



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 2.734, DE 2011 (Do Sr. João Dado)

Altera a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que "Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências".

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-3940/2004.

APRECIAÇÃO:
Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Os incisos II, X e XXIII, do art. 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 4º

II – estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados nas atividades das operadoras e dos prestadores de serviços médicos e hospitalares;

X – definir, para fins de aplicação da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, a segmentação das operadoras, administradoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços médicos e hospitalares, observando as suas peculiaridades;

XXIII – fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e dos prestadores de serviços médicos e hospitalares, zelando pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento.” (NR).

Art. 2º O art. 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso XLIII:

“Art. 4º

XLIII – estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade na prestação de serviços oferecidos às operadoras de planos privados de assistência à saúde, por meio de contratos ou convênios.”

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A vigência da Lei 9.656, de 1998 — a Lei dos Planos de Saúde —, representou indubitavelmente um grande avanço para que milhões de brasileiros tivessem garantido o acesso àquilo que contrataram, ou julgaram contratar.

Até a publicação da norma citada, imperava a lei da selva, com as operadoras impondo cláusulas abusivas e uma relação sem qualquer equilíbrio. A parte fraca, o consumidor, era desprotegido e, mais adiante, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS, passou a ter um órgão a quem dirigir suas reclamações e a buscar a regulação do mercado.

Não basta, todavia, regulamentar um dos *players* do setor da saúde suplementar, ou seja, as operadoras de planos privados de assistência à saúde, se não regular alguns aspectos relevantes dos contratos de prestação de serviços médico-hospitalares que elas realizam, principalmente com referência aos reajustes de valores, controle e qualidade dos atendimentos e serviços prestados, manutenção dos contratos, causas de rescisão e outros aspectos pertinentes que afetam, diretamente, a relação jurídica existente entre beneficiários/consumidores e os planos de saúde.

Após mais de doze anos de vigência da Lei n. 9.656, 1989, verifica-se que alguns aspectos dos contratos com os credenciados devem ser regulados, pois estes também participam da efetiva prestação de serviços que é realizada para os beneficiários/consumidores, não podendo ser tratados de forma isolada, sem uma regulação específica.

Verifica-se que a legislação precisa avançar, a fim de também regular aqueles que, efetivamente, prestam serviços aos beneficiários e consumidores, pois integram o mercado de saúde suplementar, assumindo, inclusive, responsabilidade solidária como mencionado acima e exercem atividade de relevância pública, consoante o disposto no art. 197 da Constituição Federal, que assevera serem de “relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle”.

Esclareça-se ainda que a Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS, não obstante os limites impostos pela Lei n. 9.961, 2000,

baixou diversas resoluções tratando da contratualização das operadoras de planos privados de assistência à saúde e suas redes credenciadas, como demonstram as Resoluções Normativas — RN ns. 42, 54, 71, e 241.

Se não bastassem as resoluções supramencionadas que estabelecem regras com referência aos contratos firmados com os prestadores de serviços, cumpre-nos, também, trazer à colocação normas que interferem no fluxo de informações entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços.

Verifica-se, portanto, que mesmo sem as alterações propostas na Lei n. 9.961, de 2000, o órgão regulador tem promulgado diversas normas que regulamentam a relação jurídica existente entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços.

As alterações legislativas propostas neste Projeto, sugeridas em parte pelas UNIDAS, visam dar maior poder ao citado órgão regulador, não obstante os normativos já promulgados, que poderá disciplinar diversos aspectos envolvendo os prestadores de serviços que acabam impactando a relação jurídica das operadoras com os seus beneficiários ou consumidores.

Esperamos, assim, contar com o endosso de nossos ilustres Pares no Congresso Nacional para a aprovação de medida que, certamente, contribuirá para o aperfeiçoamento da atividade de regulação do setor de saúde suplementar, e, consequentemente, beneficiar a assistência à saúde de nossa população.

Sala das Sessões, em 17 de novembro de 2011.

Deputado JOÃO DADO

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

**CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988**

TÍTULO VIII

DA ORDEM SOCIAL

CAPÍTULO II

DA SEGURIDADE SOCIAL

Seção II

Da Saúde

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (*Parágrafo único transformado em § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000*)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (*Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000*)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I – os percentuais de que trata o § 2º;

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. ([Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000](#))

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. ([Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006](#))

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. ([Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006](#)) e ([Parágrafo com nova redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010](#))

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerce funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. ([Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006](#))

LEI N° 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA

Art. 4º. Compete à ANS:

I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;

VI - estabelecer normas para resarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;

VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;

VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;

IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;

X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;

XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;

XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;

XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; ([Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;

XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;

XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;

XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;

XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994; ([Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;

XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;

XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;

XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;

XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (*Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; (*Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;

XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;

XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei;

XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos; (*Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira. (*Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:

- a) conteúdos e modelos assistenciais;
- b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
- c) direção fiscal ou técnica;
- d) liquidação extrajudicial;
- e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;

f) normas de aplicação de penalidades;

g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados; (*Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. (*Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços. (*Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.

§ 3º (*Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

CAPÍTULO II DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5º. A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.

Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.

.....
.....

LEI N° 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (*"Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

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 e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; ([Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

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; ([Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

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. ([Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

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

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 2º 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. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

Art. 2º ([Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

.....
.....

FIM DO DOCUMENTO
