

COMISSÃO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

PROJETO DE LEI Nº 4.076, DE 2001

(Apensos os Projetos de Lei nº 4.078, de 2001; PL nº 4.367, de 2001; PL nº 4.469, de 2001; PL nº 4.570, de 2001; PL nº 4.844, de 2001; PL nº 7.267, de 2002; PL nº 7.389, de 2002; PL nº 71, de 2003; PL nº 156, de 2003; PL nº 311, de 2003; PL nº 1.349, de 2003; PL nº 1.603, de 2003; PL nº 1.777, de 2003; PL nº 2.474, de 2003; PL nº 2.934, de 2004; PL nº 3.058, de 2004; PL nº 3.940, de 2004; PL nº 4.075, de 2004; PL nº 4.632, de 2004; PL nº 6.510, de 2006; PL nº 7.600, de 2006; PL nº 582, de 2007; PL nº 756, de 2007; PL nº 1.942, de 2007; PL nº 2.901, de 2008; PL nº 4.393, de 2008; PL nº 5.024, de 2009 e PL nº 5.143, 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.

Autor: Deputado **HENRIQUE FONTANA**
Relator: Deputado **CEZAR SILVESTRI**

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei nº 4.076, de 2001, de autoria do nobre deputado Henrique Fontana, objetiva 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, em 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 ofertados aos contratantes de planos exclusivamente ambulatoriais. Em sua justificativa, o ilustre Autor alega que determinadas empresas se recusam a cobrir procedimentos preventivos, que são reconhecidamente essenciais para a detecção precoce de determinadas patologias.

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

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, Deputado HENRIQUE FONTANA, 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. Em sua justificativa, o Autor da matéria alega que a segmentação do mercado é potencialmente prejudicial ao usuário e, além de tudo, anti-econômica, portanto, sugere a fusão das segmentações;

2º) Projeto de Lei nº. 4.367, de 2001, de autoria do 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”. 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. O projeto já foi apreciado anteriormente pela Comissão de Defesa do Consumidor, que o aprovou.

3º) Projeto de Lei nº. 4.469, de 2001, de autoria do 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 proposta do autor

objetiva não dar às operadoras a oportunidade de moldar a sua rede credenciada já que todos os profissionais estariam habilitados a pertencer à ela;

4º) Projeto de Lei nº. 4.570, de 2001, de autoria do 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. 15º, 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 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 que sejam alterados um conjunto de dispositivos do texto em vigor, entre eles a exclusão de expressões, a modificação de prazos de carência, a alteração de dispositivos relativos a aposentados e funcionários demitidos, a possibilidade da livre escolha de profissionais de saúde, entre outras propostas.

6º) Projeto de Lei nº. 7.267, de 2002, que “adiciona-se dispositivo à Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, e dá outras providências”, de autoria do 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 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, de autoria do Deputado ARLINDO CHINAGLIA, 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”. 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.

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 Deputado INOCÊNCIO DE OLIVEIRA. A proposta abre 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, do 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 tipo de procedimento em relação a idosos com mais de sessenta e cinco anos.

11º) Projeto de Lei nº. 1.349, de 2003, da lavra do 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 eventuais atendimentos prestados a seus beneficiários ou dependentes.

12º) Projeto de Lei nº. 1.603, de 2003, de autoria do 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 intento é restringir o descredenciamento de entidades hospitalares e profissionais de saúde e 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 em solicitar de seus associados documentos de uso pessoal que não fazem prova de identidade e dá outras providências”, de iniciativa do Deputado ANDRÉ LUIZ.

14º) Projeto de Lei nº. 2.474, de 2003, de autoria do 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”, deriva da Comissão Parlamentar de Inquérito cuja a finalidade foi 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 à mudança de plano; proíbe a cobrança de caução e estabelece requisitos para a elaboração de contratos, entre outros.

16º) Projeto de Lei nº. 3.058, de 2004, cujo autor é o 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 intento 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”, é de iniciativa do Deputado Dr. PINOTTI. Estabelece normas para o funcionamento das empresas operadoras de plano de saúde e o relacionamento entre operadoras, prestadores de serviços e beneficiários.

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 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 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 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 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 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, ressaltando os dispositivos relativos às doenças e lesões preexistentes

25º) Projeto de Lei nº 2.901, de 2008, de autoria do Deputado ARNON BEZERRA, que “altera a Lei nº 9.656, de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de saúde, a fim de proibir período de carência para exames pré-natal e partos.

26º) Projeto de Lei nº 4.393, de 2008, de autoria da Deputada Vanessa Grazziotin, que dispõe sobre a obrigatoriedade de ressarcimento das operadoras de planos de saúde ao Sistema Único de Saúde e dá outras providências.

27º) Projeto de Lei nº 5.024, de 2009, de autoria do Deputado Clóvis Fecury, que proíbe às operadoras de exigirem autorização prévia para a realização de procedimentos prescritos por médico.

28º) Projeto de Lei nº 5.143, de 2009, de autoria do Deputado Waldir Neves, que inclui a inscrição do filho adotivo, adotando e criança ou adolescente

sob guarda, para aproveitamento dos prazos de carência contratado pelo adotante ou guardião.

A proposição é de competência de Plenário e neste Órgão Técnico deve ser apreciada quanto ao mérito. A 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.

Apresentamos o presente relatório e o voto.

II - VOTO DO RELATOR

O sistema de saúde brasileiro caracteriza-se por ser um sistema de saúde misto, onde os setores público e privado atuam no provimento e no financiamento dos bens e serviços de saúde. Apesar da Constituição de 1988 ter garantido o acesso aos serviços de saúde como um direito universal e igualitário de todos os cidadãos brasileiros, devendo o Estado proporcioná-lo, ela permitiu a coexistência, paralelamente ao sistema público de saúde, de um sistema de saúde suplementar. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, como podemos verificar na Tabela a seguir, cerca de 52,6 milhões de brasileiros possuem algum tipo de plano ou seguro privado de saúde.

Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial e tipo de contratação do plano, segundo época de contratação do plano e competência (Brasil – 2000 e 2008)							
	Total	Coletivo		Individual		Não Identificado	
	Absoluto	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
dez/00	33.450.369	12.360.463	37,0	5.519.582	16,5	15.570.324	46,5
Mar 09	52.653.718	39.576.432	75,2	10.578.991	20,1	2.498.295	4,7
Novos							
dez/00	10.131.654	7.289.787	72,0	2.841.867	28,0		
Mar 09	40.939.515	32.513.545	79,4	8.425.970	20,6		

Antigos							
dez/00	23.318.715	5.070.676	21,7	2.677.715	11,5	15.570.324	66,8
Mar 09	11.714.203	7.062.887	60,3	2.153.021	18,4	2.498.295	21,3

Fonte : ANS. Cadernos de Informação da Saúde Suplementar, Junho de 2009.

Existem cinco¹ grandes modalidades de atuação da assistência médica suplementar no Brasil: a medicina de grupo, as cooperativas médicas, os planos próprios das empresas (autogestão), as seguradoras e as filantrópicas. Elas se distinguem quanto à forma de contratação dos serviços de saúde.

A medicina de grupo constitui empresas médicas que administram planos de saúde para empresas, indivíduos e famílias, com atendimento baseado, principalmente, numa rede credenciada de serviços. Nos planos destinados a pessoas jurídicas, a adesão dos empregados é automática em caso de custos financiados integralmente pelo empregador, em caso de divisão de custos com o empregado, a participação é opcional.

As cooperativas são entidades onde médicos são sócios e prestadores de serviço simultaneamente, com pagamento proporcional a quantidade de serviços prestados. As UNIMED's representam quase a totalidade desse segmento.

Os planos próprios das empresas constituem planos fechados, restritos apenas a funcionários e seus dependentes, em geral de uma única empresa que é responsável pela administração direta do plano (autogestão), podendo ainda dispor de uma rede credenciada.

As seguradoras, que originalmente no Brasil funcionavam ofertando unicamente o seguro saúde por reembolso, atualmente podem, também, lançar mão de rede credenciada.

¹ Segundo a ANS no total são oito as modalidades de atuação, são elas: administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, instituições filantrópicas, autogestões (patrocinadas e não patrocinadas), seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo.

Embora o setor suplementar de saúde cubra uma parcela expressiva da população brasileira, com evidente importância no provimento dos serviços de saúde, somente recentemente, com a regulamentação do setor de medicina suplementar, este passou a ter o atual desenho institucional do sistema de saúde brasileiro. Portanto, os efeitos da regulamentação são ainda recentes o que tem trazido diversas situações de insatisfação aos beneficiários, em boa parte diante das dificuldades encontradas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS frente às suas atribuições de regulação e fiscalização do setor.

Sob o ponto de vista do beneficiário existem problemas que são fruto da confluência de fatores que passam pelo desenho institucional do setor, pela atuação, algumas vezes, inadequada da ANS, pela interferência do Poder Público e os atritos resultantes de normas que ferem o que está estabelecido na Lei nº 8.078, de 1990, o Código de Defesa do Consumidor. Não é a toa que o setor é um dos campeões de reclamações nos Procons de todo o país.

Diante desse quadro é que devemos ter a preocupação de construir uma proposta que venha mitigar os problemas enfrentados pelo beneficiário garantindo o equilíbrio econômico-financeiro das empresas e a qualidade no atendimento. Acreditamos que só assim teremos equilíbrio entre os interesses de beneficiários, prestadores e operadoras, algo que não tem acontecido. É importante ressaltar, ainda, que temos consciência que é obrigação constitucional do Poder Público oferecer Saúde com qualidade para todos os brasileiros. No entanto, não é por não termos conseguido fazer com que o Sistema Único de Saúde – SUS forneça atendimento adequado aos cidadãos brasileiros que deixaremos de buscar a qualidade na oferta da medicina suplementar.

A este Relator cabe estudar as proposições tendo em vista o interesse do beneficiário de planos e seguros privados. Para tanto, identificamos os principais problemas enfrentados por estes consumidores, são eles:

1 – REAJUSTE POR IDADE

Problema: A atual forma de reajuste concentra os reajustes para as faixas etárias mais elevadas. Com isso, parte dos usuários mais idosos, fase da vida em que mais se necessita dos serviços de saúde, é obrigada a abandonar o seu plano e utilizar o SUS, mesmo depois de ter contribuído para um plano de saúde por muitos anos.

Contratos	Faixas Etárias	Variação
Contratos celebrados até 1 de janeiro de 1999		Reajuste fixado em contrato ²
Contratos celebrados entre 2 de janeiro de 1999 a dezembro de 2003. (sete faixas)	Zero a 17 anos; 18 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; 70 anos ou mais	Última faixa etária não pode ter valor superior a seis vezes o valor da primeira faixa, ou seja, a variação máxima em termos percentuais entre elas é de 500%.
Contratos a partir de Janeiro de 2004, com a vigência do estatuto do idoso. (dez faixas)	0 a 18 anos; 19 a 23 anos; 24 a 28 anos; 29 a 33 anos; 34 a 38 anos; 39 a 43 anos; 44 a 48 anos; 49 a 53 anos; 54 a 58 anos; 59 anos ou mais	Variação percentual continua de 500%, no entanto, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas. Objetiva evitar reajustes mais elevados nas faixas etárias mais altas.

2 – PLANOS ANTIGOS

Problema: Os Contratos assinados antes de 2 de janeiro de 1999, celebrados antes da vigência da Lei 9.656/98, que não foram adaptados às novas regras estabelecidas estão regidos por uma legislação mais flexível sujeitando os usuários, cerca de 13 milhões de beneficiários a situações claramente mais desfavoráveis. Os contratos antigos não podem mais ser comercializados e

² A Súmula Normativa nº05/2003 determina que: "os contratos individuais de planos privados de assistência à saúde celebrados anteriormente à vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, cujas cláusulas não indiquem expressamente o índice de preços a ser utilizado para reajustes das contraprestações pecuniárias e sejam omissos quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste, deverão adotar o percentual

permanecem válidos apenas para os beneficiários que não optaram pela adaptação às novas regras, mas são intransferíveis (sua transferência é vedada a terceiros sob qualquer pretexto) e suas condições são garantidas apenas ao titular e aos dependentes já inscritos. Permite-se, somente, a inclusão de novo cônjuge e filhos.

Uma pequena parcela destes contratos, desde 2004, está tendo reajustes diferenciados. Isto porque, naquele ano, a ANS questionou os reajustes praticados por algumas seguradoras e operadoras de medicina de grupo, após decisão em Ação Direta de Inconstitucionalidade que retirou da Agência a prerrogativa de autorização prévia dos reajustes de contratos antigos, na forma como vinha praticando desde 1999. Esse questionamento resultou na proposta da ANS de assinatura de termos de compromisso, mediante os quais as referidas operadoras passaram a submeter os reajustes à regulação da ANS.

Principais Problemas dos Beneficiários de Planos Antigos

Reajustes	Não há a necessidade de prévia autorização da ANS para aplicação dos reajustes anuais e pode haver reajustes maiores nas faixas etárias mais elevadas.
Exclusão de doenças e procedimentos	Necessidade de prévia regulamentação de doenças preexistentes.
Idosos	Sem necessidade de prévia autorização da ANS para aplicação de qualquer aumento por mudança de faixa etária para maiores de 60 anos
Rescisão unilateral de Contrato	Possível
Internação Hospitalar	Limitada

3 – PLANOS COLETIVOS

Problema: Devido ao menor controle dos contratos coletivos as operadoras de planos de saúde preferem estes Planos e estão incentivando os beneficiários a

ingressarem ou migrarem para esta modalidade. Existe, por exemplo, a possibilidade de crescimento de falsos planos coletivos por adesão, que reúnem de alguma maneira beneficiários por meio de um CNPJ, propiciando diminuição dos custos regulatórios e dos preços de entrada, mas que ao mesmo tempo representam grande risco aos beneficiários, pois estes podem ser prejudicados, seja por reajustes abusivos ou pela não renovação de contrato.

Principais Diferenças entre Planos Individuais e Coletivos

	Individuais	Coletivos
Possibilidade de Contratar	Qualquer pessoa física.	Só é possível contratar com intermediação de pessoa jurídica (empresa, associação ou sindicato).
Preços iniciais	Geralmente mais caros do que o coletivo da mesma operadora e de cobertura equivalente.	Geralmente mais baratos que os individuais da mesma operadora e de cobertura equivalente
Reajustes	Regulados e limitados pela ANS.	Não regulados pela ANS, geralmente são maiores do que os impostos aos contratos individuais.
Rescisão contratual	ANS regula a questão e veda a rescisão unilateral do contrato.	ANS não regula e é prática corrente a rescisão unilateral do contrato.
Permanência no plano	Tempo indefinido.	Há a possibilidade de rescisão unilateral de contrato e, em caso de contrato coletivo empresarial, existem restrições ligadas ao desligamento da empresa (demissão ou aposentadoria).

4 – DOENÇAS E PROCEDIMENTOS EXCLUÍDOS

Problema: A Lei 9.656/98 impõe a todos os planos de saúde que sejam cobertas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de

Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), o que é um avanço, pois a maioria dos contratos anteriores à Lei excluía muitas patologias (câncer, AIDS, doenças congênitas ou crônicas), entre outros.

No entanto, a ANS e o Conselho de Saúde Suplementar estabeleceram normas que restringiram os procedimentos que devem ser cobertos. A exclusão ocorreu, por exemplo, por meio da criação de um Rol de Procedimentos, previsto na Resolução Normativa 82. Muitas entidades de defesa do consumidor acreditam que a limitação ou exclusão de cobertura é uma medida que contraria a própria natureza do contrato do plano de saúde, que teria a finalidade de garantir a saúde integral – e não apenas parte dela.

Principais Exclusões

Dispositivo Legal	Restrição
Resolução 12 do Consu	Restringe a cobertura de transplantes apenas a rins e córneas, deixando de fora transplantes de fígado, medulas, coração, etc.
Resolução 15 do Consu	Exclui a cobertura dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais que seriam de cobertura obrigatória pelos planos de saúde.

5 – CLÁSULAS ABUSIVAS

Problema: Alguns contratos contêm cláusulas abusivas com respaldo em regulamentos da ANS causando graves transtornos aos usuários que tem que recorrer aos órgãos de defesa do consumidor ou ao Poder Judiciário para fazer valer os seus direitos.

6 – CARÊNCIA PARA DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES

Problema: A Lei 9.656/98 autorizou a exigência de um longo prazo de carência (vinte e quatro meses) para a cobertura das doenças preexistentes. Ou

seja, o usuário que for portador de uma doença ou lesão à época da assinatura do contrato não terá direito a uma lista de procedimentos de alta complexidade, inclusive cirurgias. É o período denominado de “cobertura parcial temporária”. Além de ser tecnicamente impossível delimitar o momento exato do surgimento da maioria das doenças, o prazo de 24 meses é, a nosso ver, muito longo.

7 – AGRAVO

Problema: É obrigatório o oferecimento de alternativa que possibilite a cobertura imediata de todos os procedimentos, inclusive de alta complexidade, eventos cirúrgicos e leitos de alta tecnologia, aos portadores de doenças e lesões preexistentes. Chama-se “agravo” – que significa um acréscimo no valor da prestação mensal do plano de saúde em função da doença preexistente. Assim, o usuário poderia pagar uma mensalidade maior, mas seria atendido em todas as necessidades e procedimentos médicos relacionados à doença, sem a carência de dois anos à qual estão sujeitos aqueles que optarem pela “cobertura parcial temporária”. No entanto, na prática, as operadoras de planos não viabilizaram a oferta obrigatória do agravo.

8 – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Problema: Infelizmente, apesar da Lei 9.656/98 determinar que deva haver atendimento dos casos de urgência e emergência, após 24 horas da assinatura do contrato, uma resolução posterior da ANS buscou restringir, de forma significativa, a assistência à saúde nessas condições. A Resolução 13 do Consu limitou os atendimentos de urgência e emergência a somente 12 horas no ambulatório, nas hipóteses de o usuário ter um plano exclusivamente ambulatorial ou mesmo tendo um plano hospitalar, se estiver durante o período de carência do plano. A medida nega também assistência à saúde do usuário que possui plano hospitalar, se a urgência ou emergência não representar necessidade de internação. Para a gestante que possui plano com direito à cobertura hospitalar e obstétrica, é oferecido apenas atendimento ambulatorial por 12 horas, se ainda estiver cumprindo carência.

Segundo o entendimento dos órgãos de defesa do consumidor esta Resolução é ilegal, pois, ao invés de regulamentar o atendimento dos casos de urgência e emergência garantidos na Lei, impõe uma série de restrições ao direito dos usuários.

9 – MOBILIDADE

Problema: Diante do alto custo de transação, principalmente os de mudança de plano, o poder de barganha do beneficiário diminui consideravelmente. Sendo assim, este se sente obrigado a permanecer cliente da mesma empresa arcando com os custos dessa permanência. A mobilidade com portabilidade de carências, geraria maior concorrência e, conseqüentemente, diminuição no preço e melhoria na qualidade dos serviços e produtos. Em 15 de janeiro de 2009 foi editada a Resolução Normativa nº186, da ANS, regulamentando a mobilidade com portabilidade de carências que entrou em vigor em abril de 2009. Embora a proposta tenha sido um avanço ela merece aperfeiçoamentos pois não atende plenamente os anseios dos beneficiários, nem sua totalidade já que se dirige apenas aos beneficiários de planos individuais.

10 – PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Problema: A Consolidação e aplicação do Programa de Qualificação em Saúde Suplementar da ANS, proporcionaria que os planos cujo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS ficasse abaixo do esperado fossem punidos ou que aqueles que conseguissem atingir as metas recebessem algum tipo de prêmio.

Alguns destes problemas já foram detectados e contemplados nos projetos ora analisados e no Substitutivo elaborado na Comissão de Seguridade Social e Família – CSSF. O Quadro a seguir coloca os pontos da atual legislação que sofreram alterações no Substitutivo da CSSF e o nosso comentário sobre eles.

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES PROPOSTAS PELO SUBSTITUTIVO DO PL 4.076/2001 NA COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

	Lei nº 9.656/1998	SUBSTITUTIVO ³ PL 4.076/2001 CSSF
1)Artigo 1º, II Assunto: Natureza Jurídica	II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade <u>civil</u> ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo	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.
Comentário: A mudança no texto, provavelmente teve o objetivo de adaptar a Lei 9.656/98 às disposições do Novo Código Civil. Todavia, muitas operadoras de planos de assistência à saúde mantém, em seu documento de constituição, a forma de sociedade civil. Dessa forma, acreditamos que devemos manter a menção como está na atual legislação, que contempla às pessoas jurídicas constituídas sob a modalidade de sociedade civil, a fim de se garantir que nenhuma entidade que hoje presta serviços que caracterizam planos de assistência à saúde escape da regulamentação imposta pela Lei 9.656/98.		
2) Artigo 1º, § 2º Assunto: Instituições de Direito Público	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.	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, <u>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.</u>
Comentário: A inclusão de menção expressa às instituições de direito público tem o objetivo de garantir a aplicação da legislação a grupos que hoje se encontram à margem da regulamentação, inclusive no que diz respeito à atuação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Acreditamos que a inclusão da menção das entidades de direito público no caput do artigo corrigiria este problema, apesar da ANS ter se pronunciado contra tal inclusão alegando que não teria condições de fazer valer qualquer atributo jurídico sobre instituições que não sejam da União. Acreditamos que existem alternativas para contornar eventuais óbices que apareçam nessa direção.		
3) Artigo 10, caput. Assunto: Plano-Referência e ações de Prevenção e Promoção de	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	Art. 10. É instituído o plano ou <u>seguro</u> -referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem ou centro de

³ As alterações propostas no Substitutivo da CSSF foram negritadas e sublinhadas.

Saúde	padrão de enfermagem, 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:	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, <u>bem como ações de prevenção e promoção da saúde</u> respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto”:
Comentário: A menção às ações de prevenção e promoção de saúde como componentes obrigatórios do plano de saúde é um avanço, pois contempla uma visão mais abrangente acerca da saúde. Todavia, a fim de manter uma unidade na nomenclatura adotada pela Lei 9.656/98, acreditamos que a manutenção do nome de plano-referência é a melhor alternativa, não havendo a inclusão de menção a seguro, pois a Lei não faz distinção entre os serviços de saúde em virtude da natureza jurídica do prestador de serviço.		
4) Art. 10, § 1º A. Assunto: Junta Médica para análise de procedimentos, se estéticos ou não.	não existe o § 1º A	<u>“§ 1º A. 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”.</u>
Comentário: O parágrafo proposto refere-se à exclusão da cobertura de procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como próteses e órteses para o mesmo fim. Segundo a redação do parágrafo em questão, em caso de negativa pela operadora de acesso a procedimento, órtese ou prótese sob a alegação de que se trata de procedimento estético, seria criada junta médica para re-análise do pedido. A criação de junta médica não é recomendada por várias razões. Primeiramente, por permitir a protelação do acesso do usuário ao procedimento. Em segundo lugar, pela prática reiterada das operadoras de negar o acesso a procedimentos sob a alegação de serem estéticos, mesmo em casos em que é evidente o direito do beneficiário e a função reparadora do procedimento. Devemos considerar, ainda, que esta inclusão pode dar margem para instauração de juntas médicas mesmo em casos em que não há qualquer discussão acerca da natureza estética do procedimento. Por último, mas não menos importante, a própria ANS, informou em Audiência Pública realizada na Comissão de Defesa do Consumidor que não tem disponibilidade de pessoal para fazer parte de tantas juntas médicas que venham a ser instauradas para discussão de casos individualizados. Ou seja, na prática as juntas são inviáveis e indesejáveis.		
5) Art. 11, caput Assunto: Prazo de Carência	Art. 11 É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação	Art. 11 É vedada a exclusão de coberturas às doenças e lesões pré-existentes à data de contratação dos

	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 beneficiário.	produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta lei após <u>dezoito meses</u> de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do beneficiário.
Comentário: A diminuição da carência para acesso a procedimentos vem ao encontro dos interesses dos beneficiário. Diante da dificuldade de se definir uma data determinada para o início de qualquer doença, acreditamos que podemos avançar mais e baixar o período de carência para 12 meses. Esse prazo, a nosso ver, é suficiente para resguardar o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras, bem como os interesses dos beneficiários.		
6) Art. 11, parágrafo único, II Assunto: Agravo	Não há inciso II no parágrafo único.	Parágrafo único: São Vedados: <u>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)."</u>
Comentário: O oferecimento de agravo constitui-se na possibilidade do usuário, por período coincidente com o prazo de carência para cobertura de procedimentos relacionados a doenças preexistentes, pagar uma mensalidade maior para não precisar cumprir a carência. Trata-se de possibilidade fundamental para que o usuário portador de doença ou lesão preexistente possa ter atendimento imediato do plano de saúde, remunerando a operadora pelo aumento do risco a ser suportado por ela. Sua proibição, tal qual se encontra no Substitutivo da CSSF, é indesejada.		
7) Art. 12, I Assunto: Segmentação; internação hospitalar; acompanhante para idosos; medicamentos para uso domiciliar;	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: 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:	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 – <u>Obrigatoriedade dos procedimentos privativos;</u> II - quando incluir atendimento ambulatorial: (...) III – quando incluir internação hospitalar: a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, <u>inclusive nas</u>

	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; 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, 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; III - quando incluir atendimento obstétrico: a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto; b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente,	<u>modalidades opcionais de hospital-dia e internação domiciliar,</u> reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; (...) e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, <u>aluguéis e diárias,</u> 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 <u>e maiores de sessenta e cinco anos;</u> IV - quando incluir atendimento obstétrico: (...) V – quando incluir atendimento odontológico: (...) VI – <u>quando incluir assistência farmacêutica, o fornecimento de medicamentos para uso domiciliar, conforme dispuser o regulamento;</u> VII – quando fixar prazo de carência: (...) VIII - 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
--	--	--

	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 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; 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; VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante”.	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; IX - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante.
Comentário: Na nova redação proposta para o artigo 12 são incluídas diversas alterações, quais sejam:		

- a) Inciso I - Inclui a segmentação “Obrigatoriedade dos procedimentos privativos”. A redação dada não deixa claro qual seria o significado de “procedimentos privativos”. Como acreditamos que os procedimentos preventivos devem fazer parte de todas as segmentações somos contrários a idéia;
- b) Inciso III, alínea a – a disponibilização de hospital-dia e internação domiciliar na segmentação hospitalar deve obrigatoriamente fazer parte da segmentação hospitalar, e não ser opcional;
- c) Inciso III, alínea e – manutenção do texto do PL 4.076/01.
- d) Inciso III, alínea f – Devemos adequar o texto ao Estatuto do Idoso (Lei 10741/03), que considera idosos as pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, como já está na Lei nº 9.656/98;
- e) Inciso VI – O PL 4.076/01 cria a possibilidade de contratação de assistência farmacêutica para uso domiciliar, o que nos parece positivo;

8) Art. 18 Assunto: Relacionamento da operadora de plano de saúde com os prestadores de serviço; contratos;	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: I - o beneficiário 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 beneficiários, 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, 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	A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado, <u>referenciado</u> ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará: <u>I – formalizar, por intermédio de instrumento contratual, os direitos e obrigações mútuos, inclusive:</u> <u>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;</u> <u>b) os valores dos serviços contratados, prazos e formas de pagamento e faturamento;</u> <u>c) definição de formas de auditoria técnica e administrativa, bem como de procedimentos para os quais sejam necessárias autorização prévia;</u> <u>d) definição do prazo de vigência do contrato, condições para sua renovação, bem como previsão de multa pelo seu descumprimento;</u> <u>e) causas de rescisão, garantida aos pacientes a continuidade dos tratamentos em curso;</u> <u>f) fornecimento à operadora e à</u>
--	--	--

	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	<u>ANS das informações relativas aos serviços prestados, resguardado o sigilo profissional; g) critérios para credenciamento.</u> <u>II – se pessoa jurídica, possuir registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.</u> § 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. <u>§ 2º O disposto neste artigo aplica-se aos estabelecimentos hospitalares sem prejuízo do disposto no art. 17”.</u>
Comentário: Os direitos conferidos ao usuário na redação atual da Lei 9.656/98 permaneceram no texto do PL 4.076/01, sendo transportados para o artigo 18A. Neste artigo estabeleceram-se formas de relacionamento da operadora de plano de saúde com os prestadores de serviço. Devemos incluir, na alínea b, menção expressa à regras de reajuste de remuneração no instrumento contratual firmado entre operadoras e prestadores de serviço. Além disso, sugere-se a retirada do inciso II de menção às pessoas jurídicas, pois a legislação hoje exige o registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de pessoas jurídicas e de pessoas físicas.		
9) Art. 34 Assunto: Operadoras de Auto-gestão	“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”.	“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. <u>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;</u>

		<u>II – à entidade de autogestão constituída por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemblhado;</u> <u>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.</u> <u>IV – as fundações de direito público ou privado, constituídas antes do advento desta lei, observado o fim a que se destina”.</u>
Comentário: A inclusão de parágrafo único e incisos afasta as exigências legais às operadoras de autogestão. Esta modificação objetivou preservar os planos de saúde que são administrados diretamente por pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemblhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seus sócios, administradores, empregados, pensionistas ou respectivos familiares desses beneficiários. Cabe ressaltar que a ANS, em sucessivas reuniões que mantivemos, afirmou que não enfrenta dificuldades para regular ou fiscalizar às entidades de autogestão. No entanto, acreditamos que devemos perseguir o que está disposto no caput do artigo, excetuando às entidades que já estão em funcionamento.		
10) Art. 13A Assunto: Direito à mobilidade (portabilidade)	O artigo 13 A não existe.	<u>“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.</u> <u>§ 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.</u> <u>§ 2º O exercício do direito de mobilidade condiciona-se à aceitação por parte da nova operadora”</u>

Comentário: No artigo 13-A proposto no PL estaria assegurado ao usuário de plano de saúde, transcorridos 180 (cento e oitenta) dias da contratação, o direito de mobilidade, preenchidos alguns requisitos, dentre eles a similaridade entre os planos. O parágrafo 1º, entretanto, inviabiliza a portabilidade, ao condicioná-la à comprovação de insatisfação através de manifestação do Poder Judiciário ou da ANS. Além disso, segundo nosso entendimento, ela viola os artigos 4º, 6º e 51, IV do Código de Defesa do Consumidor. Por outro lado, é direito do consumidor escolher, dentre os fornecedores, aquele que lhe garantir serviços de qualidade a menores preços. Cumprida a carência para ingresso no sistema de saúde suplementar, a possibilidade de troca entre operadoras pode inclusive ser considerada um estímulo à concorrência e conseqüente melhoria na qualidade dos serviços prestados. O parágrafo segundo, ao condicionar a portabilidade à aceitação por parte da nova operadora, restabelece no sistema de planos de saúde a seleção de risco, prática discriminatória vedada pela legislação.

11) Art. 35 N Assunto: Registro Pessoas Jurídicas na ANS	Inexistente.	<u>“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”</u>
--	--------------	--

Comentário: A atual legislação já prevê o que o Art. 35 N deseja.

12) Art. 35 O Assunto: Coibir indução ao consumo inadequado.	Inexistente	<u>“Constitui crime induzir o consumidor ou usuário a adquirir produto que possa ser confundido com plano privado de assistência à saúde regulado por esta li, 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.”</u>
--	-------------	--

Comentário: Acreditamos a criminalização seja uma idéia ininteressante para desestimular àqueles que possam pretender iludir o consumidor em um assunto de tamanha importância.

Estas alterações elencadas no Substitutivo da CSSF foram importantes pois sabemos do intenso trabalho realizado por todos os parlamentares daquela Comissão e do ilustre relator, Deputado Ribamar Alves. A partir daí iniciamos os nossos estudos e contamos com a colaboração de diversas pessoas e entidades em todo o processo. É dessa forma que gostaríamos de agradecer a participação dos Senhores Fausto Pereira dos Santos, Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, Roberto Augusto Castellano Pfeiffer, Diretor Executivo do Procon-SP, Arlindo Almeida, Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo – Abramge; e das Senhoras Maria Beatriz Corrêa Salles, Coordenadora Geral de Assuntos Jurídicos do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor-DPDC; Marilena Lazzarini, Coordenadora Institucional do Instituto de Defesa do Consumidor- Idec; Maria Inês Dolci, Coordenadora do Departamento Institucional do Pro Teste, na Audiência Pública realizada na Comissão de Defesa do Consumidor em 07 de agosto de 2008. As observações dos participantes foram de extrema importância para a elaboração de nosso Substitutivo, assim como as sugestões que enviaram após esta data. Da mesma forma não poderia deixar de agradecer e ressaltar a imensa luta e contribuição do Deputado Dr. Pinotti em todo o processo de discussão desse tema nesta Casa. Seu nome será sempre lembrado quando falarmos de Saúde neste Parlamento. Especial agradecimento devo dar aos assessores da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e da Secretaria de Acompanhamento Econômico – SEAE, do Ministério da Fazenda, que sempre se mostraram disponíveis em contribuir com este Relator demonstrando, desta forma, o elevado espírito público que move a grande maioria dos servidores daquelas instituições. Agradeço, ainda, as sugestões apresentadas pela ANS, pelo Ministério Público do Estado de São Paulo, pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS e por técnicos do Banco do Brasil, Petrobras, Caixa Econômica Federal e Correios ao primeiro Substitutivo apresentado. Esta nova versão em muito

avança e corrige algumas imperfeições que poderiam trazer prejuízos indevidos aos consumidores, às operadoras e à ANS.

Nossa proposta não se furtou em propor avanços em temas importantes. Sabemos que os parlamentares que compõem esta Comissão têm consciência da situação de hipossuficiência dos beneficiários e ratificarão essas iniciativas que ora propomos. Preocupamos-nos, contudo, em não sugerir nada que possa significar desequilíbrio econômico-financeiro para as operadoras. No entanto, temos consciência de que este ramo de atividade econômica é diferenciado e, portanto, deve ser tratado de acordo com suas especificidades.

Cabe informar, ainda, que nossa atuação não se fixou, apenas, na elaboração do presente substitutivo. Apresentamos, no início de novembro deste ano, a Proposta de Emenda à Constituição nº 302/2008 que objetiva *“incluir no inciso III, do § 2º do art. 58 da Constituição Federal, a possibilidade do Congresso Nacional convocar dirigentes de entidades vinculadas a Ministérios, bem como dirigentes máximos de concessionárias e permissionárias de serviços públicos para prestar informações sobre assuntos inerentes às suas atribuições”*. Infelizmente, reiteradas vezes os dirigentes máximos das instituições da Administração Indireta e de permissionárias e concessionárias de serviços públicos não tem comparecido aos convites formulados pelas Comissões temáticas desta Casa. Acredito que a proposta supracitada ao ampliar os mecanismos de fiscalização do Poder Legislativo, no caso específico à ANS, fornece mais um instrumento importante aos cidadãos em suas relações de consumo.

Além disso, nos comprometemos com a ANS e o Ministério da Fazenda de criarmos um grupo de trabalho para avançarmos em outras propostas que não puderam ser abordadas neste Substitutivo. Seja porque tratam de questões que não possuem propostas consensuais e que, portanto, merecem um debate mais

intenso, seja porque existem propostas sendo elaboradas na ANS, no Ministério da Saúde ou no Ministério da Fazenda.

Relaciono, no quadro a seguir, os principais pontos apresentados em nosso Substitutivo.

Principais Propostas do Substitutivo ao PL nº 4.176/01
Comissão de Defesa do Consumidor
Relator Deputado Cezar Silvestri

Assunto	Proposta
1. Abrangência de submissão à Lei	Pessoas jurídicas de direito privado e público (federal, estadual ou municipal)
2. Natureza Jurídica das operadoras	Sociedade civil ou comercial
3. Que planos se subordinam às normas e à fiscalização da ANS?	Planos Individuais e Coletivos
4. Plano-referência	Incluído ações de promoção e prevenção da saúde
5. Doenças preexistentes	Carência de 12 meses
6. Agravo	Permitido e a ANS deverá regulamentá-lo em 180 dias
7. Cobertura de despesas de acompanhantes	Acompanhantes de maiores de 60 anos e menores de 18 anos
8. Assistência Farmacêutica	Incluída desde que associada a atendimento ambulatorial ou internação hospitalar
9. Carência para cobertura de casos de urgência e emergência	24 horas, após o qual deve ser garantida assistência integral
10. Reajuste Por Faixa Etária	Devem obedecer os seguintes princípios: § 1º Distribuição equitativa dos reajustes entre as diversas faixas etárias; § 2º Incentivo, não vinculado a uma operadora, aos beneficiários que estão a mais tempo no sistema de saúde suplementar;
11. Cobertura de aluguéis e diárias	Incluída para atendimento

	ambulatorial
12. Reajuste Planos Coletivos	Serão definidos e fiscalizados pela ANS
13. Depósito Caução	Vedado
14. Atendimento ao beneficiário pelas operadoras	Ininterrupto
15. Prazo para atendimento e autorização de procedimento	Atendimento presencial: 15 minutos. Autorização: procedimentos simples, em até 30 minutos. Demais procedimentos a ANS definirá normas de acordo com a complexidade dos mesmos
16. Mobilidade com portabilidade de carência	Assegurada após 12 meses da inscrição do usuário em planos individuais e coletivos com direito à mobilidade entre planos, da mesma operadora ou de operadoras diversas, com portabilidade de carências.
17. Serviços de Atendimento ao Cliente	As operadoras deverão cumprir o disposto no Decreto nº 6.523, de 31 de julho de 2008.
18. Cartilha com direitos do beneficiário	Deverá ser elaborada pela ANS e fornecida pelas operadoras no ato de inscrição, nos locais de atendimento ao público e no sítio na internet
19. Criação do Selo de Qualidade em Saúde Suplementar	Terá como base o Índice de Desempenho em Saúde Suplementar – IDSS e deverá ser um aliado do beneficiário no momento de avaliar a qualidade das operadoras e da rede credenciada
20. Acreditação ⁴ das operadoras e da rede credenciada	A ser instituída pela ANS, em até 180 dias após a publicação desta lei, objetivando: a)garantir a segurança e excelência do atendimento; b)garantir a ética na prestação de serviços de saúde;

⁴ Acreditação é o processo de reconhecimento formal de que uma instituição de saúde atende a requisitos de qualidade previamente definidos e demonstra ser competente para realizar suas atividades.

	c) Compatibilidade e complementaridade com o Programa de Qualificação de Saúde Suplementar e o Selo de Qualidade em Saúde Suplementar
21. Cobrança aos profissionais pela adesão à rede credenciada da operadora	Proibida
22. Suspensão ou rescisão unilateral dos contratos (Art. 13, III)	Vedada também quando da internação do dependente
23. Receitas ANS	Elevação da Taxa de Saúde Suplementar
24. Ressarcimento	A ANS deverá regulamentar a matéria em até 180 dias após a publicação da Lei.
Comentário: Apesar dos atuais regulamentos definidos pela ANS, acreditamos que o assunto merece um maior aperfeiçoamento, por isso, propomos que a ANS, com o auxílio da Câmara de Saúde Suplementar, defina novos critérios.	

Diante do exposto, sob o ponto de vista do consumidor brasileiro, tivemos o seguinte entendimento das proposições aqui analisadas:

- 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: parcialmente acatado nos termos do Substitutivo;
- Projeto de Lei nº 4.469, de 2001: parcialmente acatado nos termos do Substitutivo;
- Projeto de Lei nº 4.570, de 2001: parcialmente acatado nos termos do Substitutivo;
- Projeto de Lei nº 4.844, de 2001: parcialmente acatado nos termos do Substitutivo. A nosso ver, a proposta oneraria demasiadamente as operadoras.

No entanto, na situação de aposentadoria por invalidez, acreditamos que cabe a perspectiva de não incidência de reajuste por idade para esses beneficiários, desde que associado ao critério de permanência no sistema por um tempo mínimo (10 anos) anterior à data de ocorrência do evento;

- Projeto de Lei nº 7.267, de 2002: rejeitado, pois acreditamos que a extensão das coberturas propostas irão sobrecarregar às operadoras com possibilidade de desequilíbrio econômico-financeiro das mesmas.

- Projeto de Lei nº 7.389, de 2002: rejeitado, pois acreditamos que irá acarretar oneração demasiada nos custos das operadoras;

- Projeto de Lei nº 71, de 2003: parcialmente acatado nos termos do Substitutivo. Estabelecemos um prazo para a ANS regulamentar a matéria;

- Projeto de Lei nº 156, de 2003: rejeitado, pois apesar de meritória, a proposição supõe um grau de liberdade que implica diretamente no risco associado à atividade médica. A proposta do credenciamento universal esbarra na modelagem atual do sistema de saúde suplementar brasileiro, principalmente no que se refere a questão da responsabilidade civil solidária das operadoras nos casos de dano ao consumidor. A formação de uma rede credenciada diferenciada é um atrativo que estimula a concorrência e auxilia na diminuição dos custos impactando diretamente no preço dos planos, o que seria impossível com o credenciamento universal;

- Projeto de Lei nº 311, de 2003: parcialmente acatado nos termos do Substitutivo;

- Projeto de Lei nº 1.349, de 2003: parcialmente acatado nos termos do Substitutivo. Estabelecemos um prazo para a ANS regulamentar a matéria;

- Projeto de Lei nº 1.603, de 2003: parcialmente acatado nos termos do Substitutivo;

- Projeto de Lei nº 1.777, de 2003: acatado nos termos do Substitutivo;

- Projeto de Lei nº 2.474, de 2003: rejeitado, pois não acreditamos ser justo que outros paguem por algo que caberia a determinado beneficiário;
- Projeto de Lei nº 2.934, de 2004: parcialmente acatado nos termos do Substitutivo, este PL foi fruto dos trabalhos realizados na Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde;
- Projeto de Lei nº 3.058, de 2004: rejeitado, pois acreditamos que o atual sistema define satisfatoriamente os procedimentos adotados, os profissionais participantes, os valores efetivamente utilizados, bem como o quantitativo de tributos a serem recolhidos;
- Projeto de Lei nº 3.940, de 2004: acatado nos termos do Substitutivo;
- Projeto de Lei nº 4.075, de 2004: rejeitado, pois acreditamos que a adesão de um profissional de saúde à uma operadora deve ser regulamentada pelo mercado;
- Projeto de Lei nº 4.632, de 2004: rejeitado, pois cremos que não seja adequado limitar o direito à ampla defesa, ainda mais a relacionando a critérios econômicos;
- Projeto de Lei nº 6.510, de 2006: rejeitado, apesar de extremamente meritória a proposição. No entanto, acreditamos que o acesso a mobilidade com portabilidade de carência e os outros instrumentos que ora propomos para melhoria na qualidade dos serviços irão alcançar os objetivos do autor deste projeto sem os custos e as incertezas que sua proposta produziram;

- Projeto de Lei nº 7.600, de 2006: parcialmente acatado nos termos do Substitutivo. Estabelecemos um prazo para a ANS regulamentar a matéria;
- Projeto de Lei nº 582, de 2007: rejeitado, pois já está contemplado na Lei Nº 10.223, de 15 de maio de 2001;
- Projeto de Lei nº 756, de 2007: acatado nos termos do Substitutivo;
- Projeto de Lei nº 1.942, de 2007: rejeitado, pois acreditamos que as alterações sobre as carências, propostas no substitutivo, são as mais adequadas para o aperfeiçoamento do sistema. Todos sabem que o objetivo da carência é o de tentar impedir que alguém contrate um seguro em virtude de um risco certo ou já ocorrido. A extinção da carência teria como consequência imediata o aumento da sinistralidade, já que inúmeros beneficiários com necessidades imediatas fariam uso dos serviços. Isto alteraria a lógica do sistema atual, elevaria exponencialmente os custos para as operadoras e inviabilizaria as alternativas de planos para os beneficiários;
- Projeto de Lei nº 2.901, de 2008: rejeitado, pois apesar de meritória a proposta cria diferenças de tratamento que não consideramos adequadas. Expandir benefícios a segmentos específicos significa que os demais estarão arcando com esta elevação de custos;
- Projeto de Lei nº 4.393, de 2008: parcialmente acatado nos termos do Substitutivo. Como já dissemos anteriormente, estabelecemos um prazo para a ANS regulamentar a matéria;
- Projeto de Lei nº 5.024, de 2009: rejeitado, pois entendemos que a aprovação prévia para a realização de exames deve ser mantida tendo em vista a necessidade de verificar se o plano permite aquele tipo de procedimento e, mais importante, se aquele procedimento é necessário

para o tratamento. Cabe, contudo, a ANS e aos Conselhos de Medicina instruir aos profissionais de saúde a buscar aprimorar a fundamentação das solicitações de procedimentos para que eventuais abusos sejam evitados.

- Projeto de Lei nº 5.143, de 2009: rejeitado, pois entendemos que a guarda é uma situação transitória e como tal não deve desencadear um benefício permanente. Por isso, apesar de meritória, a proposta merece ser rejeitada.

Diante do exposto, somos pela **APROVAÇÃO** dos Projetos de Lei nº 4.076, de 2001; 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 71, de 2003; nº 311, de 2003; nº 1.349, de 2003; nº 1.603, de 2003; nº 1.777, de 2003; nº 2.934, de 2004; nº 3.940, de 2004; nº 7.600, de 2006; nº 756, de 2007 e nº 4.393, de 2008, na forma do Substitutivo ora apresentado e pela **REJEIÇÃO** dos Projetos de Lei nº 7.267, de 2002; nº 7.389, de 2002;; nº 156, de 2003; nº 2.474, de 2003; nº 3.058, de 2004; nº 4.075, de 2004; nº 4.632, de 2004; nº 6.510, de 2006; nº 582, de 2007; nº 1.942, de 2007; nº 2.901, de 2008 e nº 5.024, de 2009 e 5.143, de 2009.

Sala da Comissão, em 27 de agosto de 2009.

Deputado **CEZAR SILVESTRI**
PPS/PR

COMISSÃO DE DEFESA DO CONSUMIDOR
SUBSTITUTIVO AO PROJETO DE LEI Nº 4.076, DE 2001

(Apenas 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; 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 privado ou público 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 beneficiário;

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 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 operem planos de assistência à saúde, 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 enfermagem, 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, a serem definidas pela ANS em até 120 dias após a publicação desta Lei, 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 beneficiário.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do 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 V deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

.....

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 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 com estadia e alimentação no estabelecimento de internação do beneficiário, no caso de paciente menor de dezoito anos ou maior de sessenta anos;

III – quando incluir atendimento obstétrico:

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

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, 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 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;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência, após o qual deve ser garantida assistência integral;

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 ou adotando, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário 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 tratadas neste 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 beneficiário, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido. (NR)”

“Art. 13.....

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

.....

III – a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular ou do dependente.

“Art. 15

Parágrafo Único. É vedada a variação a que alude o caput para beneficiários com mais de sessenta anos de idade ou aposentados por invalidez, que participarem dos produtos que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez 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 beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar, farmacêutica e odontológica;

.....

XII -

Parágrafo Único. A todo beneficiário 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 beneficiário titular poderá requerer cópia do contrato à operadora, devendo sua entrega ser realizada em até dez dias úteis após a solicitação do mesmo.”

“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 beneficiários e seus dependentes, 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 as 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 credenciamento;

h) demais critérios a serem estabelecidos pela ANS.

II – possuir registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

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.

IV - O beneficiário 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;

V - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitas de forma a atender às necessidades dos beneficiários, 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.”

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.”

“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 beneficiários participantes da carteira. Esta medida não implicará na perda das carências ou em quaisquer outros prejuízos para os beneficiários.” (NR)

“Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão 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.”

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 – associações, sindicatos e fundações de direito público ou privado, constituídas antes do advento desta lei, observado o fim a que se destina;

V – As excepcionalidades contidas nos incisos II a IV só se aplicam às pessoas jurídicas instituídas até a data de entrada em vigor desta Lei.

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;

§2º O beneficiário não poderá aguardar mais de quinze minutos para o atendimento presencial e trinta minutos para a autorização de procedimentos considerados simples. A ANS disporá, em até 120 dias após a publicação desta Lei, norma que discipline o tempo máximo para autorização de procedimentos levando-se em consideração o grau de complexidade dos mesmos;

§ 3º A ausência ou mal funcionamento do serviço a que se refere os parágrafos anteriores implica na presunção de autorização do objeto da consulta;

§4º As operadoras e sua rede credenciada terão o prazo de 60 dias após a regulamentação pela ANS do §1º deste Artigo para o cumprimento destas exigências.

“Art. 11-B. A ANS, com auxílio da Câmara de Saúde Suplementar, deverá elaborar, em até 120 dias após a publicação desta Lei, cartilha contendo os direitos dos beneficiários que deverá, entre outras iniciativas:

- a. ser fornecida pelas operadoras a todos beneficiários no momento da celebração do contrato;
- b. estar disponível a qualquer beneficiário 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 beneficiários que já participarem dos planos de saúde quando da publicação desta Lei.”

“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 critérios a serem definidos pela ANS da mobilidade com portabilidade de carências a que se refere o caput deste artigo deverão incluir todos os beneficiários de planos privados de assistência à saúde, individuais e coletivos;

§2º A carência para exercício da mobilidade definida no caput deste artigo deverá ser, no máximo, de doze meses a partir do momento da adesão ao Plano;

§3º 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;

§4º A concretização da mobilidade com portabilidade de carências de um beneficiário para um plano coletivo só se realizará com a aceitação da operadora de destino, ressalvados os casos decorrentes de novo vínculo empregatício com empresa que forneça este tipo de benefício aos seus funcionários, quando é obrigatória a aceitação da inexigibilidade das carências;

§ 5º O beneficiário poderá exercer seu direito à mobilidade em qualquer período após o cumprimento da carência que trata o §2º.

“Art. 15-A. A variação das contraprestações pecuniárias, em razão da idade do beneficiário, estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde pela ANS obedecerá, entre outros, os seguintes princípios:

§ 1º Distribuição eqüitativa dos reajustes entre as diversas faixas etárias;

§ 2º Incentivo, não vinculado a uma operadora, aos beneficiários 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. As operadoras de planos de saúde que estão submetidas a esta Lei não poderão cobrar qualquer valor pecuniário como taxa de adesão para os profissionais de saúde que desejam fazer parte de sua rede credenciada.”

“Art. 35-N. Constitui crime induzir o beneficiário 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 beneficiário 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 180 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 beneficiário sobre a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras e a rede credenciada;

§ 7º A ANS deverá divulgar em local de destaque em seu sítio na internet o IDSS de todas as operadoras de modo a facilitar o acesso dos beneficiários à estas informações.

“Art. 35-P. Fica proibido às empresas que gerenciam planos de saúde e afins solicitar de seus associados documentos pessoais além dos regulamentados pela ANS para fazer 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. As operadoras, em seus Serviços de Atendimento ao Cliente, deverão cumprir, em até 180 dias após a entrada em vigor desta lei, 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-S. 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 ou outros que vierem a substituí-lo.”

“Art. 35-T. As operadoras deverão informar nos boletos de cobrança e nas demais publicações que enviar ao beneficiário os seus telefones de atendimento ao consumidor, bem como os telefones de atendimento ao consumidor da ANS.”

“**Art. 35-U.** Caberá a ANS, em 180 dias, ouvida a Câmara de Saúde Suplementar, estabelecer os critérios e normas para efetivação do ressarcimento pelo atendimento feito pelo Sistema Único de Saúde a beneficiários e seus dependentes de operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.”

Art. 4º O art. 35-L da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“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.

§1º 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.

§2º Os ativos garantidores que lastreiam as provisões técnicas são absolutamente impenhoráveis, respondendo somente pelas obrigações de que decorre o provisionamento. (NR)”

Art. 5º O Art. 36 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação, renumerando-se os demais:

“Art. 36. Os reajustes dos planos de saúde coletivos serão definidos, regulados e fiscalizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Parágrafo Único. A ANS estabelecerá os critérios de reajustes dos planos coletivos, a que se refere o caput deste artigo, em até 360 dias após a publicação desta Lei."

Art. 6º O inciso I do artigo 20 da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 20.

I - por plano de assistência à saúde, e seu valor será o produto da multiplicação de R\$ 4,00 (quatro reais) pelo número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, deduzido o percentual total de descontos apurado em cada plano, de acordo com as Tabelas I e II do Anexo II desta Lei;

.....” (NR)

Art. 7º O Anexo III da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

“ANEXO III

ATOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Atos de Saúde Suplementar	Valor (R\$)
Registro de Produto	2.000,00
Registro de Operadora	4.000,00
Alteração de Dados – Produto	1.000,00
Alteração de Dados – Operadora	2.000,00
Pedido de Reajuste de Mensalidade	2.000,00

Art. 8º O Art. 37 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação, renumerando-se os demais:

“Art. 37. Aplicam-se à defesa dos direitos dos beneficiários dos planos de saúde individuais e coletivos, no que for pertinente, os

dispositivos contidos na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, o Código de Defesa do Consumidor.”

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão, em 27 de agosto de 2009.

Deputado CEZAR SILVESTRI
(PPS/PR)