



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI nº , DE 2011.

(Do Sr. Eduardo da Fonte)

Altera o inciso VI do art. 12 e os §§ 1º e 2º do art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, para obrigar as operadoras de planos de assistência à saúde a reembolsar os usuários pelo valor efetivamente pago, quando livremente escolhidos, e a manter o credenciamento de, no mínimo, três contratados, referenciados ou credenciados, por especialidade médica.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º - O inciso VI do art. 12 e os §§ 1º e 2º do art. 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, passam a vigorar com a seguinte redação:

Art. 12. (...)

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que trata o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, pelo valor efetivamente pago das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, ou quando livremente escolhidos, desde que não seja possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras ou em caso de descumprimento do previsto no inciso I do art. 17 desta lei, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada; (NR)

.....

Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer profissional, estabelecimento hospitalar, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de



CÂMARA DOS DEPUTADOS

assistência à saúde implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

I – Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º estão obrigados a possuir, no mínimo, três contratados, referenciados ou credenciados por especialidade, na forma do **caput**.

II - O descumprimento do inciso anterior, mesmo em caso de rompimento do vínculo pelo contratado, credenciado ou referenciado, implica no direito do beneficiário em ser reembolsado pelo valor efetivamente pago, das despesas efetuadas com assistência à saúde, na forma do inciso VI do art. 12 desta lei.

§ 1º É facultada a substituição dos relacionados no **caput** deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§ 2º Na hipótese de a substituição do profissional, estabelecimento hospitalar, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação ou tratamento do consumidor, o profissional, estabelecimento hospitalar, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde obriga-se a manter os serviços e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. (NR)

Art. 5º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

JUSTIFICAÇÃO

O presente projeto de lei tem uma premissa básica em defesa do consumidor: aumentar o compromisso dos Planos de Saúde com a manutenção da qualidade e do tamanho de sua rede credenciada de atendimento.

A proposta dispõe que a inclusão, como contratados ou credenciados dos planos de saúde, de qualquer profissional, estabelecimento hospitalar, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde, implica no compromisso quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, somente podendo ocorrer a substituição por outro equivalente e mediante comunicação aos usuários, com trinta dias de antecedência. Atualmente o art. 17 da Lei dos Planos de Saúde prevê essa vinculação apenas em relação às entidades hospitalares.

Além disso, o Projeto de Lei obriga as operadoras a manterem, no mínimo, três contratados ou credenciados, por especialidade, sob pena de serem obrigadas, em caso de livre escolha do consumidor, a ressarcir-lo do valor efetivamente pago e não pelo valor da tabela do plano de saúde.

É normal a variação na rede credenciada durante o período do contrato de qualquer operadora de planos de saúde. No entanto, é inegável que a rede credenciada da empresa é determinante na manifestação de vontade do consumidor em contratar.

Ao contratar uma operadora de plano de saúde o consumidor leva em consideração, entre outros fatores, o preço e a rede credenciada, seja sob o aspecto da excelência, diversidade, ou da presença na área geográfica de seu domicílio. Em razão disso, há uma justa expectativa do consumidor de que a rede credenciada será mantida, ampliada ou que ao menos preserve as características do momento da contratação.

Nessa linha, o presente projeto pretende desfilar o princípio da boa-fé objetiva nos contratos de planos de saúde, ao exigir que a qualidade dos serviços prestados se mantenha a mesma, garantindo em última *ratio* que aquele que pagou tenha o direito de ser atendido.

A alteração aqui proposta visa evitar manobra escusa das operadoras, consistente em ostentar determinada rede assistencial durante o tempo necessário para firmar-se no mercado para, em seguida, descartar os prestadores de serviços mais caros ou de maior prestígio.

São frequentes as denúncias dos usuários dos planos de saúde que apontam a redução significativa no número de estabelecimentos, com suspensão do atendimento, identificada em alguns casos apenas no momento da utilização dos serviços, pela ausência de informação prévia e atualização dos materiais de orientação.

Os números da saúde suplementar no Brasil dão uma ideia da importância social da alteração proposta. Com efeito, segundo dados da Agência



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Nacional de Saúde Suplementar (ANS), planos e seguros de saúde no Brasil são responsáveis pelo atendimento de 45,5 milhões de pessoas. O número de médicos que atendem pelos planos é de aproximadamente 160 mil.

Nossa proposta tem por escopo a melhoria na prestação de serviços aos usuários, que hoje chegam a esperar até três meses para marcação de uma consulta em algumas especialidades. Assim, o consumidor, apesar de pagar caro para ter um plano de saúde, é obrigado a desembolsar grandes quantias todos os meses para fazer procedimentos médicos particulares.

Sala das Sessões, em de de 2011.

Deputado Eduardo da Fonte
(PP/PE)