XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.

§ 1º A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais do plano ou seguro privado de assistência à saúde, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.

§ 2º A validade dos documentos a que alude o caput condiciona-se à aposição da rubrica do consumidor ao lado de cada um dos dispositivos indicados nos incisos I a XI deste artigo.

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

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

§ 2º Na hipótese de a substituição a que se refere o parágrafo anterior ocorrer durante internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a mantê-lo internado e a

operadora obriga-se ao pagamento das despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

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

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

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

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

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

.....

Art. 32 . Serão resarcidos pelas operadoras a que alude o art. 1º os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras diretamente à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, ou ao SUS, nos demais casos, mediante tabela a ser aprovada pelo CNSP, cujos valores não serão inferiores aos praticados pelo SUS e não superiores aos praticados pelos planos e seguros.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a entidade prestadora ou o SUS, por intermédio do Ministério da Saúde, conforme o caso, enviará à operadora a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o trigésimo dia após a apresentação da fatura, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao Fundo Nacional de Saúde, conforme o caso.

§ 4º O CNSP, ouvida a Câmara de Saúde Suplementar, fixará normas aplicáveis aos processos de glossa dos procedimentos encaminhados conforme previsto no § 2º deste artigo.

Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

Art. 34. As entidades que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei podem constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos.

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 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 Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

.....
 § 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.

§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

- a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
- b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
- c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
- d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS." (NR)

"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:

I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e

II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.

§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.

§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.

§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.

§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)

"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)

"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)

"Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

I -

.....
 b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II -

.....
 a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
 b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

.....
 d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
 e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e

.....
 III.....

.....
 b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;

.....
 V -

.....
 c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

.....
 § 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação.

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido." (NR)

"Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências;

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)

"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde." (NR)

"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)

"Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

.....
V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;

.....
VII - o regime, ou tipo de contratação:

- a) individual ou familiar;
- b) coletivo empresarial; ou
- c) coletivo por adesão;

VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;

X - a área geográfica de abrangência;

XII - número de registro na ANS.

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações." (NR)

"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o caput deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§ 2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

§ 3º Excetuam-se do previsto no § 2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

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

I - nome da entidade a ser excluída;

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

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

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

"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:

.....

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)

"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput, a partir de 2 de janeiro de 1999.

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;

II - nome fantasia;

III - CNPJ;

IV - endereço;

V - telefone, fax e e-mail; e

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:

I - razão social da operadora ou da administradora;

II - CNPJ da operadora ou da administradora;

III - nome do produto;

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obtetrícia, odontológica e referência);

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);

VI - âmbito geográfico de cobertura;

VII - faixas etárias e respectivos preços;

VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalares e referência);

IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalares e referência);

X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.

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

§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o caput, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.

§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.

§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo." (NR)

"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas às suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

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

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

"Art.21.

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

"Art. 22.

§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.

§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade." (NR)

"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.

§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:

I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;

II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou

III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.

§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.

§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.

§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:

I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;

II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;

III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e

IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.

§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.

§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)

"Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.

§ 2º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.

§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.

§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)

"Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.

§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.

§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o caput deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.

§ 3º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:

I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;

II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.

§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.

§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.

§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)

"Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário." (NR)

"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários." (NR)

"Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS." (NR)

"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. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

.....
§ 5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar." (NR)

"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava

quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30." (NR)

"Art. 32. Serão resarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento.

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.

§ 8º Os valores a serem resarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei." (NR)

"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na

forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos." (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 obrigatória 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.

.....

.....

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O presente Código estabelece normas de proteção e defesa do consumidor, de ordem pública e interesse social, nos termos dos artigos 5º, inciso XXXII, 170, inciso V, da Constituição Federal e art. 48 de suas Disposições Transitórias.

Art. 2º Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.

Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.

.....

.....

MEDIDA PROVISÓRIA N° 148, DE 15 DE DEZEMBRO 2003

(Transformada na Lei nº 10.850, de 25 de março de 2004)

Atribui competências à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

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 Compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na defesa do interesse público no setor de saúde suplementar, a definição de ações para instituição de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos de planos privados de assistência à saúde firmados até 2 de janeiro de 1999, com o objetivo de facilitar o acesso dos consumidores vinculados a esses contratos a garantias e direitos definidos na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art.2º As ações de incentivo de que trata esta Medida Provisória serão definidas por normas específicas da ANS, considerando as seguintes diretrizes gerais:

I - revisão de contratos, procedendo-se às devidas alterações de cláusulas contratuais em vigor, por meio de termos aditivos;

II - viabilização de migração da relação contratual estabelecida para outro plano da mesma operadora; e

III - definição de linhas gerais para execução de planos especiais de adaptação, de implementação facultativa ou obrigatória, determinando forma, condições e exigências específicas a serem observadas para carências, reajustes, variação de preço por faixa etária, cobertura obrigatória, doenças e lesões pré-existentes, e outras condições contratuais previstas na Lei nº 9.656, de 1998, bem como as rotinas de apresentação desses planos especiais, e as variações de preço por índice de adesão e outras variáveis que poderão estar contidas nas propostas oferecidas aos usuários.

§ 1º Para os planos coletivos empresariais, a ANS poderá prever a implementação parcial ou gradativa da extensão de cobertura prevista nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 1998, bem como a alteração da data-base para reajustes.

§ 2º Para as operadoras de planos de assistência à saúde, cujo número de beneficiários for inferior a dez mil e que não tenham em operação planos comercializados após 2 de janeiro de 1999, a ANS poderá definir condições especiais de oferecimento aos consumidores de alteração contratual para incorporação parcial das regras contidas na Lei nº 9.656, de 1998.

Art.3º Será garantido ao consumidor o caráter facultativo da adesão aos planos especiais, ficando as operadoras obrigadas a manter em operação todos os contratos não adaptados.

Parágrafo único. Nas hipóteses de infração a dispositivo contratual, as operadoras permanecem sujeitas à fiscalização da ANS e à aplicação das penalidades previstas no art. 25 da Lei nº 9.656, de 1998.

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

Brasília, 15 de dezembro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sergio Costa Lima

.....
.....

LEI Nº 10.850, DE 25 DE MARÇO DE 2004

Atribui competências à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Faço saber que o Presidente da República adotou a Medida Provisória nº 148, de 2003, que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Inocêncio Oliveira, Primeiro Vice-Presidente da Mesa do Congresso Nacional, no exercício da Presidência, para os efeitos do disposto no art. 62 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, combinado com o art. 12 da Resolução nº 1, de 2002-CN, promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º Compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS, na defesa do interesse público no setor de saúde suplementar, a definição de ações para instituição de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos de planos privados de assistência à saúde firmados até 2 de janeiro de 1999, com o objetivo de facilitar o acesso dos consumidores vinculados a esses contratos a garantias e direitos definidos na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 2º As ações de incentivo de que trata esta Lei serão definidas por normas específicas da ANS, considerando as seguintes diretrizes gerais:

I - revisão de contratos, procedendo-se às devidas alterações de cláusulas contratuais em vigor, por meio de termos aditivos;

II - viabilização de migração da relação contratual estabelecida para outro plano da mesma operadora; e

III - definição de linhas gerais para execução de planos especiais de adaptação, de implementação facultativa ou obrigatória, determinando forma, condições e exigências específicas a serem observadas para carências, reajustes, variação de preço por faixa etária, cobertura obrigatória, doenças e lesões pré-existentes, e outras condições contratuais previstas na Lei nº 9.656, de 1998, bem como as rotinas de apresentação desses planos especiais, e as variações de preço por índice de adesão e outras variáveis que poderão estar contidas nas propostas oferecidas aos usuários.

§ 1º Para os planos coletivos empresariais, a ANS poderá prever a implementação parcial ou gradativa da extensão de cobertura prevista nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 1998, bem como a alteração da data-base para reajustes.

§ 2º Para as operadoras de planos de assistência à saúde, cujo número de beneficiários for inferior a dez mil e que não tenham em operação planos comercializados após 2 de janeiro de 1999, a ANS poderá definir condições especiais de oferecimento aos consumidores de alteração contratual para incorporação parcial das regras contidas na Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 3º Será garantido ao consumidor o caráter facultativo da adesão aos planos especiais, ficando as operadoras obrigadas a manter em operação todos os contratos não adaptados.

Parágrafo único. Nas hipóteses de infração a dispositivo contratual, as operadoras permanecem sujeitas à fiscalização da ANS e à aplicação das penalidades previstas no art. 25 da Lei nº 9.656, de 1998.

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

Congresso Nacional, em 25 de março de 2004; 183º da Independência e 116º da República

Deputado INOCÊNCIO OLIVEIRA
Primeiro Vice-Presidente da Mesa do Congresso
Nacional, no exercício da Presidência

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 63, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2003

Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência a ela conferida pelo inciso II, do art. 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, na forma prevista no art. 60, inciso II, alínea "a", do anexo I, da Resolução - RDC n.º 95, de 30 de janeiro de 2002, considerando o disposto no art. 15, da Lei n.º 9656, de 3 de junho de 1998 e no § 3º, do art. 15, da Lei n.º 10.741, publicada no DOU de 3 de outubro de 2003, em reunião realizada em 11 de dezembro de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º A variação de preço por faixa etária estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde firmados a partir de 1º de janeiro de 2004, deverá observar o disposto nesta Resolução.

Art. 2º Deverão ser adotadas dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:

- I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- X - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Art. 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:

I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Art 4º Para os planos já registrados na ANS, as alterações definidas nesta Resolução deverão constar das Notas Técnicas de Registro de Produto - NTRP, a partir das próximas atualizações anuais.

§1º As atualizações anuais devidas a partir da publicação desta Resolução até 31 de março de 2004 poderão ser apresentadas até 1º de abril de 2004.

§ 2º Até que seja feita a atualização da NTRP prevista neste artigo, deverão ser informados à ANS os percentuais de variação adotados, e eventuais alterações, por meio do aplicativo disponível na internet no endereço www.ans.gov.br, no prazo de 15 dias a contar do primeiro contrato comercializado com a alteração.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2004.

JANUARIO MONTONE
DIRETOR-PRESIDENTE

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N°64, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2003

Dispõe sobre o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos de que trata a Medida Provisória n.º 148, de 15 de dezembro de 2003.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência a ela conferida pelos arts. 3º e 10, inciso II, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, na forma prevista no art. 6º, inciso II, alínea "a" da Resolução - RDC n.º 95, de 30 de janeiro de 2002, considerando o disposto na Medida Provisória n.º 148, de 15 de dezembro de 2003, em reunião realizada em 19 de dezembro de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1.º Fica instituído, de acordo com o disposto na Medida Provisória n.º 148, de 15 de dezembro de 2003, o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos, com a finalidade de estimular a adequação dos contratos de planos de assistência à saúde firmados até 2º janeiro de 1999, às regras operacionais e garantias instituídas pela Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 2.º O Programa de Incentivo consiste na apresentação, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de propostas elaboradas na forma e prazos definidos nesta Resolução, oferecendo a seus consumidores condições especiais de adaptação e migração de contrato visando a alteração simultânea e em curto prazo de todos os contratos não alcançados pela Lei n.º 9.656, de 1998.

§ 1º A adesão do consumidor às propostas apresentadas será de sua livre opção sendo-lhe garantida, nos termos do art. 35 da Lei n.º 9.656, de 1998, a manutenção de seu contrato nas condições em vigor.

§ 2º Estão excluídas da obrigatoriedade de apresentação do Programa de Incentivo de que trata esta Resolução as autogestões patrocinadas e as operadoras de produtos exclusivamente odontológicos.

.....

.....

RESOLUÇÃO-RDC N° 18, DE 30 DE MARÇO DE 2000

Regulamenta o ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei 9656/98, 03 de junho de 1998.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso III do art. 9º do regulamento aprovado pelo Decreto nº. 3327, de 05 de Janeiro de 2000, em reunião realizada em 30 de Março de 2000, adotou a

seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor Presidente determino a sua publicação.

Art. 1º A administração dos procedimentos relativos ao ressarcimento previsto pelo artigo 32 da Lei nº 9.656/98 de 03/06/98, será de competência da ANS e dos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com as diretrizes estabelecidas nesta Resolução.

Parágrafo Único. Os gestores de que trata este artigo são o Ministério da Saúde, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, estes últimos quando habilitados para a gestão plena do sistema, conforme definido pelas normas do Ministério da Saúde.

Art. 2º Serão objeto do ressarcimento pelas operadoras definidas pelo Artigo 1º da Lei nº 9.656/98, os atendimentos prestados no âmbito do SUS aos titulares e seus dependentes, beneficiários de planos privados de assistência à saúde, previstos nos respectivos contratos, abrangendo :

I - os realizados por unidades públicas de saúde;

II - os de urgência e emergência, realizados por estabelecimentos privados, conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo Único. Nas unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, que tenham contratos diretos com operadora de planos privados de assistência à saúde, prevalecerão as condições estabelecidas nesses contratos.

.....

.....

RESOLUÇÃO - RDC Nº 3, DE 20 DE JANEIRO DE 2000

Aprova normas de fornecimento de informações para cadastros de beneficiários.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso III do art. 9º do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 20 de janeiro de 2000; e

considerando o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde referente aos atendimentos prestados a usuários de planos privados de assistência à saúde, previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

considerando que a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na forma da Lei nº 9.656/98, alterada pela MP.1.976-21, de 10.12.99, sucede a competência do Ministério da Saúde para fins de implantação dos procedimentos de ressarcimento ao SUS, assumindo, em consequência, o andamento de todos os procedimentos iniciados durante a vigência das Portarias SAS/MS nº 271/99, 506/99 e 560/99, adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada - RDC e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art.1º Os dados cadastrais dos beneficiários das operadoras de planos privados de assistência à saúde, de que tratam os artigos 20 e 32 da Lei 9.656/98, deverão ser fornecidos à Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, de acordo com o disposto nesta Resolução.

Parágrafo único. O fornecimento dos dados cadastrais de beneficiários deve ser feito unicamente através de arquivo magnético, transmitido ao Departamento de Informática do SUS-DATASUS-MS, através de seu BBS.

Art.2º Os dados de que trata o art. 1º serão os seguintes:

- a) nome completo do beneficiário;
- b) data de nascimento;
- c) sexo;
- d) endereço: logradouro e Código de Endereçamento Postal;
- e) município de residência;
- f) unidade da Federação;
- g) data de adesão ao plano;
- h) número ou código de identificação do beneficiário no plano;
- i) complementos do endereço, quando for o caso;
- j) nome da mãe do beneficiário;
- k) número do Cartão Nacional de Saúde, quando disponível;
- l) CPF;
- m) número de registro do plano no Ministério da Saúde ou na ANS, conforme o caso.

Parágrafo único. O fornecimento dos dados, constantes dos incisos de "a" a "h" deste artigo, é obrigatório e a falta de um deles ensejará a rejeição do cadastro, que será considerado não fornecido.

.....

.....

RESOLUÇÃO CONSU N.º 13, DE 4 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais e de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar e,

RESOLVE:

Art. 1º A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência de que trata o art.35D, da Lei n.º 9.656/98, que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura a qual o contrato esteja adscrito.

Art. 2º O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

Parágrafo único. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

Art. 3º Os contratos de plano hospitalar devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

§1º No plano ou seguro do segmento hospitalar, quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

§2º No plano ou seguro do segmento hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

§3º Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.

Art. 4º Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica – porém ainda cumprindo período de carência – a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas no art. 2º para o plano ambulatorial

.....
.....

FIM DO DOCUMENTO