

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

PROJETO DE LEI nº 4.076, DE 2001.

(Aposos os Projetos de Lei nº. 4.078, de 2001, nº. 4.367, de 2001, nº. 4.469, de 2001, nº. 4.570, de 2001, nº. 4.844, de 2001, nº. 7.267, de 2002, nº. 7.389, de 2002, nº. 71, de 2003, nº. 156, de 2003, nº. 311, de 2003, nº. 1.349, de 2003, nº. 1.603, de 2003, nº. 1.777, de 2003, nº. 2.474, de 2003, nº. 2.934, de 2004, nº. 3.058, de 2004, nº. 3.940, de 2004, nº. 4.075, de 2004, nº. 4.632, de 2004, nº. 6.510, de 2006 nº. 7.600, de 2006; nº. 582, de 2007; nº. 756, de 2007; e nº 1.942, de 2007).

Altera a Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde" incluindo os procedimentos preventivos no rol dos serviços a serem oferecidos pelas empresas do setor.

Autor: Deputado HENRIQUE FONTANA

Relator: Deputado RIBAMAR ALVES

I - RELATÓRIO

A proposição em epígrafe, de autoria do ilustre Deputado HENRIQUE FONTANA, visa a inserir os procedimentos preventivos no rol dos serviços a serem oferecidos pelas empresas de planos de saúde.

Para tanto, propõe a inclusão da expressão “procedimentos preventivos” no caput do art. 10, que define a abrangência do plano-referência, ou seja, um dos contratos que devem obrigatoriamente ser oferecidos por todas as empresas e que inclui assistência ambulatorial, hospitalar, a partos e demais situações relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doença e Problemas Relacionados com a Saúde.

Propõe, igualmente, a modificação das alíneas *a* e *b* do inciso I, art. 12, com o mesmo objetivo: inclusão dos procedimentos preventivos



no rol dos serviços a serem oferecidos aos contratantes de planos exclusivamente ambulatoriais.

Justificando sua iniciativa, o insigne Autor alega que algumas empresas estariam se recusando a cobrir procedimentos preventivos, reconhecidamente importantes para a detecção precoce de determinadas patologias.

Apensados à proposição destacada, encontram-se os seguintes Projetos que tratam de alterações à Lei nº. 9.656, de 1998, ou de temas relacionados a planos de saúde. São eles os seguintes:

1º) Projeto de Lei nº. 4.078, de 2001, que “altera o art. 12 da Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, cujo autor é o mesmo Parlamentar da proposição principal, visa a alterar o art. 12 da Lei dos Planos de Saúde, mais especificamente os dispositivos relacionados à chamada segmentação da assistência. Para tanto, o Projeto funde as segmentações de assistência ambulatorial e hospitalar num único inciso e revoga o inciso II, que trata da segmentação hospitalar. Justificando sua iniciativa, o nobre Autor da matéria alega que a segmentação do mercado é potencialmente prejudicial à saúde do usuário e anti-econômica.

2º) Projeto de Lei nº. 4.367, de 2001, de autoria do eminente Deputado RONALDO VASCONCELLOS, que “acrescenta parágrafo ao art. 17 da Lei nº. 9.656, de 03 de junho de 1998, obrigando às unidades de saúde, laboratórios e serviços assemelhados contratados ou credenciados de planos privados de assistência à saúde a prestarem atendimento de urgência ou emergência, sem qualquer restrição, aos usuários, mesmo no caso de inadimplência da operadora de planos de saúde”. Seu objetivo é o de tornar obrigatório o atendimento médico em situações de urgência e emergência por parte dos estabelecimentos hospitalares ou assemelhados, contratados ou credenciados de plano privado de assistência à saúde, mesmo em caso de inadimplência da operadora. O Autor da matéria alega que a legislação vigente não é suficiente para proteger a saúde dos usuários de planos privados de



assistência à saúde, os quais ficam sem garantia legal de atendimento em situações de urgência, quando há inadimplência das operadoras.

3º) Projeto de Lei nº. 4.469, de 2001, de autoria do nobre Deputado HENRIQUE FONTANA, que “altera a Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos seguros privados de assistência à saúde”, instituindo o credenciamento universal de profissionais de saúde”. A proposição pretende alterar a Lei dos Planos de Saúde visando a instituir o credenciamento universal de profissionais de saúde. Foi apreciada anteriormente pela Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público, com Parecer pela aprovação.

4º) Projeto de Lei nº. 4.570, de 2001, da lavra do ínclito Deputado Dr. HÉLIO, que “altera a Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, concedendo direitos aos aposentados e pensionistas”. A proposição objetiva a redução de dez para cinco anos no prazo previsto no parágrafo único do art. 15, para que aposentados e pensionistas gozem da isenção de variação nas contraprestações em função da idade.

5º) Projeto de Lei nº. 4.844, de 2001, de autoria do preclaro Deputado EDUARDO CAMPOS, que “altera dispositivos da Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde”. O Projeto propõe sejam alterados dez dispositivos do texto em vigor, a maior parte deles refere-se a minudências do texto em vigor, excluindo expressões, modificando prazos de carência, alterando os dispositivos relativos a aposentados e funcionários demitidos e estabelecendo a livre escolha de profissionais de saúde.

6º) Projeto de Lei nº. 7.267, de 2002, que “adiciona-se dispositivo à Lei n.º. 9.656, de 3 de junho de 1998, e dá outras providências”, de autoria do insigne Deputado JOSÉ CARLOS COUTINHO. Tem como fulcro a inclusão de procedimentos de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia no rol dos serviços definidos no art. 12.

7º) Projeto de Lei nº. 7.389, de 2002, de iniciativa do notável Deputado NEUTON LIMA, que “altera a Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, para



dispor sobre a obrigatoriedade de os planos e seguros privados incluírem atendimento psicológico nos planos ou seguros-referência”.

8º) Projeto de Lei nº. 71, de 2003, que “dispõe sobre o reembolso, ao Poder Público, de valores correspondentes a seguro-saúde e outras modalidades de medicina de grupo referentes a beneficiários atendidos, gratuitamente, na rede pública e no setor privado conveniado ou contratado”, de autoria do conspícuo Deputado ARLINDO CHINAGLIA. Visa a instituir uma série de procedimentos para que se efetue o ressarcimento das operadoras de saúde ao Sistema Único de Saúde — SUS, quando seus beneficiários forem atendidos nas unidades do sistema público de assistência sanitária.

9º) Projeto de Lei nº. 156, de 2003, que “acrescenta dispositivo à Lei nº. 9.656, de 03 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde””, cujo autor é o emérito Deputado INOCÊNCIO DE OLIVEIRA. Pela proposta, seria adicionado um novo dispositivo que abriria a possibilidade de escolha do profissional por parte do beneficiário ou dependente, desde que tal profissional seja legalmente habilitado e que aceite remuneração equivalente ao valor praticado pelo plano ou seguro.

10º) Projeto de Lei nº. 311, de 2003, da lavra do consagrado Deputado CARLOS NADER, que “altera a alínea “f” do inciso II, do Art. 12 da Lei nº. 9.656, de 3 de julho de 1998, e dá outras providências”. Pretende permitir, além do acompanhamento aos menores de dezoito anos, já previsto no texto, o mesmo procedimento em relação a idosos com mais de sessenta e cinco anos

11º) Projeto de Lei nº. 1.349, de 2003, da lavra do eminente Deputado JOÃO PAULO GOMES DA SILVA, que “dispõe sobre o ressarcimento à rede pública de saúde pelos planos e seguros de saúde privados”. O Projeto limita-se a estabelecer o ressarcimento do setor público – já previsto na legislação em vigor – pelas operadoras, por conta de eventuais atendimentos prestados a seus beneficiários ou dependentes.

12º) Projeto de Lei nº. 1.603, de 2003, de autoria do notável Deputado MARIO HERINGER, que “altera a Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, e dá



outras providências”. Sua intenção é de restringir o descredenciamento de entidades hospitalares e profissionais de saúde e de proibir a recusa de credenciamento caso os profissionais estejam aptos a praticar suas respectivas profissões.

13º) Projeto de Lei nº. 1.777, de 2003, que “dispõe sobre a proibição das empresas que gerenciam planos de saúde e afins solicitar de seus associados documentos de uso pessoal que não fazem prova de identidade e dá outras providências”, de iniciativa do digno Deputado ANDRÉ LUIZ. Dispondo que seria proibido às empresas operadoras de planos de saúde e afins solicitar de seus associados documentos de uso pessoal, que não façam prova de identidade.

14º) Projeto de Lei nº. 2.474, de 2003, de autoria do insigne Deputado JOAQUIM FRANCISCO, que “estabelece o direito ao usufruto de planos de saúde pelo período correspondente ao período de carência efetivamente paga”. Estabelece que o usuário que, após contribuir durante todo o período de carência correspondente a seu plano, por algum motivo deixe de fazê-lo, terá direito ao usufruto de todos os benefícios previstos em seu contrato, pelo mesmo prazo de carência paga, a contar da última mensalidade efetuada.

15º) Projeto de Lei nº. 2.934, de 2004, que “altera a Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências”, derivado da Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar denúncias de irregularidade na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de Planos de Saúde”. A proposição altera diversos dispositivos da norma jurídica em questão, tais como: inclui como benefício do plano de saúde a assistência farmacêutica, a cobertura de internação em hospital-dia e internação domiciliar, cirurgia plástica reparadora para acidentes pessoais e reconstrução da mama; cria o instituto da mobilidade para garantir ao usuário o direito a mudança de plano; proíbe a cobrança de caução e estabelece requisitos para a elaboração de contratos.



16º) Projeto de Lei nº. 3.058, de 2004, cujo autor é o brilhante Deputado MARIO HERINGER, que “altera a Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, e dá outras providências”. Seu objetivo é obrigar as operadoras de planos de saúde a emitir relatório discriminando o valor cobrado pelo prestador, o reconhecido pela operadora, os valores glosados, os tributos e outros descontos.

17º) Projeto de Lei nº. 3.940, de 2004, que “altera a Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998 e dá outras providências”, de iniciativa do conceituado Deputado Dr. PINOTTI. Estabelece normas para o funcionamento das empresas operadoras de plano de saúde e o relacionamento entre operadoras, prestadores de serviços e usuários.

18º) Projeto de Lei nº. 4.075, de 2004, de autoria do preclaro Deputado MARIO HERINGER, que “altera a Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, e dá outras providências”. Proíbe o condicionamento do credenciamento, referenciamento e cooperativismo de profissionais e entidades de saúde a critérios econômicos próprios ou alheios, por parte das operadoras de planos de saúde.

19º) Projeto de Lei nº. 4.632, de 2004, de autoria do célebre Deputado JAMIL MURAD, que “altera o art. 25 da Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos de seguro privados de assistência de saúde”. Propõe que a empresa operadora de plano de saúde, quando autuada pela ANS, somente poderá interpor recurso administrativo mediante prévio depósito do valor da multa pecuniária.

20º) Projeto de Lei nº. 6.510, de 2006, de autoria do conceituado Deputado RICARTE DE FREITAS, que “altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e dá outras providências”, estabelecendo a compensação de carteira dos planos de saúde para garantir em termos financeiros as despesas do usuário.

21º) Projeto de Lei nº. 7.600, de 2006, de autoria do consagrado Deputado DR. PINOTTI, que “altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de



1998, e dá outras providências”, propondo uma série de medidas, tais como: vedação de caução, serviço ininterrupto de atendimento para autorizações, transferência de contratos, contratualização e adoção da TUNEP para remuneração de prestadores.

22º) Projeto de Lei nº. 582, de 2007, de autoria da brilhante Deputada ALICE PORTUGAL, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”.

23º) Projeto de Lei nº. 756, de 2007, de autoria da eminente Deputada SOLANGE ALMEIDA, que “altera a Lei nº. 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os Serviços Privados de Assistência à Saúde e dá outras providências”, propondo o ressarcimento de despesas com medicamentos nos planos que prevejam atendimentos ambulatoriais.

24º) Projeto de Lei nº 1.942, de 2007, de autoria do ilustre Deputado BETO FARO, que “altera a Lei nº 9.656, de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados”, proibindo a estipulação de prazo de carência para contratação de Planos de Saúde, ressalvando os dispositivos relativos às doenças e lesões preexistentes

A proposição é de competência de Plenário e neste Órgão Técnico deve ser apreciada quanto ao mérito. A douta Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania deverá, posteriormente, manifestar-se em relação à constitucionalidade, conforme previsto no art. 54 do Regimento Interno.

Por tratar-se de matéria de competência do Plenário, não foi aberto prazo para apresentação de Emendas.

É o Relatório.

II - VOTO DO RELATOR



A questão dos planos de saúde tem sido ao longo do tempo uma das que mais sensibilizam e mobilizam o Parlamento Brasileiro. Há cerca de 20 anos foi apresentada aqui, nesta Casa, a primeira proposição com vistas a regulamentar o setor e objetivava a tratar a relação entre as empresas de planos de saúde e os prestadores, propugnando a adoção da Tabela da AMB como base para a remuneração dos médicos.

Na década de 90, com a expansão do setor e a criação de numerosas empresas, oferecendo uma multiplicidade de produtos e, também, como consequência, com o expressivo crescimento de contenciosos entre empresas e consumidores, cresce, em igual proporção, a quantidade de Projetos apresentados.

Em 1998, após uma longa tramitação e muitas negociações é aprovada a Lei nº. 9.656, que, por força de acordo estabelecido no Senado Federal com o então Ministro da Saúde José Serra, foi aprovado sem grandes modificações no texto oriundo da Câmara dos Deputados.

Ato contínuo, o Executivo edita Medida Provisória modificando profundamente a Lei. O texto hoje em vigor é, assim, o resultado das mais de quarenta reedições da aludida MP que não foi apreciada à época pelo Congresso Nacional.

Mesmo havendo uma norma em vigor, a questão dos planos de saúde continuou a mobilizar o Poder Legislativo. Praticamente desde a entrada em vigor do diploma jurídico que regulamenta o setor, foram apresentadas proposições com vistas a modificá-lo e aperfeiçoá-lo.

Nesse ínterim, houve, ainda, a realização de uma Comissão Parlamentar de Inquérito “com a finalidade de investigar denúncias de irregularidade na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de Planos de Saúde” da qual tivemos a honra de atuar como Relator.

Ao longo dos meses de trabalho sério e comprometido a referida CPI ouviu consumidores, prestadores, empresas, organizações não governamentais e órgãos do governo. Foram arroladas críticas, sugestões,



denúncias — estas encaminhadas aos foros competentes — e como decorrência de todo esse processo foram oferecidas duas proposições ao Congresso e Indicação ao Poder Executivo, com vistas ao aperfeiçoamento do arcabouço jurídico setorial em vigor.

Uma dessas proposições oriundas da CPI — o Projeto de Lei nº. 2.934, de 2004 —, que faz parte do conjunto de proposições ora em análise, representou o consenso possível entre as diversas posições representadas no interior daquela Comissão e que, entendemos, espelham igualmente as diversas posições existentes neste Órgão Técnico e no Plenário.

Assim, cremos que a proposição aludida representa um consenso inicial que não podemos desprezar. Há no texto um equilíbrio entre garantias aos beneficiários dos planos e preocupação com a viabilidade financeira das empresas que deve nortear, em nossa concepção, o trabalho de aperfeiçoamento da legislação referente aos planos de saúde.

Nosso trabalho, então, nesse momento, foi o de, a partir do texto oferecido pela CPI, analisar as contribuições que se coadunassem com esse princípio de equilíbrio entre direitos e deveres entre as partes envolvidas. Para nosso gáudio, observamos que boa parte das propostas contidas nos Projetos sob comento já haviam sido acolhidas na proposição elaborada pela CPI.

Desde já alertamos que as proposições que tratam da relação entre empresas de planos de saúde e estabelecimentos ou profissionais de saúde não foram agasalhadas em nosso Parecer. Cremos que tal relação, ao contrário da relação empresas-beneficiários, não se caracteriza como uma relação de consumo, mas sim como uma relação comercial e que deve ser objeto de negociação e de tratamento no âmbito contratual. Nesse sentido, o PL 2934/04 previu a denominada “contratualização” nas relações entre prestadores e empresas, sem qualquer interferência do Estado nas questões relativas a preços e escolha. O objetivo precípuo, nesse caso, assim como nos demais, foi o de procurar garantir o atendimento do usuário e não o de criar qualquer interferência nas referidas relações comerciais.



Desse modo, nossa análise resultou no seguinte entendimento:

— Projeto de Lei nº. 4.076, de 2001, parcialmente acatado nos termos do Substitutivo;

— Projeto de Lei nº. 4.078, de 2001, parcialmente acatado nos termos do Substitutivo;

— Projeto de Lei nº. 4.367, de 2001, rejeitado já que trata de matéria tratada satisfatoriamente na legislação em vigor;

— Projeto de Lei nº. 4.469, de 2001, parcialmente acatado nos termos do Substitutivo;

— Projeto de Lei nº. 4.570, de 2001, rejeitado já que trata de matéria tratada satisfatoriamente na legislação em vigor;

— Projeto de Lei nº. 4.844, de 2001, parcialmente acatado nos termos do Substitutivo;

— Projeto de Lei nº. 7.267, de 2002, rejeitado, pois os serviços propostos já se incluem no conceito de “serviços de apoio ao diagnóstico e ao tratamento”, constante da legislação em vigor;

— Projeto de Lei nº. 7.389, de 2002, idem em relação à proposição anterior;

— Projeto de Lei nº. 71, de 2003, rejeitado já que trata de matéria tratada satisfatoriamente na legislação em vigor;

— Projeto de Lei nº. 156, de 2003, rejeitado tendo em vista que trata das relações entre prestadores e empresas, que depende da modalidade de plano e de estrutura da empresa e que o Substitutivo contempla a já aludida “contratualização”;

— Projeto de Lei nº. 311, de 2003, acatado nos termos do Substitutivo;

— Projeto de Lei nº. 1.349, de 2003, rejeitado já que trata de matéria tratada satisfatoriamente na legislação em vigor;

— Projeto de Lei nº. 1.603, de 2003, rejeitado já que trata de matéria relacionada às relações entre prestadores e empresas e outros temas que já competem à ANS;

— Projeto de Lei nº. 1.777, de 2003, rejeitado, pois trata de



tema que diz respeito à exigência amplamente aceita em relações comerciais;

— Projeto de Lei nº. 2.474, de 2003, rejeitado, pois a inadimplência já é tratada satisfatoriamente na legislação em vigor;

— Projeto de Lei nº. 3.058, de 2004, rejeitado, tendo em vista tratar de matéria relativa às relações entre prestadores e empresas;

— Projeto de Lei nº. 3.940, de 2004, rejeitado, pois trata das já aludidas relações comerciais, avança em matéria de competência legal da ANS e propõe dispositivos que representariam desequilíbrio financeiro insuportável para as empresas;

— Projeto de Lei nº. 4.075, de 2004, rejeitado, tendo em vista tratar de matéria relativa às relações entre prestadores e empresas;

— Projeto de Lei nº. 4.632, de 2004, rejeitado já que trata de questão que contraria o conceito de ampla defesa, constitucionalmente previsto;

— Projeto de Lei nº. 6.510, de 2006, rejeitado, porquanto trata de questão já contemplada na legislação em vigor e de minudências impróprias para constar em Lei.

— Projeto de Lei nº. 7.600, de 2006, parcialmente acatado nos termos do Substitutivo;

— Projeto de Lei nº. 582, de 2007, rejeitado por se tratar de matéria inserida no âmbito do poder regulamentar da ANS;

— Projeto de Lei nº. 756, de 2007, parcialmente acatado nos termos do Substitutivo;

— Projeto de Lei nº 1.942, de 2007, rejeitado por conta de visar à alteração de preceito adequadamente tratado na legislação em vigor e cuja adoção representaria um desequilíbrio na relação prestador-consumidor.

Isto posto, nosso voto é pela aprovação, nos termos do Substitutivo, dos Projetos de Lei nº. 4.076, de 2001; nº. 4.078, de 2001; nº. 4.469, de 2001; nº. 4.844, de 2001; nº. 311, de 2003; nº. 2.934, de 2004; nº. 7.600, de 2006, e nº. 756, de 2007, e pela rejeição dos Projetos de Lei nº. 4.367, de 2001; nº. 4.570, de 2001; nº. 7.267, de 2002; nº. 7.389, de 2002; nº. 71, de 2003; nº.



156, de 2003; nº. 1.349, de 2003; nº. 1.603, de 2003; nº. 1.777, de 2003; nº. 2.474, de 2003; nº. 3.058, de 2004; nº. 3.940, de 2004; nº. 4.075, de 2004; nº. 4.632, de 2004; nº. 6.510, de 2006, nº. 582, de 2007 e 1.942, de 2007.

Sala da Comissão, em de de 2007.

Deputado RIBAMAR ALVES
Relator

2007_18007_Ribamar Alves_010



7585868348

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

SUBSTITUTIVO DO RELATOR AO PROJETO DE LEI N.º 4.076, DE 2001

Altera a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei destina-se a aperfeiçoar a legislação sobre planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 2º Os dispositivos a seguir enumerados, da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º

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, odontológica e farmacêutica, 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 sociedade comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato, individual ou coletivo, que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar, odontológica e farmacêutica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, inclusive:

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas, que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração, bem como as instituições, de direito público ou privado, federais, estaduais e municipais que prestem serviços de assistência à saúde de seus servidores, podendo as autogestões celebrar convênios ou contratos com entidades de direito público e privado.

§ 4º(NR)."

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

§ 1ºA. Para os fins do disposto no inciso II, junta médica, composta por representantes da ANS, das operadoras, das sociedades médicas respectivas e dos usuários, avaliará, quando necessário, se os procedimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como próteses e órteses, objetivam restaurar funções para correção de lesão proveniente de acidente pessoal ou de plástica reconstrutiva



de mama.

§ 4º(NR).”

“Art. 11. É vedada a exclusão de coberturas às doenças e lesões pré-existentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta lei após dezoito 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. São vedados, ainda:

I – 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;

II – o oferecimento de agravo ou qualquer outra modalidade de aumento no valor das contraprestações pecuniárias para a inclusão da cobertura referida no caput (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 V deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo 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, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, inclusive nas modalidades opcionais de hospital-dia e internação domiciliar, 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;

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, 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, aluguéis e diárias, 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

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e maiores de sessenta e cinco 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, 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;

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 incluir assistência farmacêutica, o



fornecimento de medicamentos para uso domiciliar, conforme dispuser o regulamento;

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

VII - 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, hospitalares e farmacêuticos praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

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

§ 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. 16.

.....

III – os períodos de carência para consultas, internações, assistência farmacêutica, procedimentos e



exames;

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

.....
XII -(NR).”

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

I – formalizar, por intermédio de instrumento contratual, os direitos e obrigações mútuos, inclusive:

a) os procedimentos para os quais o prestador ou profissional de saúde é indicado, especificando o regime de atendimento, se hospitalar, ambulatorial, de urgência ou emergência;

b) os valores dos serviços contratados, prazos e formas de pagamento e faturamento;

c) definição de formas de auditoria técnica e administrativa, bem como de procedimentos para os quais sejam necessárias autorização prévia;

d) definição do prazo de vigência do contrato, condições para sua renovação, bem como previsão de multa pelo seu descumprimento;

e) causas de rescisão, garantida aos pacientes a continuidade dos tratamentos em curso;

f) fornecimento à operadora e à ANS das informações relativas aos serviços prestados, resguardado o sigilo profissional;

g) critérios para descredenciamento.

II – se pessoa jurídica, possuir registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

§ 1º 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.

§ 2º O disposto neste artigo aplica-se aos estabelecimentos hospitalares sem prejuízo do disposto no art. 17.

§ 3º 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.

§ 3º

IV – segmentação da assistência, em ambulatorial, hospitalar, com ou sem obstetria, farmacêutica, odontológica e referência;

§ 7º(NR)."

"Art. 24.

§ 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 efeitos as medidas por ela determinadas para sanear as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira, sem que esta medida implique na perda das carências ou em quaisquer outros prejuízos para os mesmos (NR)."

"Art. 34

Parágrafo Único – A exigência prevista no caput não se aplica:

I – à entidade de autogestão que, na data da



publicação da Lei Complementar n. 109, de 29 de maio de 2001, já prestava serviços de assistência à saúde;

II – à entidade de autogestão constituída por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado;

III – à entidade de autogestão que, além da operação de planos privados de assistência à saúde, exerce atividade caracterizada como ação de promoção à saúde, nos termos do art. 35-F da Lei n. 9.656/98;

IV – às fundações, de direito público ou privado, constituídas antes do advento desta lei, observado o fim a que se destina.

Art. 3º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

“Art. 11A. 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 plano de saúde devem manter serviço ininterrupto de atendimento aos prestadores para autorização imediata de internações, exames e procedimentos.

§ 2º A ausência ou o mal funcionamento do serviço a que se refere o parágrafo anterior implica na presunção de autorização do objeto da consulta.”

“Art. 13A. Após decorridos cento e oitenta dias da contratação, é assegurado ao usuário insatisfeito com sua operadora, desde que em dia com o pagamento das contraprestações pecuniárias, o direito de mobilidade, consistente na troca de operadora, preservados a similaridade entre os planos e os prazos de carência já cumpridos, inclusive os relativos à cobertura parcial temporária dos casos de doenças e lesões pré-existentes.

§ 1º A insatisfação a que se refere o caput deve ser comprovada mediante reclamação acolhida como procedente pelo Poder judiciário, ou pela ANS, em processo regular.

§ 2º O exercício do direito de mobilidade condiciona-se à aceitação por parte da nova operadora.”



“Art. 18A. 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.

Parágrafo único. 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.”

“Art. 35 N. As pessoas jurídicas cujo objeto social preveja a comercialização de planos de saúde, ou o oferecimento de rede credenciada ou referenciada para prestação de serviços de assistência médica ou odontológica, ainda que constituídas anteriormente a 2 de setembro de 1998, terão o prazo de um ano, a partir da entrada em vigor deste artigo, para comprovar seu registro na ANS, a partir do qual a Agência poderá tomar as medidas cabíveis visando à sua extinção.”

“Art. 35 O. Constitui crime induzir o consumidor ou usuário a adquirir produto que possa ser confundido com plano privado de assistência à saúde regulado por esta lei, ou apresentar-se como operadora deste, por via de indicação ou afirmação falsa, enganosa ou ardilosa sobre a natureza dos produtos oferecidos, utilizando-se de qualquer meio, inclusive a veiculação ou divulgação publicitária:

Pena: reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa.”

Art. 4º Esta lei entrará em vigor após 90 (noventa) dias de sua publicação oficial.



Sala da Comissão, em de de 2007.

Deputado RIBAMAR ALVES
Relator

ArquivoTempV.doc



7585868348