

**PROJETO DE LEI
(Do Sr. Dep. Chico Lopes)**

Altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. A Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida dos § 4º e 5º ao art. 12; art. 16-A e inciso I, § 7º ao art. 30, com a seguinte redação.

Art. 12 –.....

§ 4º – A recusa à cobertura assistencial por parte da operadora, compreendendo a negativa de procedimentos, exames, internamento ou conduta similar que venha a ser prescrita pelo profissional de saúde, deve ser realizada por escrito e de forma justificada ao paciente, por ocasião da resposta a sua solicitação.

§ 5º – Do documento referido no parágrafo acima deverá constar, de forma obrigatória, o fundamento legal e contratual da negativa de procedimento, o responsável pela análise técnica e a data em que esta ocorreu entre outros itens que possam ser regulamentados.

§ 6º – Trimestralmente as operadoras informarão à ANS, ao Conselho Nacional de Medicina e aos órgãos estaduais de proteção e defesa do consumidor o número de procedimentos negado, a modalidade e a justificativa.

Art. 16. A – As operadoras estão obrigadas a ofertar aos usuários todas as modalidades de planos ou seguros de saúde previstos nas alíneas a, b e c do inciso VII do art. 16.

I – Ao beneficiário do plano de saúde coletivo será assegurada a migração, a qualquer tempo, para o plano individual, garantidas as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava do contrato coletivo, sem cumprimento de novo prazo de carência, desde que assuma o pagamento integral do plano.

II – A migração de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do plano de saúde coletivo.

Parágrafo único. O contrato a ser firmado pelo usuário do plano de saúde individual em virtude da migração a que se refere o inciso I deste artigo será por prazo indeterminado não se sujeitando aos limites temporais previstos no artigo 30, § 1º desta Lei.

Art. 30 –.....

§ 7º – A relação jurídica firmada entre usuários de planos de saúde e a operadora, ainda que firmada através de interposta pessoa, é sempre de natureza consumerista.

§8º - As operadoras se obrigam a ofertar permanentemente a todos os usuários do plano de saúde anteriores a esta lei a adaptação e migração para regras dos planos novos.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Versa o presente sobre Projeto de Lei que propõe alterar a **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde e dá outras providências**, acatando sugestão encaminhada pela **Associação Brasileira de Procon's – PROCONS BRASIL**, que ora endossamos em conformidade com a redação original:

“A proposta de alteração embora vise o favorecimento do consumidor hipossuficiente na relação de consumo que estabelece para com as operadoras dos planos e seguros privados de assistência à saúde, não tem o condão de traduzir efeitos negativos ao contrato e por consequência refletir em qualquer desequilíbrio contratual prejuízo a referidas operadoras.

Ao contrário. Com a aprovação da proposta algumas omissões e distorções, que hoje prejudicam frontalmente o consumidor, parte mais frágil da relação, serão pontuadas e corrigidas de modo a tornar a relação estabelecida entre as partes mais saudável, clara e equilibrada, resultando em indubitável satisfação para ambos.

A alteração pretendida no artigo 12 conclama o direito basilar a informação. Esse direito decorre do inciso III do art. 6º do CDC, que diz expressamente ser direito básico do consumidor *“a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentam”*.

Deve o mesmo ser interpretado da forma mais ampla possível, abrangendo, também, o direito a todas as informações que digam respeito ao objeto do contrato. Ou seja, a disposição do art. 6º, III, do CDC, deve ser considerada como um rol exemplificativo, não afastando direito a outras informações decorrentes da relação de consumo.

Não é difícil entender que o usuário do plano de saúde tem direito, quando da contratação, a todas as informações sobre seus direitos e deveres, o que deve compreender,

dentre outros, os procedimentos cobertos, a forma para solicitar procedimentos e consultas e a forma para reclamar seus direitos perante a própria empresa.

Quando o usuário requisita consulta ou procedimento, e isso lhe é negado, há o direito à completa informação, abrangendo, em especial, o exato motivo da negativa apontando-se todas as informações relevantes.

A obrigatoriedade de se informar o consumidor de forma precisa, clara e completa decorre naturalmente da qualidade de fornecedor no mercado de consumo. Ainda assim, a Resolução 08/1998 do Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU, através do art. 4º, impôs às operadoras de planos de saúde o dever de *"fornecer ao consumidor laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato (...)"*.

Por tudo o que se sustentou até aqui, em especial quanto à extensão do direito à informação, é inequívoco que o usuário tenha direito às informações acima mencionadas, já que são fundamentais para que se possa apurar se realmente o contrato está sendo cumprido, e para que se possa, quando o caso, reclamar uma revisão do pedido.

Mais do que isso, o usuário tem o direito a receber tais informações por escrito, já que isso é medida que permite que ele possa buscar a proteção jurisdicional de seus direitos, de forma adequada e eficaz, conforme garante o art. 6º, VII e VIII, do Código de Defesa do Consumidor.

Em suma, é direito de o consumidor ser informado em tempo razoável, por escrito, de forma justificada, clara, precisa e completa. A alteração prevista no artigo 30 visa proceder a uma correção e conferir maior equilíbrio da relação entre operadoras e usuários de planos de saúde coletivos, na qual, é o consumidor a parte desfavorecida e hipossuficiente.

Hoje, com a vigência da regras de portabilidade dos usuários de planos individuais, dispõem do benefício de mudar de convênio sem cumprimento de novo período de carência. A medida adotada foi justa e acertada. No entanto, melhor sorte não tiveram, até então, os consumidores de planos de saúde coletivos, excetuando-se os empregados usuários de plano empresariais demitidos sem justa causa ou aposentados com vínculo empregatício de pelo

menos 10 (dez) anos. Mesmo nesses casos, contudo, o benefício é concedido mediante limitação temporal de no máximo de vinte e quatro meses.

Não se pode olvidar que tal conduta causa prejuízos ao usuário, especialmente aqueles que estão em meio de tratamentos médicos continuados. Para essas pessoas, o desligamento do plano sem a possibilidade de portabilidade, isenção da carência e cumprimento cobertura parcial temporária, pode significar a morte, pois descobertos, não podem esperar por um novo período.

Além disso, a idéia central da portabilidade é não sujeitar o consumidor ao cumprimento repetido do período de carência. Ou seja, revela-se excessivamente oneroso submeter o consumidor a um novo período de carência após a migração para outro plano.

Importante ainda se faz mencionar a pesquisa realizada recentemente pela PROTESTE - Associação Brasileira de Defesa do Consumidor, Corroborando com o que fora até agora traçado, senão vejamos:

“Plano coletivo demora mais para atender

É o que constata pesquisa da PROTESTE sobre plano de saúde. ANS não cobra ampliação da rede de atendimento na proporção do crescimento de usuários.

O consumidor que tem plano de plano de saúde coletivo demora 50% mais do que em um plano individual para conseguir agendar exames ou outro procedimento e 14,3% mais para marcar uma consulta médica. A conclusão é de pesquisa realizada pela PROTESTE Associação de Consumidores, com 500 associados da entidade, sendo 30% com planos individuais e 70% com planos coletivos.

Quanto maior o número de clientes de uma empresa maior o tempo médio de agendamento. Isso pode indicar que não tem havido um crescimento da rede na mesma proporção do aumento do número de clientes. O motivo provável: a Agência Nacional de Saúde Suplementar não cobra aumento na rede de atendimento dos planos na proporção do aumento do número de beneficiários.

Nos planos individuais o consumidor leva, em média, 14 dias para agendamento de consulta e seis dias para marcar um procedimento ambulatorial ou exame. Já nos planos coletivos, esse período sobe para 16 dias para marcar consulta e nove dias para agendamento de procedimentos.

A pesquisa apontou que o tempo médio para o agendamento de consultas na especialidade de clínica geral pode levar até 210 dias e de cardiologia até 180 dias, tempo extremamente elevado. Para agendar a consulta a especialidade de Endocrinologia foi a que apresentou maior tempo médio (24 dias), seguida de Ginecologia (20 dias) e Dermatologia (17 dias).

Ortopedia foi a especialidade que apresentou maior tempo médio para agendamento de exame e procedimentos ambulatoriais (11 dias), seguida de Ginecologia, Cardiologia e Urologia (nove dias). Para o presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia, Cláudio Santili, este resultado mostra que está na hora de discutir o futuro do atendimento médico.

Usar a rede própria demora mais para atendimento do que a rede credenciada. Os clientes das empresas com rede própria levam, em média, 16 dias para agendar consultas e nove dias para os procedimentos. Os da rede credenciada levam, em média, 12 dias para as consultas e seis para os procedimentos.

O cruzamento de dados entre a pesquisa publicada pela PROTESTE, na edição de fevereiro de 2009 da revista Dinheiro & Direitos, sobre os contratos de planos e seguros de saúde, com os dados deste levantamento identificou que, além da demora, os entrevistados que optam pelas empresas com rede própria tem que arcar com um preço significativamente mais elevado do que aqueles que contam com a rede credenciada.

Dentre os entrevistados, 9% disseram que já teve pedido de autorização negado. A maioria dessas negativas foi para Ortopedia (19%), seguida de Cardiologia (16%) e Ginecologia (14%). Das negativas, 72% foram para procedimentos ambulatoriais, 23% para cirurgias e 2% em ambos os casos.

A PROTESTE defende que os consumidores têm direito à informação clara, adequada e precisa como preconizado pelo Código de Defesa do Consumidor em seu artigo 6, inciso III e que também deve haver por parte da ANS maior rigor quanto ao cumprimento do previsto nos artigos 17, caput, § 1º, § 4º e artigo 18, caput da Lei 9.656, de 3 de Junho de 1998, os quais determinam que os consumidores sejam informados sobre a rede oferecida.

Atualmente as operadoras de planos de saúde e as seguradoras podem aumentar a carteira de clientes sem que para isso tenham a obrigação de ampliar sua rede de atendimento, pois não existe nenhum índice ou parâmetro que determine o número ideal de usuários por quantidade de estabelecimentos de saúde e profissionais vinculados à rede, seja ela própria ou credenciada.”

Fonte: <http://www.proteste.org.br/planos-de-saude/plano-coletivo-demora-mais-para-atender-s509901.htm>.

Dito isso, concluímos relembrando que a lei deve tratar todos os consumidores de forma igualitária, justa e humana e é em razão disso que se propõem mudanças pontuais, porém significativas na legislação em comento.

Estamos certos de que a alteração proposta contribuirá de forma fundamental para o atendimento dos objetivos indicados na Política Estadual das Relações de Consumo”.

Em consonância com esse entendimento, visando corrigir as lacunas existentes na atual legislação que trata dos Planos de Saúde e, sobretudo, objetivando ampliar os direitos dos consumidores-usuários desse segmento, é que nos levam a apresentar a presente proposta legislativa, na qual pugnamos aos nobres pares pela sua aprovação.

Sala da Comissão, em 17 de Agosto de 2010.

Deputado CHICO LOPES
Deputado Federal/PCdoB-CE