

COMISSÃO DE DEFESA DO CONSUMIDOR SUBSTITUTIVO AO PROJETO DE LEI N° 4.076, DE 2001

(Apensos 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 2004; 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; nº 1.942, de 2007; nº 2.901, de 2008; nº 4.393, de 2008 e nº 5.024, de 2009)

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

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 nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito público e 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, 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 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, individual e 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. Fica 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, bem como ações de promoção e prevenção da saúde respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

§ 4º”(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 doze 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 e 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 – quando incluir atendimento ambulatorial:

.....

c) reembolso, em todos os tipos de plano ou seguro, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com medicamentos prescritos pelo médico assistente.

II – quando incluir internação hospitalar:

a) a cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, inclusive nas modalidades 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;

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de paciente menores de dezoito anos e maiores de sessenta 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 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 ambulatoriais e sem anestesia geral;

V – quando incluir assistência farmacêutica, o fornecimento de medicamentos para uso domiciliar deverá ser garantida, ainda que não contratado, mantendo o tratamento nos mesmos termos que da internação hospitalar, sendo vedada a sua oferta, contratação ou vigência isoladamente, devendo estar associado, pelo menos, a um dos produtos descritos nos incisos I e II desse artigo; (NR)

VI – quando fixar prazos de carência:

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

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

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, adotando, menor de doze anos de idade e criança ou adolescente sob guarda, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante ou guardião.

§ 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)

§ 3º A carência tratada no inciso VI é o período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano de saúde do beneficiário, durante o qual o contratante paga as mensalidades, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato, não podendo ser exigida na sucessão de contratos com a mesma ou com outra operadora, desde que sejam atendidos os requisitos a serem estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.” (NR)

“Art. 15

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

dez anos e aposentados ou pensionistas, se participarem há mais de 5 anos.”

“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 -

Parágrafo Único. A todo consumidor titular do plano individual, familiar ou coletivo será obrigatoriamente entregue, quando da 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. A cada ano o consumidor poderá requerer cópia do contrato, que deverá ser entregue pela operadora em até cinco dias úteis após a solicitação do usuário.”

“Art. 17.....

§ 5º As unidades de saúde a que se refere o caput desse artigo ficam obrigadas a prestar atendimento de urgência e emergência, sem qualquer restrição, aos usuários, mesmo no caso de inadimplência da operadora de planos de saúde a qual o usuário esteja vinculado.”

“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 as seguintes obrigações e direitos:

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

- a) os procedimentos para os quais o prestador 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 reajuste, 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 do tratamento em curso;
- f) fornecimento à operadora e à ANS das informações relativas aos serviços prestados, resguardado o sigilo profissional;
- g) critérios para descredenciamento.

II – 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.”

“Art. 19

.....
§ 3º

IV – segmentação da assistência, em ambulatorial, hospitalar, com ou sem obstetrícia, com ou sem assistência farmacêutica, odontológica e referência; (NR)

.....

§ 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 sanar 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. 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.”

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

“Art. 11- A. É vedada a exigência de depósito caução ou de outras modalidades de garantia, como condição de atendimento ou internação de paciente.

§ 1º As operadoras de planos de saúde devem manter serviço ininterrupto de atendimento aos prestadores para autorização imediata de internações, exames e procedimentos, não podendo o consumidor aguardar mais de 15 minutos para o atendimento presencial;

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

§ 3º A ANS, com auxílio das entidades de defesa do consumidor, deverá elaborar, em até 120 dias, cartilha contendo os direitos do consumidor que deverá, entre outras iniciativas:

a. ser fornecida pelas operadoras a todos consumidores no momento da celebração do contrato;

b. estar disponível a qualquer consumidor em todos os serviços de atendimento ao cliente das operadoras;

c. estar em local de destaque nos sítios das operadoras e da rede credenciada na internet;

d. ser fornecida a todos os consumidores que já participem dos planos de saúde na data fixada no §3º deste artigo.”

“Art. 13 - A. A ANS definirá critérios para a mobilidade com portabilidade de carências entre planos distintos e similares, no prazo máximo de 180 dias, considerando, entre outros fatores, a modalidade e tipo de plano, abrangência geográfica, o padrão e a qualidade do serviço oferecido e o incremento da concorrência.

§ 1º Os valores praticados serão justificados e aprovados pela ANS no prazo máximo de trinta dias, devendo ser compatíveis com os de mercado;

§ 2º Os critérios a serem definidos pela ANS da mobilidade com portabilidade de carências a que se refere o caput deste artigo deverão incluir todos os usuários de planos privados de assistência à saúde;

§3º A carência para exercício da mobilidade definida no caput deste artigo deverá ser, no máximo, de seis meses a partir do momento da adesão ao Plano;

§4º A carência tratada no parágrafo anterior é o período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano de saúde do beneficiário, durante o qual o contratante paga as mensalidades, mas ainda não tem direito ao exercício da mobilidade;

§5º Não haverá restrição de mudança para qualquer plano, desde que devidamente acordado entre o consumidor e a operadora de destino;

§ 6º O consumidor poderá exercer seu direito à mobilidade em qualquer período após o cumprimento da carência que trata o §3º;

“Art. 15 A. A variação das contraprestações pecuniárias, em razão da idade do consumidor, estabelecida nos contratos de planos

privados de assistência à saúde pela ANS obedecerá, entre outros, os seguintes princípios:

§ 1º Distribuição equitativa dos reajustes entre as diversas faixas etárias de modo a não permitir reajuste diferenciado em razão da idade do consumidor;

§ 2º Incentivo, não vinculado a uma operadora, aos consumidores que estão a mais tempo no sistema de saúde suplementar;

§ 3º Critérios de eficiência, incorporando, quando possível, fatores de qualidade dos serviços oferecidos aos beneficiários;

§ 4º A ANS deverá expedir normas buscando cumprir os princípios descritos nos parágrafos anteriores em até 180 dias após a publicação desta lei.”

“Art. 17 A. Todo e qualquer profissional de saúde, desde que legalmente habilitado, pode se credenciar para o atendimento dos consumidores de toda e qualquer empresa que opere os produtos de que trata o inciso I, do § 1º, do art. 1º, desta lei , observando o que dispõe o art. 18.

Parágrafo Único. O descredenciamento dos profissionais a que alude o caput só poderá ocorrer na hipótese de ocorrência de ato ilegal ou contrário a ética profissional, devidamente comprovado pela operadora e referendado pela representação da classe.

“Art. 18 A. 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 anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos.”

“Art.35. N. 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. 35. O. Fica criado o Selo de Qualidade em Saúde Suplementar. O Selo de Qualidade em Saúde Suplementar deverá ser um instrumento de avaliação da qualidade do atendimento ao cliente das operadoras e rede credenciada.

§ 1º O Selo de Qualidade a que se refere o caput deste artigo será dado às operadoras e à rede credenciada que participarem do Programa de Qualificação de Saúde Suplementar instituído pela Resolução Normativa nº 139, de 24 de novembro de 2006, da ANS, ou a outro programa que vier a substituí-lo;

§ 2º O Selo de Qualidade em Saúde Suplementar terá como base o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS ou outro que vier a substituí-lo;

§ 3º É obrigatória a divulgação por todas operadoras e rede credenciada, em local e formato visível ao público, em todos os estabelecimentos de atendimento, bem como nos respectivos sítios eletrônicos, das seguintes informações relativas ao Selo de Qualidade em Saúde Suplementar:

- a) O IDSS da operadora;
- b) As normas de certificação do Selo de Qualidade em Saúde Suplementar;
- c) Demais informações que a ANS julgar necessárias para informar ao consumidor à qualidade dos serviços prestados pelas operadoras e rede credenciada avaliadas;

§ 4º A operadora ou entidade da rede credenciada que não participar do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar deverá receber o IDSS igual a Zero e não poderá receber o Selo de Qualidade em Saúde Suplementar;

§ 5º A ANS deverá, em até 120 dias, fixar os critérios para que as operadoras e sua rede credenciada divulguem o resultado de sua participação no Programa de Qualificação de Saúde Suplementar, bem

como os demais regramentos para colocar em prática o Selo de Qualidade em Saúde Suplementar;

§ 6º Para a elaboração dos critérios referidos no parágrafo anterior, a ANS deverá levar em conta, em outros fatores, o objetivo de transformar o Selo de Qualidade em Saúde Suplementar em um instrumento de informação ao consumidor sobre a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras e a rede credenciada.

“Art. 35.P. Fica proibido às empresas que gerenciam planos de saúde e afins solicitar de seus associados documentos pessoais que não fazem prova de identificação.

§ 1º Caberá as empresas gerenciadoras de planos de saúde habilitar seus associados com documentos próprios necessários para que os mesmos sejam atendidos na rede credenciada.

§ 2º As Empresas gerenciadoras de planos de saúde e afins, deverão manter suas redes credenciadas devidamente informadas quanto ao documento a ser solicitado para atendimento dos associados.”

“Art. 35 Q. A ANS definirá critérios para a regulamentação do agravo em até 180 dias após a publicação desta lei.”

“Art. 35 R. A ANS definirá critérios para a regulamentação das instituições de Direito Público descritas no § 2º do art 1º desta Lei em até 180 dias após a publicação desta lei.”

“Art. 35 S. A ANS, em seus Serviços de Atendimento ao Cliente, deverá cumprir, no mínimo, o disposto no Decreto nº 6.523, de 31 de julho de 2008, ou outro regulamento que vier a substituí-lo”

“Art. 35 T. A ANS definirá critérios para a regulamentação da acreditação das operadoras e da rede credenciada em até 180 dias após a publicação desta lei. Os critérios que deverão nortear o programa de acreditação serão, entre outros:

- a) garantir a segurança e excelência do atendimento;
- b) garantir a ética na prestação de serviços de saúde;
- c) desenvolver uma avaliação educativa, auxiliando no estabelecimento de processos de utilidades prática e segura para o cliente e todos os demais envolvidos neste contexto;

d) compatibilidade e complementaridade com o Programa de Qualificação de Saúde Suplementar e o Selo de Qualidade em Saúde Suplementar.”

“Art. 35 U. A ANS definirá, em até 180 dias, novos critérios para o ressarcimento pelo atendimento feito pelo Sistema Único de Saúde a clientes de operadoras de planos e seguros privados de saúde.”

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

Sala da Comissão, em de maio de 2009.

**Deputado CEZAR SILVESTRI
(PPS/PR)**