

COMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A PROFERIR PARECER AO PROJETO DE LEI Nº 7.419, DE 2006, DO SENADO FEDERAL, 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 APENSADOS

PROJETO DE LEI Nº 7.419, DE 2006

(APENSADOS: PROJETOS DE LEI NºS 4.076, DE 2001; 4.078, DE 2001; 4.367, DE 2001; 4.469, DE 2001; 4.570, DE 2001; 4.844, DE 2001; 6.677, DE 2009; 7.694, DE 2014; 4.043, DE 2015; 5.532, DE 2016; 8.163, DE 2017; 2.128, DE 2015; 2.949, DE 2015; 7.267, DE 2002; 7.389, DE 2002; 805, DE 2011; 2.066, DE 2011; 7.914, DE 2014; 4.294, DE 2016; 71, DE 2003; 1.349, DE 2003; 3.088, DE 2004; 3.247, DE 2004; 3.362, DE 2004; 3.708, DE 2004; 8.608, DE 2017; 6.849, DE 2006; 590, DE 2007; 3.473, DE 2008; 3.346, DE 2012; 4.393, DE 2008; 6.483, DE 2009; 2.982, DE 2011; 1.147, DE 2011; 2.344, DE 2015; 2.504, DE 2015; 6.175, DE 2016; 156, DE 2003; 7.590, DE 2010; 1.076, DE 2011; 311, DE 2003; 1.603, DE 2003; 4.075, DE 2004; 3.949, DE 2012; 1.777, DE 2003; 2.474, DE 2003; 2.934, DE 2004; 582, DE 2007; 2.981, DE 2011; 7.865, DE 2017; 8.264, DE 2017; 8.591, DE 2017; 3.058, DE 2004; 3.940, DE 2004; 2.734, DE 2011; 4.164, DE 2004; 7.128, DE 2006; 4.632, DE 2004; 6.510, DE 2006; 7.600, DE 2006; 1.647, DE 2011; 756, DE 2007; 1.942, DE 2007; 2.901, DE 2008; 4.729, DE 2016; 7.175, DE 2017; 5.024, DE 2009; 1.431, DE 2011; 4.748, DE 2016; 5.143, DE 2009; 7.594, DE 2010; 7.589, DE 2017; 7.675, DE 2017; 5.730, DE 2009; 4.726, DE 2012; 121, DE 2015; 7.762, DE 2010; 394, DE 2011; 4.077, DE 2012; 4.787, DE 2016; 1.763, DE 2011; 4.644, DE 2016; 657, DE 2011; 7.844, DE 2014; 2.328, DE 2011; 3.285, DE 2012; 2.538, DE 2011; 4.404, DE 2016; 5.963, DE 2013; 6.125, DE 2005; 7.340, DE 2006; 4.097, DE 2015; 5.191, DE 2016; 4.990, DE 2013; 5.910, DE 2016; 664, DE 2007; 1.220, DE 2007; 4.016, DE 2008; 6.821, DE 2010; 8.048, DE 2010; 1.677, DE 2011; 2.645, DE 2011; 4.036, DE 2012; 5.152, DE 2013; 6.819, DE 2013; 6.455, DE 2016; 3.087, DE 2012; 3.675, DE 2012; 4.201, DE 2012; 5.715, DE 2013; 6.067, DE 2013; 6.715, DE 2013; 6.714, DE 2013; 7.142, DE 2014; 1.039, DE 2015; 2.274, DE 2015; 2.295, DE 2015; 5.286, DE 2016; 5.622, DE 2016; 8.396, DE 2017; 6.941, DE 2017; 8.276, DE 2017; 4.402, DE 2012; 5.912, DE 2013; 176, DE 2015; 2.608, DE 2015; 7.501, DE 2017; 6.436, DE 2013; 7.111, DE 2014; 69, DE 2015; 7.947, DE 2017; 8.108, DE 2017; 8.590, DE 2017; 1.272, DE 2015; 1.564, DE 2015; 1.948, DE 2015; 1.992,

DE 2015; 5.113, DE 2016; 2.582, DE 2015; 3.223, DE 2015; 4.113, DE 2015; 4.477, DE 2016; 4.485, DE 2016; 5.126, DE 2016; 4.478, DE 2016; 5.069, DE 2016; 5.779, DE 2016; 6.033, DE 2016; 6.948, DE 2017)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Autor: Senado Federal

Relator: Deputado ROGÉRIO MARINHO

I – RELATÓRIO

1 – Reuniões da Comissão

Esta Comissão Especial realizou 12 reuniões para o debate dos projetos de lei e apensados.

A primeira ocorreu no dia 13 de dezembro de 2016, quando se formalizou a instalação do Colegiado.

A segunda realizou-se em 14 de dezembro de 2016, data em que foram eleitos o Presidente (Dep. Hiran Gonçalves) e os Vice-Presidentes da Comissão - Dep. Evandro Gussi (Primeiro Vice-Presidente); Dep. Antonio Brito (Segundo Vice-Presidente); e Dep. Andre Abdon (Terceiro Vice-Presidente). Na ocasião, o Dep. Rogério Marinho foi designado Relator.

A terceira reunião ocorreu no dia 31 de maio de 2017, oportunidade em que foi acolhido o roteiro de trabalho e foram aprovados seis requerimentos de audiência pública com representantes de instituições públicas e privadas, além de autoridades nos assuntos ligados a planos de saúde.

Nessa reunião, também se manifestaram os Deputados Mandetta e Marcos Pestana. O Primeiro sugeriu ao Relator que se inteirasse do trabalho produzido na Subcomissão Especial Destinada a Avaliar o Sistema de Saúde Complementar, cujo relatório não chegou a ser votado¹. O segundo ressaltou que, em razão da exiguidade do tempo para tratar o assunto, a Comissão deveria identificar os reais gargalos existentes na saúde suplementar e focar os seus esforços nesses assuntos.

¹ Este documento será analisado num tópico específico deste Parecer.

A quarta reunião deu-se no dia 6 de junho de 2017. Na audiência pública realizada, em cumprimento ao determinado aos requerimentos números 1 (do Deputado Odorico Monteiro), 2 e 4 (do Relator Rogério Marinho), compareceram:

1 – O Senhor Emilio Cesar Zilli, representante da Associação Médica Brasileira;

2 – A Senhora Josefa René Santos Patriota, Coordenadora Executiva da Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde – ADUSEPS;

3 – O Senhor Wanderley Gomes da Silva, representante do Conselho Nacional de Saúde.

Iniciada a reunião, o Deputado Fábio Mitidieri manifestou preocupação com a Comissão. Destacou que é preciso discutir o assunto com representantes de todos os segmentos existentes. Lembrou que a Comissão tem de questionar o Supremo Tribunal Federal acerca da Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) 1.931², que trata do ressarcimento de recursos pelas operadoras de planos de saúde em caso de atendimento de beneficiários pelo Sistema Único de Saúde. Informou que é preciso discutir o impacto da divulgação periódica de rol de procedimentos e o reajuste dos planos. Por fim, avultou que é necessário analisar a diferenciação de atendimento entre clientes particulares de planos de saúde.

Em seguida, o Relator informou que o objetivo da Comissão Especial é justamente agilizar a tramitação das proposições que estão na Casa há anos. Ademais, lembrou que é importante que, antes de o STF decidir a Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.931, de 2009, é preciso que a Câmara dos Deputados se manifeste e reparametrize o assunto no âmbito legal.

O Deputado Marcos Pestana insistiu no fato de que a Câmara dos Deputados não precisa refazer a Lei nº 9.656, de 1998, pois é necessário que a Comissão escolha um foco, analise os gargalos existentes e os combata. Criticou a legiferância excessiva e propôs procedimentos incrementais.

² <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=1741189>

O Senhor Emilio Cesar Zilli, representante da Associação Médica Brasileira, defendeu que é preciso rediscutir o sistema. Destacou que a formulação do rol de procedimentos, atualmente, sobrevaloriza a relação de custo efetividade. Assim, não engloba, por exemplo, procedimentos como transplantes de fígado. Recordou que existe grande assimetria entre os reajustes das mensalidades de planos e da remuneração dos prestadores. Demonstrou que o envelhecimento populacional não é a grande dificuldade da saúde suplementar, já que esse segmento populacional representa apenas 10% dos usuários de planos de saúde. Por fim, argumentou que o problema central das operadoras é a má-gestão de recursos e a inoperância.

O Senhor Wanderley Gomes da Silva, representante do Conselho Nacional de Saúde, apresentou a estrutura do órgão e destacou a existência de 103 conselheiros e conselheiras existentes no País, em obediência ao imperativo de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao final de sua exposição, defendeu a Resolução nº 534, de 19 de agosto de 2016³, do Conselho Nacional de Saúde, que mostrou posicionamento contrário do órgão ao Plano de Saúde Acessível, constante da Portaria nº 1.482, de agosto de 2016⁴.

A Senhora Josefa René Santos Patriota, Coordenadora Executiva da Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde – ADUSEPS-, criticou o encaminhamento de pacientes da saúde suplementar ao sistema público. Apoiou a ideia do ressarcimento em caso de atendimento de clientes de planos de saúde no SUS. Manifestou discordância com a insubmissão dos contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 1998, às regras nela dispostas. Questionou a exclusão trazida pelo rol de procedimentos e as regras de reajuste de planos de saúde coletivos. Por fim, analisou algumas proposições, sobre as quais emitiu opinião.

Após a exposição dos convidados, manifestaram-se a Deputada Carmen Zanotto, que tratou de questões como reajuste de planos de saúde, cobertura para pacientes com câncer, coparticipação e ressarcimento; o

³ <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso534.pdf>

⁴ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1482_04_08_2016.html

Deputado Fábio Mitidieri, que reforçou o que dissera no início da reunião sobre a renovação do rol e a demora para atualização dos valores das mensalidades; e o Deputado Mandetta, que criticou o fato de a Lei nº 9.656, de 1998, não tratar de honorários aos profissionais de saúde.

Em seguida, o Relator destacou o problema da judicialização crescente nas questões de saúde e o seu impacto no Sistema Suplementar. Acrescentou que é preciso tratar da questão da rescisão unilateral para clientes de planos coletivos de saúde e buscar um equilíbrio entre finanças das operadoras, que não são instituições benemerentes, e os direitos do consumidor.

Nesta reunião, os membros também deliberaram sobre o Requerimento nº 7, de 2017, do Deputado Jorge Solla, que visa à realização de audiência pública para debater Planos de Saúde de Autogestão.

A quinta reunião deu-se no dia 7 de junho de 2017. Na audiência pública realizada, em cumprimento ao determinado aos requerimentos números 1 (do Deputado Odorico Monteiro) e 2 (do Relator Rogério Marinho), compareceram:

1 – O Senhor Arthur Luis Mendonça Rollo, Secretário da Secretaria Nacional do Consumidor do Ministério da Justiça;

2 – O Senhor José Antonio de Freitas Sestelo, representante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO;

3 – O Senhor José Claudio Ribeiro Oliveira, Superintendente Jurídico da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas;

4 – O Senhor Eduardo de Oliveira, Vice-Presidente da Federação Brasileira de Hospitais – FBH.

A princípio, o Senhor Arthur Luis Mendonça Rollo destacou que os planos individuais de saúde, atualmente, representam pequena parcela dos disponibilizados aos consumidores e que, em razão disso, os planos coletivos, que são menos regulados (permitem a rescisão unilateral e têm critérios de reajuste não regulados pela ANS) se expandem. Sugeriu, em razão disso, que não mais houvesse distinção de regramentos em planos individuais e coletivos.

Por fim, posicionou-se contrariamente à expansão do custeio de despesas de acompanhantes, por essa medida aumentar os custos das operadoras que, certamente, são repassados ao consumidor.

O Senhor José Antonio de Freitas Sestelo defendeu que os planos de saúde não sejam vistos, apenas, como um empreendimento comercial. Notou que, quanto mais se aumentam as transações comerciais, maior fica o custo do sistema. Criticou a divisão do sistema em segmentos, que denominou “pacotes”, por essa estrutura ser excludente. Em suas alegações finais, informou que as operadoras são beneficiadas por mecanismos de renúncia fiscal e que, por isso, tinham de ser tratadas sob o escopo sanitário.

O Senhor José Claudio Ribeiro Oliveira, Superintendente Jurídico da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, salientou que o aumento da cobertura leva, necessariamente, ao aumento de custos dos planos de saúde. Posicionou-se favoravelmente ao plano popular de saúde, por acreditar que essa nova estrutura permitiria o ingresso de mais cidadãos, com a respectiva redução de sobrecarga do SUS. Destacou que o sistema atual favorece a judicialização, que considera perniciosa ao Sistema Suplementar. Por fim, demonstrou as demandas do setor que representa, quais sejam: a flexibilização dos ativos garantidores, a mudança nos critérios de dosimetria das multas aplicadas pela ANS e a necessidade de consolidação das normas regulatórias.

O Senhor Eduardo de Oliveira, Vice-Presidente da Federação Brasileira de Hospitais – FBH, apoiou a existência do plano popular de saúde ao argumentar que o rol de procedimentos existente atualmente é muito abrangente e aumenta o custo dos planos. Destacou que, caso houvesse um rol parcial, que garantisse menos procedimentos, pessoas com poder aquisitivo mais baixo poderiam ingressar na saúde suplementar e, conseqüentemente, esse fato reduziria a carga do SUS, que atende 100% da população brasileira.

Em seguida, o Deputado Russomano criticou a Lei nº 9.656, de 1998. Informou que a maneira com que a norma foi construída levou planos à falência. Por fim, destacou que uma reforma ampla e profunda deve ser feita, para que a saúde suplementar possa sustentar-se no País.

Ao receber a palavra, o Relator demonstrou que ouvirá a sociedade na construção de seu trabalho, uma vez que o assunto é muito importante para cerca de ¼ da população brasileira, que está vinculada a planos de saúde. Em seguida, questionou os participantes acerca das suas manifestações na audiência. Perguntou ao Senhor Arthur Luis Mendonça Rollo se sugeriria novos critérios para os reajustes dos planos de saúde. O convidado informou que a Secretaria Nacional do Consumidor do Ministério da Justiça estava formando um grupo de trabalho para sugerir uma proposta palpável. Arguiu o Senhor José Antonio de Freitas Sestelo a respeito da sua crítica à segmentação. Em resposta, o representante da ABRASCO informou que a segmentação é uma prática excludente, pois não proporciona a integralidade, tão importante para a saúde pública. Questionou o Senhor José Claudio Ribeiro Oliveira sobre medidas para evitar a judicialização excessiva. Em resposta, o representante das Cooperativas Médicas sugeriu a simplificação da legislação, a criação de varas especializadas em saúde e o prestígio aos meios extrajudiciais de intermediação de conflitos.

O Deputado Vitor Lippi criticou o excesso de critérios da Lei nº 9.656, de 1998, e apoiou a criação de planos populares de saúde que, segundo ele, desonerariam o SUS.

Por fim, o Deputado Paulo Foletto questionou o art. 14 da Resolução nº 195, de 14 de julho de 2009⁵, da ANS, que, segundo os convidados, forçava as operadoras a contratar administradoras de benefícios de planos de saúde.

A sexta reunião, agendada para o dia 13 de junho de 2017, encerrou-se a termo, ou seja, a Comissão deixou de se reunir nesta data.

A sétima reunião deu-se no dia 20 de junho de 2017. Na audiência pública realizada, em cumprimento ao determinado no Requerimento nº 5 de 2017 (do Relator Rogério Marinho), compareceram:

5

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ10A==>

1 – Maury Ângelo Bottesini, Desembargador aposentado do Tribunal de Justiça de São Paulo;

2 – Ana Carolina Navarrete, pesquisadora de saúde e representante do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor Idec;

3 – José Cechin, Diretor Executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde);

4 – Marcelo Moncorvo Britto, Vice-Presidente da Confederação Nacional de Saúde (CNS).

O Senhor Maury Ângelo Bottesini, Desembargador aposentado do Tribunal de Justiça de São Paulo, iniciou sua palestra apontando que a constitucionalização e a mercantilização da saúde levaram à crescente judicialização. Ressaltou a importância da ANS, como órgão que tem função de aparar as arestas entre usuários e as operadoras de planos de saúde, além de regular as relações com os prestadores de serviços. O palestrante ainda criticou a falta de sistematização da Lei nº 9.656, de 1998, que trata questões muito diversas no mesmo texto, incluindo direito administrativo. Afirmou que a aplicação do Direito do Consumidor subsidiariamente na área de saúde suplementar (art. 35-G) facilita o trabalho do Juiz. Relatou também que o plano de saúde é hoje um dos itens mais desejados pela população – mais do que ter um carro, por exemplo. Por fim, o Senhor Maury Bottesini defendeu uma reforma da Lei nº 9.656, de 1998, para organizá-la em capítulos, facilitando a regulamentação.

A Senhora Ana Carolina Navarrete, pesquisadora de saúde e representante do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, informou inicialmente que o IDEC é uma associação civil sem fins lucrativos com total independência política e econômica. Afirmou que a negativa de cobertura é o maior problema apontado pelo IDEC. No entanto, destacou outras questões, como a demora na aprovação de solicitações; os índices de coparticipação elevados; a não cobertura de transplantes; o descredenciamento de profissionais; a dificuldade para migrar de planos; e a fuga do mercado para os planos coletivos, que são menos regulados e não possuem proteções contra a rescisão contratual unilateral, nem limites de reajuste da mensalidade. Apoiou a

aprovação de projetos de lei que expandam a cobertura, permitam a mobilidade mais simplificada, criem prazo para aprovação de procedimentos, e criem regras para os planos coletivos. Concluiu sua fala defendendo mudanças no ressarcimento ao SUS e na permanência de empregados demitidos ou aposentados no plano.

O Senhor José Cechin, Diretor Executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar, apresentou-se como representante de 40% do mercado de planos de saúde. Iniciou sua palestra mostrando as diferenças entre índices de 2007 a 2016 para inflação (IPCA), reajuste da ANS, despesa assistencial per capita e a variação do custo médico-hospitalar. Afirmou que o estabelecimento de limites para o aumento permitido pela ANS poderá inviabilizar o sistema no futuro. A respeito dos planos acessíveis, defendeu medidas para conter os custos da atenção suplementar, como a hierarquização da atenção, coparticipação, protocolos clínicos, planos regionalizados e segunda opinião médica. Abordou a questão da judicialização e defendeu que fossem utilizadas comissões técnicas para apoio aos juízes e mudanças na legislação. Concluiu sua palestra comentando que o ressarcimento de planos de saúde ao SUS tem um procedimento complexo e demorado, e acrescentou que, se houver mudança legislativa no sentido de permitir o ressarcimento diretamente aos municípios, essa dinâmica pode piorar ainda mais.

Marcelo Moncorvo Britto, Vice-Presidente da Confederação Nacional de Saúde, demonstrou que dois terços a três quartos das reclamações registradas na ANS se referem à falta de cobertura. Apontou como fato o mercado estar muito concentrado e desequilibrado, com 52% dos usuários em 27 operadoras. Além disso, afirmou que o aumento do custo assistencial é superior ao aumento da receita, e que há diferenças significativas entre os valores pagos pelas operadoras aos prestadores de serviços. Relatou que o modelo “fee for service” é insustentável, e apresentou uma proposta de alinhamento de interesses dos médicos, prestadores, operadoras e usuários.

O Relator, Deputado Rogério Marinho, questionou os convidados sobre a questão da judicialização na saúde pública e privada; a segmentação dos planos; a permanência da rede de atendimento; a questão

dos planos individuais; o equilíbrio da relação contratual diante das atualizações do rol de procedimentos; o excesso de regulação; a autonomia profissional; os atendimentos de urgência; e o ressarcimento ao SUS. Elogiou a ousadia do Sr. Marcelo Britto na sua proposta de mudança radical do sistema. Perguntou a esse palestrante se este modelo já foi utilizado em outros países, e como poderia prevenir fraudes.

O Deputado Jorge Solla afirmou que o objeto da Comissão Especial é bastante amplo e que o Colegiado não pode caminhar para perda de direitos dos usuários. Criticou a criação do teto de gastos públicos, porque a inflação do setor saúde é sempre superior à inflação geral, e também as exigências da ANS para planos de autogestão. Mostrou-se contrário à proposta de planos populares.

O Deputado Vitor Lippi apontou que o tema da Comissão é uma questão estruturante para a saúde dos brasileiros, e que, apesar da evolução da tecnologia, as pessoas estão cada vez mais doentes, porque se tem, hoje, um modelo focado na doença, e não na saúde. Apoiou o estímulo à promoção da saúde e mostrou preocupação com a judicialização e com a cultura de conflitos. Afirmou que deveria haver mais opções de tipos de planos para a população, permitindo a escolha, especialmente da população mais carente.

O Deputado Lelo Coimbra afirmou que esses planos populares não seriam capazes de oferecer muitos serviços além da consulta inicial. Destacou que seria interessante modular as discussões na Comissão por temas. Ressaltou a questão da judicialização, a participação da Qualicorp e o novo modelo proposto.

O Deputado Ivan Valente mostrou preocupação com o eventual substitutivo da Comissão, que poderia favorecer o mercado. Relatou que o sistema de saúde suplementar é recordista de reclamações na Comissão do Direito do Consumidor (CDC). Sugeriu a definição do foco desta Comissão Especial e a realização de muitos debates.

A Deputada Laura Carneiro lembrou que em 1996 foi relatora desta matéria na CDC, que trouxe mudanças muito favoráveis ao consumidor.

Defendeu que os membros da Comissão se reúnam para discutir o andamento dos trabalhos. Afirmou que houve avanços, mas o consumidor continua sendo lesado.

O Deputado Deley mostrou preocupação porque o Projeto vindo do Senado tem apenas um item, mas já tem muitos apensados. Criticou a comparação com países desenvolvidos e com alta carga tributária. Concluiu sua fala afirmando que plano de saúde popular, em sua opinião, é o SUS.

Marcelo Britto informou que o modelo proposto é semelhante ao modelo da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, e que este debate ocorre no mundo inteiro, porque os gastos com a saúde só aumentam. Explicou que essa proposta pretende eliminar o interesse mercadológico no preço. Os prestadores de serviço montariam o rol de procedimentos, e fariam contrato com uma operadora, de forma que os valores pagos seriam fixos, sem incentivo a gastos desnecessários. Afirmou que as crises fazem com que se pense em alternativas.

José Cechin apontou a existência de uma cultura de excesso de regulação. Opinou que as decisões em grupo tendem a ser mais sólidas e corretas. Relatou que já existe obrigação de atendimento de urgências e emergências para os planos. Quanto ao ressarcimento do SUS, defendeu que a estrutura do recebimento deveria ser mantida de forma centralizada, mas não se opôs à mudança da destinação final dos recursos. Defendeu também a criação de plano popular que tenha as mesmas coberturas do habitual, porém com medidas que permitam reduzir os custos da operadora.

Ana Carolina Navarrete afirmou que a relação contratual de plano de saúde é de consumo, e que o rol de procedimentos é construído em conjunto com as partes interessadas. Relatou, ainda, que, apesar das alegações de crise, o setor tem lucro. Disse ainda que o ressarcimento ao SUS não é só fonte de recursos, mas também medida de justiça social. Concluiu apontando que uma das propostas de planos populares envolve regionalização, que representaria redução de cobertura.

Maury Bottesini defendeu que é preciso audácia para melhorar a situação. Afirmou que é difícil a operação do Direito nesta área, já que os

contratos são regidos por lei específica, que nem é ensinada nas Faculdades. Criticou o uso de assessores médicos nas decisões e a segmentação de planos.

A oitava reunião deu-se no dia 28 de junho de 2017. Na audiência pública realizada, em cumprimento ao determinado no Requerimento nº 6 de 2017 (do Relator Rogério Marinho), compareceram:

1 – Ligia Bahia, Professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro;

2 – Mário Scheffer, Professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;

3 – José Cechin, representante da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (Cnseg);

4 – Waldir Cardoso, Presidente da Federação Médica Brasileira.

A Senhora Ligia Bahia, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, iniciou sua fala informando que a maioria dos projetos apensados diz respeito à ampliação de coberturas assistenciais. Acrescentou que os outros temas dos apensados referem-se à expansão da elegibilidade e ao modo de ressarcimento ao SUS. Afirmou que isso mostra que esta Casa tem sido sensível às dificuldades enfrentadas pelos usuários. Apontou que este ramo tem apresentado aumento de receitas, apesar do cenário econômico desfavorável. Defendeu que a intenção de ampliação dos direitos dos usuários deve ser respeitada.

O Senhor Mário Scheffer, Professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, afirmou que os planos de saúde atendem atualmente mais de 40 milhões de brasileiros, e que este ramo tem um faturamento superior a todo o orçamento federal da saúde. Apontou que a história do setor é caracterizada pelo embate entre os interesses dos planos e dos usuários, e que é necessário um debate mais amplo sobre o assunto, com participação de todas as partes. Lembrou a

redução do número de planos individuais e o crescimento dos coletivos e dos “falsos coletivos”. Relatou que a judicialização contra os planos tem crescido e hoje supera inclusive a do SUS, com mais de 90% das decisões favoráveis ao usuário. Afirmou que mais de 50% das ações se referem à exclusão de coberturas e/ou à população idosa.

O Senhor José Cechin, Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização, levantou a questão da diferença entre a inflação geral e o aumento de despesas no setor da saúde. Apontou o crescimento do número de internações e a constante substituição de materiais econômicos por materiais mais caros, o que aumenta os custos das operadoras. Afirmou ainda que tem ocorrido aumento na frequência de uso dos planos, apesar da redução do número total de usuários ocorrida nos anos mais recentes. Defendeu a incorporação de novas tecnologias com critérios técnicos. Falou sobre o envelhecimento da população, com aumento da frequência de doenças crônicas e aumento do custo assistencial. Concluiu dizendo que o balanço operacional do setor foi negativo em 2016.

O Senhor Waldir Cardoso, Presidente da Federação Médica Brasileira, afirmou que o Brasil tem um sistema universal, mas também o segundo maior mercado de planos de saúde do mundo, o que mostra que há alguma coisa errada com o SUS. Mostrou preocupação com a possibilidade de mudanças que venham a prejudicar os direitos do usuário e o ressarcimento do SUS. Defendeu que as pessoas tenham acesso a uma cobertura crescente, mas com equilíbrio. Apontou que o sistema de saúde suplementar é voltado prioritariamente para a assistência médica, com pouca valorização da prevenção, e que há uma remuneração injusta dos médicos.

O Relator Deputado Rogério Marinho iniciou a discussão afirmando que a intenção não é fazer uma revolução, e que 44 medidas provisórias já alteraram a lei desde sua publicação. Mostrou preocupação quanto ao reajuste dos planos coletivos e apontou a diferença entre custo médico e inflação. Falou sobre as questões da judicialização e do crescimento contínuo do rol de procedimentos. Questionou os palestrantes quanto ao

motivo da redução de 50% no número de entidades de saúde suplementar; e perguntou como deveria ser estabelecido um filtro que protegesse o consumidor, mas que impedisse decisões judiciais injustas; e se é possível a exigência de segunda opinião médica. Criticou a falta de regulamentação das clínicas populares.

O Deputado Fábio Mitidieri afirmou que não é justo transferir para a iniciativa privada a responsabilidade do SUS e defendeu a manutenção de um equilíbrio. Criticou a proposta de planos populares e as decisões judiciais sem apoio técnico. Apontou que a melhoria do SUS reduziria a dependência da população pela saúde suplementar, e que há sim risco de desequilíbrio do sistema. Disse que não está se propondo o fim do ressarcimento ao SUS, nem a liberação de reajustes, e que o excesso de controle também pode gerar malefícios.

O Deputado Ivan Valente apontou que os projetos apensados pretendem aumentar as garantias dos consumidores, e que é uma contradição ter sistema único universal e o segundo mercado mundial de planos de saúde. Defendeu que a população seja estimulada a procurar o SUS, e pediu que o relatório tenha um foco e que não seja contrário aos usuários. Mostrou preocupação com a internacionalização do setor.

O Deputado Jorge Solla afirmou que o SUS deve ser tratado como direito de toda a população e que o plano de saúde tem de ser tratado como direito de consumo. Lembrou que parte do pagamento dos planos de saúde é de origem pública, pelo abatimento no imposto de renda de pessoas físicas, que deveria ter limite, em sua opinião. Disse que não haverá aumento do número de usuários com os planos populares, e sim migração de planos mais caros para estes.

A palestrante Lígia Bahia criticou os números apresentados pelo representante das operadoras. Afirmou que vários investidores internacionais estão vindo para o Brasil, em razão da prosperidade do setor. Defendeu um debate republicano.

Mário Scheffer apontou que a judicialização é consequência das práticas abusivas das operadoras e da ANS, e que a raiz dos problemas do SUS é o subfinanciamento.

José Cechin afirmou que não há acumulação, e sim gasto dos recursos arrecadados. Acredita que os gastos com judicialização do setor público são muito superiores aos do setor suplementar.

Waldir Cardoso disse que a segunda opinião médica é direito do paciente, mas deve ser livre, e não com profissionais que defendem a operadora. Defendeu o uso de protocolos técnicos.

A nona reunião deu-se no dia 4 de julho de 2017. Na audiência pública realizada, em cumprimento ao determinado nos requerimentos nºs 1 e 4 de 2017 (do Dep. Odorico Monteiro, subscrito pelo Deputado Mandeta, e do Relator Rogério Marinho), compareceram:

1 – Salomão Rodrigues Filho, representante do Conselho Federal de Medicina;

2 – Leandro Fonseca, Presidente Substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

3 – Francisco Balestrin, Presidente do Conselho de Administração da Associação Nacional dos Hospitais Privados.

O Senhor Salomão Rodrigues Filho, representante do Conselho Federal de Medicina, apresentou-se como Conselheiro Federal do CFM pelo Estado de Goiás e Coordenador da Comissão de Saúde Suplementar. Iniciou sua explanação por meio da conceituação de saúde suplementar e demonstração das suas subdivisões em grupos de atividades, que são: medicina de grupo, filantrópica, cooperativa médica, seguradoras e autogestão. Destacou que o número de beneficiários de planos de saúde representa metade da população economicamente ativa do País. Mostrou que a movimentação de valores relativos à saúde suplementar é importante para a economia nacional. Lembrou o papel regulador e harmonizador da ANS.

Informou que a Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014⁶, que definiu a contratualização, representou avanço importante para o sistema. Defendeu que é necessário que haja equilíbrio na correlação de forças na saúde suplementar. Acrescentou que é preciso qualificar os prestadores – médicos e estabelecimentos de saúde-, bem como melhorar a sua remuneração. Propôs que isso seja feito por meio da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos. Cientificou que a questão ética é fundamental para a melhoria do sistema. Por fim, destacou os seguintes pontos, que considera serem os melhores rumos para a saúde suplementar:

- a) Implementação efetiva das mudanças promovidas pela Lei nº 13.003, de 2014, no que diz respeito à contratualização, à livre negociação, aos valores de remuneração e a critérios de reajuste;
- b) Impedimento de adoção de novas formas de remuneração, sob pena de invalidar os avanços da Lei nº 13.003, de 2014. De acordo com o palestrante, é preciso modificar a estrutura básica antes de se criar novos institutos;
- c) Defesa da submissão das seguradoras que fornecem planos de saúde apenas à Lei das Seguradoras. Para o Senhor Salomão Rodrigues Filho, elas não podem funcionar como operadoras;
- d) Proibição do fato de a mesma empresa ser operadora de planos de saúde e prestadora de serviço de saúde;
- e) Submissão dos Institutos Estaduais e Municipais de Assistência à Saúde apenas à Lei nº 9.656, de 1998, e não pela Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993⁷;
- f) Implementação do Fator de Qualidade dentre os princípios éticos;
- g) Retirada da Consulta Médica do rol de procedimentos contratados entre operadora e médicos, para que haja

⁶ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13003.htm

⁷ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm

ressarcimento dos valores das consultas, no limite do contrato com a operadora.

O Senhor Leandro Fonseca, Presidente Substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar, apresentou um panorama rápido sobre o setor. Informou que, de acordo com dados de 2017, há 47,36 milhões de beneficiários em planos de assistência médica (80% coletivos e 20% individuais), além de 22,55 milhões de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos (82% coletivos e 18% individuais). Acrescentou que há 808 operadoras médico-hospitalares e 507 exclusivamente odontológicas em atividade. Por fim, mostrou que existem 17.862 planos de assistência médica e 3.939 planos exclusivamente odontológicos ativos.

Deixou claro que o faturamento total do ano anterior foi de R\$ 161 bilhões de reais e que a despesa assistencial da operadora foi de R\$ 137 bilhões, fato que ensejou uma sinistralidade média de 85%. Destacou que em 2016 foram realizados mais de 1 bilhão de procedimentos. Mostrou a concentração da taxa de cobertura no Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Listou algumas atribuições legais da ANS, entre elas o ressarcimento ao SUS das despesas realizadas pelo beneficiário do plano de saúde no sistema público.

Apresentou o fluxo do ressarcimento e demonstrou que, em 2016, foi cobrado o valor de pouco mais de R\$ 1 bilhão, relativos a 1,1 milhão de procedimentos realizados na rede pública. Conforme informou em sua fala, desde 2001, 1,6 bilhão relativo a ressarcimento foi repassado pela ANS ao Fundo Nacional de Saúde. Existem, ainda, valores significativos enviados à dívida ativa, para execução, e contestados judicialmente. Avultou que a partir de 2016, a ANS passou a cobrar, também, pelas APACS (Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo). Acrescentou que foi fator fundamental para a aceleração do processo de ressarcimento a contratação de servidores temporários, por concurso específico.

O palestrante ainda destacou um outro aspecto da Lei nº 9.656, de 1998: esse diploma prevê a segmentação do setor em ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológico e plano-referência. A segmentação com maior número de contratações é a combinação

hospitalar mais ambulatorial. A ambulatorial responde apenas por 4% das contratações. Já o plano-referência responde por 8%.

O Senhor Leandro ainda tratou do rol de procedimentos em saúde, que constitui a referência básica da Lei nº 9.656, de 1998. Mostrou que esse rol é atualizado, em geral, de dois em dois anos. Falou da alteração trazida pela Lei nº 13.003, de 2014, no que tange à contratualização entre operadoras e prestadores de serviços. Destacou os esforços da ANS para a fiscalização das operadoras e demonstrou que, por meio do acompanhamento regular promovido pela Agência, percebe-se que cerca de 10% do mercado encontra-se em dificuldade econômico-financeira ou em processo de cancelamento de autorização de funcionamento.

O Senhor Francisco Balestrin, Presidente do Conselho de Administração da Associação Nacional dos Hospitais Privados, iniciou sua palestra apresentando o grupo que representa. Destacou que fazem parte da ANAHP 92 instituições, que concentram 21% dos gastos da saúde suplementar. Mostrou que todas essas instituições possuem acreditação pública.

Avultou que, no mundo, entre as maiores economias, os únicos países que apresentavam gastos privados com saúde superiores aos públicos eram os Estados Unidos e o Brasil – o que, neste último caso, representava um contrassenso, em razão da premissa de universalidade em saúde, constante da Constituição Federal.

Em seguida, lançou contribuições para a modernização da Lei nº 9.656, de 1998. Propôs a qualificação da rede assistencial, para a oferta de melhores resultados. Defendeu a incorporação de tecnologias, para a melhoria dos resultados e a redução de custos. Alegou que novos modelos de remuneração só podem ser discutidos após a desfragmentação do modelo assistencial.

Por fim, sugeriu que se façam modificações que permitam que os ativos garantidores das provisões técnicas possam ser utilizados para a prestação de assistência, com a finalidade de cumprir a função para que foram criados.

Após as exposições, o Relator Rogério Marinho agradeceu a presença dos convidados e destacou que cada audiência realizada é uma oportunidade de ampliação do conhecimento acerca do setor. Informou que, desde a promulgação da Constituição Federal, que universalizou a saúde, e após a publicação da Lei nº 9.565, de 1998, ficou claro o embate existente no panorama da saúde.

Em seguida, manifestou-se em relação às propostas dos oradores. Sobre a palestra do Senhor Salomão Rodrigues Filho, questionou o seguinte:

- a) Como ocorreria, na prática, a exclusão das consultas médicas do rol de procedimentos?
- b) A submissão dos institutos municipais e estaduais de assistência, de natureza pública, à ANS, não representaria burocratização ou superposição de funções?
- c) Qual seria a proposta objetiva do CFM relativa à remuneração dos honorários médicos na saúde suplementar?
- d) Qual a posição do CFM em relação da segunda opinião médica em procedimentos eletivos de alto custo?
- e) Qual a posição do CFM em relação à unificação dos protocolos médicos para a realização de exames eletivos, para aumentar a eficiência do sistema e a proteção do consumidor?

Acerca da palestra do Senhor Leandro Fonseca, questionou o seguinte:

- a) Existe um contencioso para a cobrança das verbas de ressarcimento dos planos de saúde das despesas de usuários realizadas no sistema público. Isso não é oriundo de falta de clareza do regramento deste instituto? Há necessidade de deixar esse processo mais claro?

- b) Respeita-se a proporcionalidade no valor das multas aplicadas pela ANS?
- c) As segmentações previstas na Lei nº 9.656, de 1998, já permitem a existência de plano popular, que preveja rol de cobertura limitada? Como se lida com o contencioso judicial que existe hoje que considera que o direito do consumidor excede, até mesmo, o estipulado no contrato?
- d) A margem de lucro de 0.4% das operadoras pode representar um risco operacional para o setor, em razão de ser estreita? Como essa situação pode ser equilibrada?

No que diz respeito à palestra do Senhor Francisco Balestrin, questionou o seguinte:

- a) Como trabalhar a qualidade do acesso aos serviços suplementares de saúde em consonância com os direitos dos consumidores dos planos de saúde?
- b) A que se atribui a concentração dos planos em um número limitado de operadoras?
- c) Qual a proposta que se tem para o equilíbrio do Sistema Suplementar?
- d) Em audiências anteriores, o sistema “fee for service” foi considerado esgotado. Qual a sugestão de alternativa a esse sistema?

O Senhor Deputado Odorico destacou que ficou patente nas exposições o dilema brasileiro em relação à construção de um sistema universal de saúde. Lembrou que parte do Sistema Suplementar é financiada pelo Poder Público, mediante renúncia fiscal – mecanismo que funciona como um “Robin Hood” às avessas. Em relação ao ressarcimento, destacou que o custo processual ainda é muito alto e torna inviável o retorno de valores de procedimentos de menor valor aos cofres públicos. Propôs que os recursos retornassem ao ente que prestou o serviço, e não à União.

O Senhor Deputado Marcus Pestana pronunciou-se no sentido de que quanto melhor o desempenho da saúde suplementar, melhor para o SUS, que recebe menos sobrecarga. Perguntou, para os debatedores, qual o campo de cooperação e qual o campo de conflito existente entre o SUS e o Sistema Suplementar.

A Senhora Deputada Carmen Zanotto destacou que a tabela da TUNEP está mais equilibrada, não permitindo ressarcimentos inferiores às tabelas do SUS. Questionou o representante da ANS da opinião acerca dos planos com coparticipação. Acrescentou que, em sua opinião, a criação de planos acessíveis de saúde pode dificultar o panorama atual, uma vez que não reduziria a demanda por procedimentos de alto custo – verdadeiro gargalo do SUS.

O Deputado Presidente Hiran Gonçalves interveio para mencionar que ele apresentou a PEC nº 297, de 2016⁸, para determinar a especialização de Varas de Saúde Pública para diminuir o impacto da judicialização no sistema público e privado de saúde.

Ao responder os questionamentos, o Senhor Salomão Rodrigues Filho destacou que, se o SUS fosse eficiente, não faria sentido ter o Sistema Suplementar. Lembrou que o Sistema Suplementar está previsto no art. 199 da Constituição Federal. Informou que os sucessivos governos, desde a promulgação da Carta Magna, buscaram desonerar o SUS e incentivar os outros setores.

Em relação à retirada da consulta do rol de procedimentos, informou que boa parte dos contratos entre operadoras e paciente tem número limitado de consultas por ano. A ideia seria que a consulta eletiva, e não o procedimento de urgência, pudesse ser ressarcido pelo plano, de acordo com o contrato. Isso desoneraria o sistema, coibiria abuso e seria um fator de moderação de uso.

⁸ <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2121184>

Sobre os institutos municipais e estaduais de saúde, defendeu que eles funcionam como operadoras, pois os usuários lhes pagam mensalidades, e que, por isso, deveriam estar sob regulação da ANS.

Acerca do equilíbrio dos honorários médicos, disse que, quando se vê que a United Health, grande corporação estrangeira, comprou a AMIL, percebe-se que o setor é mais lucrativo do que se pensa. Destacou que o Jornal Valor Econômico⁹ declarou que o lucro das operadoras aumentou em 70,6% de 2015 a 2016.

No que tange à segunda opinião, informou que, na verdade, essa consiste numa terceira opinião, pois, num caso concreto, o médico assistente indica um procedimento, o médico auditor do plano o autoriza ou não e, finalmente, outro assistente médico emite seu juízo. Nesse cenário, disse que, se o terceiro médico fosse isento, isso seria interessante. Porém, ele geralmente é ligado à própria operadora, o que lhe retira a neutralidade.

Por fim, sobre os protocolos, disse que diretrizes são importantes para os procedimentos médicos, e que o CFM e a Associação Médica têm publicações sobre o tema.

O Senhor Leandro Fonseca, em resposta ao Relator, informou que havia uma contestação muito grande sobre o instituto do ressarcimento ao SUS, o que resultou numa Adin, ainda pendente de decisão do Supremo Tribunal Federal. Destacou que, no processo de ressarcimento, concede-se ampla defesa para as operadoras, pois a ANS não dispõe de instrumentos para, por exemplo, identificar se o consumidor atendido no SUS estava em período de carência ou fora do limite geográfico para atendimento.

No que diz respeito a multas, explicou que a tipificação envolve procedimentos de alto e baixo custo. Em razão disso, a ANS tem discutido mudanças na tipificação, para que se apurem condutas concretas e não se punam erros operacionais que possam vir a ocorrer. Destacou que a multa não é instrumento de arrecadação, mas de regulação.

⁹ <http://www.valor.com.br/empresas/5001906/lucro-das-operadoras-de-planos-de-saude-sobe-706-em-2016-afirma-ans>

Acerca dos ativos garantidores das operadoras dos planos de saúde, disse que a ANS se utiliza de práticas internacionais de supervisão econômica de entidades que administram recursos de terceiros, para forçar a gestão segura de recursos. Nesse momento, o Relator Rogério Marinho questionou se não se podia dizer que os recursos dos ativos garantidores poderiam ser utilizados preferencialmente para determinada destinação. Em resposta, o expositor sugeriu a agregação ao setor do conceito de patrimônio de afetação, ou seja, o ativo garantidor seria um patrimônio que pudesse ser usado para o pagamento dos prestadores de serviços. Destacou que isso serviu no ramo da construção civil. Sugeriu que alguns elementos da Lei de Recuperação Judicial poderiam ser trazidos para a saúde suplementar.

Sobre a segmentação ambulatorial, reiterou que, atualmente, apenas 4% das pessoas vincula-se somente ao plano ambulatorial. Destacou que essa baixa adesão se dá em razão de diversas limitações desse segmento.

No que tange à atualização do rol de coberturas, informou que as tecnologias de saúde são uma conquista da humanidade, mas que a sua incorporação gera várias discussões. Alegou que, em todo o mundo, existem agências que analisam tecnologias em saúde para promover ou não a incorporação. Sugeriu, também, que é preciso modificar a lógica do modelo assistencial, para mais bem posicionar o usuário na rede. Expôs que o direcionamento do ressarcimento ao ente prestador do serviço pode impactar os custos administrativos, e que isso deve ser observado ao se modificar a normatização do assunto. Lembrou que, no passado, a ANS tinha a obrigação de destinar recursos aos entes, e que isso gerava grandes obstáculos administrativos, às vezes por motivos banais, como falta de fornecimento de CNPJ por parte de determinados municípios.

O Senhor Francisco Balestrin deixou claro que não é contra a regulação. Porém, informou que, quando a regulação é de toda a cadeia produtiva, restringe-se indevidamente a livre iniciativa. Destacou que o investimento em saúde tem de ser horizontalizado, na prevenção, promoção, recuperação e reabilitação (e não apenas na recuperação). Disse que, no

Brasil, 80% dos recursos vão para os hospitais, em assistência direta – o que é inadequado. Alegou que o sistema “fee for service” não é um problema por si só, e que o sistema fragmentado do Brasil é que dificulta a sua aplicação. Propôs que o sistema fosse repensado, com novos formatos de assistência, sempre com foco na qualidade.

A décima reunião deu-se no dia 12/7/2017. Na ocasião, aprovaram-se três requerimentos de audiência pública para debater o Projeto de Lei nº 7.419, de 2006.

A décima primeira reunião deu-se no dia 8 de agosto de 2017. Na audiência pública realizada em cumprimento ao determinado nos requerimentos nºs 8 e 9 de 2017 (da Dep. Carmen Zanotto), compareceram:

- 1 – Dr. Helton Freitas, Diretor-Presidente da Unimed;
- 2 – Dr. Tiago Farina, Diretor Jurídico do Instituto Oncoguia;
- 3 – Dr. Celso do Amaral Mello Neto, Médico.

Inicialmente, o Dr. Helton Freitas, Diretor-Presidente da Unimed, destacou a relevância do tema para a sociedade. Em seguida, apresentou gráfico que mostra que, no Brasil, mais da metade dos gastos com saúde têm origem privada, pelo sistema de desembolso direto. No entanto, ressaltou que o valor “per capita” investido ainda é muito baixo. Posteriormente, mostrou que as pesquisas apontam que a percepção sobre o sistema de saúde no País é negativa: apenas 4% dos brasileiros considera o sistema adequado.

Num momento posterior, destacou que a Lei nº 9.656, de 1998, foi alterada intensamente desde a sua edição. Foram 44 medidas provisórias sobre o assunto – o que mostra o ímpeto do Executivo para modificá-la. Criticou o excesso de regulação do mercado de planos de saúde e o disposto no art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, que determina não existir limite financeiro para a prestação de serviços ou cobertura de custos assistenciais.

Acrescentou que há princípios que asseguram o equilíbrio financeiro dos planos de saúde, que são: a mutualidade, que determina que os custos serão rateados pelo conjunto dos clientes; o regime de repartição simples, que estabelece que o que se paga deve cobrir os gastos do mútuo e

que não há acumulação de reserva individual; a estrutura atuarial: que estatui que o cálculo do preço das mensalidades será baseado no perfil de risco dos participantes; e o limite contratual, que faz com que a precificação seja baseada no rol de coberturas vigente no momento da contratação.

Destacou que os fatores que prejudicam o equilíbrio dos planos de saúde são a seleção adversa de risco e o risco moral no comportamento de utilização, e que esses fatores têm levado à redução do número de clientes de planos na atualidade (exceto nos planos odontológicos). Ressalvou, no entanto, que o único segmento da população que não teve decréscimo nos planos é o dos idosos, o que conduz à seleção adversa, pois a incidência de doenças aumenta com a idade (enquanto se gasta 13 mil reais por ano com um cidadão de 80 anos ou mais, gasta-se mil com um jovem de 18 anos). Nesse contexto, mencionou que os planos têm sido reajustados sempre abaixo da inflação do setor saúde.

Por fim, expôs seu ponto de vista acerca dos projetos, que analisou em blocos. Abaixo, transcreveremos, com brevidade, sua opinião acerca de cada um desses grupos:

1 – Projetos de lei sobre cobertura: propõe a rejeição dos projetos que dispõem sobre ampliação de coberturas, atualmente já regulada pela ANS, dado o impacto na sustentabilidade econômico-financeira do setor. Ademais, defende que apenas procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais que tenham sido avaliados e recomendados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) sejam obrigatórios aos planos.

2 – Projetos de lei sobre carência: propõe alterar para 60 dias o prazo de carência para procedimentos de urgência e emergência.

3 - Projetos de lei sobre reajuste por faixa etária: propõe que seja deixada à competência da ANS a definição dos parâmetros de reajuste por mudança de faixa etária, retirando-se esse aspecto da Lei.

4 – Projetos de lei sobre formas de contratação: propõe ampliar os critérios de elegibilidade para estipulação dos contratos, dispensando a obrigatoriedade da intermediação.

5 – Projetos de lei sobre multas e penalidades aplicadas às operadoras: propõe criar um método racional, com indicadores de acompanhamento, a partir dos quais se estabeleceriam, gradualmente, as penalidades.

6 – Projetos de lei sobre mecanismos de regulação: propõe a rejeição dos projetos que interfiram na operação de planos de saúde, bem como na capacidade das operadoras em regular a prestação de assistência. O intuito é que essa matéria seja abordada no marco infralegal.

7 – Projetos de lei sobre ressarcimento: propõe que a comunicação dos procedimentos a serem ressarcidos seja feita mediante a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), estabelecida pela própria agência reguladora; que o ressarcimento seja feito nos exatos valores em que seu deo o pagamento pelo Estado; e que as operadoras possam decotar do ressarcimento o valor da coparticipação que receberia do beneficiário ao prestar aquele atendimento diretamente, preservando-se o equilíbrio do plano

8 – Projetos de lei sobre garantias econômico-financeiras: propõe que se avaliem mecanismos para diferimento da constituição das garantias econômico-financeiras por parte das operadoras.

O Dr. Tiago Farina, Diretor Jurídico do Instituto Oncoguia, iniciou sua participação declarando que a regulação é necessária para o setor, já que, antes da edição da Lei nº 9.656, de 1998, havia diversos abusos por parte das operadoras, como restrição do tempo de internação.

Em seguida, focou o seu pronunciamento em dois dos apensados, de autoria da Comissão de Legislação Participativa, por sugestão da Oncoguia: os PLs nºs 4.478, de 2016 e 6.033, de 2016.

Quanto ao PL nº 4.478, de 2016, informou que a cobertura de medicamentos de tabagismo poderia reduzir a incidência da doença no País e,

consequentemente, os gastos com saúde. Alertou que esse hábito é a maior causa de mortes evitáveis no mundo e que apenas 3% dos fumantes têm capacidade de parar de fumar sozinhos.

No que diz respeito ao PL nº 6.033, de 2016, salientou que a fixação de prazo inferior a dois anos para a alteração do rol de procedimentos é importante para que mais tecnologias a favor da saúde possam ser incorporadas aos tratamentos em curso. Destacou que, a cada dois anos, dobra o número de estudos científicos com evidências sobre saúde. Por fim, ressaltou que a CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) tem prazo máximo de 180 dias para a análise de incorporação de tecnologias nos protocolos do SUS.

O Dr. Celso do Amaral Mello Neto pronunciou-se no sentido de que a inflação do setor de saúde aumenta em velocidade galopante, em razão da incorporação de tecnologia em saúde e do aumento do dólar. A seguir, opinou que se deve investir no paliativismo, pois, na lógica atual, trabalha-se apenas com cura, mesmo que o paciente não tenha expectativa de vida, e, dessa forma, aumentam-se os gastos em saúde. Ao final, sugeriu que, para o alívio da sobrecarga dos planos nos orçamentos familiares, os empregadores aumentassem a sua cota de participação no custeio dos planos coletivos.

Após a exposição dos participantes, o Relator Rogério Marinho destacou a relevância do assunto para o Brasil e avultou que a Comissão Especial se iniciou por interesse do Legislativo. Ressaltou que, nas reuniões, evidenciavam-se opiniões díspares dos participantes, e que, por isso, o sistema teria de ser bem equalizado. Lembrou, no entanto, que a saúde suplementar não pode nem deve ser confundida com o SUS, por ser atividade privada – e não benemerente.

Em seguida, o Presidente da Comissão, Deputado Hiran Gonçalves, lembrou o colegiado de sua proposta legislativa (PEC nº 297, de 2016) de criar Varas Especializadas em Saúde na Justiça Federal.

A Deputada Carmen Zanotto, como autora dos requerimentos ensejadores da reunião, questionou se os reajustes nos planos de saúde

coletivos não eram demasiadamente altos e se era possível reduzir a judicialização na saúde.

O Deputado Lelo Coimbra destacou as duas tarefas da Comissão: a de sistematizar os projetos e a de fazer escolhas sábias, sem piorar o sistema vigente. O Deputado Vitor Lippi sugeriu a racionalização do sistema por meio de planos mais acessíveis. Já o Deputado Mandetta criticou o fato de todas as modalidades de planos estarem submetidas aos mesmos regramentos e a existência das administradoras de planos de saúde. Por fim, também propôs a normatização de planos mais acessíveis.

Em seguida, os convidados voltaram a se manifestar. O Dr. Tiago Farina corroborou a necessidade de investimento em cuidados paliativos, já que o Brasil é um dos países do mundo que menos se utiliza dessa prática. Quanto à judicialização, informou que há casos em que o ingresso com ações judiciais é criminoso (como no caso das máfias de órteses e próteses) e excêntrico (como num caso recente, em que um cidadão pleiteou remédio para seu cachorro), mas há situações em que o acesso ao judiciário representa uma chance para pessoas que estão sendo prejudicadas pela assincronia das inovações nas tecnologias em saúde e as incorporações pela ANS. O Dr. Celso do Amaral reforçou a defesa do paliativismo. O Dr. Helton ressaltou que é preciso dar mais estabilidade para a saúde suplementar, para que as operadoras possam investir em ações de promoção e prevenção.

A décima segunda reunião deu-se no dia 23 de agosto de 2017. Na audiência pública realizada em cumprimento ao determinado nos requerimentos nºs 7 e 10 de 2017 (dos Deputados Jorge Solla e Dagoberto Nogueira), compareceram:

- 1 – Aderval Paulo Filho, Presidente da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS);
- 2 – Geraldo Almeida Lima, do Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (SINOG);
- 3 – Senhor Egberto Miranda Neto, da Central Nacional das Cooperativas Odontológicas;

4 – Senhor Alessandro Acayaba, Diretor-Presidente da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB);

5 – Senhor Romeu Scofano, Presidente da Unimed-RJ;

6 – Senhor Anderson Luis Coelho, representante do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Inicialmente, o Senhor Aderval Paulo Filho, Presidente da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, apresentou a entidade que representa. Informou que as autogestões são responsáveis por 5 milhões de vidas de usuários ligados a, principalmente, órgãos públicos de todas as esferas. Acrescentou que as autogestões foram a primeira modalidade de planos no Brasil, com origem que remonta à década de 20 do século passado. Ressaltou que os beneficiários das autogestões são, também, seus “donos”, uma vez que compõem seus órgãos de gestão, os seus conselhos deliberativos e fiscais. Avultou que as instituições não têm lucratividade e apresentam comprovada eficiência, pois quase não há reclamações relativas a elas na ANS.

Posteriormente, chamou o Consultor Jurídico da entidade, o Senhor José Luis Toro da Silva, para expor as demandas do setor.

Esse Consultor informou que acredita que a legislação vigente dificulta a organização de servidores em autogestões. Destacou o fato de as autogestões terem extrema capilaridade, por estarem onde quer que estejam os servidores (mesmo em localidades remotas). Concluiu que, por essa razão, não podem se submeter às mesmas regras das demais operadoras.

Em seguida, apresentou propostas que visam a parametrizar melhor a legislação atual. Alertou, a princípio, que, em sua opinião, o conceito e as espécies de autogestão têm de estar elencadas no art. 2º, §3º, da Lei nº 9.656, de 1998. Acrescentou que acredita que é preciso explicitar nessa Lei que o Estado vai incentivar a criação de autogestões e prestigiá-las. Informou que crê que as exigências econômico-financeiras atrapalham essa modalidade de operadora, e que a única provisão que poderia ser exigida é a de inadimplemento.

Defendeu que o disposto nas normas regulamentares da ANS deveria contar da Lei e que isso reduziria a judicialização, por deixar o assunto claro e visível. Também opinou que o disposto no art. 35-G da Lei nº 9.656, de 1998 (submissão dos contratos de planos de saúde ao Código de Defesa do Consumidor) não deveria aplicar-se às autogestões, já que, de acordo com jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, nas autogestões não existe relação de consumo¹⁰.

Por fim, informou que acredita que, nos casos de acidentes automobilísticos, as operadoras devem se sub-rogar nos direitos do acidentado, para receber os benefícios do DPVAT¹¹.

O Senhor Geraldo Almeida Lima, do Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo, começou a palestrar informando que a saúde suplementar é modelada para o segmento médico, e que esse fato prejudica o segmento odontológico.

Apresentou panorama da saúde odontológica suplementar e mostrou que hoje há 22,5 milhões de beneficiários, que realizam, anualmente, 177 milhões de procedimentos - o que representa 7,8 procedimentos por beneficiário/ano. Ainda apontou que a taxa de cobertura populacional do segmento odontológico é na ordem de 11,6%, e que, em 2014, 94% de beneficiários odontológicos estavam satisfeitos com os serviços prestados.

Posteriormente, alegou que é favorável à legislação da saúde suplementar, pois ela trouxe segurança ao consumidor. Porém, acredita que há excesso de regulação para esse segmento específico, uma vez que os planos odontológicos não têm o risco dos planos médicos. Ressaltou que, até junho de 2016, mais de metade das operadoras de odontologia que já funcionaram no País havia saído do mercado, fato que ensejava perda de capilaridade e concentração.

10

http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/pt_BR/Comunica%C3%A7%C3%A3o/noticias/Not%C3%AAdcias/Afastada-responsabilidade-de-plano-de-sa%C3%BAde-por-assassinato-em-hospital

¹¹ Atualmente, o art. 3º, § 2º, da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, não permite a cessão de direitos nos reembolsos das despesas médico-hospitalares, devidamente comprovadas e efetuadas pela rede credenciada junto ao Sistema Único de Saúde, quando em caráter privado.

Quanto às possíveis melhorias da legislação, destacou que é preciso trazer para a Lei nº 9.656, de 1998, as resoluções da ANS sobre o segmento. Acrescentou que as operadoras odontológicas têm de ser tratadas diferenciadamente, pois as suas mensalidades são mais baixas e o atendimento é estritamente ambulatorial.

Ao final, ponderou que o que mais afeta o segmento odontológico são as multas desproporcionais e alegou que acha imprudente estender as regras de rescisão dos planos individuais para os planos coletivos, pois é preciso manter a liberdade de negociação de reajuste dos planos coletivos, uma vez que o controle de preços pode trazer prejuízos à sociedade, por diminuir a oferta de planos.

O Senhor Egberto Miranda Neto, da Central Nacional das Cooperativas Odontológicas, ensinou que, no cooperativismo, os cooperados são os “donos” do negócio. Informou que há mais de 22 mil cooperados e 110 mil cooperativas, em 1600 municípios do País. Acrescentou que, por disposição legal, essas entidades não visam ao lucro, e as sobras são distribuídas de acordo com a produção. Destacou que as cooperativas odontológicas ainda têm oferta de planos individuais ou familiares e que, por isso, é preciso deixar claro na Lei o disciplinamento dessas instituições, para servir de parâmetro para a ANS, cuja regulação não está atendendo bem o segmento.

Mostrou que a odontologia tem preços e riscos diferentes dos da medicina e que, por isso, julga excessivas as garantias financeiras exigidas das operadoras exclusivamente odontológicas. Alertou, também, que o alto preço das multas aplicadas pela ANS dificulta a capilaridade, pois as pequenas cooperativas têm sofrido com as penalidades - que variam de 50 a 80% do faturamento de algumas cooperativas odontológicas.

O Senhor Alessandro Acayaba, Diretor-Presidente da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios, indicou que as administradoras já eram previstas desde a edição da Lei nº 9.656, de 1998, e que foram regulamentadas pelas resoluções normativas da ANS.

Avultou que essas entidades têm a função de beneficiar o cliente do plano coletivo. Destacou que a contratação da administradora de benefício é facultativa, e que ela não faz apenas o “boletamento”, uma vez que também tem a função de garantir os recursos em caso de inadimplência dos beneficiários. Alegou que o papel da administradora é ao lado do consumidor, já que há diversas condições normativas que impedem que ela mantenha ligação com as operadoras.

Destacou, ainda, que as administradoras negociam reajustes, em prol do consumidor, e que acredita que a Lei tem de obrigar toda operadora a oferecer planos individuais - além dos de referência. Por fim, sugeriu que a legislação fosse modificada para que a ANS homologasse todas as negociações dos reajustes de preço, para certificar-se de que os cálculos foram feitos de forma transparente e correta.

O Senhor Romeu Scofano, Presidente da Unimed-RJ, afirmou que acredita que a saúde suplementar desonera o SUS. Destacou que o custo de saúde do Brasil é altíssimo e que o ranking da Bloomberg¹² indica que a eficiência de saúde do Brasil é a pior de todas as avaliadas.

Defendeu que a Comissão tem de destacar o papel do médico, pois hoje há 432 mil médicos no País, dos quais 115 mil são cooperados. Sugeriu, ainda, que a saúde tivesse um foro especializado, em que o juiz tivesse ao seu lado um médico que embasasse as suas decisões, para que as liminares só fossem deferidas em situações justas.

O Senhor Anderson Luis Coelho, representante do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, alegou que, quando da edição da Lei nº 9.656, de 1998, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional não foi elencado nessa norma, de modo que os procedimentos referentes a essas áreas não foram incorporados devidamente. Informou que, hoje em dia, os procedimentos já constam da Terminologia Única da Saúde Suplementar.

¹² <http://veja.abril.com.br/blog/impavido-colosso/em-ranking-sobre-a-eficiencia-dos-servicos-de-saude-brasil-fica-em-ultimo-lugar/>

Destacou que acredita que a fisioterapia e a terapia ocupacional não deveriam estar incluídas nos Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e que os reajustes para os procedimentos dessas áreas são insuficientes. Alegou que, quando se deixa a cargo da ANS a normatização, tem-se pouca segurança, uma vez que o direcionamento das resoluções da autarquia depende muito da diretoria do momento.

Ademais, ressaltou que acredita que a Lei deveria prever que as auditorias técnicas dos serviços de fisioterapia e terapia ocupacional precisariam ser feitas pelo profissional respectivo, e que as glosas necessitariam ser feitas por escrito e justificadas. Por fim, mostrou-se contrário aos planos mais populares, pois acredita que isso pode trazer perdas aos direitos do consumidor.

O Deputado Vitor Lippi informou que a saúde suplementar ajuda diretamente o SUS, por desonerá-lo. Acrescentou que a concentração do mercado é absurda e que há cada vez menos brasileiros com capacidade de ter planos de saúde, pois os planos pequenos estão quebrando. Destacou que acredita que a estrutura dos planos deve ser revista e que os ativos garantidores são problemáticos para os pequenos planos. Também questionou o instituto do ressarcimento com seus altos custos operacionais. Propôs que as operadoras pagassem um valor fixo ao SUS, para que não fosse necessário investir-se na estrutura de cobrança. No contexto da judicialização, falou da importância da criação de convênios, para que profissionais de saúde possam embasar as decisões dos juízes relativas a questões de saúde.

2 - Breve exposição das matérias em exame

O Projeto de Lei nº 7.419, de 2006, do Senado Federal (Senador Luiz Pontes – PSDB/CE), altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, “que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Este Projeto estende a cobertura de despesas de acompanhante a menores de 18 anos aos casos de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), desde que haja prescrição médica.

Atualmente, tramitam em conjunto com essa proposição 149 apensados, sobre os quais faremos breves apontamentos a seguir.

O Projeto de Lei nº 6.125, de 2005, do Deputado João Mendes de Jesus, dispõe sobre o acompanhamento de paciente, criança ou idoso, durante internação hospitalar, bem como o direito de o acompanhante ter acesso à refeição custeada pelo Sistema Único de Saúde.

O Projeto de Lei nº 7.340, de 2006, do Deputado Ary Kara, autoriza o acompanhamento de enfermos internados em hospitais públicos e conveniados ao SUS e dá outras providências. Este Projeto não se refere a planos de saúde. Diz respeito aos pacientes do SUS (Hospitais próprios e conveniados).

O Projeto de Lei nº 4.097, de 2015, do Deputado Marcelo Belinati, determina que os hospitais integrantes do SUS realizem convênios para que os órgãos de assistência social providenciem alimentação e hospedagem para os acompanhantes de internados carentes que residam a mais de 50 km de distância, enquanto durar a internação.

O Projeto de Lei nº 5.191, de 2016, do Deputado José Stédile, dispõe sobre o direito a acompanhamento pela pessoa hospitalizada. Este Projeto estende a todas as pessoas hospitalizadas o direito à presença de acompanhante em tempo integral e não se refere apenas a internações custeadas por planos de saúde, mas àquelas realizadas em qualquer instituição de internação.

O Projeto de Lei nº 4.990, de 2013, do Deputado Major Fábio, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Estabelece que os planos de saúde cobrirão as despesas de acompanhantes, no caso de pacientes menores de 18 anos e maiores de 60, inclusive as relativas à alimentação.

O Projeto de Lei nº 5.910, de 2016, do Deputado Rafael Motta, altera o caput do art. 16 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), para garantir à pessoa idosa o direito a acompanhante em unidades de terapia intensiva. Este Projeto não se refere apenas a internações custeadas por planos de saúde, mas àquelas realizadas em qualquer instituição de internação.

O Projeto de Lei nº 4.016, de 2008, da Deputada Sueli Vidigal, dispõe sobre a obrigatoriedade de afixação de aviso sobre o direito do idoso de ter acompanhante nas Unidades de Saúde do SUS. Este Projeto não se refere apenas a internações custeadas por planos de saúde, mas àquelas realizadas em qualquer instituição de internação.

O Projeto de Lei nº 6.821, de 2010, do Senado Federal, altera o art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, para permitir a cobertura de despesas de acompanhante de paciente idoso, regulamentando o art. 16 da Lei nº 10.741, de 2003.

O Projeto de Lei nº 4.076, de 2001, do Deputado Henrique Fontana, altera a Lei nº 9.656, 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 Projeto de Lei nº 4.078, de 2001, do Deputado Henrique Fontana, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para que haja a fusão, num mesmo dispositivo, das segmentações ambulatoriais, hospitalares e obstétricas dos planos referência de saúde.

O Projeto de Lei nº 4.367, de 2001, do Deputado Ronaldo Vasconcellos, acrescenta parágrafo ao art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, obrigando as 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 Projeto de Lei nº 4.469, de 2001, do Deputado Henrique Fontana, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos seguros privados de assistência à saúde”, instituindo o credenciamento universal de profissionais de saúde. O objetivo dessa proposta é permitir o livre acesso do cidadão a qualquer médico de seu interesse, independentemente de estar o profissional credenciado junto a um plano ou seguro privado de assistência à saúde.

O Projeto de Lei nº 4.570, de 2001, do Deputado Dr. Hélio, altera a Lei nº 9.676, de 1998, concedendo direito aos aposentados e pensionistas de não sofrerem aumento de prestação do plano de saúde depois de participarem deles por cinco anos.

O Projeto de Lei nº 4.844, de 2001, do Deputado Eduardo Campos, altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 1998, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde. Este Projeto visa a reduzir o prazo de carência para doenças ou lesões preexistentes e a garantir aos empregados demitidos sem justa causa e aos aposentados extensão do período de cobertura do plano de saúde.

O Projeto de Lei nº 6.677, de 2009, do Deputado Leandro Sampaio, altera a redação do art. 30 da Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Tem como objetivo garantir ao empregado a manutenção do plano de saúde após sua demissão, sendo os custos divididos com o empregador durante seis meses.

O Projeto de Lei nº 7.694, de 2014, do Deputado Carlos Bezerra, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Estabelece que o aposentado que contribuir pelo prazo mínimo de 5 anos para o plano de saúde da empresa tem assegurado o direito de manutenção como beneficiário.

O Projeto de Lei nº 4.043, de 2015, do Deputado Marcelo Belinati, dá nova redação ao § 1º do art. 31 da Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros de assistência à saúde”. O objetivo do Projeto é garantir que as condições assumidas pelo empregado exonerado sem justa causa e pelo aposentado sejam as mesmas da empresa anteriormente ao fim do contrato. Com isso, o Parlamentar almeja que as operadoras de planos de saúde não aumentem o preço da mensalidade cobrada dos beneficiários, para dificultar a sua continuidade no plano.

O Projeto de Lei nº 5.532, de 2016, do Deputado Antonio Carlos Mendes Thame, altera a Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. O objetivo do Projeto é garantir que o valor integral assumido pelo empregado exonerado sem justa

causa e pelo aposentado seja o mesmo pago pela empresa anteriormente ao fim do contrato. Com isso, o Parlamentar almeja que as operadoras de planos de saúde não aumentem o preço da mensalidade cobrada dos beneficiários, para dificultar a sua continuidade no plano.

O Projeto de Lei nº 2.128, de 2015, do Tenente Lúcio, altera os artigos 15 e 16 da Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Determina que não é permitida a variação das contraprestações pecuniárias para os planos e seguros de saúde em razão da idade do consumidor.

O Projeto de Lei nº 2.949, de 2015, do Deputado Domingos Sávio, acrescenta art. 15-A à Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Com isso, determina que os reajustes dos valores dos planos de saúde contratados por aposentados pelo Regime Geral de Previdência Social não poderão ultrapassar o reajuste percentual de seus proventos de aposentadoria, e que o valor referente a essa diferença constituirá crédito pecuniário em favor da operadora contratada junto ao governo federal.

O Projeto de Lei nº 7.267, de 2002, do Deputado José Carlos Coutinho, adiciona dispositivo à Lei nº 9.656, de 1998, e dá outras providências. Estabelece a cobertura, pelos planos de saúde, de sessões de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia.

O Projeto de Lei nº 7.389, de 2002, do Deputado Neuton Lima, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade de os planos e seguros privados incluírem atendimento psicológico nos planos ou seguros-referência.

O Projeto de Lei nº 805, de 2011, do Deputado Manato, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Assim, proíbe a exclusão de cobertura a tratamentos relacionados ao diagnóstico de obesidade mórbida.

O Projeto de Lei nº 2.066, de 2011, do Deputado Geraldo Resende, altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os

planos e seguros privados de assistência à saúde”, para tornar obrigatória a cobertura completa pelos planos de saúde de cirurgias para remoção de excesso de pele remanescente de cirurgia bariátrica e de cirurgias de transplante de fígado, coração, pâncreas e rins, e dá outras providências.

O Projeto de Lei nº 7.914, de 2014, do Deputado Felipe Bornier, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para obrigar o atendimento aos portadores de obesidade mórbida.

O Projeto de Lei nº 4.294, de 2016, da Deputada Erika Kokay, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Trata da cobertura pelos planos de saúde de órteses e próteses para correção de problemas auditivos e de consultas fonoaudiológicas em número ilimitado.

O Projeto de Lei nº 71, de 2003, do Deputado Arlindo Chinaglia, 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.

O Projeto de Lei nº 1.349, de 2003, do Deputado João Paulo Gomes da Silva, dispõe sobre o ressarcimento à rede pública de saúde pelos planos e seguros de saúde privados.

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

O Projeto de Lei nº 6.483, de 2009, do Deputado Augusto Carvalho, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para estabelecer critérios para ressarcimentos efetuados pelas operadoras de planos de saúde às entidades prestadoras de serviços e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS - Agência Nacional de Saúde.

O Projeto de Lei nº 2.982, de 2011, do Deputado Anthony Garotinho, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre o ressarcimento do atendimento médico de usuários de planos de saúde pela rede pública.

O Projeto de Lei nº 1.147, de 2011, do Deputado Rogério Carvalho, torna obrigatória a divulgação de que os planos de saúde são obrigados a ressarcir o Sistema Único de Saúde quando seus clientes são atendidos em unidades de saúde do SUS.

O Projeto de Lei nº 3.088, de 2004, do Deputado João Caldas, dispõe sobre a obrigatoriedade do atendimento médico-hospitalar em caráter de emergência e o ressarcimento de despesas pelas administradoras de planos e seguros de saúde.

O Projeto de Lei nº 3.247, de 2004, do Deputado José Roberto Arruda, dispõe sobre o atendimento hospitalar em caráter de emergência e o ressarcimento obrigatório das despesas correspondentes pelas administradoras de planos e seguros de saúde.

O Projeto de Lei nº 3.362, de 2004, do Deputado Walter Pinheiro, dispõe sobre o ressarcimento de despesas hospitalares a atendimentos em caráter de emergência.

O Projeto de Lei nº 3.708, de 2004, do Deputado João Campos, dispõe sobre o atendimento hospitalar em caráter de emergência e o ressarcimento obrigatório das despesas correspondentes pelas administradoras de planos e seguros de saúde.

O Projeto de Lei nº 8.608, de 2017, da Deputada Norma Ayub, dispõe sobre o ressarcimento a estabelecimentos de saúde públicos e privados de atendimentos de urgência e emergência por eles prestados.

O Projeto de Lei nº 6.849, de 2006, do Deputado Carlos Nader, dispõe sobre a obrigatoriedade de hospitais particulares prestarem o primeiro atendimento médico aos pacientes que estejam em iminente risco de vida, e dá outras providências.

O Projeto de Lei nº 590, de 2007, do Deputado Vinicius Carvalho, dispõe sobre o atendimento médico hospitalar em caráter de

emergência e dá outras providências. Determina que as despesas decorrentes dos atendimentos de emergência aos pacientes do SUS em hospitais particulares serão ressarcidas pelo SUS a essas instituições, ou compensadas como débitos tributários contra a União.

O Projeto de Lei nº 3.473, de 2008, do Deputado Paulo Magalhães, obriga as instituições de saúde ao atendimento de emergência de beneficiário sem exigência de pagamento do respectivo plano de saúde.

O Projeto de Lei nº 3.346, de 2012, da Deputada Erika Kokay, acrescenta o art. 135-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal. Tipifica como crime a recusa ou protelação de atendimento médico.

O Projeto de Lei nº 2.344, de 2015, do Deputado Odorico Monteiro, inclui o artigo 18-A na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Obriga os hospitais públicos a informar os planos de saúde sobre a realização de procedimento em consumidor de plano de saúde, para que a operadora promova, se possível, a remoção do paciente, e evite a necessidade de ressarcimento ao SUS.

O Projeto de Lei nº 2.504, de 2015, da Comissão Especial destinada a analisar e apresentar propostas com relação à partilha de recursos públicos e respectivas obrigações da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal (Pacto Federativo), permite que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios sejam ressarcidos pelos planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de atendimento dos respectivos segurados.

O Projeto de Lei nº 6.175, de 2016, do Deputado Rafael Motta, altera o art. 32, da Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para ressarcir o ente federativo que prestou o serviço.

O Projeto de Lei nº 156, de 2003, do Deputado Inocêncio Oliveira, acrescenta dispositivo à Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os

planos e seguros privados de assistência à saúde”. Prevê a possibilidade de escolha do profissional de saúde pelo beneficiário de plano de saúde.

O Projeto de Lei nº 7.590, de 2010, do Deputado Vital do Rêgo Filho, dispõe sobre a escolha do prestador de serviço pelo usuário de planos e seguros privados de assistência à saúde.

O Projeto de Lei nº 1.076, de 2011, do Deputado 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 Projeto de Lei nº 311, de 2003, do Deputado Carlos Nader, altera o art. 12, II, f, da Lei nº 9.656, de 1998, e dá outras providências. Autoriza a cobertura de despesas de acompanhamento no caso de internação de idosos com mais de 65 anos.

O Projeto de Lei nº 1.603, de 2003, do Deputado Mário Heringer, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, e dá outras providências. Restringe o desc credenciamento de entidades hospitalares e profissionais de saúde e proíbe a recusa de credenciamento caso os profissionais estejam aptos.

O Projeto de Lei nº 4.075, de 2004, do Deputado Mário Heringer, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, e dá outras providências. Este Projeto proíbe condicionar o credenciamento e o referenciamento de profissionais e entidades de saúde a critérios econômicos próprios ou alheios.

O Projeto de Lei nº 3.949, de 2012, do Deputado Edmar Arruda, altera o texto da Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para tratar dos serviços assistenciais vinculados a sindicatos.

O Projeto de Lei nº 1.777, de 2003, do Deputado André Luiz, dispõe sobre a proibição das empresas que gerenciam planos de saúde e afins

solicitar de seus associados documentos de uso pessoal que não fazem prova de identidade e dá outras providências.

O Projeto de Lei nº 2.474, de 2003, do Deputado Joaquim Francisco, estabelece o direito ao usufruto de planos de saúde pelo período correspondente ao período de carência efetivamente paga.

O Projeto de Lei nº 2.934, de 2004, da Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar denúncias de irregularidade na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde, altera a Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências”. Inclui como benefício do plano de saúde a assistência farmacêutica, a cobertura de internação hospital-dia e internação domiciliar, aluguéis e diárias e a cirurgia plástica reparadora para acidentes pessoais e reconstrução da mama, além de criar o instituto da mobilidade, para garantir ao usuário o direito a mudança de plano.

O Projeto de Lei nº 582, de 2007, da Deputada Alice Portugal, 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.

O Projeto de Lei nº 2.981, de 2011, do Deputado Francisco Praciano, acrescenta o art. 10-B à Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para estipular a obrigação das operadoras de planos de saúde repararem lesões decorrentes de atos cirúrgicos realizados sob cobertura plano.

O Projeto de Lei nº 3.058, de 2004, do Deputado Mário Heringer, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, e dá outras providências. Obriga as operadoras de planos de assistência à saúde a emitir relatório discriminando o valor cobrado pelo prestador, o reconhecido pela operadora, a glosa, os tributos e outros.

O Projeto de Lei nº 3.940, de 2004, do Deputado Dr. Pinotti, altera a Lei nº 9.656, de 1998, e dá outras providências. Estabelece normas para o funcionamento das empresas operadoras de planos de saúde e o relacionamento entre operadoras, prestadores de serviços e usuários.

O Projeto de Lei nº 2.734, de 2011, do Deputado João Dado, altera a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000¹³, que “cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências”. Define como competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar regular aspectos relevantes dos contratos dos prestadores de serviços médicos e hospitalares

O Projeto de Lei nº 4.632, de 2004, do Deputado Jamil Murad, altera o art. 25 da Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os planos e seguro privados de assistência de saúde”. Determina que a empresa operadora de planos de saúde somente poderá interpor recurso administrativo mediante prévio depósito do valor da multa pecuniária.

O Projeto de Lei nº 6.510, de 2006, do Deputado Ricarte de Freitas, altera a Lei nº 9.656, de 1998, e dá outras providências. Define a compensação de carteira dos planos de saúde para garantir a compensação financeira de despesas do usuário, quando em sua carteira/contrato não constar o plano de saúde a ele vinculado.

O Projeto de Lei nº 7.600, de 2006, do Deputado Dr. Pinotti, altera a Lei nº 9.656, de 1998, e dá outras providências. Estabelece normas para o atendimento dos usuários de planos de saúde, o ressarcimento de despesas quando o atendimento for realizado pelo SUS ou seus conveniados, a adoção do Cartão Nacional de Saúde, e a atualização e divulgação da TUNEP – Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos.

O Projeto de Lei nº 1.647, de 2011, do Deputado Manato, dispõe sobre a divulgação de tabela de valores pagos de honorários médicos, odontológicos e de outros profissionais, pelas operadoras de planos de saúde.

O Projeto de Lei nº 756, de 2007, da Deputada Solange Almeida, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que dispõe sobre os Serviços Privados

¹³ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm

de Assistência à Saúde e dá outras providências. Obriga as empresas operadoras de planos de saúde a ressarcir as despesas com medicamentos em atendimento ambulatorial.

O Projeto de Lei nº 1.942, de 2007, do Deputado Beto Faro, altera a Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os planos e seguros privados”. Proíbe a estipulação de prazo de carência para contratação de planos de Saúde, ressaltando os dispositivos relativos às doenças e lesões preexistentes.

O Projeto de Lei nº 2.901, de 2008, do Deputado Arnon Bezerra, 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.

O Projeto de Lei nº 4.729, de 2016, do Deputado Carlos Henrique Gaguim, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Extingue a carência para cobertura de parto por planos de saúde para gravidez de risco.

O Projeto de Lei nº 5.024, de 2009, do Deputado Clóvis Fecury, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, proibindo as operadoras de exigirem autorização prévia para a realização de procedimentos prescritos por médico.

O Projeto de Lei nº 1.431, de 2011, do Deputado Felipe Bornier, acrescenta dispositivo à Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Define um limite de prazo para que a operadora analise e responda ao pedido de autorização para realização de procedimento eletivo.

O Projeto de Lei nº 4.748, de 2016, do Deputado Vinicius Carvalho, veda aos planos e seguros privados de assistência à saúde a estabelecerem grau mínimo para autorização de cirurgias corretivas de miopia, hipermetropia e astigmatismo.

O Projeto de Lei nº 5.143, de 2009, do Deputado Waldir Neves, altera a Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os planos e seguros privados

de assistência à saúde”, com a inclusão da inscrição de filho adotivo, adotando e criança ou adolescente sob guarda, aproveitando os prazos de carência contratado pelo adotante ou guardião. Este Projeto visa a estender o direito da inscrição do filho adotivo, menor de 12 anos, ao adotando e à criança sob a guarda de beneficiários de planos de saúde.

O Projeto de Lei nº 7.594, de 2010, do Deputado Fábio Faria, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para permitir a inclusão de enteados com beneficiários.

O Projeto de Lei nº 7.762, de 2010, do Deputado Chico Lopes, altera a Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Estabelece que a recusa da operadora em realizar procedimentos, exames e internação deverá ser realizada por escrito e de forma justificada. Exige que as operadoras ofereçam aos usuários tanto os planos de saúde individuais quanto os coletivos e garante a migração de plano coletivo para o individual nas mesmas condições do anterior.

O Projeto de Lei nº 394, de 2011, do Deputado Marcelo Aguiar, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde e dá outras providências”. Este Projeto estabelece que a recusa de realização de procedimentos pelo plano de saúde deverá ser feita por escrito.

O Projeto de Lei nº 4.077, de 2012, do Deputado Giroto, acrescenta o art. 12-A à Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Obriga as operadoras de planos de saúde a apresentarem justificativa detalhada quando negarem cobertura a algum beneficiário.

O Projeto de Lei nº 4.787, de 2016, do Deputado Uldurico Junior, acrescenta parágrafo único ao art. 186 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Considera como dano moral a negativa de cobertura, sem justa causa, por planos de saúde.

O Projeto de Lei nº 1.763, de 2011, do Deputado Reguffe, acrescenta o § 2º e o inciso I ao § 2º, ambos do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para assegurar aos beneficiários de planos de saúde coletivos, a permanência do direito ao atendimento à saúde, nos casos de inadimplência das operadoras com as empresas de planos de saúde, bem como possibilitar a migração desses beneficiários de planos coletivos para planos individuais de saúde, nas mesmas condições de cobertura.

O Projeto de Lei nº 4.644, de 2016, do Deputado Flavinho, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para garantir aos membros de associações civis e religiosas o direito à adesão aos planos de saúde coletivos empresariais ou coletivos por adesão de que participem as instituições que integrem.

O Projeto de Lei nº 657, de 2011, do Deputado Carlos Eduardo Cadoca, altera a Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para proibir a limitação ao fornecimento de prótese, órtese e seus acessórios, quando necessários ao ato cirúrgico.

O Projeto de Lei nº 7.844, de 2014, dos Deputados Rogério Carvalho e Ricardo Izar, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para dispor sobre a indicação de órteses, próteses, materiais especiais aos profissionais médicos ou clínicas, com referências baseadas em evidências, práticas cientificamente reconhecidas e autorização pela vigilância sanitária. Este Projeto de Lei determina que as operadoras de planos de saúde deverão indicar ao médico três modelos de órteses, próteses e materiais especiais, e que estes poderão rejeitar a indicação, mediante justificção.

O Projeto de Lei nº 5.730, de 2009, do Deputado Geraldo Resende, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Determina a inclusão da reprodução assistida dentre os serviços oferecidos pelos planos de saúde.

O Projeto de Lei nº 4.726, de 2012, do Deputado Eleuses Paiva, suprime inciso III do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998, que institui o

plano-referência de assistência à saúde. Desse modo, passa a prever a cobertura à reprodução humana assistida pelos planos de saúde

O Projeto de Lei nº 121, de 2015, do Deputado Juscelino Rezende Filho, suprime o inciso III do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998, que institui o plano-referência de assistência à saúde. Assim, prevê a cobertura à reprodução humana assistida pelos planos de saúde.

O Projeto de Lei nº 2.328, de 2011, do Deputado Reguffe, altera o inciso III do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para assegurar a todos os beneficiários de planos de saúde o direito à cobertura total e integral de todos e quaisquer atendimentos e procedimentos médicos, custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em todas as modalidades que tratam o inciso I e o § 1º desse artigo.

O Projeto de Lei nº 8.591, de 2017, do Deputado Jorge Côrte Real, “altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde autorizem procedimentos ou serviços, ainda que não previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde, se houver solicitação justificada, por relatório circunstanciado, do profissional de saúde assistente”.

O Projeto de Lei nº 3.285, de 2012, do Deputado Amauri Teixeira, dispõe sobre a proibição das Seguradoras de planos de saúde estabelecerem limites de gastos com internação.

O Projeto de Lei nº 2.538, de 2011, da Deputada Dra. Elaine Abissamra, dispõe sobre a obrigatoriedade de os planos de saúde e seguros privados incluírem a vacinação nos planos ou seguros-referência.

O Projeto de Lei nº 4.404, de 2016, do Deputado Herculano Passos, dispõe sobre a obrigatoriedade e cobertura da vacina contra HPV pelos planos de saúde.

O Projeto de Lei nº 4.164, de 2004, dos Deputados Rafael Guerra, Dr. Francisco Gonçalves e Geraldo Resende, altera a Lei nº 9.656, de

1998, a Lei dos planos de saúde, para definir amplitude de cobertura para realização de transplantes.

O Projeto de Lei nº 7.128, de 2006, do Senado Federal, altera os arts. 10 e 12 da Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde”, para acrescentar, entre as exigências mínimas dos planos que incluam internação hospitalar, a cobertura de despesas com procedimentos vinculados a transplantes de órgãos.

O Projeto de Lei nº 5.963, de 2013, do Deputado Rogério Peninha Mendonça, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Inclui na cobertura dos planos de saúde os custos com a habilitação ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação (CNH).

O Projeto de Lei nº 8.048, de 2010, do Senado Federal, altera o art. 35-F da Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para instituir política de assistência à saúde da criança e do adolescente no âmbito do Sistema de Saúde Suplementar.

O Projeto de Lei nº 3.087, de 2012, do Senado Federal, altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para tornar explícito que a gratuidade é um princípio do Sistema Único de Saúde e para vedar a cobrança, por parte das unidades da rede própria do SUS, pela execução de ações de saúde.

O Projeto de Lei nº 1.677, de 2011, do Deputado Inocêncio Oliveira, modifica o § 1º do art. 16 da Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Este Projeto determina que a todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais do plano ou seguro privado de assistência à saúde, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações, bem como contenha lista de estabelecimentos, hospitais e profissionais

credenciados ou conveniados, com as respectivas especialidades, endereços e telefones e o sítio da rede mundial de computadores em que tais informações estejam obrigatoriamente disponíveis.

O Projeto de Lei nº 2.645, de 2011, do Deputado Alberto Filho, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências”. Estabelece que, nos contratos firmados entre operadoras e consumidores, constem os endereços de correspondência e eletrônicos, bem como telefones para contato da ANS e dos órgãos de defesa do consumidor.

O Projeto de Lei nº 4.036, de 2012, da Deputada Nilda Gondim, obriga as operadoras de planos privados de assistência à saúde a disponibilizar individualmente aos segurados informações sobre o descredenciamento de hospitais, clínicas e médicos e atualização dos dados de sua rede assistencial em tempo real.

O Projeto de Lei nº 5.152, de 2013, do Deputado Major Fábio, acresce parágrafo ao art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer obrigatoriedade de comunicação aos usuários de planos e seguros de saúde sobre descredenciamento de instituições e profissionais.

O Projeto de Lei nº 6.819, de 2013, do Deputado Júlio Campos, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para obrigar a comunicação da cessão do credenciamento de profissionais pelo plano de saúde.

O Projeto de Lei nº 6.455, de 2016, do Deputado Cabo Sabino, dispõe sobre a obrigatoriedade das operadoras de planos de saúde a avisar previamente e individualmente aos consumidores sobre o descredenciamento de hospitais e médicos.

O Projeto de Lei nº 3.675, de 2012, do Senado Federal, acrescenta art. 1º-A à Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer princípios a serem observados na atenção à saúde prestada no âmbito dos planos privados de assistência à saúde. A proposição busca trazer para os planos privados de assistência à saúde princípios fundamentais, para garantir o direito dos usuários à atenção à saúde de qualidade.

O Projeto de Lei nº 4.201, de 2012, do Deputado Eduardo da Fonte, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para prever que nos contratos coletivos o reajuste dependerá de prévia autorização da ANS e que a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato só ocorra em caso de fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

O Projeto de Lei nº 5.715, de 2013, do Deputado Reguffe, altera o parágrafo único do art. 13 e § 2º do art. 35-E, ambos da Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para assegurar que os planos de saúde coletivos ou empresariais com até cem beneficiários tenham o mesmo tratamento legal que os planos de saúde individuais.

O Projeto de Lei nº 6.067, de 2013, do Deputado Antonio Carlos Mendes Thame, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para determinar que, para fins do disposto na Lei, são equivalentes os direitos e deveres de pessoas físicas e jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde.

O Projeto de Lei nº 6.715, de 2013, do Deputado Ivan Valente, altera a Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para exigir prévia autorização da Agência Nacional de Saúde no caso de reajustes de planos ou seguros coletivos de saúde, e dá outras providências.

O Projeto de Lei nº 6.714, de 2013, do Deputado Ivan Valente, altera a Lei nº 9.961, de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar, para exigir prévia autorização da Agência Nacional de Saúde no caso de reajustes de planos ou seguros coletivos de saúde, e dá outras providências.

O Projeto de Lei nº 7.142, de 2014, do Deputado Danilo Forte, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para exigir a autorização prévia da Agência

Nacional de Saúde Suplementar para o reajuste de preços dos planos e seguros de saúde coletivos.

O Projeto de Lei nº 1.039, de 2015, do Deputado Ronaldo Martins, dá nova redação ao parágrafo único, incisos II e III, e acrescenta parágrafo 2º ao art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, na forma que indica. Assim, altera o prazo para a rescisão unilateral do contrato.

O Projeto de nº 2.274, de 2015, do Deputado Rogério Rosso, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre a aplicação da cláusula de reajustes dos planos e seguros privados de assistência à saúde.

O Projeto de Lei nº 2.295, de 2015, do Deputado Rodrigo Garcia, estabelece diretrizes gerais para política de reajustes do setor de saúde suplementar, visando à proteção dos direitos dos consumidores e à coexistência sustentável de planos de saúde individuais e de planos ou seguros coletivos de saúde.

O Projeto de Lei nº 5.286, de 2016, do Deputado Rodrigo Martins, altera a Lei nº 9.656 de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Altera o prazo para a rescisão unilateral do contrato.

O Projeto de Lei nº 5.622, de 2016, do Deputado Rubens Bueno, altera a Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para estender a sua aplicação aos planos de saúde coletivos.

O Projeto de Lei nº 8.396, de 2017, do Deputado Flavinho, altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre os critérios de reajuste de preço, nos contratos individuais e coletivos, dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, e para criar mecanismos de regulação para o controle da demanda dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.

O Projeto de Lei nº 4.402, de 2012, do Deputado Zoinho, acrescenta dispositivo à Lei nº 9.656, de 1998, para assegurar direitos dos

dependentes maiores de 21 anos e menores de 24 anos, matriculados em curso regular reconhecido pelo MEC.

O Projeto de Lei nº 5.912, de 2013, do Deputado Márcio França, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre os direitos básicos do consumidor de planos e seguros privados de assistência à saúde.

O Projeto de Lei nº 176, de 2015, do Deputado Zeca Cavalcanti, altera a Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para acrescentar novo dispositivo. Concede desconto progressivo nas mensalidades para o usuário do plano de saúde que utiliza com pouca frequência os serviços contratados da saúde suplementar.

O Projeto de Lei nº 2.608, de 2015, do Deputado Luiz Carlos Ramos, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Propõe tabela de descontos progressivos incidentes sobre contratos de planos de saúde dos segurados que se abstiverem de utilizá-lo ao longo da vigência anual.

O Projeto de Lei nº 6.436, de 2013, do Deputado Major Fábio, obriga as operadoras de planos ou Seguros de Assistência à Saúde a buscarem vagas em suas unidades conveniadas, dentro das especialidades oferecidas em seus contratos, bem como a se responsabilizarem pela remoção, da sua origem até a unidade portadora de vaga, dos pacientes que corram risco de morte, quando impossibilitados de o fazerem por conta própria.

O Projeto de Lei nº 7.111, de 2014, do Deputado Jovair Arantes, acrescenta o art. 16-A à Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para explicitar a nulidade de pleno direito de cláusula contratual excludente de cobertura securitária em caso de lesões autoinfligidas, decorrentes ou não de tentativa de suicídio.

O Projeto de Lei nº 664, de 2007, do Deputado Manoel Junior, obriga as empresas privadas que operem Planos de Assistência à Saúde a disporem de centrais de atendimento funcionando durante as 24 horas do dia.

O Projeto de Lei nº 1.220, de 2007, do Deputado Jovair Arantes, dispõe sobre a elaboração de tabela de honorários médicos, odontológicos e de outros profissionais, como base mínima para contratos com as operadoras de planos de saúde.

O Projeto de Lei nº 69, de 2015, do Deputado Pompeo de Mattos, acrescenta inciso IV ao art. 18 da Lei nº 9.656, de 1998, e dá outras providências. Estabelece prazo de até 15 dias úteis entre a marcação da consulta e o atendimento médico ou marcação e realização de um exame.

O Projeto de Lei nº 1.272, de 2015, do Deputado Carlos Bezerra, acresce dispositivo à Lei nº 9.656, de 1998, “que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”.

O Projeto de Lei nº 1.564, de 2015, da Deputada Maria do Rosário, altera a Lei nº 9.656, de 1998. Estabelece que as operadoras de planos privado de assistência à saúde ofertem tratamento em clínicas e hospitais psiquiátricos especializados no cuidado e cura de dependências químicas.

O Projeto de Lei nº 1.948, de 2015, do Deputado Vinicius Carvalho, altera a lei sobre planos e seguros privados de saúde, para determinar a obrigatoriedade de instalação de postos de atendimento pelas operadoras, bem como atendimento telefônico 24 horas.

O Projeto de Lei nº 1.992, de 2015, do Deputado Fábio Mitidieri, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e dá outras providências”, com finalidade de proibir discriminação entre clientes consumidores dos planos de saúde e particulares.

O Projeto de Lei nº 5.113, de 2016, dos Deputados Marcelo Squassoni e Celso Russomanno, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Adota medidas para impedir a discriminação das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos pelos planos de Saúde.

O Projeto de Lei nº 2.582, de 2015, do Deputado Ronaldo Carletto, altera a Lei nº 9.656, de 1998. Este Projeto veda a cobrança direta de valores do usuário por parte de prestador de serviço ou de profissional de saúde, a título de complemento para serviços cobertos pelo plano de saúde.

O Projeto de Lei nº 3.223, de 2015, do Deputado Lucas Vergilio, regulamenta a atividade e a profissão de Corretor de Planos Privados de Saúde Suplementar.

O Projeto de Lei nº 4.113, de 2015, da Deputada Gorete Pereira, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde” e a Lei nº 9.961, de 2000, que “cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências”, para destinar ao Fundo Nacional de Saúde a receita proveniente das multas aplicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O Projeto de Lei nº 4.477, de 2016, do Deputado Weverton Rocha, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para considerar obrigatória a cobertura de teste sorológico para Zika vírus, e dá outras providências.

O Projeto de Lei nº 4.485, de 2016, do Deputado Nilto Tatto, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Inclui cobertura de exames, diagnósticos e tratamentos de epidemias de dengue, chikungunya e zika.

O Projeto de Lei nº 5.126, de 2016, do Deputado Geraldo Resende, altera as Leis nºs 8.069, de 13 de julho de 1990, e 9.656, de 1998. Trata do direito de acesso aos métodos de diagnóstico e ao tratamento integral no âmbito do Sistema Único de Saúde, e à sorologia nos planos de seguros privados de saúde.

O Projeto de Lei nº 4.478, de 2016, da Comissão de Legislação Participativa, dispõe sobre a inclusão do tratamento do tabagismo entre as coberturas obrigatórias dos contratos de planos de saúde.

O Projeto de Lei nº 5.069, de 2016, do Senado Federal, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para, em caso de morte do titular de plano privado de

assistência à saúde, assegurar aos dependentes o direito à manutenção das condições contratuais e à redução proporcional da contraprestação pecuniária.

O Projeto de Lei nº 5.779, de 2016, do Deputado Simão Sessim, altera o art. 8º, § 6º, e o § 1º do inciso VII da Lei nº 9.656 de junho de 1998 – Lei dos Planos de Saúde Privados.

O Projeto de Lei nº 6.033, de 2016, da Comissão de Legislação Participativa, altera a alínea “f” do inciso II, do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, e dá outras providências”. Estabelece periodicidade para atualização do rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O Projeto de Lei nº 6.948, de 2017, do Deputado Professor Victório Galli, acrescenta o parágrafo único ao art. 27 da Lei nº 9.656, de 1998. Determina que a ANS poderá, após analisar a conveniência e a oportunidade, converter a penalidade pecuniária em prestação de serviços em saúde pública pela operadora de planos privados.

O Projeto de Lei nº 6.941, de 2017, da Deputada Jozi Araújo, altera a Lei nº 9.656, de junho de 1998, acrescentando as definições dos tipos de contratações dos planos privados de assistência à saúde e estabelece obrigações para administradoras e operadoras de planos de assistência à saúde.

O Projeto de Lei nº 8.276, de 2017, do Deputado Veneziano Vital do Rêgo, altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para padronizar a data de reajuste das contraprestações pecuniárias devidas aos planos e seguros privados de assistência à saúde.

O Projeto de Lei nº 7.175, de 2017, do Deputado Veneziano Vital do Rêgo, altera a Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para garantir que as mulheres que estejam até na 18ª semana de gestação que contratem planos de saúde hospitalares com cobertura obstétrica tenham direito a atendimento integral, inclusive à realização de cirurgias, em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional em situações de urgência.

O Projeto de Lei nº 7.501, de 2017, do Deputado Benjamin Maranhão, “altera a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, que dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências, para vedar que o prestador de serviço e o profissional de saúde contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde pratique a diferenciação da agenda para pacientes de planos de saúde e pacientes particulares, assim chamados os que pagam com recurso próprio e direto”.

O Projeto de Lei nº 7.589, de 2017, do Deputado Pastor Luciano Braga, “altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho, de 1998 que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para garantir o direito à inscrição de dependente sujeito à guarda ou a tutela do beneficiário, bem como o alimentando”.

O Projeto de Lei nº 7.675, de 2017, do Deputado Pastor Luciano Braga, “dá nova redação ao § 3º do art. 33, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente – para assegurar ao dependente sob condição de guarda o direito à inscrição em Plano de Saúde e concessão de benefícios tributários”.

O Projeto de Lei nº 7.865, de 2017, do Deputado Alfredo Nascimento, “altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatória a cobertura, pelo plano referência e pela segmentação que inclua internação hospitalar, da assistência em regime de hospital-dia e da internação domiciliar”.

O Projeto de Lei nº 8.264, de 2017, do Deputado Chico Lopes, “altera os artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que ‘dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde’”. Tem como objetivo determinar que as coberturas do tratamento domiciliar sejam feitas independentemente de previsão contratual.

O Projeto de Lei nº 7.947, de 2017, da Deputada Renata Abreu, “altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que o estabelecimento de saúde credenciado que não executar determinado procedimento ou serviço deverá informar o consumidor dessa restrição”.

O Projeto de Lei nº 8.108, de 2017, do Deputado Vaidon Oliveira, “estabelece prazo para que operadores de planos de saúde e delegatários de serviços de saúde garantam o acesso a serviços e procedimentos de saúde”.

O Projeto de Lei nº 8.163, de 2017, do Deputado Heuler Cruvinel, “altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que ‘dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde’”, para tratar da cobertura na íntegra do plano de saúde e seguro-saúde ao beneficiário durante o período de seguro-desemprego.

O Projeto de Lei nº 8.590, de 2017, do Deputado Jorge Côrte Real, “altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde forneçam resposta à solicitação de idosos para procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial no prazo máximo de doze horas”.

3 – Histórico conciso da tramitação da matéria

Inicialmente, o Projeto de Lei nº 7.419, de 2006, foi distribuído às Comissões de Seguridade Social e Família - CSSF, Finanças e Tributação – CFT (para análise da sua adequação financeira e orçamentária), e Constituição e Justiça e de Cidadania - CCJ (para aferição da sua constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa). Esse despacho foi, mais tarde, alterado, e a Comissão de Defesa do Consumidor também passou a ser responsável pela apreciação da matéria.

Na CCSF, ocasião em que já tinha alguns apensados, recebeu parecer pela rejeição, que foi aprovado por unanimidade. Ao chegar à CFT, que lhe deu parecer pela não implicação com aumento ou diminuição da receita ou da despesa pública, vários outros projetos passaram a tramitar em conjunto com ele. Na CCJ, não foi votado parecer acerca da matéria – embora tenha sido oferecido pelo então relator.

Em 2016, a Presidência criou esta Comissão Especial, nos termos do art. 34, II, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados (RICD), para analisar o Projeto principal e seus apensados. Esse órgão temporário foi

instalado em dezembro de 2016, quando foram eleitos o seu Presidente, Vice-Presidentes e designado o seu Relator.

Em 8 de março de 2017, foi aprovado o Requerimento nº 6.038, de 2017¹⁴, que demandava regime de urgência para a apreciação do PL 4.477, de 2016. Com isso, alterou-se o regime de todas as proposições que tramitam em conjunto.

Esta Comissão Especial debateu a matéria em 12 reuniões, nas quais compareceram representantes dos mais diversos segmentos relacionados à saúde suplementar. Essas pessoas puderam expor as demandas setoriais e apresentar sugestões para o Colegiado, conforme demonstramos em tópico prévio deste documento. Nessas ocasiões, os deputados e deputadas também apresentaram seu ponto de vista sobre o assunto.

Com base em todas essas manifestações, construímos este trabalho.

É o relatório.

II - VOTO DO RELATOR

Neste tópico, apreciaremos, mais a fundo, alguns assuntos que sobressaíram nas discussões desta Comissão. Em seguida, examinaremos cada um dos projetos que tramitam em conjunto.

1 – Análise da proposta de relatório produzida pelo Deputado Mandetta na Subcomissão Especial Destinada a Avaliar o Sistema de Saúde Complementar

O Deputado Mandetta remeteu ao Relator desta Comissão a proposta de relatório produzida por ele na Subcomissão Especial destinada a avaliar o Sistema de Saúde Complementar. Essa Subcomissão foi constituída com o objetivo de rever a Lei nº 9.656, de 1998, e o funcionamento da Agência

14

Nacional de Saúde Suplementar e das operadoras de planos de saúde. O documento, no entanto, não chegou a ser votado pelo Colegiado.

Ao longo do funcionamento da Subcomissão foram convidados e ouvidos representantes dos seguintes órgãos e entidades: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Associação Brasileira de Medicinas de Grupo, Unimed do Brasil, Sociedade Cooperativa de Planos Odontológicos, Organização das Cooperativas Brasileiras, Confederação Nacional de Saúde, Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, Associação Brasileira de Consumidores, Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo, Federação Nacional de Saúde Suplementar, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Confederação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas, Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Associação dos Servidores e demais trabalhadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar e Associação Médica do Paraná.

Na 5ª Reunião Ordinária da Subcomissão, decidiu-se que ela teria como foco principal “o estudo para a formatação de um projeto de Lei fixando o marco regulatório definitivo para o setor de planos e seguros privados de assistência à saúde”. A Subcomissão recebeu mais de 500 sugestões de pessoas e entidades, que propuseram alterações na legislação vigente.

De acordo com o documento remetido, “o sistema de saúde suplementar projeta um cenário de extrema concentração de poder financeiro e barganha por parte das grandes operadoras, dos grandes centros urbanos; privilegia os grandes conglomerados da indústria farmacêutica, de órteses e próteses e de exames complementares; além de inviabilizar a existência das pequenas e médias operadoras”.

Outro ponto destacado é que “a ausência de um fórum deliberativo composto pelos atores já mencionados é o centro de todas essas dificuldades. Não existe uma mesa nacional de negociação, um conselho nacional de saúde suplementar (...). No âmbito desta subcomissão, a colaboração principal que este relator traz é a criação de um conselho nacional

de saúde suplementar, com a participação equitativa dos segmentos formadores deste setor”.

Ao concluir, o Relator da Subcomissão, o Deputado Mandetta, notou que: “a experiência acumulada em vinte anos de Sistema Único de Saúde demonstra que o caminho da pactuação pode e deve ser seguido pela saúde suplementar. E, para que isto possa ocorrer, é que proponho, conforme Projeto de Lei em anexo, a alteração das Leis nº 9.656/1998 e nº 9.961/2000, elaborando a competência, a composição e a organização do Conselho Nacional de Saúde Suplementar”.

Consoante informado, a minuta de projeto de lei apresentada ao final do da proposta de relatório da Subcomissão propunha a criação de um Conselho Nacional de Saúde Suplementar, com participação de diversos segmentos do setor. No entanto, embora a proposição seja bem-intencionada, essa medida, a nosso ver, encontra impedimento constitucional. Acreditamos que um projeto de lei de autoria parlamentar que cria órgãos na estrutura do Poder Executivo é eivado de inconstitucionalidade.

Como é sabido, não se pode criar órgãos do Poder Executivo por meio de lei de autoria do Poder Legislativo sem violar o art. 61, § 1º, II, “e”, da Constituição Federal de 1988. Assim, a medida cogitada tem de partir, por imperativo constitucional, do Chefe do Poder Executivo.

Além disso, já se pronunciou o Supremo Tribunal Federal (STF) no sentido de que a apresentação, por parlamentar, de Projeto de Lei que remodele atribuições de órgãos da administração pública viola o princípio da separação dos poderes. Disso provém a impossibilidade de uso de uma lei de autoria parlamentar para tanto. A título de ilustração, segue jurisprudência do STF:

"É indispensável a iniciativa do chefe do Poder Executivo (mediante projeto de lei ou mesmo, após a EC 32/2001, por meio de decreto) na elaboração de normas que de alguma forma remodelem as atribuições de órgão pertencente à estrutura administrativa de determinada unidade da Federação." (ADI 3.254, Rel. Min. Ellen Gracie, julgamento em 16-11-2005, Plenário, DJ de 2-12-2005.) No mesmo sentido: AI 643.926-ED, Rel. Min. Dias

Toffoli, julgamento em 13-3-2012, Primeira Turma, DJE 12-4-2012; RE 586.050-AgR, Rel. Min. Gilmar Mendes, julgamento em 28-2-2012, Segunda Turma, DJE de 23-3-2012.

O jurista José dos Santos Carvalho Filho também comunga desse entendimento, conforme se depreende da transcrição abaixo:

“De acordo com a regra constitucional (Art. 61, § 1º, II, ‘e’, CF), cabe ao Presidente da República a iniciativa das leis que disponham sobre criação, estruturação e atribuições dos Ministérios e órgãos da Administração Pública, sendo essa regra aplicável também a Estados e Municípios(...)”.

Por isso, acreditamos que a minuta de projeto de lei em análise está eivada de inconstitucionalidade, por vício na iniciativa. A espécie legislativa que porventura adviesse da sua aprovação padeceria de vício insanável de inconstitucionalidade.

Acerca desse assunto, acrescentamos algumas informações, com base no trabalho “Limites da Iniciativa Parlamentar sobre Políticas Públicas – uma proposta de releitura do art. 61, § 1º, II, da Constituição Federal”¹⁵, de João Trindade Cavalcante Filho. Segundo o estudioso, o Poder Legislativo tem a prerrogativa constitucional de concretizar os direitos fundamentais sociais. No entanto, a formulação de políticas públicas depende do respeito a determinados parâmetros constitucionais. Para ele, “o que não se admite que, por iniciativa parlamentar, se promova o redesenho de órgãos do Executivo, ou a criação de novas atribuições (ou mesmo de novos órgãos). Do mesmo modo, é inadmissível que o legislador edite meras leis autorizativas, ou, ainda, que invada o espaço constitucionalmente delimitado para o exercício da função administrativa (reserva de administração)”.

Embora tenhamos elementos para discordar dos termos da minuta de projeto de lei oferecida ao final da proposta de relatório da Subcomissão Especial destinada a avaliar o Sistema de Saúde Complementar, este documento nos será de grande valia, uma vez que ofereceremos, por

¹⁵ <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td-122-limites-da-iniciativa-parlamentar-sobre-politicas-publicas-uma-proposta-de-releitura-do-art.-61-ss-1o-ii-e-da-constituicao-federal>

meio deste Parecer e do Substitutivo formulado, sugestões de mudanças legislativas que visem a resolver os problemas estruturais da saúde suplementar nele mencionados.

2 – Planos de Saúde na atualidade

De acordo com a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), 93,3% do faturamento dos principais hospitais privados do País vêm de planos de saúde. Ainda em conformidade com a Associação, apesar da crise econômica, o setor saúde continua gerando postos de trabalho. Em 2015, havia 3 milhões de empregos mantidos nesse segmento.

Em março de 2017, conforme a ANS¹⁶, havia 47,6 milhões de beneficiários de planos de saúde com ou sem odontologia, o que equivale a 24,5% da população brasileira. Ademais, havia 22,4 milhões de beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos.

Dos planos de assistência médica com ou sem odontologia, 42,7 milhões de contratos eram novos (sujeitam-se às normas da Lei nº 9.656, de 1998) e 4,9 milhões eram antigos. Além disso, 19,6% deles eram individuais ou familiares e 80% eram coletivos.

O sítio eletrônico da ANS destacou que 2014 foi o último ano em que houve crescimento do número de beneficiários nos planos de assistência médica com ou sem odontologia. De 2015 a 2017, houve queda, respectivamente, de 2,3, 3,1 e 0,3% no número de consumidores. Com isso, a taxa de cobertura populacional, que era de 25,8% em março de 2014, foi para 24,5% em março de 2017. Em contrapartida, o número de beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos tem aumentado nos últimos anos.

O número de operadoras também foi reduzido na última década. Enquanto em dezembro de 2007 havia 1.168 operadoras médico-hospitalares e 408 odontológicas, em março de 2017 havia 780 médico-hospitalares e 296 odontológicas.

3 – Judicialização na saúde suplementar

¹⁶ <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>

Notícia divulgada na Folha de São Paulo¹⁷, em meados de agosto deste ano, informou que o número de ações contra planos de saúde é o maior da história. No estado de São Paulo, de janeiro a julho, foram 17.114 ações, número que supera – e muito! – o encontrado no primeiro levantamento feito pelo Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar do Departamento de Medicina Preventiva da USP, que, em 2011, apontou o julgamento de 3.895 ações relativas a esse assunto.

Esses dados foram obtidos no relatório coordenado pelo Professor Mário Scheffer, que destacou que o número de ações judiciais cresce em ritmo acelerado, apesar de a quantidade de usuários de planos estar em queda no País. Consoante este documento, os principais motivos ensejadores das ações foram **exclusão de cobertura (44%)**, valor da mensalidade para idosos e manutenção do aposentado no contrato coletivo (27%), reajustes anuais e por mudança de faixa etária (17%), rescisão unilateral do contrato pela operadora (5%) e outros - descredenciamento de prestadores, reembolso, manutenção de demitido no contrato coletivo, manutenção de dependente após falecimento do titular e migração e rescisão de contratos (7,5%). Em 92,4% dos acórdãos, foi dada razão ao usuário.

Outra questão avultada no relatório foi que, entre 2011 e 2016, o Tribunal de Justiça de São Paulo julgou, em segunda instância, mais causas envolvendo planos de saúde (63.238 decisões) do que pretensões relacionadas ao Sistema Único de Saúde (49.959 decisões), que, de acordo com a Constituição Federal, tem alcance universal e é responsável por todo o atendimento à saúde da população brasileira, com ações de promoção, proteção e recuperação, o que inclui procedimentos de baixa a alta complexidade, a vigilância sanitária, o fornecimento de vacinas, medicamentos, entre outros produtos e serviços.

O assunto da judicialização na saúde suplementar também já foi objeto de análise nesta Casa, pela Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) destinada a Investigar a Cartelização de Preços e Distribuição de Órteses e

¹⁷ <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2017/08/1909295-disparam-acoes-contra-planos-de-saude.shtml>

Próteses, inclusive com a Criação de Artificial Direcionamento de Demanda e Captura dos Serviços Médicos por Interesses Privados – Máfia das Órteses e Próteses.

Um dos assuntos examinados pela CPI referia-se a fraudes perpetradas por meio da concessão de liminares pelo Poder Judiciário. A urgência e os graves danos que decorreriam de sua denegação (privando a parte de medicamento ou de procedimento médico), relatados em pedidos de tutela antecipada, levavam magistrados a deferi-las imediatamente.

O relatório da CPI Órteses explicou a operacionalização das fraudes. Transcrevemos, a seguir, trecho elucidativo¹⁸:

“A utilização do Judiciário com tal finalidade opera-se da seguinte forma: orientado por médico, a paciente demanda ao juiz a concessão de tutela de urgência para a realização de determinado procedimento, que exige material específico de elevado valor. Diante da negativa da operadora do plano de saúde suplementar ou do Poder Público, não lhe restaria outra opção senão recorrer aos tribunais. Diante de uma situação de alegada urgência, da escassez de tempo para melhor decidir e da ausência de informações precisas acerca dos preços de OPME praticados no mercado, bem como sobre as alternativas viáveis de tratamento, a regra é que se decida pela concessão.

Contudo, a decisão proferida, com a finalidade de assegurar ao jurisdicionado o não perecimento de seu direito e a resguardar a vulneração de sua integridade física, pode gerar resultados lesivos: (a) ao Plano de Saúde, uma vez que adquirirá material em valores superiores àqueles suportáveis financeiramente; (b) aos demais segurados, em virtude da correção dos valores; (c) ao erário, quando são solicitados materiais ao Sistema Único de Saúde e (d) até mesmo ao próprio paciente, quando o tratamento não for necessário para o problema de saúde que apresenta.

A aquisição de materiais de valor elevado alimenta um sistema em que profissionais de má-fé obtêm vantagens: o médico, por celebrar acordo com o fornecedor ou fabricante do material, recebendo benefícios diretos ou indiretos pela indicação; os advogados, considerando que o maior valor das

¹⁸ O Relatório da CPI Órteses está disponível no sítio eletrônico da Câmara dos Deputados: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1363381&filename=R-EL+3/2015+CPIORTES (p. 166-167).

condenações implica maior o montante dos honorários advocatícios sucumbenciais e o próprio fabricante”.

Nesse contexto, temos de destacar que o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) instituiu, por meio da Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010¹⁹, o Fórum Nacional do Poder Judiciário para, entre outras atividades, monitorar demandas que envolvam prestações de assistência à saúde e propor medidas concretas e normativas voltadas à otimização de rotinas processuais.

Esse mesmo Órgão também editou a Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010²⁰, por meio da qual orientou os tribunais a firmar convênios para disponibilizar aos magistrados equipes de médicos e farmacêuticos habilitados a proverem as informações necessárias para a tomada de decisão (Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário – NAT-Jus), e a Recomendação nº 36, de 12 de julho de 2011²¹, destinada exclusivamente à saúde suplementar, na qual incentivou as Cortes a facultarem o cadastramento endereços para correspondência eletrônica de operadoras de planos de saúde, a fim de facilitar a comunicação imediata com magistrados.

Diante das notícias de que tribunais do País, incentivados pelo CNJ, começaram a valer-se de câmaras técnicas (criadas no âmbito dos tribunais ou que exercem seu ofício mediante convênio de instituições com os tribunais) destinadas a emitir parecer prévio à decisão jurisdicional, surgiu no Parlamento a ideia de se aprovar projeto de lei no sentido de obrigar a sua instituição, para preservar os direitos de pacientes, planos de saúde e do erário.

Como a determinação legal de criação de câmaras técnicas no âmbito dos tribunais é de constitucionalidade questionável, ante a autonomia administrativa e financeira que lhes é garantida constitucionalmente, a CPI das órteses e próteses valeu-se de uma alternativa ao elaborar o Projeto de Lei (PL

¹⁹ <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=2831>

²⁰

http://www.cnj.jus.br/images/atos_normativos/recomendacao/recomendacao_31_30032010_22102012173049.pdf

²¹ http://www.cnj.jus.br/images/programas/forumdasaude/recomendacao_n36_12julho2011.pdf

nº 2.451, de 2015)²² sobre o assunto, que foi apresentado no relatório final: mencionou as referidas câmaras técnicas, sem, contudo, impor aos tribunais a sua instalação. Dessa forma, criou a necessidade de o juiz ouvir previamente profissional da saúde, mas sem determinar modificações na estrutura administrativa dos tribunais.

Esse Projeto foi distribuído às Comissões de Seguridade Social e Família e Constituição e Justiça e de Cidadania. Na primeira, recebeu parecer pela aprovação. Atualmente, aguarda parecer no segundo colegiado. Como base nesse PL, propusemos, no Substitutivo, uma norma para racionalizar a concessão de medidas de urgência relacionadas à saúde suplementar.

Decerto haverá casos em que não será possível ouvir o profissional da saúde, ante a alta probabilidade de dano à saúde ou à vida do autor. Pensando nessas hipóteses, o § 2º do artigo 35-N que se acrescenta à Lei contém válvula de escape, autorizando que o juiz defira a medida de urgência, dispensadas as providências a que nos referimos.

Ainda é importante avultar, nesse cenário, que o Ministério da Saúde passará a ofertar²³ aos estados, ao DF e aos municípios o “software” denominado “S-Codes”, desenvolvido pelo estado de São Paulo, que permitirá traçar o panorama real da judicialização em todo o País. Essa ferramenta ensejará a avaliação, o controle e a detecção de fraudes, bem como assegurará o cumprimento das decisões. Ademais, proverá tecnologia para que os entes federados possam cruzar dados para identificar quem são os pacientes, médicos, prescritores e advogados que entram com ações judiciais nesse sentido, além dos juízes que proferem as sentenças. O SUS também tem tido seu orçamento afetado pelo excesso de judicialização. Entre 2010 e 2016, foram destinados pela União R\$ 4,5 bilhões para atender a determinações judiciais de compra de medicamentos, dietas, suplementos alimentares, além de depósitos judiciais. Em 2017, até maio, a cifra chegou a

²²

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1469290&filename=A+vulso+-PL+2451/2015

²³ <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/1105-ministerio-da-saude-vai-disponibilizar-software-para-controlar-acoes-judiciais-em-saude>

R\$ 715 milhões, dos quais 687 milhões foram destinados à compra de apenas 494 itens. Até o final de 2017, a perspectiva é de que o gasto com determinações judiciais chegue a R\$ 7 bilhões (considerando-se todos os entes federados).

No entanto, como esta Comissão está restrita à análise de projetos de lei relativos a planos de saúde, estabelecemos um mecanismo que se aplica apenas às ações relacionadas a essa temática.

4 – Ativos garantidores

Os ativos garantidores, como seu nome sugere, são bens utilizados para assegurar o pagamento de provisões técnicas. Essas provisões são constituídas para fazer frente a débitos com prestadores de serviço, médicos, hospitais e clientes do plano.

As regras estatais que definem ativos garantidores baseiam-se na premissa de que os gestores dos planos de saúde, ainda que munidos das melhores intenções, podem eventualmente assumir compromissos insuportáveis para o patrimônio do plano e, com isso, acabar prejudicando seus próprios clientes, e todos os seus credores, como empregados, prestadores de serviço e hospitais.

Não parece haver dúvida de que a exigência de ativos garantidores é importante para a estabilidade do mercado de seguro saúde e, conseqüentemente, para todos aqueles que tomam parte dele, aí incluídos os contratantes dos planos de saúde.

A controvérsia a respeito dos ativos garantidores reside em sua calibragem. É que eles importam em custos para os regulados, com repercussão sobre o preço dos planos de saúde. No limite, podem ser insuportáveis para as operadoras de planos de saúde, hipótese em que reduziriam a concorrência no mercado de planos de saúde, em prejuízo dos próprios consumidores.

Por isso, entendemos adequado cogitar-se a flexibilização das exigências relativas a ativos garantidores, nos termos apresentados a seguir.

Uma primeira proposta que fazemos nesse sentido é alterar o percentual do valor constituído das provisões técnicas que deve ser lastreado por ativos garantidores. Hoje, esse percentual é de 100% (cem por cento), na proporção de um para um. Estamos propondo que os ativos garantidores passem a lastrear 75% (setenta e cinco por cento) das provisões técnicas.

Ademais, atualmente, apenas 20% dos ativos garantidores podem ser compostos por bens imóveis. Essa limitação se deve ao fato de que os imóveis são bens de baixa liquidez, cujo valor pode oscilar consideravelmente, e, por isso, podem sofrer grande depreciação caso precisem ser vendidos rapidamente.

Uma solução possível para flexibilizar regras sobre ativos garantidores seria aumentar a possibilidade de contabilização de bens imóveis como tais e, ao mesmo tempo, prever regras de monitoramento periódico da oscilação dos seus valores. É o que estamos fazendo nos novos §§ 3º a 6º do art. 35-L da Lei nº 9.656, de 1998, que elevam para até 60% o percentual dos ativos garantidores que podem ser preenchidos com bens imóveis ou investimentos de natureza imobiliária, via Fundos de Investimento em Participações. Tal elevação é feita de maneira gradativa e busca beneficiar especialmente as operadoras de pequeno porte que, presumivelmente, encontram mais dificuldades para enfrentar as pesadas barreiras à entrada no setor de saúde suplementar e que representam menos risco para o restante do sistema. Assim, as alterações das regras relativas a ativos garantidores são mais intensas em relação às entidades filantrópicas e menos intensas em relação às operadoras que não se classifiquem como filantrópicas, cooperativas e autogestões.

Uma ressalva a ser feita é que a soma dos bens imóveis e investimentos de natureza imobiliária não pode ultrapassar 80% do total dos ativos garantidores.

Propomos, ainda, que os imóveis que compõem os ativos garantidores sejam avaliados com frequência anual. Assim, serão reduzidos custos regulatórios e, por outro lado, serão adotadas precauções para evitar a

insuficiência dos seus ativos garantidores, que poderia decorrer da desvalorização dos bens imóveis.

Outra medida fundamental no que toca aos ativos garantidores é isolá-los de ações e execuções movidas por credores das operadoras cujos créditos não guardem relação direta com a oferta de serviços de assistência à saúde. As operadoras têm padecido especialmente com ações trabalhistas e tributárias que bloqueiam parte dos ativos garantidores, prejudicando suas atividades-fim.

Com base nesses argumentos, propusemos, no substitutivo, alterações ao art. 35-L da Lei nº 9.656, de 1998, que trata dos ativos garantidores, de forma a estabelecer novos balizamentos para a regulamentação da matéria, atualmente constante da Resolução Normativa nº 392, de 9 de dezembro de 2015, expedida pela ANS

5 – Planos de saúde e parto

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)²⁴, o índice razoável de cesáreas é de 10 a 15% dos nascimentos. No Brasil, 55,5% dos 3 milhões de partos realizados em 2015 foram cirúrgicos. Na saúde suplementar, essa taxa chegou a 85,6%, em 2014, e 84,1%, em 2016²⁵.

Ainda em conformidade com a OMS, “assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações”. Para o Ministério da Saúde²⁶, a cesárea, quando não indicada corretamente, traz inúmeros riscos, como aumento da probabilidade de surgimento de problemas respiratórios para o recém-nascido e grande risco de morte materna e infantil.

Isso não significa que a cesárea deva ser banida. Muito antes o contrário. Essa cirurgia é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e

²⁴ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf

²⁵ http://www.ans.gov.br/images/mapa_assistencial_completo.pdf

²⁶ <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/sas-noticias/27787-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais>

bebês. Porém, deve ser utilizada apenas quando indicada por motivos médicos. Diversos levantamentos comprovam que as taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas à redução de mortalidade materna e neonatal²⁷.

Esse conciso relato demonstra a necessidade de modificar o panorama dos partos normais na saúde suplementar. Para tanto, é preciso transformar o modelo de atenção a parto e nascimento no País. Essa tarefa requer intervenção do legislador.

Por isso, propusemos, no Substitutivo, um dispositivo que determina que o incentivo ao parto normal é um princípio da saúde suplementar. Com isso, concedemos à ANS instrumento para, cada vez mais, instituir mecanismos regulatórios tendentes a modificar o excesso dessa prática.

Destacamos que, consoante o sítio eletrônico da Agência Nacional de Saúde Suplementar²⁸, ANS realiza, há mais de uma década, um trabalho contínuo para a promoção do parto normal e a redução do número de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar, e que, entre as iniciativas lançadas, estão:

- 1- a inclusão de cobertura obrigatória para parto acompanhado por enfermeira obstétrica e acompanhante, sem custos adicionais, durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato;
- 2- a implantação do Projeto Parto Adequado em hospitais privados e públicos;

27

[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjnwd-
yt_jWAhUCIZAKHXKqABUQFggvMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.unasus.gov.br%2Fnoticia%2Fdeclaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas&usg=AOvVaw1jAvei4Rss9aeHMOqLoz78](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjnwd-
yt_jWAhUCIZAKHXKqABUQFggvMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.unasus.gov.br%2Fnoticia%2Fdeclaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas&usg=AOvVaw1jAvei4Rss9aeHMOqLoz78)

²⁸ <http://www.ans.gov.br/parto-e-normal>

- 3- a criação da Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015²⁹, que garante o acesso da gestante a informações essenciais para que possa decidir sobre o seu parto.

6 - Plano Individual Acessível

O Ministro da Saúde Ricardo Barros criou, no dia 5 de agosto de 2016, um grupo de trabalho para elaborar o projeto de um plano individual acessível, por meio da Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016³⁰. Na prática, com essa iniciativa, busca-se a flexibilização das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, para que haja oferta de planos de saúde com cobertura inferior ao definido, atualmente, no rol mínimo obrigatório de serviços e procedimentos ofertados.

De acordo com o Ministro, mediante esse plano individual acessível, “teremos um recurso adicional no setor saúde do País, no Produto Interno Bruto (PIB) Saúde. Não haverá nenhuma alteração no financiamento do SUS com a oferta dos planos individuais acessíveis. Toda a economia de gestão alcançada será reinvestida na rede pública para diminuir as iniquidades”.

Em janeiro de 2017, submeteram-se à consideração do Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar as propostas³¹ formuladas pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria nº 1.482, de 2016. O trabalho foi feito com a contribuição de mais de 20 instituições vinculadas à saúde suplementar, aos Órgãos de Defesa do Consumidor e ao Ministério da Saúde.

As propostas foram as seguintes:

“1 - Plano Simplificado: cobertura para atenção primária, conforme Rol da ANS, incluindo consultas nas especialidades previstas no

²⁹

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>

³⁰

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=26&data=05/08/2016>

³¹

http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_planos_acessiveis/proposta_planos_acessiveis_33902036554201797.pdf

Conselho Federal de Medicina – CFM e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade, resolvendo mais de 85% das necessidades de saúde. Nessa proposta não há previsão para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital dia. Por meio do Plano Simplificado o beneficiário teria mais de 85% das necessidades de saúde atendidas.

2 - Plano Ambulatorial + hospitalar: cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria obrigatoriamente por uma prévia avaliação realizada por médico da família ou da atenção primária, escolhido pelo beneficiário. Caberá a esse médico encaminhar o paciente para a rede especializada, caso julgue necessário. Havendo indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica que reafirme a necessidade para o encaminhamento do procedimento. Vale ressaltar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular.

3 - Plano em Regime Misto de Pagamento: oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, bem como, quando necessário, atendimento ambulatorial. Fica sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato. Os modelos de pré e pós-pagamento serão acordados, assegurando o Rol de Procedimentos da ANS”.

Essas propostas tiveram como base as premissas abaixo transcritas:

“1 - Rede hierarquizada (com direcionamento): incentivo ao cuidado primário, com acesso inicial obrigatório via médico da família ou de atenção primária, escolhido pelo beneficiário entre os designados pela operadora. Caberá a este profissional (clínico geral, ginecologista e pediatra) fazer o acompanhamento e todos os encaminhamentos do beneficiário na rede;

2 - Fator moderador (coparticipação): aumento da coparticipação, fazendo com que o beneficiário participe mais ativamente das

decisões que envolvem a sua saúde. Para tanto, é preciso simplificar as regras atuais e rever normativos desta Agência Reguladora, no intuito de que a coparticipação possa atingir ao menos 50% do valor do procedimento;

3 - Protocolos Clínicos Definidos: adoção de protocolos clínicos objetivos, de uso obrigatório e que não devem ser diferentes daqueles adotados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. O dispositivo garante a segurança do paciente, orientando e uniformizando as condutas durante o atendimento;

4 - Recomposição de preços com base em planilhas de custo: o plano acessível de contratação individual deve ter regra de reajuste diferente da adotada atualmente pela ANS, permitindo à operadora recompor o aumento do custo;

5 - Obrigatoriedade da segunda opinião médica (alta complexidade): A obrigatoriedade de segunda opinião médica, nos casos de maior complexidade, garantirá que as indicações médicas observem as melhores práticas assistenciais e evitará o uso desnecessário de recursos, evitando desperdícios;

6 - Revisão dos prazos de atendimento: prazo de 7 (sete) dias para consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia). Para as demais especialidades, sugere-se alongar de 14 (quatorze) para 30 (trinta) dias. Para cirurgias eletivas e programadas, sugere-se a alteração de 21 (vinte e um) para 45 (quarenta e cinco) dias;

7 - Canal digital de comunicação: implementação de canais digitais de comunicação com o intuito de reduzir desperdícios em processos administrativos e operacionais. Assim, tanto a venda, quanto o pagamento, os extratos e os orientadores de rede assistencial estariam disponíveis para todos, preferencialmente via internet;

8 - Plano Regionalizado: cobertura adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município. Consiste, então, no credenciamento dos serviços existentes na região que serão disponibilizados aos beneficiários de

acordo com capacidade operacional do município. Para este produto é necessária à flexibilização do Rol de procedimentos da ANS.

Em decorrência deste documento, a Agência Nacional de Saúde Suplementar criou, por meio da Portaria nº 8.851, de 23 de março de 2017³², um grupo de trabalho para avaliar a proposta da criação do plano de saúde acessível.

Este grupo finalizou seu trabalho mediante apresentação de Relatório Descritivo³³ que chegou às seguintes considerações finais: “Diante do exposto, conclui-se que as propostas encaminhadas pelo Ministério da Saúde concorrem com ações regulatórias já em andamento na ANS, algumas inclusive já recentemente editadas, como demonstrado no quadro comparativo de posição desta Agência. Apesar de alguns itens necessitarem de maior detalhamento e de estudos de mensuração de seus impactos, temas como atenção básica, coparticipação, diretrizes de utilização, canais digitais de comunicação segunda opinião médica são ações que já ocorrem no mercado, independente de quaisquer sugestões contidas nessas propostas”.

7 – Proporcionalidade das penalidades pecuniárias

Outro tema que merece especial atenção é o da aplicação de penalidades pecuniárias às operadoras de planos de saúde. Nesse campo, temos o seguinte cenário: a disciplina legal das penalidades aplicáveis ao setor, prevista no art. 25 da Lei nº 9.656, de 1998, é lacônica e acabou deixada de lado, em razão da edição da Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006, expedida pela ANS.

Tal ato normativo, além de definir as penalidades aplicáveis (art. 2º) às operadoras, estabelece diversos critérios para aplicação daquelas sanções, define circunstâncias atenuantes e agravantes, e prevê as chamadas infrações de natureza estrutural.

32

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=2&pagina=48&data=24/03/2017>

33

http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf

Na prática, contudo, os critérios definidos no plano infralegal não têm sido suficientes para evitar punições desproporcionais às operadoras de planos de saúde. É comum, por exemplo, que a negativa de procedimentos de valor ínfimo seja apenada com multas cujo valor equivale a dezenas de vezes o valor do procedimento negado.

Nossa proposta é trazer para o plano legal alguns dos temas disciplinados pela Resolução Normativa ANS nº 124, de 200, com o fim de estabelecer balizamentos para a atuação sancionatória da ANS. O objetivo principal dessa medida é evitar a desproporção entre as penalidades aplicáveis.

Propomos, então, a alteração do art. 25 da Lei nº 9.656, de 1998.

8 – Alienação das carteiras

A alienação das carteiras de operadoras de planos de saúde pode ser imposta pela ANS (art. 24 da Lei nº 9.656, de 1998) ou negociada voluntariamente entre operadoras. Em qualquer dos dois casos, a alienação é um importante instrumento para assegurar que clientes de uma operadora em crise não sejam prejudicados com a sua derrocada, deixando de ter acesso a serviços contratados e com os quais não podem deixar de contar.

Ocorre que a alienação de carteiras tem sido marcada por insegurança jurídica, em função da indefinição sobre se a adquirente deve ou não ser responsabilizada por débitos da alienante. Por vezes, após a definição dos ativos e passivos transferidos para o adquirente, a ele tem sido atribuída, por decisões judiciais, responsabilidade por débitos a que a alienação de carteira não fazia referência.

É evidente que imputar ao adquirente algum tipo de responsabilidade pela sucessão de créditos não compreendidos na alienação de carteira acarreta desequilíbrio financeiro e atuarial e, portanto, é uma prática que deve ser vedada.

Daí a proposta de incluir um novo § 6º no art. 24 da Lei nº 9.656, de 1998, com a seguinte redação:

“§ 6º A alienação das carteiras das operadoras de planos de saúde, determinadas pela ANS ou realizadas voluntariamente, não transferem ao adquirente débitos do alienante que não estejam expressamente previstos no ato de alienação”.

Ademais, ao contrário do que ocorre quando da contratação de um novo plano de saúde, a alienação não implica a submissão dos clientes da alienante a um período de carência. E a ausência de carência obviamente implica custos imediatos para a adquirente da carteira.

Parece evidente que esses custos devem ser levados em consideração quando da definição dos ativos a serem transferidos por meio da alienação de carteiras. Caso contrário, a pretexto de resolver problemas na operadora alienante, a alienação de carteiras gerará desequilíbrio financeiro-atuarial na operadora adquirente.

Essas são as razões que justificam a inclusão de um §7º ao art. 24 da Lei nº 9.656, de 1998, nos termos propostos abaixo:

“§ 7º Na alienação de carteiras, sejam elas determinadas pela ANS ou realizadas de forma voluntária, a definição dos ativos a serem transferidos para o adquirente deve considerar todos os fatores importantes para a manutenção de seu equilíbrio financeiro e atuarial, inclusive a inexistência de carência para os clientes transferidos da operadora alienante para a adquirente”

9 – Negociações de operadoras de planos de saúde com credores e seus efeitos

É preciso, ainda, pensar em soluções para que se possa lidar da maneira mais eficaz possível com as operadoras de planos de saúde em crise. A legislação em vigor exclui as operadoras de planos de saúde do campo de incidência da legislação falimentar ordinária, reservando a elas um regime especial de resolução, a liquidação extrajudicial (art. 23 da Lei nº 9.656, de 1998).

A liquidação extrajudicial, contudo, é uma medida excessivamente gravosa, que invariavelmente implica a saída da operadora do mercado. Embora em alguns casos a quebra de uma operadora em crise seja, de fato, inevitável, há situações em que medidas menos drásticas do que a liquidação extrajudicial podem ser capazes de solucionar os problemas da operadora sem a retirar do mercado.

Refiro-me às soluções consensuais entre a operadora e seus credores. Nossa proposta é que, com a concordância de pelo menos 2/3 (dois terços dos credores), as operadoras possam renegociar débitos, aliviar seu fluxo de caixa e se manter na ativa, evitando os prejuízos para os consumidores e para o mercado que decorreriam de sua bancarrota.

Portanto, o que se propõe é a manutenção do regime de liquidação extrajudicial com o acréscimo de uma alternativa consensual, menos invasiva, a ser usada por operadoras que enfrentem problemas financeiros, com a concordância de seus credores. Com esse propósito, estamos sugerindo o acréscimo de novos parágrafos ao art. 23 da Lei nº 9.656, de 1998.

10 – Administradoras de benefícios

As administradoras de benefícios são empresas especializadas na administração de planos de saúde coletivos. Elas foram criadas a partir do advento das Resoluções Normativas nºs 195³⁴ e 196³⁵, de 14 de julho de 2009.

De acordo com o sítio institucional da ANS³⁶, “uma administradora de benefícios é uma empresa que assume parte do trabalho que seria da empresa, conselho, sindicato ou associação profissional que contrata o plano de saúde”

Assim, as administradoras de benefícios têm a responsabilidade de emitir boletos, de representar os beneficiários na

³⁴

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>

³⁵

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OQ==>

³⁶ <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/467-planos-coletivos>

negociação de aumentos de mensalidade com a operadora do plano e, dependendo do que for contratado, absorver o risco da empresa, conselho, sindicato ou associação profissional contratante quanto a atraso ou não-pagamento de mensalidades, para evitar que os beneficiários sejam prejudicados.

Como as operadoras de planos de saúde, elas têm de registrar-se na ANS para poderem funcionar. Com isso, a Autarquia pode acompanhar o seu funcionamento e fiscalizar o cumprimento das exigências a elas dirigidas. Conforme pudemos aferir nas audiências públicas realizadas, ainda existem muitas divergências interpretativas acerca das Administradoras. Por isso, em nosso Substitutivo, estabelecemos que pessoas jurídicas que cumprirem os requisitos para a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo poderão contratá-lo diretamente com a operadora ou com a participação de administradora de benefícios, nos termos do regulamento.

É importante salientar que está em curso no Supremo Tribunal Federal a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.756³⁷, ajuizada pelo Partido Social Liberal, que questiona as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar que tratam das administradoras de benefícios. O rito escolhido para a tramitação foi o abreviado. Atualmente, a matéria está sob análise da Procuradoria-Geral da República.

11 – Análise da adequação financeira e orçamentária das proposições

Cabe a esta Comissão manifestar-se quanto à compatibilidade e adequação financeira e orçamentária da proposição principal e seus apensos.

Da análise efetuada, ficou evidenciado que o Projeto de Lei nº 7.419, de 2006, por inserir procedimentos preventivos no rol dos serviços a serem oferecidos pelas empresas de planos de saúde, não traz implicação

37

<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?numero=5756&classe=ADI&origem=AP&recurso=0&tipoJulgamento=M>

financeira ou orçamentária às finanças públicas em termos de acréscimo ou redução das receitas e despesas federais.

Das proposições apenas, 124 também não apresentam implicações financeira ou orçamentária, visto restringirem-se a regular aspectos os mais diversos dos planos privados de assistência à saúde - tais como situações de manutenção de planos de saúde a aposentados e demitidos sem justa causa quando assumam pagamento integral, prever a cobertura de despesas por parte de planos de saúde de despesas com acompanhantes a menores de 18 e maiores de 60 anos nos casos de internações, prever novas vedações previstas no Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 1990), promover alterações no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 199), regulamentar a atividade e a profissão de Corretor de Planos Privados ou destinar ao Fundo Nacional de Saúde a receita proveniente das multas aplicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -, sem impactar, contudo, as finanças públicas. Encontram-se nessa situação os Projetos de Lei nºs: 4.076, de 2001; 4.078, de 2001; 4.367, de 2001; 4.469, de 2001; 4.570, de 2001; 4.844, de 2001; 7.267, de 2002; 7.389, de 2002; 156, de 2003; 311, de 2003; 1.603, de 2003; 1.777, de 2003; 2.474, de 2003; 2.934, de 2004; 3.058, de 2004; 3.940, de 2004; 4.075, de 2004; 4.164, de 2004; 4.632, de 2004; 6.510, de 2006; 6.849, de 2006; 7.128, de 2006; 7.600, de 2006; 582, de 2007; 664, de 2007; 756, de 2007; 1.220, de 2007; 1.942, de 2007; 2.901, de 2008; 3.473, de 2008; 5.024, de 2009; 5.143, de 2009; 5.730, de 2009; 6.821, de 2010; 7.590, de 2010; 7.594, de 2010; 7.762, de 2010; 8.048, de 2010; 394, de 2011; 657, de 2011; 805, de 2011; 1.076, de 2011; 1.147, de 2011; 1.431, de 2011; 1.647, de 2011; 1.677, de 2011; 1.763, de 2011; 2.066, de 2011; 2.328, de 2011; 2.538, de 2011; 2.645, de 2011; 2.734, de 2011; 2.981, de 2011; 3.087, de 2012; 3.285, de 2012; 3.346, de 2012; 3.675, de 2012; 3.949, de 2012; 4.036, de 2012; 4.077, de 2012; 4.201, de 2012; 4.402, de 2012; 4.726, de 2012; 4.990, de 2013; 5.152, de 2013; 5.715, de 2013; 5.912, de 2013; 5.963, de 2013; 6.436, de 2013; 6.714, de 2013; 6.715, de 2013; 6.819, de 2013; 7.142, de 2014; 7.694, de 2014; 7.844, de 2014; 7.914, de 2014; 69, de 2015; 121, de 2015; 176, de 2015; 1.039, de 2015; 1.272, de 2015; 1.564, de 2015; 1.948, de 2015; 1.992, de 2015; 2.128, de 2015; 2.274,

de 2015; 2.295, de 2015; 2.582, de 2015; 2.608, de 2015; 2.949, de 2015; 3.223, de 2015; 4.043, de 2015; 4.113, de 2015; 4.294, de 2016; 4.404, de 2016; 4.477, de 2016; 4.478, de 2016; 4.485, de 2016; 4.644, de 2016; 4.729, de 2016; 4.748, de 2016; 4.787, de 2016; 5.113, de 2016; 5.286, de 2016; 5.532, de 2016; 5.622, de 2016; 5.779, de 2016; 6.033, de 2016; 6.067, de 2013; 6.455, de 2016; 6.941, de 2017; 7.111, de 2014; 7.175, de 2017; 7.501, de 2017; 7.589, de 2017; 7.675, de 2017; 7.865, de 2017; 7.947, de 2017; 8.108, de 2017; 8.264, de 2017; 8.276, de 2017; 8.396, de 2017; 8.590, de 2017; 8.591, de 2017.

As demais proposições apenas apresentam implicações orçamentária e financeira por impactarem direta ou indiretamente recursos federais do Sistema Único de Saúde (SUS). Para fins de análise, tais proposições podem ser divididas em três grupos:

- 1º) as que tratam do direito de o paciente do SUS ter acompanhamento durante internação hospitalar. Nesse rol inserem-se os Projetos de Lei nºs 6.125, de 2005; 7.340, de 2006; 4.016, de 2008; 4.097, de 2015; 5.191, de 2016; e 5.910, de 2016;
- 2º) as que obrigam o atendimento de emergência em qualquer hospital com o ressarcimento das despesas correspondentes à conta das operadoras de planos de saúde ou do SUS. Incluem-se nessa condição os Projetos de Leis nºs 3.088, de 2004; 3.247, de 2004; 3.362, de 2004; 3.708, de 2004; e 590, de 2007; e 8.608, de 2017;
- 3º) as que garantem a cobertura dos planos ou seguro saúde em casos de demissão, aposentadoria ou durante a vigência de seguro desemprego, com ônus para os empregadores, como os PLs nº 6.677, de 2009, e 8.163, de 2017;
- 4º) as que tratam das multas aplicadas pela ANS para aumentar o valor passível de aplicação ou permitir a conversão em atendimentos no âmbito do SUS. Nessa

situação, encontram-se os PLs nº 5.069, de 2016, e 6.948, de 2017;

5º) as que buscam assegurar a toda mulher o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, diagnóstico e tratamento de todos os agravos, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nesse caso, há o PL nº 5.126, de 2016.

6º) as que tratam de ressarcimento das operadoras dos planos de saúde ao SUS no caso de atendimento de seus clientes. Nesse grupo, há os PLs nºs 71, de 2003; 1.349, de 2003; 4.393, de 2008; 6.483, de 2009; 2.982, de 2011; 2.344, de 2015; 2.504, de 2015; e 6.175, de 2016.

No que tange às proposições do primeiro grupo, os Projetos de Lei nºs 6.125, de 2005; e 4.016, de 2008, não apresentam incompatibilidade ou inadequação orçamentária, visto que legalmente já é assegurado ao paciente menor de 18 ou maior de 60 anos o direito de dispor de acompanhante, com ônus para o SUS, durante o período de internação.

Com efeito, o art. 12 da Lei nº 8.069, de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), assim dispõe:

“Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.”

No mesmo sentido, o art. 16 da Lei nº 10.741, 1º de outubro de 2003³⁸ - Estatuto do Idoso, estabelece que:

“Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão

³⁸ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm

de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.”

A Portaria MS/GM nº 280, de 7 de abril de 1999, por sua vez, antes mesmo do advento do Estatuto do Idoso, já obrigava os hospitais contratados ou conveniados ao SUS a aceitarem a presença de acompanhante para pacientes internados maiores de 60 anos, autorizando a tais estabelecimentos a cobrarem do SUS as despesas relativas à acomodação e alimentação do acompanhante, conforme transcrito a seguir:

“Art. 1º - Tornar obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados.

§ 1º - Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante, cabendo ao gestor, a devida formalização desta autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

§ 2º - No valor da diária de acompanhante estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.”

O mesmo não se pode dizer com relação ao Projeto de Lei nº 7.340, de 2006, que estende a todo paciente internado em unidades do SUS o direito de dispor de acompanhante, com todas as despesas de acomodação e alimentação cobertas com recursos públicos; ou ao PL nº 4.097, de 2015, que prevê a obrigação de se “providenciar alimentação e hospedagem aos parentes de pacientes carentes internados por conta de doenças graves, que tenham que se deslocar mais de 50 km (cinquenta quilômetros) de suas residências”; ou ao PL 5.191, de 2016, que garante a “todo paciente hospitalizado o direito à presença de um acompanhante em tempo integral, independente da presença de visitantes, sendo vedada a cobrança de taxa”. Nesses casos, não há como

ignorar o impacto financeiro-orçamentário que a adoção das medidas acarretaria às contas da União, visto que aumentariam gastos no âmbito do SUS.

É importante mencionar que a Portaria MS/SAS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, que regulava o Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, previa caber às secretarias de Estado proporem às respectivas Comissões Intergestores a estratégia de gestão, assim considerado a definição de responsabilidades da SES e das SMS, bem como o estabelecimento de critérios, rotinas e fluxos, de acordo com a realidade de cada região e definição dos recursos financeiros. Portanto, não criava obrigação de pagamento de despesas com acompanhantes.

Tampouco em relação ao PL nº 5.910, de 2016, que visa garantir à pessoa idosa o direito a acompanhante em unidades de terapia intensiva, a proposta se mostra compatível, uma vez que hoje o direito é assegurado apenas ao idoso internado ou em observação.

Dessa forma, os PL nº 7.340, de 2006; 4.097, de 2015; 5.191, de 2016; e 5.910, de 2016, mostram-se inadequados e incompatíveis.

Da mesma forma, as proposições relacionadas no segundo grupo também impactam as contas da União, por obrigarem o SUS a ter que arcar com as despesas de atendimento emergencial efetuadas em hospitais privados não credenciados ao referido sistema, motivo pelo qual os PL nº 3.088, de 2004; 3.247, de 2004; 3.362, de 2004; 3.708, de 2004; e 590, de 2007; 8.608, de 2017, devem ser considerados inadequadas e incompatíveis.

Quanto ao terceiro grupo, as proposições buscam manter a cobertura dos planos ou seguro saúde em casos de demissão e aposentadoria ou durante a vigência de seguro desemprego, com ônus para os empregadores, entendemos que geram despesas para empresas públicas inclusive dependentes, uma vez que obrigam a manutenção de gastos com planos de ex funcionários. Dessa forma, aplicam-se aos PLs nº 6.677, de 2009, e 8.163, de 2017, observações em relação ao disposto no artigo 17, §§ 1º e 2º, da LRF, no art. 112 da LDO para 2018, e na Súmula CFT nº 01, de 29.10.2008,

que devem ser os PL nº 6.677, de 2009, e 8.163, de 2017, considerados incompatíveis e inadequadas.

No que diz respeito às proposições do quarto grupo, entendemos que o PL nº 5.069, de 2016, ao promover a ampliação do valor das multas aplicadas pela ANS, impacta positivamente as contas públicas, devendo ser considerado adequado e compatível.

Situação diversa ocorre com o PL nº 6.948, de 2017, uma vez que não há qualquer estimativa ou limite do valor passível a sofrer conversão em atendimentos ao SUS (como exige a LRF, art. 17 e a LDO, art. 112), ou mesmo parâmetros para aferir a mencionada conversão. Assim, em razão do disposto no artigo 17, §§ 1º e 2º, da LRF, no art. 112 da LDO para 2018, e na Súmula CFT nº 01, de 29.10.2008 - a proposta mostra-se incompatível e inadequada sob os aspectos financeiro e orçamentário.

Por fim, quanto ao quinto grupo, entendemos que o PL nº 5.126, de 2016 deve ser considerado compatível e adequado. A proposta busca assegurar a toda mulher o acesso a programas e políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, diagnóstico e tratamento de todos os agravos, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Constitucionalmente, a saúde já se configura como direito de todos. Além disso, a Lei nº 9.263, de 1996, garante o planejamento familiar como direito de todo cidadão, e o define como parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. O diploma legal ainda obriga as instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, a garantirem, em toda a rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras: assistência à concepção e contracepção; atendimento pré-natal; assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; controle das doenças sexualmente transmissíveis.

Por sua vez, as normas infra legais do Ministério da Saúde já conferem tal proteção. A Portaria nº 1.459, de 2011, institui a rede cegonha, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável; a Portaria nº 1.020, de 2013, prevê diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e a Portaria nº 353, de 2017, aprovou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Dessa forma, a proposta mostra-se adequada e compatível financeira e orçamentariamente.

No que se refere às proposições do sexto grupo, que tratam do ressarcimento das operadoras dos planos de saúde ao SUS no caso de atendimento de seus clientes, a maior parte dos PLs apenas modifica a sistemática de ressarcimento para a redação original do art. 32. Os recursos do ressarcimento, uma vez arrecadados, são integralmente repassados às entidades prestadoras de serviç o (que podem ser hospitais privados, ou públicos, na União, nos Estados, no DF e nos Municípios) por meio do Fundo Nacional de Saúde – FNS. Assim, os recursos do ressarcimento entram como receita orçamentária, mas a União fica obrigada a distribuir os recursos por meio de uma despesa orçamentária do FNS.

Com a alteração do sistema de ressarcimento, os recursos são arrecadados diretamente pelas entidades prestadoras, ou seja, o impacto pela queda da arrecadação dessas receitas é imediatamente compensado pela queda das despesas obrigatórias para distribuição dos recursos pelo FNS.

Portanto, os PLs nós 71, de 2003; 1.349, de 2003; 4.393, de 2008; 6.483, de 2009; 2.982, de 2011; 2.344, de 2015; 2.504, de 2015; e 6.175, de 2016, são considerados compatíveis ou adequados sob os aspectos orçamentário e financeiro.

O PL n  2.344, de 2015, trata da obrigação de a entidade prestadora de serviç o de saúde e do SUS comunicarem o atendimento a um paciente para a sua operadora de plano de saúde para que seja feita a cobranç a do ressarcimento e para que seja dada a opção, quando for possível,

de transferir o paciente para um hospital credenciado pela operadora. Essa medida contribui para a redução das despesas do SUS, e para desafogar o atendimento nos hospitais federais. Portanto, ele deve ser considerado adequado e compatível sob os aspectos orçamentário e financeiro.

12 – Análise da Constitucionalidade, Juridicidade e Técnica Legislativa

Conforme determina o Regimento Interno da Câmara dos Deputados (art. 34, § 2º), cabe à Comissão Especial se pronunciar acerca da constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa da matéria.

Quanto à constitucionalidade, considera-se que, à exceção dos PLs nºs 4.632, de 2004; 4.016, de 2008; 2.734, de 2011; 1.147, de 2011; e 1.272, de 2015, todos os demais são constitucionais. No que concerne à juridicidade, observa-se que, entre todos os projetos que tramitam em conjunto, apenas os PLs nº 1.349, de 2003; 582, de 2007; 4.393, de 2008; e 3.285, de 2012, são injurídicos. Por fim, todos os PLs apresentam boa técnica legislativa e redacional.

13 – Análise dos projetos

Como muitos dos projetos têm conteúdo semelhantes ou coincidentes, dividimos os apensados em blocos e fizemos uma explanação concisa acerca do tema respectivo. Ao final de cada grupo, emitimos nossa opinião sobre a constitucionalidade, juridicidade, técnica legislativa, adequação financeira e orçamentária, e necessidade de aprovação ou rejeição de cada matéria.

Alguns projetos mais longos, que tratam de diversos pontos da Lei nº 9.656, de 1998, tiveram seu mérito analisado em mais de um bloco. Porém, para fins de organização, nós o atrelamos a apenas um grupo.

Cobertura de despesas com acompanhantes

Atualmente, a Lei nº 9.656, 3 de junho de 1998³⁹, determina em seu art. 12, I, f, que haverá cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 anos.

Outras leis ordinárias além da Lei nº 9.656, de 1998, garantem aos idosos (art. 16 da Lei nº 10.741, de 2003 - Estatuto do Idoso) e às pessoas com deficiência (art. 22 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015⁴⁰), o direito a acompanhantes. Todavia, nenhuma dessas leis é expressa no sentido de dizer que a saúde suplementar deverá custear, financeiramente, a sua permanência com o idoso ou com o deficiente, respectivamente.

Por fim, a Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015⁴¹, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, prevê o direito do acompanhante para a parturiente em trabalho de parto, no parto e no pós-parto.

A ANS, em seu sítio eletrônico⁴², informa que “os acompanhantes são para: crianças e adolescentes menores de 18 anos, idosos a partir dos 60 anos de idade, portadores de necessidades especiais e gestantes no trabalho de parto, parto e pós-parto”. Ainda de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, “a cobertura das despesas relacionadas a um acompanhante será o total daquilo que for oferecido pelo prestador de serviço (hospital), incluindo refeições e taxas básicas (indispensáveis) relacionadas à permanência do mesmo na unidade de internação”.

Apesar de haver normas cuja interpretação leve à conclusão de que as operadoras têm de custear as despesas dos acompanhantes de idosos, pessoas com deficiências e parturientes; e, ainda, em que pese ao fato de, atualmente, a ANS considerar as normas existentes no sentido de que o custeio se refere ao total daquilo que for oferecido pelo prestador de serviço ao

³⁹ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm

⁴⁰ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm

⁴¹ http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Rol_de_Procedimentos_2016_total.pdf

⁴² http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resp_osta=482&historico=7451827

acompanhante; acreditamos que é importante que se promovam alterações no ordenamento jurídico que permitam explicitar esse direito num só dispositivo, para que o seu exercício seja, sempre, inquestionável e independa da interpretação da Agência.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os PLs nºs 7.419, de 2006; 6.125, de 2005; 311, de 2003; 4.990, de 2013; e 6.821, de 2010, não violam as regras e princípios da Constituição Federal, inovam o ordenamento jurídico e obedecem aos princípios gerais do direito sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas. Não apreciaremos a constitucionalidade, a juridicidade e o mérito dos PLs nºs 7.340, de 2006; 4.097, de 2015; 5.191, de 2016; e 5.910, de 2016, uma vez que eles foram considerados incompatíveis e inadequados do ponto de vista orçamentário e financeiro.

1 - Projeto de Lei nº 7.419, de 2006, do Senado Federal: este Projeto estende a cobertura de despesas de acompanhante a menores de 18 anos aos casos de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), desde que haja prescrição médica. No que se refere ao custeio de despesas de acompanhantes em unidades de terapia intensiva (UTIs), acreditamos que a forma como a Lei nº 9.656, de 1998, trata o assunto (genericamente) já é suficientemente técnica e adequada. Detalhar os ambientes hospitalares de internação cobertos pela lei é arriscado, pois pode levar um intérprete mais rigoroso a excluir do âmbito de aplicação da Lei os recintos não listados. Ademais, deve-se ressaltar que a permanência de acompanhantes em UTIs pode atrapalhar a rotina dos profissionais de saúde que atuam nesses espaços. Com base no exposto, sugerimos a rejeição deste projeto.

2 - Projeto de Lei nº 6.125, de 2005, do Deputado João Mendes de Jesus: este Projeto dispõe sobre o acompanhamento de paciente idoso durante a internação. O art. 16 da Lei nº 10.741, de 2003, determina que “ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua

permanência em tempo integral, segundo o critério médico”. Vê-se, portanto, que o dispositivo não é expresso no sentido de que a saúde suplementar irá custear as despesas do acompanhante. Como dito, a ANS interpreta a norma nesse sentido. Porém, acreditamos que, para fins de garantia, é importante que esse direito fique consignado, expressamente, na Lei nº 9.656, de 1998. Com base no exposto, sugerimos a aprovação deste Projeto, nos termos do Substitutivo.

Tendo como fundamento esse argumento, também sugerimos a aprovação dos seguintes PLs, que devem ser analisados sob o mesmo prisma do PL nº 6.125, de 2005:

a) PL nº 311, de 2003, do Deputado Carlos Nader, que altera o art. 12, II, f, da Lei nº 9.656, de 1998, para autorizar a cobertura de despesas de acompanhantes em caso de internação de idosos.

b) PL nº 6.821, de 2010, do Senado Federal, que altera o art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, para permitir a cobertura de despesas de acompanhante de paciente idoso, regulamentando o art. 16 da Lei nº 10.741, de 2003.

c) PL nº 4.990, de 2013, do Deputado Major Fábio, que estabelece que os planos de saúde cobrirão as despesas de acompanhantes, no caso de pacientes menores de 18 anos e maiores de 60, inclusive as relativas à alimentação.

3 - Projeto de Lei nº 7.340, de 2006, do Deputado Ary Kara: este Projeto não se refere a Planos de Saúde. Diz respeito aos pacientes do SUS (hospitais próprios e conveniados). Determina que aos enfermos internados em hospitais, casas de saúde e maternidades é assegurada a presença de acompanhante no período de internação. Este PL foi considerado incompatível e inadequado do ponto de vista orçamentário e financeiro. Dessa forma, não abordaremos a sua constitucionalidade, a sua juridicidade e o seu mérito.

Também foram considerados inadequados e incompatíveis do ponto de vista orçamentário e financeiro e, por isso, não terão a sua

constitucionalidade, a sua juridicidade e o seu mérito analisados os seguintes projetos:

a) PL nº 4.097, de 2015, do Deputado Marcelo Belinati, que determina que os hospitais integrantes do SUS realizem convênios para que os órgãos de assistência social providenciem alimentação e hospedagem para os acompanhantes de internados carentes que residam a mais de 50km de distância, enquanto durar a internação.

b) PL nº 5.191, de 2016, do Deputado José Stédile, que dispõe sobre o direito a acompanhamento pela pessoa hospitalizada.

c) PL nº 5.910, de 2016, do Deputado Rafael Motta, que altera o caput do art. 16 da Lei nº 10.741, de 2003, para garantir à pessoa idosa o direito a acompanhante em unidades de terapia intensiva.

Rol de cobertura das operadoras de planos de saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, criada pela Lei nº 9.961, de 2000, é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. Consoante o sítio institucional da autarquia, “de forma simplificada, a regulação pode ser entendida como um conjunto de medidas e ações do Governo que envolve a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público”.

Para o cumprimento de suas atividades, essa Agência elabora normas infralegais, para regulamentar as relações entre os planos de saúde e os consumidores. Nesse contexto, esclarecemos que normas infralegais, veiculadas por meio de resoluções e outros instrumentos semelhantes, geralmente contam com um nível de detalhamento técnico altíssimo, a que não pode chegar uma lei que, por definição, trata dos assuntos de forma mais genérica e abstrata.

Isso ocorre porque a natureza do processo de produção legislativa é diferenciada. Para a aprovação de uma lei, é preciso que se siga todo um trâmite regimental que, por vezes, ocorre de maneira lenta. Por isso, quando o assunto a ser analisado demanda modificações constantes, pela

evolução dos conhecimentos científicos e pela possibilidade de obsolescência do tratamento, é interessante que se utilize de normas infralegais, cuja alteração é mais célere.

Entre as atribuições dessa Agência está o dever de elaborar a resolução normativa da qual constará o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirá referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 1998, e 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. Essas atribuições têm total amparo legal e constitucional (conforme o disposto no art. 4º, III, da Lei nº 9.961, de 2000).

Ainda em conformidade com o sítio da ANS, “o processo de revisão do rol conta com a constituição de um grupo técnico composto por representantes de entidades de defesa do consumidor, de operadoras de planos de saúde, de profissionais de saúde que atuam nos planos de saúde e de técnicos da ANS. O grupo reúne-se para construir uma proposta que, posteriormente, é submetida à avaliação da sociedade por meio de consulta pública, com participação aberta a todos os interessados, por meio da página da ANS na internet”.

O rol de procedimentos mais recentemente divulgado pela ANS foi veiculado por meio da Resolução Normativa nº 387, de 2015.

Diante dessas informações, o estabelecimento, por lei, de procedimentos que devem ser abarcados, ou não, pelos planos de saúde, é inadequado, pois eleva ao patamar legal matéria que seria mais bem tratada por norma infralegal.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os projetos abaixo examinados não violam as regras e princípios da Constituição Federal, inovam o ordenamento jurídico e obedecem aos princípios gerais do direito sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 - Projeto de Lei nº 7.267, de 2002, do Deputado José Carlos Coutinho: este Projeto estabelece a obrigatoriedade de cobertura, pelos planos de saúde, de sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia. Conforme já explicitado, o estabelecimento, por lei, de procedimentos que devem ser abarcados, ou não, pelos planos de saúde, não é uma medida apropriada, já que o rol de procedimentos, por determinação legal, é matéria de resolução da ANS. Com base no exposto, sugerimos a rejeição deste projeto.

Tendo como fundamento esse argumento, também sugerimos a rejeição dos seguintes PLs, que devem ser analisados sob o mesmo prisma do PL nº 7.267, de 2002:

a) PL nº 4.294, de 2016, da Deputada Erika Kokay, que trata da cobertura pelos planos de saúde de órteses e próteses para correção de problemas auditivos e de consultas fonoaudiológicas em número ilimitado.

b) PL nº 5.963, de 2013, do Deputado Rogério Peninha Mendonça, que inclui na cobertura dos planos de saúde os custos com o exame médico para a renovação da Carteira Nacional de Habilitação.

c) PL nº 4.478, de 2016, da Comissão de Legislação Participativa, que dispõe sobre a inclusão do tratamento do tabagismo entre as coberturas obrigatórias dos contratos de planos de saúde.

2 - Projeto de Lei nº 2.066, de 2011, do Deputado Geraldo Resende: este Projeto estabelece a obrigatoriedade de cobertura, pelos planos de saúde, de cirurgias para remoção de excesso de pele remanescente de cirurgia bariátrica e de cirurgias de transplante de fígado, coração, pâncreas e rins. Conforme já explicitado, o estabelecimento, por lei, de procedimentos que devem ser abarcados, ou não, pelos planos de saúde, não é uma medida apropriada, já que o rol de procedimentos, por determinação legal, é matéria de resolução da ANS. O próprio art. 10, § 4º, da Lei nº 9.656, de 1998, determina que a amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS.

O Anexo II do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde mais recente estabelece que a dermolipectomia (cirurgia de remoção de excesso de

pele) é de cobertura obrigatória em casos de pacientes que apresentem abdome em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago), e apresentem uma ou mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, hérnias, etc.

Com base no exposto, sugerimos a rejeição deste projeto.

Tendo como fundamento esse argumento, também sugerimos a rejeição dos seguintes PLs, que têm objetivo coincidente com o PL nº 2.066, de 2011.

a) PL nº 4.164, de 2004, dos Deputados Rafael Guerra, Dr. Francisco Gonçalves e Geraldo Resende, que altera a Lei nº 9.656, de 1998, para definir amplitude de cobertura para realização de transplantes.

b) PL nº 7.128, de 2006, do Senado Federal, que acrescenta, entre as exigências mínimas dos planos que incluam internação hospitalar, a cobertura de despesas com procedimentos vinculados a transplantes de órgãos.

c) PL nº 7.389, de 2002, do Deputado Neuton Lima: este Projeto dispõe sobre a obrigatoriedade de os planos e seguros privados incluam atendimento psicológico nos planos ou seguros-referência. A Lei nº 9.656, de 1998, estabelece, em seu art. 1º, I, que o plano faculta o acesso e o atendimento a profissionais e serviços de saúde. O rol de procedimentos e eventos é feito para explicitar a extensão desse artigo. Por isso, determina, por exemplo, a quantidade de consultas com cada profissional que será liberada para os beneficiários. Alterar essa dinâmica não é uma medida apropriada, pois, ao se elevar uma norma ao “status” legal, tem-se dificuldade de modificá-la (para expandir seu alcance, inclusive). Com base no exposto, sugerimos a rejeição deste projeto.

3 - Projeto de Lei nº 4.748, de 2016, do Deputado Vinícius Carvalho: este Projeto proíbe os planos e seguros privados de assistência à saúde de estabelecerem grau mínimo para autorização de cirurgias corretivas

de miopia, hipermetropia e astigmatismo. Atualmente, é o próprio rol da ANS que estabelece esses critérios de grau mínimo para a cirurgia, as chamadas diretrizes de utilização. Dessa forma, por se tratar de matéria constante do rol, ou seja, de natureza infralegal, não deve passar a fazer parte do diploma legal, sob pena de engessamento do assunto. Com base no exposto, sugerimos a rejeição deste Projeto.

4 - Projeto de Lei nº 1.564, de 2015, da Deputada Maria do Rosário: este Projeto determina que as operadoras de planos privado de assistência à saúde ofereçam tratamento em clínicas e hospitais psiquiátricos especializados no cuidado e cura de dependências químicas. Conforme já explicitado, o estabelecimento, por lei, de procedimentos que devem ser abarcados, ou não, pelos planos de saúde, não é uma medida apropriada, já que o rol de procedimentos, por determinação legal, é matéria de resolução da ANS. Nesse contexto, informamos que a Resolução Normativa nº 387, de 2015, determinou, em seu art. 10, parágrafo único, que “todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão obrigatoriamente cobertos”. O Anexo II da RN nº 387, de 2015, traz algumas diretrizes para o tratamento de pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas:

-18 sessões de psicoterapia;

-Cobertura obrigatória de acordo com o médico assistente, de programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, inclusive administração de medicamentos, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa (...).

Concluimos, portanto, que a matéria já tem previsão normativa e não deve ser regulada por Lei. Com base no exposto, sugerimos a rejeição deste Projeto.

5 - Projeto de Lei nº 4.477, de 2016, do Deputado Weverton Rocha: este Projeto visa a tornar obrigatória a cobertura de teste sorológico para zika vírus. Conforme já explicitado, o estabelecimento, por lei, de procedimentos que devem ser abarcados, ou não, pelos planos de saúde, não é uma medida apropriada, já que o rol de procedimentos, por determinação legal, é matéria de resolução da ANS. Nesse contexto, informamos que a Resolução Normativa nº 407, de 3 de junho de 2016⁴³, incluiu, extraordinariamente, no rol de cobertura obrigatória, três exames para detecção de vírus zika, com diretrizes de utilização: PCR (Polymerase Chain Reaction), indicado para a detecção do vírus nos primeiros dias da doença; o teste sorológico IgM, que identifica anticorpos na corrente sanguínea; e o IgG para verificar se a pessoa já teve contato com zika em algum momento da vida. Com base no exposto, sugerimos a rejeição deste Projeto.

Tendo como fundamento esse argumento, também sugerimos a rejeição do **PL nº 4.485, de 2016, do Deputado Nilto Tatto**, que inclui cobertura de exames, diagnósticos e tratamentos de epidemias de dengue, chikungunya e zika, e, portanto, tem objetivo coincidente com o PL nº 4.477, de 2016.

6 - Projeto de Lei nº 5.126, de 2016, do Deputado Geraldo Resende: este Projeto trata do direito de acesso aos métodos de diagnóstico e ao tratamento integral no âmbito do Sistema Único de Saúde, e à sorologia nos planos de seguros privados de saúde. A parte do Projeto que se refere ao SUS é supérflua: a característica de universalidade do atendimento já garante acesso a quaisquer meios de diagnóstico disponíveis. A que diz respeito aos planos, em nossa opinião, também não merece prosperar, pois, conforme já explicitado, o estabelecimento, por lei, de procedimentos que devem ser abarcados, ou não, pelos planos de saúde, não é uma medida apropriada, já que o rol de procedimentos, por determinação legal, é matéria de resolução da ANS. Nesse contexto, informamos que a Resolução Normativa nº 407, de 2016, incluiu, extraordinariamente, no rol de cobertura obrigatória, três exames

43

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzI2MA==>

para detecção de vírus zika, com diretrizes de utilização: PCR (Polymerase Chain Reaction), indicado para a detecção do vírus nos primeiros dias da doença; o teste sorológico IgM, que identifica anticorpos na corrente sanguínea; e o IgG para verificar se a pessoa já teve contato com zika em algum momento da vida. Com base no exposto, sugerimos a rejeição deste Projeto.

7 - Projeto de Lei nº 2.328, de 2011, do Deputado Reguffe: este Projeto visa a assegurar a todos os beneficiários de planos de saúde o direito à cobertura total e integral de todos e quaisquer atendimentos e procedimentos médicos, custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em todas as modalidades que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998. As operadoras de planos de saúde, a exemplo das companhias de seguro, trabalham com dados atuariais para estabelecer seus preços. Se forem obrigadas a ofertar toda a gama de serviços, tratamentos e produtos, possivelmente elevarão seus preços para garantir os custos decorrentes dessas novas coberturas. O resultado poderá representar a expulsão de milhões de pessoas do Sistema Suplementar. Com base no exposto, sugerimos a rejeição deste Projeto.

8 - Projeto de Lei nº 7.111, de 2014, do Deputado Jovair Arantes: este Projeto visa a explicitar a nulidade de pleno direito de cláusula contratual excludente de cobertura securitária em caso de lesões auto infligidas, decorrentes ou não de tentativa de suicídio. A Resolução Normativa nº 387, de 2015, determinou, em seu art. 10, parágrafo único, que “todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão obrigatoriamente cobertos”. Se isso não bastasse, acreditamos que o estabelecimento, por lei, de procedimentos que devem ser abarcados, ou não, pelos planos de saúde, não é uma medida apropriada, já que o rol de procedimentos, por determinação legal, é matéria de resolução da ANS. Concluimos, portanto, que a matéria já tem previsão normativa e não deve ser regulada por Lei. Com base no exposto, sugerimos a rejeição deste Projeto.

9 - Projeto de Lei nº 6.033, de 2016, da Comissão de Legislação Participativa: este Projeto estabelece periodicidade para atualização do rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar. O rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar é atualizado a cada dois anos. No entanto, não existe previsão, em lei, dessa atualização. Acreditamos que inserir no ordenamento jurídico uma obrigação de renovação periódica pode ser uma medida temerária. Primeiro, porque já há possibilidade de avaliação e inclusão de nova cobertura no rol, mesmo que fora do período estipulado (como ocorreu com a edição da Resolução Normativa nº 407, de 2016, que inseriu, extraordinariamente, no rol, o exame para a detecção de zika). Segundo, porque a atualização em dois anos, prazo que tem sido utilizado costumeiramente, dá oportunidade à ANS de avaliar a efetividade de novas tecnologias. Sem esse lapso mínimo, aumenta-se o risco de incorporação de procedimentos ainda não seguros e sem eficácia comprovada. Terceiro, porque a inclusão de procedimentos no rol tem de ser analisada com parcimônia, pois, quanto maior a lista do rol mínimo, mais caro e excludente se torna o plano de saúde. Com base no exposto, sugerimos a rejeição deste Projeto.

10 - Projeto de Lei nº 7.865, de 2017, do Deputado Alfredo Nascimento: este Projeto visa a tornar obrigatória a cobertura, pelo plano referência e pela segmentação que inclua internação hospitalar, da assistência em regime de hospital-dia e da internação domiciliar. Sobre a cobertura de internação hospital-dia e internação domiciliar, informamos que o art. 14 da Resolução Normativa nº 387, de 2015, estabelece que, caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e nas alíneas "c", "d", "e" e "g" do inciso II do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998. E acrescenta que, nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, tal assistência deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes. Percebe-se, portanto, que a operadora tem a faculdade de oferecer a internação domiciliar. No entanto, estender essa obrigação a todas as operadoras pode, novamente, aumentar

demasiadamente o valor cobrado nas mensalidades e inviabilizar a manutenção dos planos pelos consumidores. Com base no exposto, sugerimos a rejeição deste Projeto.

11 - Projeto de Lei nº 8.264, de 2017, do Deputado Chico Lopes: este Projeto visa a determinar que as coberturas do tratamento domiciliar sejam feitas independentemente de previsão contratual. Sobre a cobertura de internação hospital-dia e internação domiciliar, informamos que o art. 14 da Resolução Normativa nº 387, de 2015, estabelece que, caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e nas alíneas "c", "d", "e" e "g" do inciso II do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998. E acrescenta que, nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, tal assistência deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes. Percebe-se, portanto, que a operadora tem a faculdade de oferecer a internação domiciliar. No entanto, estender essa obrigação a todas as operadoras pode, novamente, aumentar demasiadamente o valor cobrado nas mensalidades e inviabilizar a manutenção dos planos pelos consumidores. Com base no exposto, sugerimos a rejeição deste Projeto.

12 - Projeto de Lei nº 8.591, de 2017, do Deputado Jorge Côrte Real: este Projeto altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde autorizem procedimentos ou serviços, ainda que não previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde, se houver solicitação justificada, por relatório circunstanciado, do profissional de saúde assistente. Acreditamos que, se a lei determinar que as operadoras de planos têm de cobrir todos os tratamentos disponíveis para determinada doença, essas acabarão revertendo esse custo para todos os clientes da carteira, o que poderá ensejar a saída de consumidores da Saúde Suplementar, com consequente sobrecarga para o Sistema Único de Saúde. De qualquer forma, é importante destacar que as operadoras de planos de saúde poderão oferecer,

nos termos do art. 2º, da RN nº 387, de 2015, cobertura maior do que a garantida pelo Rol da ANS, seja por sua iniciativa, seja por expressa previsão contratual. Em razão do exposto, sugerimos a rejeição deste Projeto.

Projetos de lei que obrigam o custeio de vacinas pelas operadoras de planos de saúde

O Programa Nacional de Imunizações (PNI)⁴⁴ do Brasil, por ser um dos mais eficientes do mundo, é referência internacional de política pública de saúde. São mais de 300 milhões de doses anuais distribuídas em vacinas, soros e imunoglobulinas.

Após a implantação do PNI, o País conseguiu a erradicação da varíola e da poliomielite, além da redução dos casos e mortes derivadas do sarampo, da rubéola, do tétano, da difteria e da coqueluche. As vacinas do programa estão à disposição nos postos de saúde ou com as equipes de vacinação, que levam a imunização mesmo aos locais de difícil acesso.

No entanto, nem toda vacina está disponível, para todos, nos postos de saúde. A Sociedade Brasileira de Imunizações, entidade científica sem fins lucrativos, criada em 1998, para agregar profissionais de diferentes especialidades interessados no tema, possui calendário vacinal, elaborado com base em estudos desenvolvidos por prestigiadas instituições nacionais e internacionais, que indica diversas vacinas que não constam do calendário nacional de vacinação. A título de exemplo, mencionamos a vacina contra a dengue, a varicela para adultos e contra o herpes zoster.

As vacinas aplicadas no Brasil são seguras e evitam o agravamento de doenças, internações e até mesmo óbitos. Sua produção atende a todo o processo de qualidade exigido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A importância da vacinação na prevenção de doenças se deve ao fato de que esse procedimento não apenas protege aqueles que a recebem, mas também a comunidade como um todo. Quanto mais pessoas ficarem protegidas, menor a chance de uma epidemia.

⁴⁴ <http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/pni/>

Sabemos que, por motivos técnicos, em regra, a inclusão em Lei de procedimentos deve ser evitada. No entanto, há casos em que a importância e o potencial benéfico do procedimento demandam a oposição expressa do direito na norma legal. É o caso da vacinação.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os projetos abaixo examinados não violam as regras e princípios da Constituição Federal, inovam o ordenamento jurídico e obedecem aos princípios gerais do direito sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 - Projeto de Lei nº 2.538, de 2011, da Deputada Eliane Abissamira: este Projeto dispõe sobre a obrigatoriedade de os planos de saúde e seguros privados incluírem a vacinação nos planos ou seguros-referência. Na atualidade, os planos podem, voluntariamente, oferecer cobertura à vacinação. Nada impede que as operadoras ofereçam planos com essa opção. Porém, tais procedimentos não constam, hoje, do rol de procedimentos e eventos em saúde que, conforme art. 10, § 4º, da Lei nº 9.656, de 1998, define a amplitude das coberturas. Acreditamos que a vacinação tem notável importância preventiva. Isso se tornou perceptível com a erradicação da poliomielite no País, após a implantação do PNI. O Ministério da Saúde tem cobertura para uma grande gama de vacinas. No entanto, alguns Imunobiológicos indicados pela Sociedade Brasileira de Imunizações não constam do calendário nacional. Com a aprovação deste Projeto, os planos de saúde serão obrigados a custear as vacinas que não são cobertas pelo Ministério da Saúde, mas que são indicadas às pessoas, de acordo com a sua faixa etária, em razão de critérios científicos que comprovem a sua eficiência na prevenção de doenças. Em face do exposto, sugerimos a aprovação deste Projeto, nos termos do Substitutivo.

2 - Projeto de Lei nº 4.404, de 2016, do Deputado Herculano Passos: este Projeto dispõe sobre a obrigatoriedade e cobertura da vacina contra HPV pelos planos de saúde. Conforme explicamos na análise do PL anterior, é interessante que as operadoras de planos de saúde promovam o custeio das vacinas que não são cobertas pelo Ministério da Saúde, mas que

são indicadas às pessoas, de acordo com a sua faixa etária, em razão de critérios científicos que comprovem a sua eficiência na prevenção de doenças. Com base no exposto, sugerimos a aprovação deste Projeto, nos termos do Substitutivo.

Fusão das segmentações dos planos de saúde

O setor de saúde suplementar se configura como uma opção disponível para os que buscam uma assistência à saúde que se diferencie da propiciada pelo Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, desde que satisfeitas algumas premissas básicas, relativas à ética, no sentido amplo da palavra, e à garantia dos direitos do usuário, deve imperar o interesse mútuo dos consumidores e das operadoras de planos de saúde, ou seja, as leis de mercado.

No setor supletivo, devem prevalecer as normas insculpidas na lei, para que, dentro desse império, possam atuar as forças de mercado. E o mercado aponta o interesse dos consumidores para a aquisição dos planos segmentados, de acordo com sua conveniência, necessidade e possibilidade. Caso o consumidor esteja disposto a pagar mais para determinadas comodidades, tem direito de fazê-lo.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise do projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que o projeto abaixo examinado não viola as regras e princípios da Constituição Federal, inova o ordenamento jurídico e obedece aos princípios gerais do direito sendo, portanto, constitucional e jurídico. Além disso, não traz implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 - Projeto de Lei nº 4.078, de 2001, do Deputado Henrique Fontana: este Projeto propõe a fusão, num mesmo dispositivo, das segmentações ambulatoriais, hospitalares e obstétricas dos planos referência de saúde. As segmentações dos planos permitem que pessoas com menor poder aquisitivo contratem planos de acordo com as suas necessidades. Ao se unificar os segmentos, dificulta-se a contratação por pessoas com menor capacidade de compra. Assim, exclui-se parte da população da saúde suplementar. Por isso, sugerimos a rejeição deste Projeto.

Negativa de atendimento

O Código Penal (art. 135-A) e o Código da Ética Médica vedam ao médico deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida dos pacientes. Essas normas existem em razão de o respeito pela vida de outra pessoa ser a obrigação maior das profissões em saúde.

Importante ressaltar que, de acordo com o art. 12, VI, da Lei nº 9.656, de 1998, os planos de saúde já têm de reembolsar, nos limites das obrigações contratuais, as 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. O reembolso será efetuado de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares para o respectivo produto, no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os PIs nºs 6.849, de 2006, e 3.346, de 2012, não violam as regras e princípios da Constituição Federal e inovam o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas. Não apreciaremos a constitucionalidade, a juridicidade e o mérito dos PLs nºs 3.088, de 2004; 3.247, de 2004; 3.362, de 2004; 3.708, de 2004; e 8.608, de 2017, uma vez que eles foram considerados incompatíveis e inadequados do ponto de vista orçamentário e financeiro.

1 - Projeto de Lei nº 6.849, de 2006, do Deputado Carlos Nader: este Projeto dispõe sobre a obrigatoriedade de hospitais particulares prestarem o primeiro atendimento médico aos pacientes que estejam em iminente risco de vida. O art. 135-A do Código Penal, incluído pela Lei nº 12.653, de 28 de maio de 2012⁴⁵, define o tipo de condicionamento de atendimento médico-hospitalar emergencial. Assim, aquele que exige qualquer

⁴⁵ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112653.htm

condição para atendimento médico hospitalar emergencial já é punido nos termos da Lei Penal. Por isso, acreditamos que o Projeto mereça a rejeição.

Tendo como fundamento esse argumento, também sugerimos a rejeição do **PL nº 3.346, de 2012, da Deputada Erika Kokay**, que tipifica como crime a recusa ou a protelação do atendimento médico, e que, portanto, deve ser analisado sob o mesmo prisma do PL nº 6.849, de 2006.

2 - Projeto de Lei nº 3.088, de 2004, do Deputado João Caldas: este Projeto dispõe sobre a obrigatoriedade do atendimento médico-hospitalar em caráter de emergência e o ressarcimento de despesas pelas administradoras de planos e seguros de saúde. Este PL foi considerado incompatível e inadequado do ponto de vista orçamentário e financeiro. Dessa forma, não abordaremos a sua constitucionalidade, a sua juridicidade e o seu mérito.

Também foram considerados inadequados e incompatíveis do ponto de vista orçamentário e financeiro e, por isso, não terão a sua constitucionalidade, a sua juridicidade e o seu mérito analisados os seguintes projetos:

a) PL nº 3.247, de 2004, do Deputado José Roberto Arruda, que dispõe sobre o atendimento hospitalar em caráter de emergência e o ressarcimento obrigatório, das despesas correspondentes, pelas administradoras de planos e seguros de saúde.

b) PL nº 3.362, de 2004, do Deputado Walter Pinheiro, que dispõe sobre o ressarcimento de despesas hospitalares a atendimentos em caráter de emergência.

c) PL nº 3.708, de 2004, do Deputado João Campos, que dispõe sobre o atendimento hospitalar em caráter de emergência e o ressarcimento obrigatório, das despesas correspondentes, pelas administradoras de planos e seguros de saúde.

d) PL nº 8.608, de 2017, da Deputada Norma Ayub, que dispõe sobre o ressarcimento a estabelecimentos de saúde públicos e privados de atendimentos de urgência e emergência por eles prestados

Compensação a hospitais que atendem, em caráter de emergência, paciente que não tem plano de saúde

Quando o paciente é dotado de plano de saúde, as operadoras já têm obrigação de reembolsá-lo pelas despesas efetuadas nos hospitais que atenderam a emergência, nos limites das obrigações contratuais, de acordo com o art. 12, VI, da Lei nº 9.656, de 1998. No entanto, quando o paciente não tem plano de saúde, o hospital que atendeu a emergência fica prejudicado, pois, muitas vezes, o sujeito atendido não tem condições de arcar com as despesas médicas. O profissional que trabalha no hospital, por sua vez, não pode deixar de prestar o atendimento, pois o Código Penal (art. 135-A) prevê uma penalidade para essas circunstâncias. Todavia, assim que o paciente esteja estabilizado, a instituição poderá transferi-lo para uma unidade do SUS.

O **Projeto de Lei nº 590, de 2007**, do Deputado Vinícius Carvalho, determina que as despesas decorrentes dos atendimentos de emergência aos pacientes do SUS em hospitais particulares serão ressarcidas pelo SUS a essas instituições, ou compensados como débitos tributários contra a União. Este PL foi considerado incompatível e inadequado do ponto de vista orçamentário e financeiro. Dessa forma, não abordaremos a sua constitucionalidade, a sua juridicidade e o seu mérito.

Negativa de atendimento por inadimplência e rescisão contratual

Atualmente, existe dispositivo legal que trata do rompimento unilateral do contrato de plano de saúde. O art. 13, parágrafo único, I, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998⁴⁶, veda a suspensão ou a rescisão unilateral para os produtos contratados individualmente (planos de saúde individuais ou familiares), exceto em caso de fraude ou não pagamento da mensalidade por prazo superior a sessenta dias consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que haja notificação prévia, mas nunca na vigência de internação. Essa regra, no entanto, restringe-se aos planos individuais ou familiares.

⁴⁶ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm

Já os planos coletivos (empresariais ou por adesão), de acordo com a sistemática vigente, podem ser rescindidos ou ter sua cobertura suspensa em caso de inadimplemento, desde que as condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura constem do contrato celebrado entre as partes. Essa é a interpretação obtida mediante análise do art. 17 da Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 195, de 2009.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os projetos abaixo examinados não violam as regras e princípios da Constituição Federal e inovam o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 - Projeto de Lei nº 4.367, de 2001, do Deputado Ronaldo Vasconcellos: este Projeto obriga as 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.

Neste caso específico, é a operadora de planos de saúde que está inadimplente com o prestador. O consumidor do plano de saúde acaba sendo sacrificado em razão da incapacidade de os planos de saúde honrarem seus compromissos. No entanto, simplesmente transferir o ônus do atendimento não remunerado ao prestador, a despeito do contrato comercial firmado entre ele e a operadora, também não parece ser a melhor saída.

De qualquer forma, de acordo como art. 135-A do Código Penal, o atendimento emergencial tem de ser prestado por qualquer instituição de saúde, sob pena de cometimento de crime. Nessa situação, assim que o paciente é estabilizado, é transferido para uma unidade pública de saúde. Determinar que a instituição privada mantenha esse paciente sob cuidados, após a quebra contratual efetuada pela operadora, não nos parece adequado. Por isso, sugerimos a rejeição deste Projeto.

2 - Projeto de Lei nº 3.473, de 2008, do Deputado Paulo Magalhães: este Projeto obriga as instituições de saúde ao atendimento de emergência de beneficiário sem exigência de pagamento do respectivo plano de saúde. O atendimento de emergência é, conforme art. 135-A do Código Penal, obrigatório. Nesses casos, assim que o paciente é estabilizado, é conduzido a uma unidade pública de saúde, caso não tenha plano de saúde ou não possa pagar pelo atendimento particular. Por isso, acreditamos que este Projeto deva ser rejeitado.

3 - Projeto de Lei nº 1.763, de 2011, do Deputado Reguffe: este Projeto visa a assegurar aos beneficiários de planos de saúde coletivos, a permanência do direito ao atendimento à saúde, nos casos de inadimplência das operadoras com as prestadoras de planos de saúde, bem como possibilitar a migração desses beneficiários de planos coletivos para planos individuais de saúde, nas mesmas condições de cobertura.

Ao analisarmos o Projeto de Lei nº 4.367, de 2001, já abordamos a temática da inadimplência das operadoras com os prestadores. Por isso, não teceremos considerações acerca desse assunto.

No que tange à portabilidade, destacamos que a Lei nº 9.656, de 1998, estabelece, em seu art. 13, parágrafo único, I, que é vedada a recontagem de carências para os produtos contratados individualmente (planos de saúde individuais ou familiares). A Resolução Normativa (RN) da Agência Nacional de Saúde Suplementar nº 186, de 14 de janeiro de 2009⁴⁷, que foi aprimorada, mais tarde, pela Resolução Normativa nº 252, de 28 de abril de 2011⁴⁸, regulamenta, em detalhes, esse direito legalmente estabelecido, ao dispor sobre a portabilidade de carências e sobre a portabilidade especial de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde (a RN expande esse direito ao titular de plano de saúde coletivo por adesão).

47

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTM4OQ==>

48

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTcyOA==>

No entanto, a RN não trata da portabilidade de planos coletivos empresariais. Acreditamos que, ao incluirmos o regramento da portabilidade no texto legal, abrangeremos, também, os beneficiários desses planos que não foram contemplados pelo regramento normativo.

Ademais, modificaremos a legislação para que a portabilidade também possa ser feita em segmentações mais abrangentes, podendo, nesse caso, ser exigido o cumprimento de carência no plano de destino somente para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem.

Por fim, permitiremos a portabilidade para segmentações menos abrangentes, desde que o beneficiário, em portabilidade posterior, possa aderir, novamente, a plano com segmentação igual à de plano anterior em que tenha cumprido carência.

Por isso, sugerimos, no mérito, a aprovação deste Projeto, nos termos do Substitutivo, por ele tratar da questão da portabilidade de carências.

4 - Projeto de Lei nº 6.436, de 2013, do Deputado Major Fábio: este Projeto obriga as operadoras de Planos ou Seguros de Assistência à Saúde a buscarem vagas em suas unidades conveniadas, dentro das especialidades oferecidas em seus contratos, bem como a se responsabilizarem pela remoção, da sua origem até a unidade portadora de vaga, dos pacientes, quando impossibilitados de o fazerem por conta própria e que corram risco de morte.

A Resolução Normativa nº 347, de 2 de abril de 2014⁴⁹, estabelece regras relacionadas tanto a transferência dos pacientes dentro da própria rede credenciada pelo seu plano de saúde ou para remoções de consumidores de planos de saúde que estão na rede pública e desejam ser atendidos na rede credenciada pelo seu plano de saúde.

Percebemos, portanto, que esse assunto, por envolver diversas minúcias, é regulamentado na esfera infralegal. Levar essa temática para o âmbito legal pode engessar um assunto que, atualmente, pode ser modificado

49

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjcwMg==>

por meio de portarias, cujo processo normativo é muito mais simples. Por isso, sugerimos a rejeição desse Projeto.

5 - Projeto de Lei nº 1.039, de 2015, do Deputado Ronaldo Martins: este Projeto altera o prazo para a rescisão unilateral do contrato. O art. 13, parágrafo único, I, veda a suspensão ou a rescisão unilateral para os produtos contratados individualmente (planos de saúde individuais ou familiares), exceto em caso de fraude ou não pagamento da mensalidade por prazo superior a sessenta dias consecutivos ou não, mas nunca na vigência de internação. Este Projeto visa a determinar que a rescisão ou a suspensão possam ocorrer apenas quando o não pagamento ocorrer pelo lapso de tempo consecutivo. Ademais, almeja que a regra da não descontinuidade do contrato também se aplique ao paciente terminal. Acreditamos que essas mudanças atingem os contratos de forma a gerar desequilíbrios, pois as operadoras poderão ter de lidar com situações de inadimplência que poderão até mesmo inviabilizar o seu funcionamento. Por isso, sugerimos a rejeição desse Projeto.

6 - Projeto de Lei nº 5.286, de 2016, do Deputado Rodrigo Martins: este Projeto altera o prazo para a rescisão unilateral do contrato. Como informamos há pouco, essa mudança atinge os contratos de forma a gerar desequilíbrios, pois as operadoras poderão ter de lidar com situações de inadimplência que poderão até mesmo inviabilizar o seu funcionamento. Por isso, sugerimos a rejeição desse Projeto.

Possibilidade de livre escolha do profissional, sem necessidade de credenciamento

Segundo o sítio eletrônico da ANS⁵⁰, conforme as regras atualmente vigentes, “caso não consiga agendar um médico credenciado, você deve entrar em contato com a operadora de seu plano de saúde. A operadora deve lhe dar um número de protocolo e garantir o atendimento dentro do prazo previsto na RN nº 259, de 2011, que trata da garantia e dos prazos máximos de atendimento. Encerrado o prazo legal sem que a operadora tenha garantido o

50

http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resp_osta=689&historico=7452383

atendimento nas condições referidas acima, o próprio beneficiário pode escolher o prestador e depois solicitar o reembolso”.

É comum que se proponha que todas as consultas possam ser agendadas com quaisquer profissionais, mediante reembolso. Essa medida tem apoio da CREMESP⁵¹ e foi sugerida no relatório final da CPI dos Planos de Saúde⁵².

No entanto, acreditamos que, em planos mais baratos, a existência de profissionais conveniados é uma garantia para o usuário. Se for implantada essa diretiva, o que vai acontecer é a operadora ressarcir um valor relativamente baixo, e o usuário terá de arcar com a diferença para ter a consulta. Essa diferença poderia ser gritante.

Na verdade, os médicos e demais profissionais têm de negociar com as operadoras uma melhor forma de remuneração dos seus serviços. Mas isso é feito por meio de acordos, pois se trata de uma relação de prestação de serviços. A Lei nº 13.003, de 2014, incluiu na Lei nº 9.656, de 1998, o art. 17-A, §2º, que determina que o contrato deve estabelecer com clareza a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os projetos abaixo examinados não violam as regras e princípios da Constituição Federal e inovam o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 - Projeto de Lei nº 4.469, de 2001, do Deputado Henrique Fontana: este Projeto tem o objetivo de permitir o livre acesso do cidadão a qualquer médico de seu interesse, independentemente de estar o profissional credenciado junto a um plano ou seguro privado de assistência à saúde. Conforme mencionamos na abordagem do tema, acreditamos que a existência

⁵¹

<http://www.cremesp.org.br/index/library/modulos/flipbook/jornal/332/files/?siteAcao=Jornal&id=2>

58

⁵² <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=272>

de profissionais conveniados é uma garantia para o usuário. Pensamos, também, que os médicos e demais profissionais têm de negociar com as operadoras uma melhor forma de remuneração dos seus serviços. Mas isso é feito por meio de acordos, pois se trata de uma relação de prestação de serviços. Por isso, sugerimos a rejeição desse Projeto.

Tendo como fundamento esse argumento, também sugerimos a rejeição dos seguintes PLs, que devem ser analisados sob o mesmo prisma do PL nº 4.469, de 2001:

a) PL nº 156, de 2003, do Deputado Inocêncio Oliveira, que prevê a possibilidade de escolha do profissional de saúde, pelo beneficiário de plano de saúde.

b) PL nº 7.590, de 2010, do Deputado Vital do Rêgo Filho, que dispõe sobre a escolha do prestador de serviço pelo usuário de planos e seguros privados de assistência à saúde.

2 - Projeto de Lei nº 1.076, de 2011, do Deputado Eduardo da Fonte: este Projeto dispõe sobre a obrigação das operadoras de planos de saúde de reembolsar os usuários pelo valor efetivamente pago nos casos de atendimento de urgência e emergência e de manter o credenciamento de, no mínimo, três contratados, referenciados ou credenciados, por especialidade médica. A atual redação da Lei determina que o reembolso nesses casos será feito de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto.

Ao se determinar que o pagamento será feito pelo preço efetivamente pago, cria-se uma instabilidade no sistema. Os planos podem ser expostos a contas altíssimas, caso o paciente vá a um estabelecimento de saúde de maior custo. Toda vez que esse desequilíbrio ocorre, os valores são repassados a todos os clientes da carteira, nos reajustes seguintes. E isso é válido, pois a operadora é uma empresa privada, que visa, legitimamente, ao lucro.

No que diz respeito à obrigação de credenciamento de número mínimo de profissionais por especialidades, esclarecemos que a Resolução

Normativa nº 259, 2011, garante que a operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto. Caso não consiga cumprir esses prazos, deve reembolsar ao usuário, com base na tabela do plano, o valor gasto com outro profissional. Levar esse assunto para a esfera legal é temerário, pois tende a engessar um tema sobre o qual a ANS tem prerrogativa legal de dispor. Por isso, sugerimos a rejeição desse Projeto.

Aumento da mensalidade em razão de mudança de faixa etária e proibição de alteração da mensalidade para aposentados e pensionistas

Atualmente, o art. 15 da Lei nº 9.656, de 1998, estabelece que a variação das contraprestações pecuniárias em razão da idade do consumidor somente poderá ocorrer se estiverem previstos as faixas etárias e os percentuais de ajuste no contrato, com a ressalva dos contratos feitos antes da vigência da Lei. Determina, também, que, a partir dos sessenta anos, é vedada a variação das prestações pecuniárias. A lei não menciona condições diferenciadas para aposentado ou pensionista.

Entendemos que a variação das contraprestações pecuniárias por faixa etária (até os sessenta anos) é plausível. A Resolução Normativa nº 63, de 22 de dezembro de 2003⁵³, da ANS, determina que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18), e que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas. De acordo com o sítio eletrônico da ANS, o reajuste por faixa etária funciona da seguinte maneira, a depender da data da contratação do plano:

53

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzQ4>

Contratação	Faixa etária	Observações
Até 2 de janeiro de 1999	Não se aplica	Deve seguir o que estiver escrito no contrato.
Entre 2 de Janeiro de 1999 e 1 de janeiro de 2004	<ul style="list-style-type: none"> • 0 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 	<p>A Consu 06/98⁵⁴ determina, também, que o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos)</p> <p>Consumidores com mais de 60 (sessenta) anos e que participem do contrato há mais de 10 (dez) anos, não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.</p>
Após 1 de janeiro de 2004 (Estatuto do Idoso)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>A Resolução Normativa (RN nº 63⁵⁵), publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18).</p> <p>A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.</p>

54

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzEy>

⁵⁵<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzExMA==>

No entanto, acreditamos que o último reajuste não deve ser aplicado em uma única vez. Ao analisarmos as Tábuas Abreviadas de Mortalidade por Sexo e Idade - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação – 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵⁶, que apresentam a esperança de vida ao nascer, obtida através da compatibilização dos óbitos de todas as grandes regiões com os do Brasil, segundo as idades exatas, percebemos que os brasileiros que chegam aos sessenta anos têm expectativa mínima de mais 19 anos (homens do Norte e Nordeste) e máxima de 23 anos (mulheres do Sul).

Tabela 10 - Esperança de vida ao nascer, obtida através da compatibilização dos óbitos de todas as Grandes Regiões com os do Brasil, por sexo, segundo as idades exatas - 2010

Idades exatas	Esperança de vida ao nascer, por sexo									
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0	68,5	74,9	68,0	75,9	71,3	78,3	71,8	78,7	71,3	77,5
1	69,0	75,2	68,7	76,4	71,4	78,3	71,7	78,5	71,5	77,7
5	65,3	71,5	64,9	72,6	67,6	74,4	67,9	74,7	67,7	73,9
10	60,4	66,7	60,0	67,8	62,7	69,5	63,0	69,7	62,9	69,0
15	55,6	61,8	55,2	62,9	57,8	64,6	58,1	64,8	58,0	64,1
20	51,2	57,0	50,8	58,0	53,2	59,7	53,5	60,0	53,5	59,3
25	47,1	52,3	46,7	53,3	48,7	54,8	49,1	55,1	49,3	54,4
30	43,0	47,6	42,6	48,5	44,2	50,0	44,7	50,3	44,9	49,6
35	38,8	42,9	38,4	43,8	39,8	45,2	40,2	45,5	40,5	44,9
40	34,6	38,3	34,3	39,2	35,3	40,5	35,7	40,8	36,1	40,2
45	30,4	33,8	30,2	34,6	31,0	35,9	31,4	36,1	31,8	35,5
50	26,4	29,5	26,2	30,3	26,9	31,4	27,2	31,6	27,7	31,0
55	22,6	25,3	22,5	26,1	23,1	27,1	23,2	27,2	23,7	26,7
60	19,0	21,4	19,0	22,1	19,5	22,9	19,5	23,0	20,0	22,6
65	15,6	17,7	15,7	18,3	16,0	19,0	16,0	19,0	16,6	18,6
70	12,6	14,3	12,7	14,8	13,0	15,3	12,9	15,3	13,4	15,0
75	10,1	11,3	10,1	11,6	10,2	12,0	10,2	12,0	10,7	11,9
80	7,9	8,7	7,9	8,9	8,0	9,2	7,9	9,1	8,5	9,1
85	6,3	6,8	6,1	6,8	6,1	6,8	6,1	6,7	6,7	6,9
90	5,3	5,3	4,8	5,1	4,9	5,1	4,9	5,1	5,5	5,4

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais.

⁵⁶ <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv65137.pdf>

Atualmente, o reajuste da última faixa etária é aplicado em sua totalidade quando o consumidor completa 59 anos. Com isso, os preços sobem exageradamente, o que faz com que muitas pessoas deixem o plano.

Por isso, proporemos que o valor do reajuste da última faixa etária não seja mais aplicado integralmente e de uma só vez, mas sim dividido e aplicado, parceladamente, a cada 5 anos.

A aplicação de cada uma dessas etapas quinquenais não pode ser superior a 20% do reajuste total que incidiria na última faixa. Ou seja: supondo que, ao calcular o percentual de aumento em razão da última mudança de faixa etária, a operadora determine que a mensalidade sofrerá aumento de R\$ 1.000,00, passando de mil para dois mil reais, ao invés de pagar esse acréscimo de mil reais a partir dos 59 (cinquenta e nove) anos, como ocorre hoje, o beneficiário pagará somente duzentos reais. O próximo acréscimo, cinco anos depois do primeiro, será também de duzentos reais, equivalente a mais 20% (vinte por cento) do valor total calculado a época em que o beneficiário atingiu a última faixa de reajuste, de forma que o valor total calculado aos 59 (cinquenta e nove) anos será totalmente aplicado apenas após decorridos vinte anos. Nossa ideia é que o valor do reajuste da última faixa, atualmente bastante pesada, não continue a forçar os consumidores a deixar o plano de saúde.

Devemos deixar claro que não será modificada a regra segundo a qual o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18), e que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas. Assim, alteraremos a Lei no sentido de que o aumento que hoje é dado, integralmente, aos 59 anos, seja aplicado parceladamente. O consumidor idoso será favorecido com essa alteração.

Sobre o valor da mensalidade dos idosos, informamos, ainda, que o art. 14 da Lei nº 9.656, de 1998, determina que “em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode

ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde”. Disposição semelhante encontra-se no art. 15, §3º, da Lei nº 10.741, de 2013.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os projetos abaixo examinados não violam as regras e princípios da Constituição Federal e inovam o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 – Projeto de Lei nº 4.570, de 2001, do Deputado Dr. Hélio: este Projeto garante aos aposentados e pensionistas o direito de não sofrer aumento de prestação do plano de saúde depois de participarem dele há mais de cinco anos. Estabelece a obrigação de o plano não poder ser reajustado a aposentados e pensionistas, independentemente da idade. Conforme informado, a Lei já protege o usuário idoso contra aumento. Estender essa medida a quaisquer pessoas que sejam aposentadas ou pensionistas (mesmo que jovens), é injusto com os demais consumidores, pois faz com que as empresas tendam a repassar os custos advindos dessa mudança para os demais usuários, levando à inviabilização de adesão das pessoas com idade menos avançada aos contratos em questão. Por isso, sugerimos a rejeição desse Projeto.

2 – Projeto de Lei nº 2.128, de 2015, do Deputado Tenente Lúcio: este Projeto determina que não é permitida a variação das contraprestações pecuniárias para os planos e seguros de saúde em razão da idade do consumidor. Caso seja aprovado, os custos dos planos de saúde serão divididos, igualmente, por todos os consumidores, mesmo diante da realidade de os custos da saúde aumentarem de acordo com a idade. Com isso, as pessoas mais jovens terão dificuldades em aderir aos planos de saúde – e isso ocasionará o fenômeno da seleção adversa. Portanto, sugerimos a rejeição desse Projeto.

3 – Projeto de Lei nº 5.113, de 2016, dos deputados Marcelo Squassoni e Celso Russomanno: este Projeto adota medidas para impedir a discriminação das pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos pelos

Planos de Saúde. Como informado no texto introdutório, a Lei nº 9.656, de 1998, já resguarda a situação do idoso no plano de saúde. Este Projeto tenta acrescentar à legislação alguns novos aspectos que podem ter aplicação inviável. Porém no que tange à portabilidade de carência, a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar nº 186, de 2009, que foi aprimorada, mais tarde, pela Resolução Normativa nº 252, de 2011, regulamenta, em detalhes, esse direito legalmente estabelecido, ao dispor sobre a portabilidade de carências e sobre a portabilidade especial de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde (a RN expande esse direito ao titular de plano de saúde coletivo por adesão). No entanto, a RN não trata da portabilidade de planos coletivos empresariais. Acreditamos que, ao incluirmos o regramento da portabilidade no texto legal, abrangeremos, também, os beneficiários desses planos que não foram contemplados pelo regramento normativo.

Por isso, sugerimos, no mérito, a aprovação deste Projeto, nos termos do Substitutivo, por ele tratar da questão da portabilidade de carências.

4 – Projeto de Lei nº 2.949, de 2015, do Deputado Domingos Sávio: este Projeto determina que os reajustes dos valores dos planos de saúde contratados por aposentados pelo Regime Geral de Previdência Social não poderão ultrapassar o reajuste percentual de seus proventos de aposentadoria, e que o valor referente a essa diferença constituirá crédito pecuniário em favor da operadora contratada junto ao governo federal.

O Projeto de Lei propõe que, indiretamente, o governo federal subsidie o pagamento de mensalidades de planos de saúde de aposentados pelo Regime Geral de Previdência Social quando o reajuste da mensalidade do plano superar o reajuste dos proventos de aposentadoria. Faz, assim, com que o Poder Público se responsabilize por uma escolha do cidadão pela saúde suplementar. O País oferta a saúde universal. Aderir ao plano é uma escolha. Por isso, os custos dessa opção não podem ser socializados. Assim, sugerimos a rejeição deste Projeto.

5 – Projeto de Lei nº 3.940, de 2004, do Deputado Dr. Pinotti: este Projeto estabelece normas para o funcionamento das empresas

operadoras de planos de saúde e o relacionamento entre operadoras, prestadores de serviços e usuários. Um dos aspectos abordados no projeto é a diminuição dos prazos de carência nos contratos. Como já dispusemos no tópico específico, a redução do prazo de carência pode prejudicar o equilíbrio financeiro das operadoras de planos de saúde.

No entanto, esse projeto também trata de critérios de reajuste de valores de planos de saúde. Acreditamos que a proposta do Deputado para a distribuição equitativa e equilibrada do percentual de aumento entre as faixas etárias é elogiável. Com base no exposto, sugerimos a aprovação deste Projeto, nos termos do Substitutivo.

6 - Projeto de Lei nº 7.600, de 2006, do Deputado Dr. Pinotti: este Projeto de Lei estabelece normas para o atendimento dos usuários de planos de saúde, o ressarcimento de despesas quando o atendimento for realizado pelo SUS ou seus conveniados, a adoção do Cartão Nacional de Saúde, atualização e divulgação da TUNEP - Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos. O ressarcimento já é previsto em Lei e regulamentado em resolução normativa. As mudanças propostas no Projeto tendem a elevar ao patamar legal regras que já constam da regulamentação infralegal do tema.

No entanto, esse projeto também trata de critérios de reajuste de valores de planos de saúde. Acreditamos que a proposta do Deputado para a distribuição equitativa e equilibrada do percentual de aumento entre as faixas etárias é elogiável. Com base no exposto, sugerimos a aprovação deste Projeto, nos termos do Substitutivo.

Manutenção do Plano de Saúde pelo aposentado e pelo empregado demitido sem justa causa

O art. 30 da Lei nº 9.656, de 1998, determina que ao consumidor que contribuir para planos de saúde em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumo o seu pagamento integral.

Já o art. 31 da Lei nº 9.656, de 1998, estabelece que ao aposentado que contribuir para planos de saúde, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os PLs 4.844, de 2001; 7.694, de 2014; 4.043, de 2015; 5.532, de 2016, não violam as regras e princípios da Constituição Federal e inovam o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas. Não apreciaremos a constitucionalidade, a juridicidade e o mérito dos PLs nºs 6.677, de 2009 e 8.163, de 2017, uma vez que eles foram considerados incompatíveis e inadequados do ponto de vista orçamentário e financeiro.

1 – Projeto de Lei nº 4.844, de 2001, do Deputado Eduardo Campos: este Projeto garante aos empregados demitidos sem justa causa e aos aposentados período de cobertura, exigindo o pagamento de parte da cota patronal (e não da sua integralidade). Em razão de o fornecimento de planos de saúde não ser uma obrigação legal, uma alteração nesse sentido dissuadiria os empregadores de custear os planos de saúde de seus empregados, uma vez que, ao determinar que o ex-empregador pague parcela do plano de saúde do empregado demitido por seis meses, está-se onerando excessivamente o empresário, que já arca com diversas despesas com o rompimento do vínculo de trabalho. Outros assuntos, como carência, variação das contraprestações pecuniárias e livre-escolha de profissionais são tratados nesta Proposição. Porém, como essas matérias são abordadas em outros tópicos, optamos por não as examinar neste momento. Por isso, sugerimos a rejeição desse Projeto.

2 – Projeto de Lei nº 6.677, de 2009, do Deputado Leandro Sampaio: este Projeto garante ao empregado a manutenção do plano de saúde após sua demissão, sendo os custos divididos com o empregador durante seis

meses. Este PL foi considerado incompatível e inadequado do ponto de vista orçamentário e financeiro. Dessa forma, não abordaremos a sua constitucionalidade, a sua juridicidade e o seu mérito.

3 – Projeto de Lei nº 7.694, de 2014, do Deputado Carlos Bezerra: este Projeto estabelece que o aposentado que contribuir pelo prazo mínimo de cinco anos para o plano de saúde da empresa tem assegurado o direito de manutenção como beneficiário. Embora o §1º do art. 31 da Lei nº 9.656, de 1998, determine que o aposentado que contribuir por menos de dez anos terá direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral, não enxergamos óbices a essa iniciativa, pois o custo do pagamento das parcelas do plano será do aposentado – não onerará a empresa. Por isso, sugerimos a aprovação deste Projeto, nos termos do Substitutivo.

4 – Projeto de Lei nº 4.043, de 2015, do Deputado Marcelo Belinati: o objetivo deste Projeto é garantir que as condições assumidas pelo empregado exonerado sem justa causa e pelo aposentado sejam as mesmas da empresa anteriormente ao fim do contrato. Com isso, o Parlamentar almeja que as operadoras de planos de saúde não aumentem o preço da mensalidade cobrada dos beneficiários, para dificultar a sua continuidade no plano. Acreditamos que essa alteração é desnecessária, pois os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, já garantem a permanência no plano desses sujeitos, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do contrato de trabalho. Nas situações concretas, é preciso que a Agência Nacional de Saúde Suplementar fiscalize o cumprimento desses dispositivos. Destacamos que, consoante o sítio institucional da autarquia, “de forma simplificada, a regulação pode ser entendida como um conjunto de medidas e ações do Governo que envolve a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público”. Modificar a Lei, portanto, é supérfluo. Melhor que isso é incentivar o seu cumprimento adequado, mediante fiscalização. Destacamos que a Resolução Normativa nº 279, de 24 de novembro de 2011, regulamenta esses artigos e assegura a manutenção do plano nas mesmas

condições contratadas anteriormente⁵⁷. Por isso, sugerimos a rejeição deste Projeto.

5 – Projeto de Lei nº 5.532, de 2016, do Deputado Antonio Carlos Mendes Thame: este Projeto estabelece que os empregados demitidos sem justa causa e os aposentados que se desligam da empresa podem continuar usufruindo do plano de saúde, desde que assumam o pagamento do valor total pago anteriormente pela empresa. Ou seja: por meio do Projeto, o Deputado quer deixar claro que o empregado pagará o mesmo valor que a empresa pagava por ele, sem reajustes. Acreditamos que essa alteração é desnecessária, pois os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, já garantem a permanência no plano desses sujeitos, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do contrato de trabalho. Nas situações concretas, é preciso que a Agência Nacional de Saúde Suplementar fiscalize o cumprimento desses dispositivos. Destacamos que, consoante o sítio institucional da autarquia, “de forma simplificada, a regulação pode ser entendida como um conjunto de medidas e ações do Governo que envolve a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público”. Modificar a Lei, portanto, é supérfluo. Melhor que isso é incentivar o seu cumprimento adequado, mediante fiscalização. Destacamos que a Resolução Normativa nº 279, de 2011, regulamenta esses artigos e assegura a manutenção do plano das mesmas condições contratadas anteriormente⁵⁸. Por isso, sugerimos a rejeição deste Projeto.

6 – Projeto de Lei nº 8.163, de 2017, do Deputado Heuler Cruvinel: este Projeto estabelece que a cobertura do plano de saúde e do seguro saúde estará garantida ao beneficiário, sem qualquer custo, durante a vigência do seu seguro-desemprego. Este PL foi considerado incompatível e

57

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTg5OA==>

58

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTg5OA==>

inadequado do ponto de vista orçamentário e financeiro. Dessa forma, não abordaremos a sua constitucionalidade, a sua juridicidade e o seu mérito.

Carência

Antes da Lei nº 9.656, de 1998, as empresas alegavam prejuízo com usuários que, ao se darem conta de que deveriam fazer uma cirurgia ou submeter-se a um tratamento, procuravam se filiar a um plano de saúde para, logo após o término da cirurgia ou tratamento, desfiliarem-se.

Já os usuários, apontavam a prática abusiva de operadoras que impunham prazos de carência muito longos e que procuravam enquadrar diversas moléstias como preexistentes para se eximirem de cobertura dos respectivos tratamentos.

Com a entrada em vigor da Lei nº 9.656, de 1998, algumas dessas distorções e abusos foram sanados. Imperou na decisão do legislador a convicção de que entre o lucro da operadora e o direito do usuário deve vigor o equilíbrio. Se há o reconhecimento de que as operadoras não são entidades benemerentes e, sim, privadas e, como tal, buscam legitimamente a lucratividade de suas carteiras, há, igualmente, a certeza de que o usuário é a parte fraca da relação e, dessa forma, deve ser protegido contra práticas abusivas e lesões a seus direitos de consumidor.

O art. 12, V, da Lei nº 9.656, de 1998, determina que o prazo máximo de carência poderá ser de trezentos dias para parto a termo, 24 horas para a cobertura de casos de urgência e emergência e 180 dias para os demais casos. A redução extrema desses prazos rompe o equilíbrio hoje existente.

Importante salientar que as empresas não podem arcar com o risco de a pessoa que necessitar, por exemplo, de uma cirurgia cardíaca por malformação congênita, filie-se a um plano, faça a cirurgia e depois abandone o contrato. Tal caso configuraria naquilo que os economistas denominam de “seleção adversa” e contribuiria, não para a penalização das operadoras de planos de saúde, mas para o encarecimento dos contratos, pois as empresas

calculariam o risco advindo dessas pessoas e onerariam os demais filiados àquele tipo de contrato.

Ainda sobre a carência, é importante deixar claro que, de acordo com a Resolução Normativa nº 195, de 2009, nos planos de saúde coletivos empresariais com mais de 30 beneficiários, não poderá ser exigido cumprimento de prazo de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo. Ademais, no que diz respeito aos planos coletivos por adesão, também não poderá ser exigido cumprimento de prazo de carência, se o beneficiário ingressar no plano no prazo de trinta dias contados da celebração do contrato.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os projetos abaixo examinados não violam as regras e princípios da Constituição Federal e inovam o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 – Projeto de Lei nº 2.474, de 2003, do Deputado Joaquim Francisco: este Projeto estabelece o direito ao usufruto de planos de saúde pelo período correspondente ao período de carência efetivamente paga. A existência de tempo de carência não significa cláusula leonina de contrato, mas sim estrutura basilar da sistemática dos planos para permitir sua viabilidade econômica. A alteração dessa prerrogativa implica a necessidade de alternativa que supra a lacuna criada, revertendo em prejuízo maior que o eventual benefício tencionado. Com base no exposto, sugerimos a rejeição deste projeto.

2 – Projeto de Lei nº 1.942, de 2007, do Deputado Beto Faro: este Projeto proíbe a estipulação de prazo de carência para contratação de Planos de Saúde, ressalvando os dispositivos relativos às doenças e lesões preexistentes. Conforme informado, acreditamos que a extirpação dos prazos de carência pode prejudicar o equilíbrio financeiro das operadoras de planos de saúde. Com base no exposto, sugerimos a rejeição deste Projeto.

Tendo como fundamento esse argumento, também sugerimos a rejeição dos seguintes PLs, que devem ser analisados sob o mesmo prisma do PL nº 1.942, de 2007:

a) PL nº 2.901, de 2008, do Deputado Arnon Bezerra, que visa a proibir período de carência para exames pré-natal e partos.

b) PL nº 4.729, de 2016, do Deputado Carlos Henrique Gaguim, que extingue a carência para cobertura de parto por plano de saúde para gravidez de risco.

c) PL nº 7.175, de 2017, do Deputado Veneziano Vital do Rêgo, que visa a garantir que as mulheres que estejam até na 18ª semana de gestação que contratem planos de saúde hospitalares com cobertura obstétrica tenham direito a atendimento integral, inclusive à realização de cirurgias, em caso de necessidade de assistência médica hospitalar em situações de urgência decorrentes da condição gestacional em situações de urgência.

3 - Projeto de Lei nº 5.143, de 2009, do Deputado Waldir Neves, que visa a estender o direito da inscrição do filho adotivo, menor de 12 anos, ao adotando e à criança sob a guarda de beneficiários de planos de saúde. Conforme exposto na justificacão “nã há motivo para nã permitir que seja inscrita a crianã adotanda e a crianã sob guarda no plano de saúde do adotante ou guardiã, já que a relaãõ de dependência econõmica e a relaãõ familiar é anãloga à do filho. Também nã vislumbramos motivos para a legislaãõ impedir a inscriãõ com dispensa de carência para os adolescentes adotados, adotandos ou sob guarda. A exclusãõ dos maiores de doze anos da dispensa de carência é injustificável, razãõ pela qual se impõe a modificaãõ que ora propomos. A lei nã pode distinguir, sem ferir o princípio constitucional da isonomia, entre os filhos adotados crianãas ou adolescentes”. Com base no exposto, sugerimos a aprovaãõ deste Projeto, nos termos do Substitutivo.

4 – Projeto de Lei nº 7.594, de 2010, do Deputado Fábio Faria: este Projeto visa a permitir que os enteados também possam ingressar nos planos de saúde. Acreditamos que, embora haja situaãões em que o enteado nã esteja sob a tutela judicialmente concedida, em razãõ da existênciade genitor vivo e participativo, nã se deve negar a ele o direito de

ingressar como dependente de plano de saúde daquele que não é seu genitor biológico, mas que lhe provê o sustento. Trata-se de um caso de filiação sócio afetiva. Com base no exposto, sugerimos a aprovação deste Projeto, nos termos do Substitutivo.

5 - Projeto de Lei nº 7.589, de 2017, do Deputado Pastor Luciano Braga: este Projeto visa a garantir o direito à inscrição como dependente de planos de saúde das pessoas sujeitas à guarda ou à tutela, bem como o alimentando do beneficiário. As crianças sujeitas à guarda ou à tutela têm relação de dependência econômica e familiar análoga à do filho. Dessa maneira, nada mais justo que igualá-las para fins de tratamento na Lei nº 9.656, de 1998. Assim, sugerimos a aprovação deste Projeto, nos termos do Substitutivo.

Tendo como fundamento esse argumento, também sugerimos a aprovação do **PL nº 7.675, de 2017, do Deputado Pastor Luciano Braga**, que dá nova redação ao § 3º do art. 33, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente - para assegurar ao dependente sob condição de guarda o direito à inscrição em Plano de Saúde e concessão de benefícios tributários, e deve ser analisado sob o mesmo prisma do PL nº 7.589, de 2017.

Tratamento da obesidade

O Supremo Tribunal Federal, no julgamento da ADI 2477⁵⁹, já se manifestou no sentido de que a obesidade mórbida é uma forma de deficiência física. Dessa forma, os direitos do obeso mórbido já estão abarcados na Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015⁶⁰. De acordo com o art. 14 da Lei nº 9.656, de 1998, “em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde”. Assim, o ordenamento jurídico atual já contempla a proteção contra a discriminação de obesos mórbidos, por sua condição de deficiência.

⁵⁹ <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo265.htm>

⁶⁰ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm

O Anexo II⁶¹ do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde mais recente estabelece que a gastroplastia (cirurgia bariátrica) é de cobertura obrigatória para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, além de respeitar a critérios como IMC igual ou maior do que 40 kg/m² ou IMC entre 35 e 39,9 kg/m², com comorbidades, como diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, entre outras.

Nesse mesmo Anexo, há previsão de outros procedimentos, como colocação de banda gástrica por videolaparoscopia ou por via laparotômica; dermolipectomia (cirurgia de remoção de excesso de pele); e consulta com nutricionista.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os projetos abaixo examinados não violam as regras e princípios da Constituição Federal e inovam o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 – Projeto de Lei nº 7.914, de 2014, do Deputado Felipe Bornier: este Projeto visa a obrigar o atendimento aos portadores de obesidade mórbida. Como informado, a obesidade mórbida é um tipo de deficiência, para o STF. O art. 14 da Lei nº 9.656, de 1998, determina que, em razão de idade do consumidor, ou da condição de pessoa com deficiência, ninguém poderá ser impedido de participar de planos de assistência à saúde. Ademais, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde mais recente (RN nº 387, de 2015) já prevê, como de cobertura obrigatória, diversos procedimentos relacionados ao tratamento da obesidade. Dessa maneira, propomos a rejeição deste Projeto.

Tendo como fundamento esse argumento, também sugerimos a rejeição do **PL nº 805, de 2011, do Deputado Manato**, que proíbe a exclusão de cobertura a tratamentos relacionados ao diagnóstico de obesidade

61

mórbida e deve ser analisado sob o mesmo prisma do PL Projeto de Lei nº 7.914, de 2014.

Ressarcimento das despesas do consumidor do plano de saúde no Sistema Único de Saúde

De acordo com o art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998, serão ressarcidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, de acordo com normas a serem definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde.

A título de ilustração, transcrevemos o dispositivo mencionado:

“Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - multa de mora de dez por cento. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

*§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. (Incluído pela Lei nº 12.469, de 2011)”.
”*

Essa norma foi regulamentada pela Resolução Normativa nº 358, de 27 de novembro de 2014⁶², que “dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998, e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS”.

A Resolução reitera, em seu art. 36, que os valores recolhidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde a título de ressarcimento ao SUS serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde.

Temos interesse em alterar essa regra, para que os entes federados que efetivamente prestaram o atendimento possam receber o repasse do valor ressarcido pelas operadoras.

Atualmente, a ANS tem lançado, semestralmente, boletim⁶³ com informações detalhadas sobre a utilização da rede pública por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS. De acordo com o sítio institucional da Agência⁶⁴, a publicação “apresenta a lista de operadoras de planos de saúde com maior percentual de pagamento e as empresas com os maiores débitos junto à ANS; o número de atendimentos identificados (notificados) e cobrados das operadoras pela ANS ao longo de 16 anos e os valores encaminhados à dívida ativa – quando a operadora não paga pelos atendimentos realizados. É também possível verificar os valores discriminados por estado, município e por unidade prestadora de serviços de saúde – estas duas últimas consultas podem ser feitas por completo através da ferramenta Tabnet, no portal da ANS”.

Ainda em conformidade com a ANS, os recursos obtidos com o ressarcimento não voltam para os estados e municípios onde foram realizados os atendimentos pelo SUS, porque, “com o advento da alteração normativa promovida no artigo 32, § 1º, da Lei nº 9.656, de 1998, em razão da edição da

⁶²

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjgyNw==>

⁶³

http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/boletim_ressarcimento.pdf

⁶⁴ <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/3286-ans-lanca-informativo-com-dados-detalhados-do-ressarcimento-ao-sus>

Lei nº 12.469, de 2011, houve uma importante modificação no destino do repasse dos valores obtidos através do procedimento de ressarcimento ao SUS. O montante arrecadado passou a ser integralmente transferido para o Fundo Nacional da Saúde (FNS), não sendo mais partilhado com as demais entidades prestadoras de saúde. Essa nova operacionalização propiciou maior segurança no envio da quantia do ressarcimento, tendo em vista que o encaminhamento dos valores, anteriormente, era depositado em diversas contas bancárias, as quais, em muitas oportunidades, por estarem desatualizadas, acabavam provocando o retorno do crédito à agência reguladora. Além disso, a concentração da verba em apenas um ente do SUS permite um aprimoramento dos gastos dos recursos enviados”.

A Agência ainda destaca que o objetivo do ressarcimento não é financiar a saúde, pois esse instituto representa um mecanismo de regulação da saúde suplementar. Através dele, a ANS pode verificar como está a atuação das operadoras no cumprimento dos contratos.

Contudo, entendemos que a atual sistemática de ressarcimento não contempla as necessidades dos entes que prestam serviços de saúde. Há reclamações por parte dos que prestaram ou executaram o serviço de saúde ao usuário dos planos, pois, em diversas ocasiões, a União tem demorado a repassar os recursos, considerando a questão dos contingenciamentos das despesas públicas. Isso tem prejudicado o funcionamento dos entes que prestaram os serviços, e, por consequência, o atendimento à população.

A saúde pública não pode ser usada como mero instrumento para a União fazer caixa para cumprir meta de superávit primário, pois, enquanto os recursos não chegam aos hospitais, milhares de usuários do SUS morrem por falta de medicamentos, de médicos e de recursos.

Apesar de o ressarcimento das despesas direto ao ente federativo prestador de serviço público sem a atuação de intermediário representar um fator complicador, face às dificuldades operacionais para cobrança dos valores, principalmente nos pequenos Municípios, entendemos ser possível que essa cobrança possa ser feita por meio da própria ANS, em conjunto com a Advocacia-Geral da União.

Nesse caso, a sistemática de cobrança permaneceria a mesma. A diferença é que os recursos seriam repassados de forma direta ao ente federativo que prestou o serviço, em vez de isso ocorrer por meio do FNS.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os projetos abaixo examinados não violam as regras e princípios da Constituição Federal, sendo, portanto, constitucionais. Os Projetos de Lei nºs 71, de 2003; 6.483, de 2009; 2.982, de 2011; 2.504, de 2015; 6.175, de 2016; e 2.344, de 2015, inovam o ordenamento jurídico e respeitam os princípios gerais do direito. Por isso, são jurídicos. Esses projetos não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 – Projeto de Lei nº 71, de 2003, do Deputado Arlindo Chinaglia: este Projeto determina que o valor ressarcido pelas operadoras de planos de saúde ao SUS será encaminhado ao ente que custeou o tratamento. Como informamos no texto precedente, o encaminhamento dos recursos ao ente federado prestador do serviço é o que mais bem atende aos interesses da população. Assim, sugerimos a aprovação deste Projeto de Lei na forma do Substitutivo apresentado pelo relator.

Tendo como fundamento esse argumento, também sugerimos a aprovação dos seguintes PLs, que devem ser analisados sob o mesmo prisma do PL nº 71, de 2003:

a) PL nº 6.483, de 2009, do Deputado Augusto Carvalho, que tem como objetivo possibilitar que os estados e o Distrito Federal participem da cobrança dos valores a serem ressarcidos pelos atendimentos realizados pelo SUS a consumidores de planos de saúde.

b) PL nº 2.982, de 2011, do Deputado Anthony Garotinho, que tem como objetivo garantir que o ressarcimento de pacientes atendidos pelo SUS que tenham planos de saúde seja feito ao ente federativo provedor do serviço.

c) PL nº 2.504, de 2015, da Comissão Especial destinada a analisar e apresentar propostas com relação à partilha de recursos

públicos e respectivas obrigações da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal (Pacto Federativo), que permite que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios sejam ressarcidos pelos planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de atendimento dos respectivos segurados.

d) PL nº 6.175, de 2016, do Deputado Rafael Motta, que tem como objetivo modificar a legislação para permitir que, em caso de atendimento de consumidor de plano de saúde pelo SUS, o ressarcimento seja feito ao ente federativo que prestou o serviço.

2 – Projeto de Lei nº 1.349, de 2003, do Deputado João Paulo Gomes da Silva: este Projeto trata do ressarcimento do atendimento em hospitais públicos de pacientes que tenham planos de saúde. Como esse instituto já está previsto em lei e regulamentado, acreditamos que o Projeto não inovaria o ordenamento jurídico. Dessa forma, consideramos a alteração desnecessária. O Projeto, portanto, é injurídico. Por isso, fica prejudicada a análise dos demais aspectos atinentes a esta Comissão.

Tendo como fundamento esse argumento, também consideramos injurídico o **PL nº 4.393, de 2008, da Deputada Vanessa Grazziotin**, que deve ser analisado sob o mesmo prisma do PL nº 1.349, de 2003.

3 - Projeto de Lei nº 2.344, de 2015, do Deputado Odorico Monteiro: este Projeto obriga os hospitais públicos a informar os planos de saúde sobre a realização de procedimento em consumidor de plano de saúde, para que a operadora promova, se possível, a remoção do paciente e evite a necessidade de ressarcimento ao SUS. Atualmente, as operadoras de planos de saúde questionam o instituto de ressarcimento das despesas de consumidores de planos de saúde no SUS. Afirmam que, em razão do princípio da universalidade, todos os brasileiros, tenham ou não planos de saúde, têm direito ao atendimento gratuito na rede pública e conveniada. Essas instituições também contestam o valor que lhes é cobrado (tabela SUS acrescida de 50%). Com a aprovação deste Projeto, poder-se-á reduzir os gastos do SUS no atendimento de agravos, bem como os valores empenhados para a cobrança

das operadoras. Todos os participantes da relação saem ganhando. Em razão do exposto, sugerimos a aprovação deste PL, nos termos do Substitutivo.

4 – Projeto de Lei nº 3.087, de 2012, do Senado Federal: este Projeto visa a alterar a Lei nº 8.080, de 1990, para determinar que a gratuidade é um princípio do Sistema Único de Saúde e para vedar a cobrança pela execução de ações de saúde. Determina que é proibido exigir ou aceitar de operadoras de planos privados de assistência à saúde contraprestação pecuniária pelas ações de saúde, ressalvado o disposto no art. 32, da Lei nº 9.656, de 1998, bem como oferecer qualquer espécie de privilégio de leitos a beneficiários ou segurados de que trata a Lei nº 9.656, de 1998.

Atualmente, a Lei nº 8.080, de 1990, já assegura, em seu art. 43, a gratuidade das ações e serviços de saúde. Ademais, o art. 7º, IV, desta mesma Lei garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos e privilégios de qualquer espécie (e isso engloba a proibição de beneficiar consumidores de planos de saúde). Por fim, é preciso deixar claro que, atualmente, a única forma de aporte de recursos das operadoras de planos de saúde ao Sistema Único de Saúde é por meio do ressarcimento de recursos, previsto no art. 32, da Lei nº 9.656, de 1998. Assim, acreditamos que os objetivos almejados pelo autor do Projeto já estão devidamente contemplados no ordenamento jurídico. Por isso, sugerimos a rejeição deste Projeto.

Atendimento ao cliente da operadora de planos de saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, criada pela Lei nº 9.961, de 2000, é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. Para o cumprimento de suas atividades, essa Agência elabora normas infralegais para regulamentar as relações entre os planos de saúde e os consumidores.

A Resolução Normativa nº 395, de 14 de janeiro 2016⁶⁵, determina que as operadoras deverão disponibilizar canais de atendimento

65

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE2OA==>

telefônico 24 horas, para prestar informações e orientações sobre o procedimento ou serviço assistencial solicitado.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os projetos abaixo examinados não violam as regras e princípios da Constituição Federal e inovam o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 – Projeto de Lei nº 1.948, de 2015, do Deputado Vinícius Carvalho: este Projeto determina a obrigatoriedade de instalação de postos de atendimento pelas operadoras, bem como atendimento telefônico 24 horas. Como dito, a RN nº 395, de 2016, da ANS já normatiza o assunto. Dessa forma, não é preciso alterar a legislação com esse objetivo. Com base no exposto, sugerimos rejeição deste Projeto de Lei.

Tendo como fundamento esse argumento, também sugerimos a rejeição do **PL nº 664, de 2007, do Deputado Manoel Junior**, que obriga as empresas privadas que operem Planos de Assistência à Saúde a disporem de centrais de atendimento funcionando durante as vinte e quatro horas do dia, que deve ser analisado sob o mesmo prisma do PL nº 1.948, de 2015.

Estabelecimento de prazo para marcação de consultas e exames, de autorização de realização de exames e negativa de autorização

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, criada pela Lei nº 9.961, de 2000, é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. Para o cumprimento de suas atividades, essa Agência elabora normas infralegais para regulamentar as relações entre os planos de saúde e os consumidores.

A Resolução Normativa nº 259, de 2011, garante ao beneficiário de plano de saúde o atendimento, com previsão de prazos máximos, aos serviços e procedimentos por ele contratados.

A partir do dia 15 de maio de 2016, passou a ter eficácia a Resolução Normativa nº 395, de 2016, que “dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação”.

Essa resolução estabelece, em seu art. 9º, que nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentada, a operadora demandada terá o prazo de até cinco dias úteis para apresentá-la diretamente ao beneficiário, e que as solicitações de procedimentos e/ou serviços de urgência e emergência devem ser autorizadas imediatamente pela operadora, observadas as normas legais e infralegais em vigor. Percebemos, portanto, que a norma infralegal já limita o tempo de análise do pedido.

Por fim, a Resolução Normativa nº 395, de 2016, também estabelece que a negativa de realização de exames pela operadora de planos de saúde será feita por escrito.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os projetos abaixo examinados não violam as regras e princípios da Constituição Federal e inovam o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 – Projeto de Lei nº 69, de 2015, do Deputado Pompeo de Mattos: este Projeto estabelece prazo de até quinze dias úteis entre a marcação da consulta e o atendimento médico ou marcação e realização de um exame. Conforme informado, a Resolução Normativa nº 259, de 2011, garante ao beneficiário de plano de saúde o atendimento, com previsão de prazos máximos, aos serviços e procedimentos por ele contratados. Assim, acreditamos que, por este Projeto visar a alterar essa sistemática, não deve ser aprovado, pois o direito que pretende criar já existe e foi devidamente instituído por resolução normativa, mediante o devido exercício regulamentar da ANS.

Dessa forma, não é preciso alterar a legislação com esse objetivo. Com base no exposto, sugerimos rejeição deste Projeto de Lei.

Tendo como fundamento esse argumento, também sugerimos a rejeição do **PL nº 1.431, de 2011, do Deputado Felipe Bornier**, que define um limite de prazo para que a operadora analise e responda ao pedido de autorização para realização de procedimento eletivo, e que deve ser analisado sob o mesmo prisma do PL nº 69, de 2015.

2 – Projeto de Lei nº 5.024, de 2009, do Deputado Clóvis Fecury: este Projeto visa a proibir as operadoras de exigirem autorização prévia para a realização de procedimentos prescritos por médico. Conforme informamos, a Resolução Normativa nº 395, de 2016, “dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação”. Essa resolução estabelece, em seu art. 9º, que nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentada, a operadora demandada terá o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para apresentá-la diretamente ao beneficiário, e que as solicitações de procedimentos e/ou serviços de urgência e emergência devem ser autorizadas imediatamente pela operadora, observadas as normas legais e infralegais em vigor. Percebemos, portanto, que a norma infralegal já limita o tempo de análise do pedido. Excluir definitivamente a necessidade de autorização pode ser temerário. Com base no exposto, sugerimos rejeição deste Projeto de Lei.

3 – Projeto de Lei nº 5.912, de 2013, do Deputado Márcio França: este Projeto visa a conceder ao consumidor dos planos de saúde diversos direitos relacionados ao contato com a operadora de planos de saúde. No entanto, esses direitos já estão contemplados em resoluções normativas da ANS mencionadas acima, devidamente elaboradas mediante o exercício do poder regulamentar. Por isso, sugerimos rejeição deste Projeto de Lei.

4 – Projeto de Lei nº 7.762, de 2010, do Deputado Chico Lopes: este Projeto estabelece que a recusa da operadora em realizar

procedimentos, exames e internação deverá ser realizada por escrito e de forma justificada e exige que as operadoras ofereçam aos usuários os planos de saúde individuais e coletivos e garante a migração do plano coletivo para o individual nas mesmas condições do anterior. Conforme informamos, de acordo com a Resolução Normativa nº 395, de 2016, a negativa de procedimentos será feita por escrito. Diante disso, acreditamos que a proposta do Deputado é assunto de matéria infralegal e já está devidamente tratada nesse âmbito.

Todavia, no que tange à portabilidade de carência, a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar nº 186, de 2009, que foi aprimorada, mais tarde, pela Resolução Normativa nº 252, de 2011, regulamenta, em detalhes, esse direito legalmente estabelecido, ao dispor sobre a portabilidade de carências e sobre a portabilidade especial de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde (a RN expande esse direito ao titular de plano de saúde coletivo por adesão). No entanto, a RN não trata da portabilidade de planos coletivos empresariais. Acreditamos que, ao incluirmos o regramento da portabilidade no texto legal, abrangeremos, também, os beneficiários desses planos que não foram contemplados pelo regramento normativo.

Acerca da obrigação de oferta de todas as modalidades de planos aos consumidores do plano de saúde, acataremos, em parte, a proposta do Deputado. Determinaremos que as operadoras ofereçam, necessariamente, planos individuais, que são mais regulados e, por isso, trazem mais garantias ao consumidor.

Por isso, sugerimos, no mérito, a aprovação deste Projeto, nos termos do Substitutivo, por ele tratar da questão da portabilidade de carências e da obrigatoriedade de operadoras oferecerem planos individuais.

5 – Projeto de Lei nº 394, de 2011, do Deputado Marcelo Aguiar: este Projeto estabelece que a recusa de realização de procedimentos pelo plano de saúde deverá ser feita por escrito. Conforme informamos, de acordo com a Resolução Normativa nº 395, de 2016, a negativa de procedimentos será feita por escrito. Diante disso, acreditamos que a proposta

do Deputado é assunto de matéria infralegal e já está devidamente tratada nesse âmbito. Com base no exposto, sugerimos rejeição deste Projeto de Lei.

6 – Projeto de Lei nº 4.077, de 2012, do Deputado Giroto: este Projeto obriga as operadoras de planos de saúde a apresentarem justificativa detalhada quando negarem cobertura a algum beneficiário. Conforme informamos, de acordo com a Resolução Normativa nº 395, de 2016, a negativa de procedimentos será feita por escrito. Diante disso, acreditamos que a proposta do Deputado é assunto de matéria infralegal e já está devidamente tratada nesse âmbito. Com base no exposto, sugerimos rejeição deste Projeto de Lei.

7 – Projeto de Lei nº 7.947, de 2017, da Deputada Renata Abreu: este Projeto determina que o estabelecimento de saúde credenciado que não executar determinado procedimento ou serviço deverá informar o consumidor dessa restrição. Conforme informamos, de acordo com a Resolução Normativa nº 395, de 2016, a negativa de realização de exames pela operadora de planos de saúde será feita por escrito. Dessa maneira, é dispensável a apresentação de Projeto de Lei neste sentido, já que a matéria é tratada no âmbito infralegal. Com base no exposto, sugerimos rejeição deste Projeto de Lei.

8 – Projeto de Lei nº 8.108, de 2017, do Deputado Vaidon Oliveira: este Projeto determina que as operadoras de planos de saúde deverão garantir o acesso a serviços e procedimentos de saúde em prazos determinados, a depender da especialidade do profissional de saúde. Eleva, portanto, ao “status” de lei, o que já existe no âmbito infralegal. Como informamos, a Resolução Normativa nº 259, de 2011, garante ao beneficiário de plano de saúde o atendimento, com previsão de prazos máximos, aos serviços e procedimentos por ele contratados. Dessa forma, não é preciso alterar a legislação com esse objetivo. Com base no exposto, sugerimos rejeição deste Projeto de Lei.

9 - Projeto de Lei nº 8.590, de 2017, do Deputado Jorge Côrte Real: este Projeto altera a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde

forneçam resposta à solicitação de idosos para procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial no prazo máximo de doze horas. Como já dissemos, a Resolução Normativa nº 259, de 2011, da ANS, garante ao beneficiário de plano de saúde o atendimento aos serviços e procedimentos por ele contratados, com previsão de prazos máximos. Então, por exemplo, estabelece que operadora deverá garantir o atendimento integral dos serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial no prazo de 3 dias úteis (art. 3º, IX, RN nº 259, de 2011). Ressalva, no entanto, que quaisquer procedimentos ambulatoriais ou ligados à internação que sejam de urgência (os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional) ou de emergência (os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente) serão feitos de forma imediata (art. 3º, XIV, RN nº 259, de 2011). Além disso, a Resolução Normativa nº 395, de 2016, estabelece, em seu art. 9º, que, nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentada, a operadora demandada terá o prazo de até cinco dias úteis (ou menor, se a RN nº 259, de 2011, assim o dispuser), para apresentá-la diretamente ao beneficiário, e que as solicitações de procedimentos e/ou serviços de urgência e emergência devem ser autorizadas imediatamente pela operadora, observadas as normas legais e infralegais em vigor. Essa resolução não estabelece tempo diferenciado de resposta a idosos, mas limitam o tempo de análise das solicitações em geral. Assim, acreditamos que, caso fosse aprovada uma lei que tratasse desse tema específico, estar-se-ia elevando ao “status” legal uma norma que deveria existir no âmbito infralegal – prova disso é que a limitação geral de prazo de autorização consta de uma resolução normativa da ANS, e não da Lei nº 9.656, de 1998. Dessa forma, não é preciso alterar a legislação com esse objetivo. Com base no exposto, sugerimos rejeição deste Projeto de Lei.

Descontos na mensalidade do plano de saúde

Nos planos de saúde, ao contrário dos seguros automotivos, não há limite de cobertura, nem prazo. Um determinado beneficiário pode não utilizar os serviços — ou utilizá-los poucas vezes — ao longo de muitos anos e,

repentinamente, vir a necessitar de longas internações em UTI ou de realizar cirurgias de alta complexidade. Assim, em tese, o beneficiário paga pela segurança de ter as suas necessidades de saúde cobertas, independentemente de vir a usar ou não as prerrogativas que o plano de saúde possibilita.

No entanto, parece-nos interessante facultar a previsão de cláusula de desconto que tenha por objetivo evidente a proteção da saúde dos consumidores e que esteja associada a fatores que reduzam a utilização de serviços de saúde. É o caso da prática de atividades físicas. Comprovadamente, praticantes regulares de exercícios físicos são menos propensos a ter problemas de saúde e, conseqüentemente, a fazer uso das coberturas prestadas pelas operadoras de planos de saúde.

Facultar a oferta de desconto em razão da adesão a programas de prevenção oferecidos pelas operadoras tem a vantagem, ainda, de servir como estímulo para a prática de hábitos saudáveis. Vale notar que, de acordo com a pesquisa Vigitel 2016 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico)⁶⁶, do Ministério da Saúde, apenas 14,4% da população adulta brasileira pratica atividades físicas em níveis considerados moderados. E 13,7% da população adulta brasileira é fisicamente inativa.

Tendo isso em vista, em nosso Substitutivo, propusemos a inclusão do art. 16-A à Lei nº 9.656, de 1998, para deixar clara a possibilidade de as operadoras oferecerem descontos relacionados à adesão a programas de prevenção oferecidos pela operadora.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os projetos abaixo examinados não violam as regras e princípios da Constituição Federal e inovam o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

⁶⁶ http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf

1 – Projeto de Lei nº 176, de 2015, do Deputado Zeca Cavalcanti: este Projeto concede desconto progressivo nas mensalidades para o usuário do plano de saúde que utiliza com pouca frequência os serviços contratados da saúde suplementar. Como dissemos na introdução, a natureza do plano de saúde não nos parece compatível com a concessão de descontos, pois, nesses tipos de contratos, o beneficiário paga pela segurança de ter as suas necessidades de saúde cobertas, independentemente de vir a usar ou não as prerrogativas que o plano de saúde possibilita. Com base no exposto, sugerimos rejeição deste Projeto de Lei.

Tendo como fundamento esse argumento, também sugerimos a rejeição do **PL nº 2.608, de 2015, do Deputado Luiz Carlos Ramos**, que propõe tabela de descontos progressivos incidentes sobre contratos de plano de saúde dos segurados que se abstiverem de utilizá-lo ao longo da vigência anual, e que deve ser analisado sob o mesmo prisma do PL nº 176, de 2015.

Ressarcimento de despesas com medicamento e pagamento de próteses e órteses que façam parte do procedimento cirúrgico

No caso de fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar, já existe direito legalmente previsto (art. 12, I, c, da Lei nº 9.656, de 1998) para a cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes.

Além dessa possibilidade, os planos podem, voluntariamente, estender a cobertura à assistência farmacêutica. Porém, estabelecer a obrigação de todos os planos o fazerem pode aumentar exageradamente o valor cobrado dos consumidores e inviabilizar a sua permanência.

A Resolução Normativa (RN) nº 310, de 30 de outubro de 2012⁶⁷, que “dispõe sobre os princípios para a oferta de contrato acessório de medicação de uso domiciliar pelas operadoras de planos de assistência à

67

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjl4Mw==>

saúde”, determina que operadoras de planos de assistência à saúde poderão, facultativamente, ofertar a seus beneficiários contrato acessório de medicação de uso domiciliar, que deverá seguir os princípios estabelecidos nessa mesma RN.

No que tange ao provimento de próteses, informamos que o art. 10, VII, da Lei nº 9.656, de 1998, estabelece que os planos não são obrigados a fornecer próteses, órteses e acessórios não ligados ao ato cirúrgico. Dessa forma, entendemos que, por exclusão, quando esses materiais estiverem relacionados ao ato cirúrgico, têm de ser fornecidos. De acordo com o sítio institucional da ANS⁶⁸: “órteses e próteses, cuja colocação exija a realização de procedimento cirúrgico, têm cobertura obrigatória nos planos de saúde regulamentados pela Lei nº 9.656, de 1998, se estes estiverem listados no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde da ANS. Cabe ao médico assistente determinar as características do implante a ser utilizado - dimensões, material de fabricação (aço, titânio, cerâmica, entre outros) e tipo (cimentado, não cimentado, por exemplo) e, justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado e também a prerrogativa de indicar pelo menos 3 marcas, quando disponíveis, todas com registro válido na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A operadora pode escolher uma, dentre as 3 marcas. Ressaltamos que o entendimento da ANS está em consonância com a Resolução CFM nº 1.956, 2010, no qual se afirma que ‘não há justificativa para o médico excluir marca comercial de produtos e/ou instrumentos para procedimentos, sendo garantido a ele o conhecimento antecipado de cadastro destes no âmbito do seu trabalho’”.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os projetos abaixo examinados não violam as regras e princípios da Constituição Federal e inovam o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

68

http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resp_osta=471&historico=10445169

1 – Projeto de Lei nº 756, de 2007, da Deputada Solange Almeida: este Projeto obriga as empresas operadoras de planos de saúde a ressarcir as despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com medicamentos prescritos pelo médico assistente. Conforme informamos na introdução, os planos podem, voluntariamente, estender a cobertura à assistência farmacêutica. Porém, estabelecer a obrigação de todos os planos o fazerem pode aumentar exageradamente o valor cobrado dos consumidores e inviabilizar a sua permanência. Com base no exposto, sugerimos rejeição deste Projeto de Lei.

2 – Projeto de Lei nº 657, de 2011, do Deputado Carlos Eduardo Cadoca: este Projeto trata tanto do fornecimento obrigatório pelas operadoras de planos de saúde de medicamentos para o tratamento domiciliar, quanto do fornecimento de próteses e órteses em atos cirúrgicos. Acerca do primeiro tema, destacamos que, como explorado acima, os planos podem, voluntariamente, estender a cobertura à assistência farmacêutica. Porém, estabelecer a obrigação de todos os planos o fazerem pode aumentar exageradamente o valor cobrado dos consumidores e inviabilizar a sua permanência. Acerca das próteses e órteses, ressaltamos que, atualmente, as operadoras de planos já são obrigadas a fornecer próteses e órteses relativas ao ato cirúrgico. A Lei nº 9.656, de 1998, desobriga, apenas, o fornecimento desses materiais em procedimentos não ligados ao ato cirúrgico. Com base no exposto, sugerimos rejeição deste Projeto de Lei.

Atendimento em caso de planejamento familiar

A Lei nº 11.935, de 11 de maio de 2009⁶⁹, determinou que os atendimentos nos casos de planejamento familiar são de cobertura obrigatória pelos planos de Saúde. A Resolução Normativa nº 192, de 27 de maio de 2009⁷⁰, da ANS, excluiu da cobertura obrigatória o procedimento de inseminação artificial, em conformidade com o inciso III do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998. Essa Resolução foi revogada e, atualmente, a RN nº 387, de

⁶⁹ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11935.htm

⁷⁰ http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_31_docapoio_rn192_planejamento_familiar.pdf

2015, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, considera que é permitida a exclusão assistencial para os casos de inseminação artificial, “entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas”.

Acreditamos que a solução dada pela ANS foi acertada. Com a entrada em vigor da Lei nº 11.935, de 2009, passou-se a alegar uma aparente contradição entre as normas. No entanto, ao se fazer uma análise mais atenta dos dispositivos, percebe-se que eles não são conflitantes.

A Lei nº 11.935, de 2009, determina a obrigatoriedade de cobertura dos procedimentos de planejamento familiar, que são diversos e incluem, além de inseminação artificial, a laqueadura de trompas, a vasectomia, entre outros. E isso não é incompatível com o art. 10, III, da Lei nº 9.656, de 1998. Esse dispositivo apenas exclui da cobertura dos planos a inseminação artificial, procedimento extremamente oneroso, que pode custar até 20 mil reais para uma única tentativa⁷¹.

Ademais, temos de destacar que o Sistema Único de Saúde já dispõe de um programa de reprodução assistida gratuito. A Portaria nº 426, de 22 de março de 2005⁷², institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, que contempla, inclusive, a realização de procedimentos de fertilização “in vitro” e inseminação artificial.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os projetos abaixo examinados não violam as regras e princípios da Constituição Federal e inovam o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

⁷¹

http://sites.correioweb.com.br/app/50,114/2016/04/25/noticia_saudeplena,156559/reproducao-assistida-fator-financeiro-pode-impedir-sonho-de-muitas-mu.shtml

⁷² http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm

1 – Projeto de Lei nº 5.730, de 2009, do Deputado Geraldo Resende: este Projeto determina a inclusão da reprodução assistida dentre os serviços oferecidos pelos planos de saúde. Conforme explicado, a proposição deve ser rejeitada, pois a inclusão dos procedimentos de reprodução assistida entre os obrigatoriamente cobertos pelos planos pode onerar demasiadamente os contratos e, assim, repercutir em aumentos nas mensalidades dos consumidores. Por isso, sugerimos a rejeição deste Projeto de Lei.

Tendo como fundamento esse argumento, também sugerimos a rejeição dos seguintes PLs, que devem ser analisados sob o mesmo prisma do PL nº 5.730, de 2009:

a) PL nº 4.726, de 2012, da Deputada Eleuses Paiva, que prevê a cobertura à reprodução humana assistida pelos Planos de Saúde.

b) PL nº 121, de 2015, do Deputado Juscelino Rezende Filho, que prevê a cobertura à inseminação artificial pelos Planos de Saúde.

Credenciamento de prestadores de serviço

O art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, alterado, em parte, pela Lei nº 13.003, de 2014, trata da inclusão, da manutenção e da alteração de prestadores de serviços como contratados, referenciados ou credenciados de planos de saúde. Estabelece o seguinte:

“Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência.”

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o 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 estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

§ 3º Excetuam-se do previsto no § 2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

I - nome da entidade a ser excluída;

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.”

Por meio da leitura desses dispositivos, chegamos às seguintes

conclusões:

– A inclusão de prestadores de serviços de saúde, em regra, implica no compromisso de sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

– É possível a substituição de prestadores de serviços de saúde, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com 30 dias de antecedência.

– Poderá ocorrer redimensionamento da rede por redução, desde que mantenha a cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus ao consumidor. Para tanto, a operadora terá de solicitar essa medida à ANS, que avaliará o seu impacto.

Essa regra foi regulamentada pela Resolução Normativa nº 365, de 11 de dezembro de 2014⁷³, da ANS, que traz detalhamentos acerca da relação das operadoras com os consumidores de planos de saúde.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os projetos abaixo examinados não violam as regras e princípios da Constituição Federal e inovam o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 – Projeto de Lei nº 4.036, de 2012, da Deputada Nilda Gondim: este Projeto obriga as operadoras de planos privados de assistência à saúde a disponibilizar individualmente aos segurados informações sobre o credenciamento de hospitais, clínicas e médicos e atualização dos dados de sua rede assistencial em tempo real. A Lei nº 9.656, de 1998, sofreu recente alteração pela Lei nº 13.003, de 2014, e, a partir de então, passou a prever que a substituição de prestadores seria precedida de comunicação prévia de trinta dias aos consumidores. Por isso, acreditamos que este Projeto deva ser rejeitado.

73

Tendo como fundamento esse argumento, também sugerimos a rejeição dos seguintes PLs, que devem ser analisados sob o mesmo prisma do PL nº 4.036, de 2012:

a) PL nº 5.152, de 2013, do Deputado Major Fábio, que visa a estabelecer obrigatoriedade de comunicação aos usuários de planos e seguros de saúde sobre descredenciamento de instituições e profissionais.

b) PL nº 6.819, de 2013, do Deputado Júlio Campos, que altera a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que a cessação da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora por parte de qualquer profissional de saúde será comunicada aos consumidores com antecedência mínima de trinta dias, assegurando-se o direito da consulta de retorno com o mesmo profissional.

c) PL nº 6.455, de 2016, do Deputado Cabo Sabino, que dispõe sobre a obrigatoriedade de as operadoras de planos de saúde avisarem, previa e individualmente, os consumidores, sobre o descredenciamento de hospitais e médicos.

2 - Projeto de Lei nº 1.603, de 2003, do Deputado Mário Heringer: este Projeto restringe as hipóteses de descredenciamento apenas aos casos de cometimento de ato ilegal ou contrário à ética profissional, fraude, erro médico ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. Acreditamos que interferir, mediante alteração da Lei, no descredenciamento de profissionais e instituições, facultando essa hipótese a poucas situações, é indevido, pois afeta a liberdade da operadora de gerenciar seus prestadores de serviço. O art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, já garante que, em havendo descredenciamento de prestador, haverá substituição por equivalente, com comunicação prévia. Dessa forma, a alteração parece desarrazoada. Ademais, trata de detalhes contratuais, o que, em nossa opinião, não deve constar de Lei, mas sim de regulamento. Assim, sugerimos a sua rejeição.

3 - Projeto de Lei nº 4.075, de 2004, do Deputado Mário Heringer: este Projeto determina que as operadoras ficam proibidas de condicionar o credenciamento de profissionais a critérios econômicos. Consideramos que, se uma operadora cobra de profissionais ou de

estabelecimentos para credenciá-los, a decisão de pagar por essa filiação é uma questão bilateral. Não cabe ao Estado, em nosso entender, interferir nesse processo, até porque não há relação entre competência ou qualidade e o fato de um profissional ou estabelecimento adquirir o seu credenciamento. Devemos salientar, ainda, que, no caso da Unimed, por exemplo, os credenciados são, na verdade, cooperados. Eles pagam para se tornar parte da cooperativa e recebem distribuição de lucros periodicamente em razão disso. Assim, sugerimos a rejeição deste Projeto.

Reajuste para planos coletivos

Os reajustes para os planos empresariais e por adesão podem ocorrer em duas situações. A primeira delas, e comum a todos os planos, inclusive individuais e familiares, acontece por mudança de faixa etária, de acordo com critérios definidos pela legislação e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Outra possibilidade é o reajuste por variação de custos, que pode ser feito uma vez ao ano, na data de aniversário do contrato. Nos planos coletivos, o índice de reajuste por variação de custos é definido conforme as normas contratuais livremente estabelecidas entre a operadora de planos de saúde e a empresa que contratou o plano. Esse reajuste deve ser comunicado à ANS pela empresa que vende o plano no máximo até 30 dias após sua aplicação.

Com a finalidade de proteger os beneficiários de contratos com número reduzido de pessoas, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012⁷⁴, por meio da qual decidiu que as operadoras de planos de saúde deverão agrupar seus contratos coletivos com menos de 30 vidas num grupo único para aplicação do reajuste. O objetivo da medida, que começou a valer para os reajustes aplicados a partir de maio de 2013, foi a aplicação de índices uniformes para esses contratos com menor capacidade de negociação junto às operadoras.

74

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjl4Mg==>

Quanto ao cálculo para a definição do percentual a ser aplicado aos planos individuais, familiares e coletivos com até 30 beneficiários, a ANS esclarece que “a metodologia utilizada pela ANS para calcular o índice máximo de reajuste dos planos individuais é a mesma desde 2001 e leva em consideração a média dos percentuais de reajuste aplicados pelas operadoras aos planos coletivos com mais de 30 beneficiários”.

É certo que qualquer solução proposta para os debates em referência não pode desconsiderar um fato: as operadoras têm custos e, se essas despesas aumentam, das três uma: ou eles vão aumentar os preços cobrados dos consumidores ou oferecerão serviços piores (aí podemos pensar de que forma essa piora se manifesta, se por meio da redução de coberturas, da rede conveniada etc.) ou vão à falência. Barrar reajustes, pura e simplesmente, não faz sentido.

O desafio, então, passa a ser encontrar uma forma de identificar com precisão os aumentos de insumos utilizados pelas operadoras de planos de saúde, para que os reajustes sejam arbitrados de maneira justa. Um obstáculo ao alcance desse resultado é que as despesas dos planos não são absolutamente idênticas. Por exemplo, uns têm mais empregados do que outros e, por isso, estão mais expostos a aumentos no salário mínimo ou no piso salarial das categorias que lhes atendem. Segundo pudemos apurar, as cestas de consumos das operadoras de planos de saúde são distintas a ponto de tornar inviável a construção de um índice setorial. Índices, como se sabe, medem a variação média dos preços de produtos usualmente consumidos por determinadas pessoas, naturais ou jurídicas.

Se a construção de um índice setorial não é uma solução eficiente, não há como a ANS arbitrar o reajuste dos planos coletivos. Qual critério ela utilizará? Como evitar desequilíbrios decorrentes da imposição de um reajuste que não represente adequadamente o aumento do custo dos insumos das operadoras?

Quanto aos planos coletivos, portanto, cremos que a melhor alternativa é seguir com a premissa verossímil de que os clientes dos planos coletivos, por meio de seus representantes, têm condições de negociar com as

operadoras e evitar reajustes pouco razoáveis. Hoje, a melhor solução para o reajuste dos planos coletivos é a via contratual.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os projetos abaixo examinados não violam as regras e princípios da Constituição Federal e inovam o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 – Projeto de Lei nº 4.201, de 2012, do Deputado Eduardo da Fonte: este Projeto determina que o reajuste de planos coletivos dependerá de prévia autorização da ANS. Conforme expusemos, acreditamos que a metodologia de reajuste atual para planos coletivos é adequada, dada a impossibilidade de se construir um índice setorial que apure a variação do preço dos insumos demandados pelas operadoras de planos de saúde. Sugerimos, portanto, no mérito, a rejeição desse Projeto.

Tendo como fundamento esse argumento, também sugerimos a rejeição dos seguintes PLs, que devem ser analisados sob o mesmo prisma do PL nº 4.201, de 2012:

a) PL nº 5.715, de 2013, do Deputado Reguffe, que visa a assegurar que os planos de saúde coletivos ou empresariais com até cem beneficiários tenham o mesmo tratamento legal que os planos de saúde individuais, inclusive na questão do reajuste de preços.

b) PL nº 6.067, de 2013, do Deputado Antonio Carlos Mendes Thame, que visa a dar equivalência entre os planos individuais e coletivos. Em sua justificação, trata especificamente da igualdade de índices de reajuste.

c) PL nº 6.715, de 2013, do Deputado Ivan Valente, que visa a exigir prévia autorização da Agência Nacional de Saúde no caso de reajustes de planos ou seguros coletivos de saúde.

d) PL nº 6.714, de 2013, do Deputado Ivan Valente, que visa a exigir prévia autorização da Agência Nacional de Saúde no caso de reajustes de planos ou seguros coletivos de saúde.

e) PL nº 7.142, de 2014, do Deputado Danilo Forte, que determina a exigência da autorização prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar para o reajuste de preços dos planos e seguros de saúde coletivos.

f) PL nº 2.274, de 2015, do Deputado Rogério Rosso, que dispõe sobre a aplicação da cláusula de reajustes dos planos e seguros privados de assistência à saúde.

g) PL nº 2.295, de 2015, do Deputado Rodrigo Garcia, que estabelece diretrizes gerais para política de reajustes do setor de saúde suplementar visando à proteção dos direitos dos consumidores e à coexistência sustentável de planos de saúde individuais e de planos ou seguros coletivos de saúde.

h) PL nº 5.622, de 2016, do Deputado Rubens Bueno, que visa a tratar dos planos coletivos de saúde, principalmente no que diz respeito às suas cláusulas de reajuste.

i) PL nº 8.396, de 2017, do Deputado Flavinho, que visa a alterar a Lei nº 9.656, de 1998, para criar mecanismos de regulação para o controle da demanda dos planos de saúde e para garantir que, nos contratos individuais e coletivos, a aplicação de cláusula de reajuste das prestações pecuniárias dependerá de aprovação da ANS.

Discriminação entre clientes de planos de saúde e clientes particulares

De acordo com o art. 18, I, da Lei nº 9.656, de 1998, “o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano”. Dessa forma, a Lei já prevê que não poderá haver preferência para marcação de consultas entre clientes de operadoras.

No entanto, os profissionais podem fazer diferenciação entre clientes de planos de saúde e particulares. Em face do princípio da autonomia contratual, acreditamos dever ser possível estabelecer expressamente nos contratos os limites para atendimento dos pacientes custeados pelos planos de saúde, seja pelo número total de procedimentos (consultas, exames, entre outros), ou, ainda, pela disposição de dias e horas em que o médico se dispõe a realizar atendimentos oriundos dos planos de saúde. Se essa disposição for clara, não há qualquer dano ao consumidor. A modificação dessa sistemática interfere indevidamente na autonomia contratual.

Ademais, a proibição de criação de agendas diferenciadas para pacientes particulares e planos poderia, por exemplo, estimular profissionais qualificados a abandonarem o atendimento por planos, que remunera pior, para manterem agenda exclusivamente particular.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os projetos abaixo examinados não violam as regras e princípios da Constituição Federal e inovam o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 – Projeto de Lei nº 1.992, de 2015, do Deputado Fábio Mitidieri: este Projeto visa a proibir a discriminação entre clientes consumidores dos planos de saúde e particulares. Conforme expusemos, em face do princípio da autonomia contratual, acreditamos dever ser possível estabelecer expressamente nos contratos entre os prestadores e as operadoras os limites para atendimento dos pacientes custeados pelos planos de saúde, seja pelo número total de procedimentos (consultas, exames, entre outros), ou, ainda, pela disposição de dias e horas em que o médico se dispõe a realizar atendimentos oriundos dos planos de saúde. A modificação essa sistemática interfere indevidamente na autonomia contratual. Por isso, propomos a rejeição deste Projeto de Lei.

Tendo como fundamento esse argumento, também sugerimos a rejeição do **PL nº 7.501, de 2017, do Deputado Benjamin Maranhão**, que

visa a proibir que o prestador de serviço e o profissional de saúde contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde pratique a diferenciação da agenda para pacientes de planos de saúde e pacientes particulares, e que deve ser analisado sob o mesmo prisma do PL nº 1.992, de 2015.

Definições legais acerca do detalhamento de contratos

A lei que trata dos planos privados de saúde define normas gerais e patamares mínimos da assistência a serem oferecidos aos beneficiários e não deve se imiscuir em detalhes contratuais. Ao inserir na Lei modificações tendentes a modificar a relação contratual, corre-se o risco de desequilibrar os contratos existentes e dificultar o cumprimento dos seus termos.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os projetos abaixo examinados não violam as regras e princípios da Constituição Federal e inovam o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucionais e jurídicos. Além disso, não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 – Projeto de Lei nº 6.510, de 2006, do Deputado Ricarte de Freitas: este Projeto define a compensação de carteira dos planos de saúde para garantir a compensação financeira de despesas do usuário, quando em sua carteira/contrato não constar o plano de saúde a ele vinculado. Com esta Proposição, almeja-se que o consumidor de um plano possa ser atendido por médico conveniado a outro plano, pagando as despesas relativas à diferença dos valores pagos pelas operadoras ao prestador. Alguns planos de saúde já facultam a seus beneficiários o reembolso por procedimento ou serviço efetuado fora da rede credenciada. Mas isso é uma questão definida em contrato. Não é uma obrigação. Ao se criar, legalmente, uma obrigação de compensação entre operadoras de planos de saúde, invade-se, indevidamente, a relação entre essas entidades privadas. É importante lembrar que o excesso de regramento pode engessar o setor e torná-lo pouco operante. Por isso, sugerimos a rejeição desse Projeto.

2 – Projeto de Lei nº 2.645, de 2011, do Deputado Alberto Filho: este Projeto estabelece que nos contratos firmados entre operadoras e consumidores constem os endereços de correspondência e eletrônicos, bem como telefones para contato da ANS e dos órgãos de defesa do consumidor. O parágrafo único do art. 16 da Lei nº 9.656, de 1998, determina que, no ato da contratação, será entregue ao consumidor material explicativo, em linguagem simples e precisa, sobre as características do produto. Atualmente, em razão da RN nº 395, de 2016, as operadoras também já são obrigadas a divulgar seus canais de atendimento. Dessa forma, acreditamos que a medida proposta neste PL não merece aprovação, por já estar suficientemente contemplada nas normas já vigentes. Por isso, sugerimos a rejeição desse Projeto.

3 – Projeto de Lei nº 4.402, de 2012, do Deputado Zoinho: este Projeto assegura direitos dos dependentes maiores de 21 anos e menores de 24 anos, matriculados em curso regular reconhecido pelo MEC. Os planos de saúde se relacionam com seus beneficiários por contratos, nos casos dos planos individuais ou coletivos comercializados por empresas privadas, ou por regimentos ou outro instrumento que definem os direitos e deveres, nos casos dos planos de autogestão. A lei que trata dos planos privados de saúde define normas gerais e patamares mínimos da assistência a serem oferecidos aos beneficiários. Assim, nada impede que as operadoras ofereçam aos contratantes o direito de dependentes nessa faixa etária permanecerem no plano. Porém, nesses casos, os planos geralmente cobram uma contraprestação financeira mais significativa.

Outra questão relativa a essa temática é que, se essa proposta fosse aprovada, não poderia aplicar-se a contratos já firmados até a data da vigência, uma vez que esses se enquadrariam no instituto conhecido como “ato jurídico perfeito”. Isso é: os contratos firmados sob a égide do texto da lei atual não poderiam ser modificados, valendo apenas para aqueles posteriores à vigência. Desse modo, novamente, as operadoras tenderiam a recalcular seus custos e incluir os preços finais o risco de cobertura de tais eventos nos contratos firmados posteriormente à vigência da Lei. Por isso, sugerimos a rejeição desse Projeto.

4 – Projeto de Lei nº 6.941, de 2017, da Deputada Jozi Araújo: este Projeto visa a acrescentar as definições dos tipos de contratações dos planos privados de assistência à saúde e estabelecer obrigações para administradoras e operadoras de planos de assistência à saúde. Ao analisarmos o seu texto, percebemos que o Projeto quer elevar à categoria de lei o disposto em resolução normativa da ANS (195, de 2009). Acreditamos que a lei deve manter-se genérica e abstrata e deixar para o regulamento a abordagem de detalhes. Por isso, sugerimos a rejeição desse Projeto.

5 – Projeto de Lei nº 8.276, de 2017, do Deputado Veneziano Vital do Rêgo: este Projeto visa a alterar a Lei nº 9.656, de 1998, para padronizar a data de reajuste das contraprestações pecuniárias devidas aos planos e seguros privados de assistência à saúde. A ideia do Deputado é que esses contratos sejam reajustados todo dia 1º de janeiro. Atualmente, o índice máximo de reajuste dos planos individuais e familiares contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, ocorre a partir da data de aniversário de cada contrato. Em relação aos planos coletivos, a RN nº 195, de 2009, determina que nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, exceto no que se refere a variações de contraprestação pecuniária em relação a mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9.656, de 1998. A atual sistemática, portanto, permite que os contratos sejam reajustados a cada 12 meses. Com a aprovação da medida proposta pelo Parlamentar, poderiam ocorrer algumas situações negativas. Por exemplo, uma pessoa que firmasse um contrato em dezembro de um ano teria o reajuste dentro de apenas alguns dias (e não em 12 meses). Assim, por acreditarmos que a medida não beneficia o consumidor, somos pela rejeição deste Projeto.

Regulamentação do vínculo para adesão a contrato coletivo

A ANS publicou a Resolução Normativa nº 195, de 2009, que regulamentou a necessidade de vínculo associativo, de classe ou empregatício para adesão a um contrato coletivo. Essa resolução trouxe uma série de benefícios para os consumidores, como a definição do conceito de quem pode

ser contratante; a proibição de mais de um reajuste por ano (com exceção do reajuste por faixa etária, que pode coincidir com o anual); e novas regras para carência e cobertura parcial temporária.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise do projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que o projeto abaixo examinado não viola as regras e princípios da Constituição Federal e inova o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucional e jurídico. Além disso, não traz implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 – Projeto de Lei nº 4.644, de 2016, do Deputado Flavinho:

este Projeto visa a garantir aos membros de associações civis e religiosas o direito à adesão aos planos de saúde coletivos empresariais ou coletivos por adesão de que participem as instituições que integrem. Conforme explicitado, esse tema já é tratado na esfera infralegal, por meio de resolução normativa da ANS, que tem competência atribuída legalmente para a sua elaboração. Elevar ao patamar legal matérias de alto detalhamento pode ser temerário, pois, a partir de então, sua alteração somente pode ser executada por meio de nova lei, cujo processo de elaboração, historicamente, é longo e custoso. Por isso, sugerimos a rejeição desse Projeto.

Permanência dos dependentes no plano sob as mesmas condições após a morte do titular

De acordo com a ANS, “alguns contratos de planos de saúde, individuais/familiares ou coletivos, podem conter cláusulas com previsão de remissão, que é a continuidade da prestação de serviços aos dependentes após a morte do titular, por períodos que variam entre três e cinco anos, sem cobrança de mensalidades. Nos planos individuais/ familiares, o término do período de remissão não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, desde que assumam as obrigações decorrentes, tais como o pagamento integral das mensalidades.

Nos planos familiares, o falecimento do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à

manutenção das mesmas condições contratuais, desde que assumam as obrigações decorrentes, tais como o pagamento das mensalidades.

Nos planos coletivos, os dependentes têm o direito de realizar a portabilidade especial de carências, desde que troquem de plano de saúde no prazo de 60 dias, contados do falecimento do titular. Esta alternativa se aplica a todos os dependentes, independentemente do tipo de contratação do plano”.

O site da ANS ainda esclarece que “os critérios para a atualização da mensalidade deverão ser mantidos mesmo durante o período de remissão. O beneficiário dependente que optar por permanecer no plano de saúde nas mesmas condições contratuais após o final do período de remissão, deve assumir o pagamento do valor reajustado, limitado aos reajustes permitidos na regulamentação vigente. Logo, o valor da mensalidade pode ser atualizado em função da variação anual dos custos e da variação de faixa etária, ocorridas durante o período de remissão, nos termos da regulamentação aplicável. Cabe atentar aos casos em que haja necessidade de revisão da mensalidade em função de descontos previstos contratualmente, como, por exemplo, de valores diferenciados em função do número de integrantes dos grupos familiares”.

A Súmula Normativa nº 13, de 3 de novembro de 2010⁷⁵, estabelece que o término da remissão não extingue o contrato de plano familiar, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, para os contratos firmados a qualquer tempo.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise do projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que o projeto abaixo examinado não viola as regras e princípios da Constituição Federal e inova o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucional e jurídico. Além disso, não traz implicações financeiras e orçamentárias negativas.

⁷⁵

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTU3Nw==>

1 – Projeto de Lei nº 5.069, de 2016, do Senado Federal: este Projeto visa a assegurar aos dependentes o direito à manutenção das condições contratuais e à redução proporcional da contraprestação pecuniária. Conforme expusemos, a ANS já assegura esse direito atualmente. Há, inclusive, súmula normativa tratando do assunto. Dessa maneira, a aprovação deste Projeto é supérflua. Por isso, sugerimos a rejeição deste Projeto.

Questões ligadas à defesa do consumidor do plano de saúde e à valorização dos procedimentos preventivos no texto da Lei nº 9.656, de 1998

A relação entre o usuário e a operadora do Plano de Saúde é de consumo. Tanto isso é verdade, que o art. 35-G da Lei nº 9.656, de 1998, determina que “aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990”.

Dessa maneira, as iniciativas tendentes a aumentar a transparência na relação entre as partes devem ser discutidas e aprovadas, sempre com subsídio no Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990⁷⁶).

É preciso mencionar, ainda, que, nesse cenário de proteção aos direitos do consumidor, destacam-se iniciativas de valorização dos procedimentos preventivos no texto da Lei nº 9.656, de 1998.

A prevenção é a solução mais racional para o combate de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs), que são a principal causa de mortalidade e incapacidade prematura na maioria dos países do continente – inclusive o Brasil. Em 2013, no nosso País, as DCNTs foram causa de 72,6% das mortes⁷⁷. Essas doenças, no entanto, são consideradas preveníveis. Em consonância com a Organização Mundial de Saúde⁷⁸, apenas um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por

⁷⁶ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm

⁷⁷ <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>

⁷⁸ Global status report on noncommunicable diseases 2014:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1

essas enfermidades. Entre eles, destacam-se o tabagismo, o consumo alimentar inadequado, a inatividade física e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Diante desse conciso relato, percebemos que, milhões de vidas poderiam ser salvas por meio da institucionalização de mecanismos de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Salientamos que, de acordo com o sítio institucional da Agência⁷⁹, “com o objetivo de produzir saúde e não apenas tratar a doença, a ANS busca uma mudança de paradigma, e desde 2004, tem estimulado as operadoras de planos privados de assistência à saúde a repensarem a gestão com vistas a contribuir para mudanças do modelo de atenção no qual haja incorporação progressiva de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças”. Percebemos, portanto, que a própria ANS tem procurado incentivar as operadoras a investir em prevenção.

Avultamos, também, que reafirmação do instituto da prevenção na Lei nº 9.656, de 1998, demonstra concatenação dos princípios regentes da saúde suplementar com os objetivos manifestados pelo Estado nos últimos anos. Em 2011, o Ministério da Saúde, em parceria com vários ministérios, instituições de ensino e pesquisa, ONGs da área da saúde, entidades médicas e associações de portadores de doenças crônicas lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 – 2022⁸⁰, que tem o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas.

Por fim, mencionamos que a necessidade do fortalecimento da prevenção no contexto da Lei nº 9.656, de 1998, foi referida diversas vezes ao longo das discussões desta Comissão.

⁷⁹ <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/286--promocao-da-saude-e-prevencao-de-riscos-e-doencas>

⁸⁰ http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que os projetos abaixo examinados não violam as regras e princípios da Constituição Federal. Os Projetos de Lei nºs 1.777, de 2003; 3.058, de 2004; 1.647, de 2011; 2.981, de 2011; 3.675, de 2012; 4.787, de 2016; 1.220, de 2007; 8.048, de 2010; 4.076, de 2001; 2.582, de 2015; 2.934, de 2004; 1.677, de 2011, inovam o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, jurídicos. Além disso, todos os PLs desse grupo não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 – Projeto de Lei nº 1.777, de 2003, do Deputado André Luiz: este Projeto proíbe as empresas que gerenciam planos de saúde e afins solicitar de seus associados documentos pessoais que não fazem prova de identificação. Determina, também, que a operadora deverá fornecer documentos próprios necessários para que os consumidores sejam atendidos na rede conveniada.

A Resolução Normativa nº 117, de 30 de novembro de 2005⁸¹, lista quais são as informações cadastrais que a operadora obrigatoriamente tem de manter acerca dos beneficiários, inclusive dependentes. Entre eles, estão o nome, o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas, documento de identificação, endereço completo e atividade desenvolvida.

Ademais, de acordo com o sítio eletrônico da ANS⁸², a operadora já tem a obrigação de fornecer ao usuário um documento identificador próprio para o atendimento na rede credenciada, conhecido como “carteirinha do plano de saúde”, em que devem constar seu nome, nome da empresa que está lhe prestando o serviço, número de registro dessa empresa na ANS e o nome e/ou número do plano de saúde adquirido. Dessa maneira, atualmente, ao aderir ao plano de saúde, o beneficiário recebe o cartão de identificação, que deverá ser apresentado para o usufruto dos serviços e procedimentos do plano.

⁸¹ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2005/res0117_30_11_2005.html

⁸² http://www.ans.gov.br/aans/central-de-atendimento/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=942&historico=7147941

Somos, portanto, pela rejeição, no mérito, desse Projeto.

2 – Projeto de Lei nº 3.058, de 2004, do Deputado Mário Heringer: este Projeto obriga as operadoras de planos de assistência à saúde a emitir relatório discriminando o valor cobrado pelo prestador, o reconhecido pela operadora, a glosa, os tributos e outros. Como informamos, proposições que tendam a aumentar a transparência na relação de consumo merecem prosperar. No entanto, como este Projeto propõe a inclusão na Lei de detalhamentos e requisitos típicos de normas infralegais, acreditamos que essa matéria deveria ser tratada por meio de norma infralegal. Dessa maneira, somos pela rejeição desse Projeto.

3 – Projeto de Lei nº 1.647, de 2011, do Deputado Manato: este Projeto obriga as operadoras de planos de saúde a divulgar nos estabelecimentos de saúde a tabela de valores pagos a título de honorários médicos. Como informamos, proposições que tendam a aumentar a transparência na relação de consumo merecem prosperar. Dessa maneira, somos pela aprovação, no mérito, desse Projeto, nos termos do Substitutivo.

4 – Projeto de Lei nº 2.981, de 2011, do Deputado Francisco Praciano: este Projeto estipula a obrigação das operadoras de planos de saúde de reparar lesões decorrentes de atos cirúrgicos realizados sob cobertura do plano. O mérito é interessante, pois, em cirurgias não estéticas, a obrigação do profissional é de meio – e não de resultado. Dessa forma, pode haver consequências que não configurem ato ilícito civil, ou seja, não demandem a reparação do profissional executor, mas que gerem prejuízo ao paciente. Atualmente, vem se consolidando o entendimento segundo o qual a função primordial da responsabilidade civil é o de evitar que a vítima seja deixada ao desamparo, e não o de impingir sanção àquele que agiu culposamente. Nesses casos, é interessante que o Plano de Saúde possa arcar totalmente com a solução da lesão porventura causada por profissional a ela credenciado, uma vez que, se não pode ser considerado o autor do dano, sua previsibilidade em determinados procedimentos em saúde é suficiente para lhe atribuir o dever de reparação. Dessa maneira, somos pela aprovação, no mérito, desse Projeto, nos termos do Substitutivo.

5 – Projeto de Lei nº 3.675, de 2012, do Senado Federal: este Projeto busca trazer para os planos privados de assistência à saúde princípios fundamentais para a garantia do direito dos usuários à atenção à saúde de qualidade. Esses princípios, entre outros, já há muito estão incorporados no âmbito do Sistema Único de Saúde. Estamos cientes de que o sistema suplementar pertence à esfera privada e obedece, por isso, a regramentos diversos dos públicos. No entanto, quando se trata de saúde, o aspecto da defesa da vida digna se destaca. As medidas legislativas que puderem ser tomadas em benefício do cidadão sem, obviamente, desvirtuar o sistema, são bem-vindas. Esta Proposição avulta a importância da prevenção, sobre a qual dispomos na introdução deste tópico. Por isso, merece aprovação, nos termos do Substitutivo.

6 – Projeto de Lei nº 582, de 2007, da Deputada Alice Portugal: este Projeto 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. A Lei nº 10.223, de 15 de maio de 2001⁸³, já modificou a Lei nº 9.656, de 1998, nesse sentido, ao determinar que “cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer”. Por não inovar o ordenamento, consideramos que o Projeto é injurídico. Por isso, fica prejudicada a análise dos demais aspectos atinentes a esta Comissão.

7 – Projeto de Lei nº 4.787, de 2016, do Deputado Uldurico Junior: este Projeto considera como dano moral a negativa de cobertura, sem justa causa, por plano de saúde. Acreditamos que a definição do dano moral tem de ser feita caso a caso, mediante análise da situação concreta. Estabelecer um rol de situações que devem ser tidas como dano moral pode limitar inapropriadamente a atuação jurisdicional. Por isso, consideramos que a proposição não merece prosperar. Assim, sugerimos a sua rejeição.

⁸³ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10223.htm#art1

8 – Projeto de Lei nº 1.220, de 2007, do Deputado Jovair Arantes: este Projeto determina que o contrato entre as operadoras de planos de saúde e os médicos, odontólogos e outros profissionais de saúde terá como piso os valores constantes de tabelas elaboradas pelas entidades nacionais representativas de cada profissão e referendados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Acreditamos que, ao remeter a elaboração das tabelas às entidades dos profissionais, o Projeto indica que tais entidades procuram pela via legislativa aquilo que não têm conseguido por intermédio da negociação.

Ademais, não cabe ao CNS o papel de dirimir disputas comerciais entre prestadores e operadoras. Para tanto, foram criadas uma agência reguladora — a ANS — e um conselho — o CONSU — que podem atuar na mediação desse conflito sem, contudo, pura e simplesmente referendar uma decisão tomada por entidades profissionais.

A ser adotado o critério preconizado na proposição, instauraríamos uma situação inusitada: os preços de determinados serviços são estabelecidos pelo Estado com base em tabela elaborada pelo vendedor do aludido serviço. Uma norma dessa natureza seria contrária à liberdade econômica, que deve prevalecer em situações de mercado, e romperia o equilíbrio entre as partes provocando a institucionalização da cartelização na área de saúde. Assim, sugerimos a sua rejeição.

9 – Projeto de Lei nº 8.048, de 2010, do Senado Federal: este Projeto visa a modificar a Lei nº 9.656, de 1998, para instituir a política de assistência à saúde da criança e do adolescente. A importância desta Proposição reside no fato de ela visar ao estímulo à promoção da saúde e à prevenção de doenças entre pessoas dessa faixa etária. Nós a aprovaremos no mérito, que é elogiável, mas sem aproveitarmos boa parte dos seus dispositivos no Substitutivo, pois este já tratará, em caráter genérico, ou seja, não voltado apenas às crianças e jovens, o estímulo a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Sugerimos, portanto, a aprovação deste Projeto, nos termos do Substitutivo.

10 - Projeto de Lei nº 4.076, de 2001, do Deputado Henrique Fontana: este Projeto visa a incluir os procedimentos preventivos no rol dos serviços a serem oferecidos pelas empresas do setor.

O art. 35-F da Lei nº 9.656, de 1998, dispõe que “a assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes”.

No entanto, acreditamos que, para dar a devida importância à prevenção no contexto da saúde dos consumidores de planos, é importante promover modificações, também, tanto no art. 10, que define o plano-referência, quanto no art. 12, que estabelece os parâmetros das segmentações, ambos da Lei nº 9.656, de 1998. Com isso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar terá um parâmetro legal robusto para fiscalizar as operadoras e cobrar delas a instituição de programas preventivos. Em razão dos argumentos expendidos, somos pela aprovação deste Projeto de Lei, nos termos do Substitutivo.

11 - Projeto de Lei nº 2.582, de 2015, do Deputado Ronaldo Carletto: este Projeto visa a vedar a cobrança direta, pelos prestadores, de valores ao usuário, a título de complemento, para serviços cobertos pelo plano. O Parlamentar se refere às cobranças abusivas por parte de alguns profissionais que solicitam pagamento “por fora”, para prestação de determinados serviços.

Atualmente, os beneficiários de planos de saúde têm direito a todos os procedimentos da segmentação descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, sem nenhum dispêndio além do previsto em contrato. A ANS já se manifestou no sentido de que essa cobrança é indevida⁸⁴ e de que poderá ser imputada responsabilidade à operadora quando houver cobrança de honorários, a qualquer título, diretamente aos beneficiários, por parte de profissionais de saúde contratados, cooperados, credenciados ou referenciados, para procedimentos cobertos, cabendo apuração da infração e

84

http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/not_aggras100_entendimento_parto_20130405.pdf

eventual aplicação de penalidade à operadora por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. A justiça⁸⁵ também corroborou a ilegitimidade desse ato. Acreditamos, portanto, que o usuário já dispõe de instrumentos suficientes para embasar a proteção de seus direitos. Por isso, sugerimos a rejeição deste Projeto.

12 - Projeto de Lei nº 2.934, de 2004, da Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar denúncias de irregularidade na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de Planos de Saúde: este Projeto inclui como benefício do plano de saúde a assistência farmacêutica, a cobertura de internação hospital-dia e internação domiciliar, além de aluguéis e diárias e a cirurgia plástica reparadora para acidentes pessoais e reconstrução da mama. Ademais, cria o instituto da mobilidade, para garantir ao usuário o direito a mudança de plano. Por fim, estabelece requisitos para a elaboração de contratos.

Esse projeto trata de diversos assuntos. Alguns dispositivos propostos já foram convertidos em lei e, hoje, estão vigentes no nosso ordenamento jurídico. Entre eles, destacam-se o estabelecimento de critérios para elaboração de contratos entre prestadores e operadoras (art. 17-A da Lei nº 9.656, de 1998, incluído pela Lei nº 13.003, de 2014), além da proibição de tratamento diferenciado entre clientes de operadoras e o estabelecimento de ordem para a marcação de consultas (art. 18 da Lei nº 9.656, de 1999, alterado pela Lei nº 13.003, de 2014).

No que se refere à cobertura de internação hospital-dia e internação domiciliar, informamos que o art. 14 da Resolução Normativa nº 387, de 2015, estabelece que, caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e nas alíneas "c", "d", "e" e "g" do inciso II do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998. E acrescenta que, nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar,

⁸⁵ <http://exame.abril.com.br/seu-dinheiro/justica-reafirma-que-cobranca-de-taxa-extra-pelo-parto-e-ilegal/>

tal assistência deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes. Percebe-se, portanto, que a operadora tem a faculdade de oferecer a internação domiciliar. No entanto, estender essa obrigação a todas as operadoras pode, novamente, aumentar demasiadamente o valor cobrado nas mensalidades e inviabilizar a manutenção dos planos pelos consumidores.

No que tange ao instituto da mobilidade, informamos que a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar nº 186, de 2009, que foi aprimorada, mais tarde, pela Resolução Normativa nº 252, de 2011, regulamenta, em detalhes, esse direito legalmente estabelecido, ao dispor sobre a portabilidade de carências e sobre a portabilidade especial de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde (a RN expande esse direito ao titular de plano de saúde coletivo por adesão). No entanto, a RN não trata da portabilidade de planos coletivos empresariais. Acreditamos que, ao incluirmos o regramento da portabilidade no texto legal, abrangeremos, também, os beneficiários desses planos que não foram contemplados pelo regramento normativo.

Acerca da inserção de dispositivo na Lei que estimule a promoção da saúde e a adoção de procedimentos necessários para a prevenção de doenças, manifestamo-nos plenamente favoráveis, uma vez que essa medida tende não apenas a assegurar a saúde integral do usuário, como também a trazer economia para as operadoras – o que se reverte em preços mais módicos aos consumidores.

Por fim, acreditamos que a criação de uma nova segmentação, a farmacêutica, é desnecessária. Hoje em dia, as operadoras já podem, voluntariamente, estender a cobertura à assistência farmacêutica. A Resolução Normativa (RN) nº 310, de 30 de outubro de 2012⁸⁶, que “dispõe sobre os princípios para a oferta de contrato acessório de medicação de uso domiciliar pelas operadoras de planos de assistência à saúde”, determina que operadoras de planos de assistência à saúde poderão, facultativamente, ofertar a seus

86

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjl4Mw==>

beneficiários contrato acessório de medicação de uso domiciliar, que deverá seguir os princípios estabelecidos nessa mesma RN.

Diante do exposto, embora alguns aspectos presentes neste Projeto não venham a constar do Substitutivo, seja porque já foram convertidos em Lei, seja porque não estão em conformidade com as nossas decisões para o Parecer, acreditamos que a Proposição mereça aprovação, principalmente pelo fato de ter como um de seus fundamentos o incentivo à prevenção e a criação de mais um segmento de saúde suplementar.

Com base no exposto, sugerimos a aprovação deste projeto, nos termos do Substitutivo.

13 - Projeto de Lei nº 1.677, de 2011, do Deputado Inocêncio Oliveira: este Projeto determina que a todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, lista de estabelecimentos, hospitais e profissionais credenciados ou conveniados, com as respectivas especialidades, endereços e telefones e o sítio da rede mundial de computadores em que tais informações estejam obrigatoriamente disponíveis. Atualmente, a Resolução Normativa nº 285, de 23 de dezembro de 2011⁸⁷, já determina que todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão disponibilizar nos seus Portais Corporativos na Internet informações sobre a sua rede assistencial. Acreditamos que o oferecimento dessas informações na rede mundial de computadores já supre a demanda da transparência na relação com os consumidores. Por isso, sugerimos a rejeição do Projeto.

Criação de atribuições ao Poder Executivo

Ao estabelecer atribuições à Agência Nacional de Saúde Suplementar, está-se criando uma obrigação para o Poder Executivo. Essa medida, a nosso ver, quando parte do Poder Legislativo, encontra impedimento constitucional.

87

Acreditamos que um projeto de lei de autoria parlamentar que estabelece atribuições a órgãos da Administração Pública, especialmente àqueles pertencentes à estrutura do Poder Executivo, é inconstitucional. Como é sabido, não se pode atribuir competência a órgão do Poder Executivo por meio de lei originada no Poder Legislativo sem violar o art. 61, § 1º, da Constituição Federal de 1988. Assim, a medida cogitada tem de partir, por imperativo constitucional, do Chefe do Poder Executivo.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise dos Projetos que se enquadram no assunto. Esses PLs não trazem implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 - Projeto de Lei nº 4.016, de 2008, da Deputada Sueli Vidigal: este Projeto não se refere apenas a instituições custeadas por planos de saúde, mas a qualquer instituição de internação, seja pública ou privada. Ao tornar mandatório que os estabelecimentos de saúde públicos afixem aviso sobre o direito do idoso de ter acompanhante nas unidades de Saúde do SUS, está-se criando uma obrigação para o Poder Executivo. Conforme mencionamos, essa medida, a nosso ver, encontra impedimento constitucional. Acreditamos que um projeto de lei de autoria parlamentar que estabelece atribuições a autarquias do Poder Executivo é inconstitucional. Dessa forma, fica prejudicada a análise dos demais aspectos relacionados a esta Comissão.

2 – Projeto de Lei nº 2.734, de 2011, do Deputado João Dado: este Projeto define como competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar regular aspectos relevantes dos contratos dos prestadores de serviços médicos e hospitalares. Como informado, essa medida, a nosso ver, encontra impedimento constitucional. Acreditamos que um projeto de lei de autoria parlamentar que estabelece atribuições a autarquias do Poder Executivo é inconstitucional. Dessa forma, fica prejudicada a análise dos demais aspectos relacionados a esta Comissão.

3 – Projeto de Lei nº 1.147, de 2011, do Deputado Rogério Carvalho: este Projeto torna obrigatória a divulgação de que os planos de saúde são obrigados a ressarcir o SUS quando seus clientes são atendidos em unidades de saúde do SUS. Ao tornar mandatório que os estabelecimentos de

saúde públicos afixem aviso sobre o ressarcimento dos atendimentos efetuados a pessoas que têm plano de saúde, está-se criando uma obrigação para o Poder Executivo. Essa medida, a nosso ver, encontra impedimento constitucional. Acreditamos que um projeto de lei de autoria parlamentar que estabelece atribuições a órgãos da Administração Pública, especialmente àqueles pertencentes à estrutura do Poder Executivo, é inconstitucional. Como é sabido, não se pode atribuir competência a órgão do Poder Executivo por meio de lei originada no Poder Legislativo sem violar o art. 61, § 1º, II, “e”, da Constituição Federal de 1988. Assim, a medida cogitada tem de partir, por imperativo constitucional, do Chefe do Poder Executivo. Dessa forma, fica prejudicada a análise dos demais aspectos relacionados a esta Comissão.

Exigência de depósito para a interposição de recurso administrativo pela operadora de planos de saúde

De acordo com a Súmula Vinculante nº 21 do Supremo Tribunal Federal (STF), “é inconstitucional a exigência de depósito ou arrolamento prévios de dinheiro ou bens para admissibilidade de recurso administrativo”.

Para justificar, o STF estatuiu⁸⁸ que “a exigência de depósito ou arrolamento prévio de bens e direitos como condição de admissibilidade de recurso administrativo constitui obstáculo sério (e intransponível, para consideráveis parcelas da população) ao exercício do direito de petição (CF, art. 5º, XXXIV), além de caracterizar ofensa ao princípio do contraditório (CF, art. 5º, LV). A exigência de depósito ou arrolamento prévio de bens e direitos pode converter-se, na prática, em determinadas situações, em supressão do direito de recorrer, constituindo-se, assim, em nítida violação ao princípio da proporcionalidade”.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise do projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que o projeto abaixo não traz implicações financeiras e orçamentárias negativas.

⁸⁸ <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/menuSumario.asp?sumula=1255>

1 – Projeto de Lei nº 4.632, de 2004, do Deputado Jamil Murad: este Projeto dispõe que a empresa operadora de planos de saúde somente poderá interpor recurso administrativo mediante prévio depósito do valor da multa pecuniária. Como informamos, o STF já se decidiu, de forma vinculante, que é inconstitucional a exigência de depósito ou arrolamento prévios de dinheiro ou bens para a admissibilidade de recurso administrativo. Por isso, consideramos esse Projeto inconstitucional. Fica prejudicada a análise dos demais aspectos atinentes a esta Comissão.

Regulamentação de profissão de corretor de planos de saúde

É comum o entendimento de que a regulamentação de profissão se presta à defesa das categorias profissionais ou ao reconhecimento de sua existência, como forma de lhes assegurar direitos trabalhistas. Mas a realidade não é bem assim.

Nenhuma profissão necessita de reconhecimento do Estado para o seu exercício ou para que os direitos já previstos na legislação trabalhista sejam devidos. Na verdade, regulamentar significa restringir o livre exercício da atividade profissional. É uma exceção ao disposto no inciso XIII do art. 5º e no parágrafo único do art. 170 da Constituição Federal, que estabelecem o princípio da liberdade de exercício de qualquer atividade profissional ou econômica, desde que lícita.

Nesse contexto, a regulamentação demasiada de ofícios e ocupações significa inviabilizar a norma constitucional, pela restrição do acesso ao mercado de trabalho para um enorme contingente de trabalhadores que não vier a preencher os requisitos impostos pela norma.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise do projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que o projeto abaixo examinado não viola as regras e princípios da Constituição Federal e inova o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucional e jurídico. Além disso, não traz implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 – Projeto de Lei nº 3.223, de 2015, do Deputado Lucas Vergilio: este Projeto regulamenta a atividade e a profissão de Corretor de Planos Privados de Saúde Suplementar. Como discutido acima, no âmbito constitucional, as normas que regem o exercício profissional estão definidas no art. 5º, inciso XIII, da Constituição Federal, que determina, expressamente, que “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”.

Segundo a classificação de José Afonso da Silva, esta é uma norma de eficácia contida, ou seja, apesar de ter aplicabilidade direta e imediata, seus efeitos podem ser restringidos por uma lei, no caso, por exigência legal de habilitação ou de atendimento de condições para o exercício do ofício.

Segundo Celso Ribeiro Bastos e Ives Gandra, “para que uma determinada atividade exija qualificações profissionais para o seu desempenho, duas condições são necessárias: uma, consistente no fato de a atividade em pauta implicar conhecimentos técnicos e científicos avançados(...). Outro requisito a ser atendido para regulamentação é que as profissões, nas suas diversas modalidades, ao direito, poderão ser geradoras de grandes malefícios, quer quanto aos danos materiais, quer quanto à liberdade e quer ainda quanto à saúde do ente humano. Nestes casos, a exigência de cumprimentos de cursos específicos se impõe como uma garantia oferecida à sociedade”.

A profissão de corretor de planos privados de saúde suplementar não demanda conhecimentos técnicos e científicos avançados e não oferece grandes malefícios ao ser humano. Por isso, sugerimos a rejeição desse Projeto.

Alteração da destinação de recursos da ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar é uma autarquia federal em regime especial, ou seja, o Poder Público lhe confere alguns mecanismos que proporcionam uma certa autonomia administrativa, financeira, orçamentária e gerencial, a fim de que ela possa atingir seus objetivos, dentre eles o de promover a regulação dos planos de saúde.

Entre os mecanismos à disposição da ANS, podemos destacar possibilidade de receber receitas próprias, como as provenientes das taxas cobradas em decorrência da administração de serviços públicos, e as decorrentes das multas em suas ações de fiscalização. As receitas da ANS estão elencadas na Lei nº 9.961, de 2000, que criou essa Agência.

O desenvolvimento institucional da ANS requer elevados investimentos necessários ao cumprimento das funções que lhes são atribuídas e para o cumprimento do contrato de gestão a que está submetida.

Por isso, modificar a destinação de verbas antes endereçadas diretamente à ANS pode prejudicar o seu funcionamento.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise de cada projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que o Projeto de Lei nº 4.113, de 2015, respeita as regras e princípios da Constituição Federal e inova o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucional e jurídico. O PL nº 4.113, de 2015, não traz implicações financeiras e orçamentárias negativas. O PL nº 6.948, de 2017, foi considerado incompatível e inadequado do ponto de vista orçamentário e financeiro. Portanto, não terá analisados os aspectos de constitucionalidade, juridicidade e mérito.

1 – Projeto de Lei nº 4.113, de 2015, da Deputada Gorete Pereira: este Projeto visa a destinar ao Fundo Nacional de Saúde a receita proveniente das multas aplicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Conforme informado, a destinação dos recursos diretamente para a ANS se dá em função da sua autonomia financeira e orçamentária. Dessa forma, a natureza autárquica da ANS não permite o prosseguimento dessa Proposição. Por isso, sugerimos a rejeição desse Projeto.

2 – Projeto de Lei nº 6.948, de 2017, do Professor Victório Galli: este Projeto determina que a ANS poderá, após analisar a conveniência e a oportunidade, converter a penalidade pecuniária em prestação de serviços em saúde pública pela operadora de planos privados. Este PL foi considerado incompatível e inadequado do ponto de vista orçamentário e financeiro. Dessa

forma, não abordaremos a sua constitucionalidade, a sua juridicidade e o seu mérito.

Serviços assistenciais vinculados a sindicatos

Os serviços sociais e assistenciais direcionados à saúde do trabalhador, atualmente, vêm sendo dispensados de registro na ANS, por haver um entendimento de que não se equiparam a operadoras de planos ou seguros de saúde.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise do projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que o projeto abaixo examinado não viola as regras e princípios da Constituição Federal e inova o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucional e jurídico. Além disso, não traz implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 - Projeto de Lei nº 3.949, de 2012, do Deputado Edmar Arruda: este Projeto visa a garantir que a ANS continue a não exigir o registro de serviços custeados integralmente pelos empregadores em favor dos empregados. Acreditamos que esta Proposição deva ser rejeitada, uma vez que as disposições da Lei nº 9.656, de 1998, conforme demonstrado na justificção, já não se aplicam aos serviços sociais e assistenciais direcionados à saúde do trabalhador, e, assim, não é preciso modificar a Lei para que a situação fática seja alterada. A Lei somente necessita sofrer mudanças se isso for necessário para inovar as suas possibilidades de aplicação. Por isso, sugerimos a rejeição deste Projeto.

Entidades de autogestão

O § 1º do art. 8º da Lei nº 9.656, de 1998, dispensa as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão da demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras, e da especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise do projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que o projeto abaixo examinado não viola as regras e princípios da Constituição Federal e inova o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucional e jurídico. Além disso, não traz implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 - Projeto de Lei nº 5.779, de 2016, do Deputado Simão Sessim: este Projeto busca alterar a Lei nº 9.656, de 1998, para garantir tratamento diferenciado para as autogestões.

Acreditamos que a alteração proposta pelo Deputado Simão Sessim vai ao encontro de previsões que já estão em vigor e que buscam conferir tratamento mais brando às autogestões, à vista de suas diferenças em relação às demais operadoras de planos de saúde. Atualmente, por exemplo, a legislação não exige demonstração de viabilidade econômico-financeira de autogestões, tenham elas objeto exclusivo ou não. Por outro lado, é adequado manter a rede de segurança montada pela regulação para assegurar a estabilidade de todos os participantes do setor de saúde suplementar, inclusive as autogestões, evitando que assumam riscos excessivos e, especialmente, que sua eventual quebra possa criar problemas para consumidores e fornecedores.

Para atender a essas duas preocupações, estamos propondo a flexibilização de exigências regulatórias relativas aos ativos garantidores. E essa flexibilização beneficiará, especialmente, as autogestões e as entidades filantrópicas. Como se vê, portanto, tal proposta está em linha com as preocupações do Deputado Simão Sessim.

Sugerimos, então a aprovação deste Projeto, na forma do Substitutivo.

Legitimidade da defensoria pública para interpor ação em prol de consumidores de planos de saúde

1 – Projeto de Lei nº 1.272, de 2015, do Deputado Carlos Bezerra: o Projeto de Lei nº 1.272, de 2015, propõe o acréscimo de artigo à Lei

nº 9.656, a fim de garantir à Defensoria Pública legitimidade para propor ação civil pública destinada a garantir a tutela de direitos difusos, coletivos ou individuais homogêneos de consumidores ou beneficiários de planos e seguros privados de saúde, independentemente do grau ou espécie de sua vulnerabilidade.

Segundo o autor da proposição, a despeito da previsão legal constante tanto da Lei de Ação Civil Pública (Lei nº 7.347, de 1985) e da Lei Complementar nº 80, de 1994, grassa certa controvérsia sobre o tema. Ilustra a polêmica com julgado da 4ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) no Recurso Especial nº 1192577⁸⁹.

Inicialmente, a Corte firmou o entendimento de que a Defensoria Pública teria ampla legitimidade para a propositura de ações coletivas destinadas à tutela de *direitos* difusos. No entanto, em relação aos direitos individuais homogêneos, sua legitimidade se restringiria a determinados grupos de lesados: os economicamente necessitados, conceito que não abrangeria os usuários de serviços de saúde suplementar (beneficiários de planos e seguros de saúde suplementar) porque podem pagar por tais serviços, prescindindo daqueles gratuitamente prestados pelo Estado.

Posteriormente, contudo, a matéria foi objeto de recurso de embargos de divergência e levada à Corte Especial do Tribunal. Em outubro de 2015, depois da apresentação do projeto de lei em análise, a Corte Especial reformou o acórdão do órgão fracionário ao argumento de que a legitimidade da Defensoria Pública pode decorrer da hipossuficiência jurídica, que não se confunde com a econômica, julgando em conformidade com o entendimento esposado pelo Deputado autor.

Hoje, portanto, está cristalizado o posicionamento de que a Defensoria Pública tem legitimidade ativa para ajuizar ações coletivas em benefícios de substituídos que sejam hipossuficientes sob perspectiva exclusivamente jurídica.

89

https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=49441580&num_registro=201402469723&data=20151113&tipo=91&formato=PDF

A proposição, contudo, visa a conferir à Defensoria Pública legitimidade independentemente da vulnerabilidade (jurídica ou econômica) dos substituídos na ação coletiva. Esse preceito não se adequa ao disposto no artigo 134 da Constituição Federal, que é expresso ao atribuir a esta instituição a promoção de direitos individuais e coletivos aos necessitados. Dessa forma, o preceito do projeto de lei não se ajusta à função constitucional para a qual foi criada a Defensoria Pública.

Diante da inconstitucionalidade material da proposição, está prejudicada a análise dos demais aspectos relacionados a esta Comissão.

Indicação não vinculativa de modelos de órteses e próteses

1 – Projeto de Lei nº 7.844, de 2014, dos Deputados Rogério Carvalho e Ricardo Izar: este Projeto de Lei determina que as operadoras de planos de saúde deverão indicar ao médico três modelos de órteses, próteses e materiais especiais, e que estes poderão rejeitar a indicação, mediante justificção. Como a indicação não limita o poder decisório do profissional médico, a aprovação deste Projeto apenas faz com que os gastos com esses materiais médicos tendam a ser reduzidos, o que pode refletir na redução do percentual de reajuste dos contratos.

Este Projeto não viola as regras e princípios da Constituição Federal e inova o ordenamento jurídico, em respeito aos princípios gerais do direito, sendo, portanto, constitucional e jurídico. Ademais, não traz implicações financeiras e orçamentárias negativas. Opinamos por sua aprovação, nos termos do Substitutivo.

Limite de gasto com internação

O art. 12, II, a, determina que, nos planos que incluem internação hospitalar, é vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. Essa regra não se aplica aos contratos feitos antes da Lei nº 9.656, de 1998, e não adaptados.

Feita essa abreviada apreciação do tema, partamos para a análise do projeto que se enquadra no assunto. Informamos, desde já, que o projeto abaixo examinado não viola as regras e princípios da Constituição Federal, sendo, portanto, constitucional. Além disso, não traz implicações financeiras e orçamentárias negativas.

1 – Projeto de Lei nº 3.285, de 2012, do Deputado Amauri Teixeira: este Projeto dispõe sobre a proibição das Seguradoras de Planos de Saúde estabelecerem limites de gastos com internação. Em razão do exposto na introdução ao tema, propomos a rejeição deste projeto de lei, por não inovar o ordenamento jurídico. Os contratos feitos após a vigência da Lei nº 9.656, de 1998, não podem prever limite de prazo, valor ou quantidade de internação, a critério do médico assistente. O Projeto, portanto, é injurídico. Por isso, fica prejudicada a análise dos demais aspectos atinentes a esta Comissão.

Voto

O nosso voto é pela boa técnica legislativa de todos os projetos e também pela:

- a) **Incompatibilidade e inadequação orçamentária e financeira** dos Projetos de Lei: 3.088, de 2004; 3.247, de 2004; 3.362, de 2004; 3.708, de 2004; 8.608, de 2017; 590, de 2007; 7.340, de 2006; 6.677, de 2009; 4.097, de 2015; 5.191, de 2016; 5.910, de 2016; 6.948, de 2017; e 8.163, de 2017.
- b) **Compatibilidade e adequação orçamentária e financeira** dos Projetos de Lei: 6.125, de 2005; 4.016, de 2008; 5.069, de 2016; e 5.126, de 2016; 71, de 2003; 1.349, de 2003; 6.483, de 2009; 2.982, de 2011; 2.504, de 2015; 6.175, de 2016; 2.344, de 2015; e 4.393, de 2008.
- c) **Não implicação em aumento ou diminuição de despesas ou receitas públicas** dos Projetos de Lei: 7.419, de 2006; e aos seguintes apensos Projetos de Lei nos 4.076, de 2001; 4.078, de 2001; 4.367, de 2001; 4.469, de 2001; 4.570, de 2001; 4.844, de 2001; 7.267, de 2002; 7.389, de 2002; 156,

de 2003; 311, de 2003; 1.603, de 2003; 1.777, de 2003; 2.474, de 2003; 2.934, de 2004; 3.058, de 2004; 3.940, de 2004; 4.075, de 2004; 4.164, de 2004; 4.632, de 2004; 6.510, de 2006; 6.849, de 2006; 7.128, de 2006; 7.600, de 2006; 582, de 2007; 664, de 2007; 756, de 2007; 1.220, de 2007; 1.942, de 2007; 2.901, de 2008; 3.473, de 2008; 5.024, de 2009; 5.143, de 2009; 5.730, de 2009; 6.821, de 2010; 7.590, de 2010; 7.594, de 2010; 7.762, de 2010; 8.048, de 2010; 394, de 2011; 657, de 2011; 805, de 2011; 1.076, de 2011; 1.147, de 2011; 1.431, de 2011; 1.647, de 2011; 1.677, de 2011; 1.763, de 2011; 2.066, de 2011; 2.328, de 2011; 2.538, de 2011; 2.645, de 2011; 2.734, de 2011; 2.981, de 2011; 3.087, de 2012; 3.285, de 2012; 3.346, de 2012; 3.675, de 2012; 3.949, de 2012; 4.036, de 2012; 4.077, de 2012; 4.201, de 2012; 4.402, de 2012; 4.726, de 2012; 4.990, de 2013; 5.152, de 2013; 5.715, de 2013; 5.912, de 2013; 5.963, de 2013; 6.436, de 2013; 6.714, de 2013; 6.715, de 2013; 6.819, de 2013; 7.142, de 2014; 7.694, de 2014; 7.844, de 2014; 7.914, de 2014; 69, de 2015; 121, de 2015; 176, de 2015; 1.039, de 2015; 1.272, de 2015; 1.564, de 2015; 1.948, de 2015; 1.992, de 2015; 2.128, de 2015; 2.274, de 2015; 2.295, de 2015; 2.582, de 2015; 2.608, de 2015; 2.949, de 2015; 3.223, de 2015; 4.043, de 2015; 4.113, de 2015; 4.294, de 2016; 4.404, de 2016; 4.477, de 2016; 4.478, de 2016; 4.485, de 2016; 4.644, de 2016; 4.729, de 2016; 4.748, de 2016; 4.787, de 2016; 5.113, de 2016; 5.286, de 2016; 5.532, de 2016; 5.622, de 2016; 5.779, de 2016; 6.033, de 2016; 6.067, de 2013; 6.455, de 2016; 6.941, de 2017; 7.111, de 2014; 7.175, de 2017; 7.501, de 2017; 7.589, de 2017; 7.675, de 2017; 7.865, de 2017; 7.947, de 2017; 8.108, de 2017; 8.264, de 2017; 8.591, de 2017; 8.276, de 2017; 8.396, de 2017; e 8.590, de 2017.

- d) **Inconstitucionalidade** dos Projetos de Lei: 4.632, de 2004; 4.016, de 2008; 2.734, de 2011; 1.147, de 2011; e 1.272, de 2015.
- e) **Constitucionalidade e pela injuridicidade** dos Projetos de Leis: 1.349, de 2003; 582, de 2007; 4.393, de 2008; e 3.285, de 2012.
- f) **Constitucionalidade, juridicidade, boa técnica legislativa e, no mérito, pela rejeição** dos Projetos de Lei: 7.419, de 2006; 7.267, de 2002; 2.066, de 2011; 4.294, de 2016; 7.389, de 2002; 4.748, de 2016; 4.164, de 2004; 7.128, de 2006; 5.963, de 2013; 1.564, de 2015; 4.477, de 2016; 4.485, de 2016; 5.126, de 2016; 4.478, de 2016; 2.328, de 2011; 7.111, de 2014; 6.033, de 2016; 7.865, de 2017; 8.264, de 2017; 8.591, de 2017; 4.078, de 2001; 6.849, de 2006; 3.346, de 2012; 4.367, de 2001; 3.473, de 2008; 6.436, de 2013; 1.039, de 2015; 5.286, de 2016; 4.469, de 2001; 156, de 2003; 7.590, de 2010; 1.076, de 2011; 4.570, de 2001; 2.128, de 2015; 2.949, de 2015; ; 4.844, de 2001; 4.043, de 2015; 5.532, de 2016; 2.474, de 2003; 1.942, de 2007; 2.901, de 2008; 4.729, de 2016; 7.175, de 2017; 7.914, de 2014; 805, de 2011; 3.087, de 2012; 1.948, de 2015; 664, de 2007; 69, de 2015; 5.024, de 2009; 1.431, de 2011; 5.912, de 2013; 394, de 2011; 4.077, de 2012; 7.947, de 2017; 8.108, de 2017; 8.590, de 2017; 176, de 2015; 2.608, de 2015; 756, de 2007; 657, de 2011; 5.730, de 2009; 4.726, de 2012; 121, de 2015; 4.036, de 2012; 5.152, de 2013; 6.819, de 2013; 6.455, de 2016; 1.603, de 2003; 4.075, de 2004; 4.201, de 2012; 5.715, de 2013; 6.067, de 2013; 6.715, de 2013; 6.714, de 2013; 7.142, de 2014; 2.274, de 2015; 2.295, de 2015; 5.622, de 2016; 8.396, de 2017; 1.992, de 2015; 7.501, de 2017; 6.510, de 2006; 2.645, de 2011; 4.402, de 2012; 6.941, de 2017; 8.276, de 2017; 4.644, de 2016; 5.069, de 2016;

1.777, de 2003; 3.058, de 2004; 4.787, de 2016; 1.220, de 2007; 2.582, de 2015; 1.677, de 2011; 3.949, de 2012; 3.223, de 2015; e 4.113, de 2015.

- g) **Constitucionalidade, juridicidade, boa técnica legislativa e, no mérito, pela aprovação, nos termos do Substitutivo anexo**, dos Projetos de Lei: 6.125, de 2005; 311, de 2003; 4.990, de 2013; 6.821, de 2010; 2.538, de 2011; 4.404, de 2016; 1.763, de 2011; 5.113, de 2016; 3.940, de 2004; 7.600, de 2006; 7.694, de 2014; 5.143, de 2009; 7.594, de 2010; 7.589, de 2017; 7.675, de 2017; 71, de 2003; 6.483, de 2009; 2.982, de 2011; 2.504, de 2015; 6.175, de 2016; 2.344, de 2015; 7.762, de 2010; 1.647, de 2011; 2.981, de 2011; 3.675, de 2012; 8.048, de 2010; 4.076, de 2001; 2.934, de 2004; 7.844, de 2014; e 5.779, de 2016.

Sala da Comissão, em de de 2017.

Deputado ROGÉRIO MARINHO

Relator

COMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A PROFERIR PARECER AO PROJETO DE LEI Nº 7419, DE 2006, DO SENADO FEDERAL, 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 APENSADOS

SUBSTITUTIVO AO PROJETO DE LEI Nº 7.419, DE 2006

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 1º-A. A atenção à saúde prestada no âmbito dos planos privados de assistência à saúde obedecerá aos seguintes princípios:

I – respeito à segmentação contratada;

II – atenção multiprofissional;

III – incorporação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos e de doenças, desde que os meios utilizados sejam certificados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e os procedimentos sejam aprovados pelos conselhos profissionais na área da saúde;

IV – uso da epidemiologia para o monitoramento da qualidade das ações e para a gestão em saúde;

V – respeito à autonomia e à integridade física e moral das pessoas assistidas;

VI – garantia do direito das pessoas assistidas à informação sobre sua saúde;

VII – estímulo ao parto normal.

§ 1º Os princípios estabelecidos no *caput* deverão ser observados em todos os níveis de complexidade da atenção, respeitando-se as segmentações contratadas, visando à promoção da saúde, à prevenção de riscos e doenças, ao diagnóstico, ao tratamento, à recuperação e à reabilitação.

§ 2º As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a realizar programas de promoção à saúde e de prevenção de riscos e de doenças, inclusive de epidemias que estejam em curso no País, e apresentar relatórios à ANS sobre os resultados desses programas, nos termos de regulamento”.

“Art. 1º-B. As pessoas jurídicas que cumprirem os requisitos para a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo poderão contratá-lo diretamente com a operadora ou com a participação de administradora de benefícios, nos termos de regulamento.”

“Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo procedimentos preventivos, 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, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

.....

§ 5º Na revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, a ANS terá como diretrizes a inclusão de tecnologias com evidência de segurança, eficácia e efetividade, além da avaliação do impacto econômico-financeiro das novas inclusões, de forma a preservar o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e garantir a modicidade dos reajustes.”
(NR)

“Art. 10-C. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, reparar lesões decorrentes de atos cirúrgicos realizados sob a cobertura dos seus planos, quando a reparação não for obrigação do médico que realizou o procedimento cirúrgico, utilizando-se de todos os meios, procedimentos técnicos e produtos para a saúde necessários para o restabelecimento da área lesionada, independentemente da sua previsão no plano de saúde contratado.”

“Art. 10-D. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, indicar, por escrito, ao profissional médico, clínica ou estabelecimento hospitalar, até três modelos de órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs), com comprovação técnica, referenciada em práticas baseadas em evidências e autorizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Parágrafo único. A indicação de que trata o *caput* deste artigo não vincula o profissional médico e outros estabelecimentos de saúde responsáveis pelo atendimento e procedimento ao

paciente, que deverá justificar clinicamente, por escrito, a não aceitação.”

“Art. 12.

I -

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, de caráter preventivo ou curativo, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, de caráter preventivo ou curativo, solicitados pelo médico assistente;

.....

d) cobertura de vacinas solicitadas pelo médico assistente, desde que devidamente registradas pela autoridade sanitária, quando essas vacinas não constarem do calendário nacional de imunização vigente do Ministério da Saúde ou da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, ou, se constarem, quando forem restritas a determinado grupo de pessoas.

II -

.....

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos, pessoas idosas, parturientes e pessoas com deficiência;

.....

VII - inscrição de filho adotivo, adotando e criança ou adolescente sob guarda, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante ou guardião.

.....

§ 6º Tanto para o plano-referência a que alude o art. 10, como para as segmentações previstas neste artigo, é facultada a inscrição de enteados do beneficiário, menores de idade, desde que comprovada a dependência financeira.” (NR)

“Art. 13.

§ 1º

§ 2º Nos planos exclusivamente odontológicos, a notificação do consumidor inadimplente poderá ser feita por qualquer meio que garanta a ciência da suspensão ou rescisão unilateral do contrato por não-pagamento da mensalidade, inclusive o meio eletrônico, na forma de regulamento.” (NR)

“Art. 13-A. O beneficiário de plano de contratação individual ou familiar ou coletiva fica dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar ou coletivo, na mesma ou em outra operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

I – o beneficiário deve estar adimplente junto à operadora do plano de origem;

II – o contrato do plano de origem deve estar vigente;

III – o plano de destino não deve estar com registro em situação ‘ativo com comercialização suspensa’, ou ‘cancelado’, salvo planos coletivos que estiverem com comercialização suspensa exclusivamente pelo motivo de solicitação da operadora, em que não será vedado o ingresso de novos

beneficiários vinculados à pessoa jurídica dos contratos já firmados;

IV - a faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão.

§ 1º O plano de destino poderá possuir segmentação assistencial mais abrangente do que o plano a que o beneficiário está vinculado, podendo ser exigido, neste caso, o cumprimento de carência no plano de destino somente para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, observando-se o disposto no inciso V do artigo 12 desta Lei, fixando os seguintes períodos de carência:

I - prazo máximo de trezentos dias para partos a termo em cobertura obstétrica;

II - prazo máximo de cento e oitenta dias para cobertura odontológica;

III - prazo máximo de cento e oitenta dias para cobertura ambulatorial;

IV - prazo máximo de cento e oitenta dias para cobertura hospitalar;

V - prazo máximo de vinte e quatro horas para casos de urgência e emergência em cobertura hospitalar.

§ 2º O plano de destino poderá possuir segmentação assistencial menos abrangente do que o plano a que o beneficiário está vinculado, podendo, neste caso, o beneficiário efetuar posterior portabilidade para plano com segmentação igual àquela do plano mais abrangente em que cumpriu carência, sem ter de cumprir novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária.”

“Art. 13-B. A operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados coletivamente, que almejar rescindir, imotivadamente, o contrato, terá de disponibilizar plano de assistência à saúde compatível na modalidade individual ou familiar aos beneficiários idosos, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.”

“Art. 15.

§ 1º É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, sendo a variação da última faixa etária necessariamente aplicada em parcelas quinquenais, de acordo com o disposto neste artigo.

§2º Para aplicação do reajuste da última faixa etária a operadora, no momento em que o beneficiário completar 59 (cinquenta e nove) anos, calculará o valor nominal do reajuste dividindo-o em cinco parcelas, de no máximo 20% (vinte por cento) cada uma, que serão aplicadas a cada cinco anos.

§3º O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa.

§4º O percentual de aumento previsto no caput deve ser distribuído de forma equitativa e equilibrada entre as faixas.”
(NR)

“Art. 16.

§ 1º

§ 2º A todo consumidor de plano coletivo será obrigatoriamente entregue, no ato da assinatura do contrato, cópia do regulamento ou condições gerais do plano, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as características, direitos e obrigações.

§ 3º Em caso de descumprimento do previsto nos parágrafos 1º e 2º deste artigo, aplicam-se as penalidades previstas no art. 25 desta Lei. ” (NR)

“Art. 16-A. As operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei podem oferecer aos consumidores descontos relacionados à adesão a programas de prevenção oferecidos pela operadora, nos termos de regulamento.”

“Art. 17.

§ 5º A ANS terá o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para analisar o pedido de redimensionamento da rede hospitalar a que se refere o § 4º deste artigo.

§ 6º Presume-se concedida a autorização do pedido de redimensionamento da rede hospitalar se a ANS não o analisar no prazo ao qual alude o § 5º deste artigo.” (NR).

“Art. 17-A.

§7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão divulgar as tabelas com os valores pagos pelas consultas e procedimentos contratados nos seus portais corporativos na rede mundial de computadores.

§ 8º Os estabelecimentos de saúde prestadores de serviço que compõem a rede assistencial deverão divulgar os valores dos insumos, produtos, diárias e taxas que utilizam na rede mundial de computadores e atualizar esses valores com periodicidade no mínimo semestral.” (NR)

“Art. 22.

.....

§ 1º-A O parecer da auditoria independente a que se refere o *caput* deste artigo deverá indicar o índice de sinistralidade da operadora

.....” (NR)

“Art. 23.

.....

§ 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que não tenham tido sua liquidação extrajudicial decretada poderão firmar acordos com, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos seus credores para:

- I – suspender a exigibilidade das obrigações vencidas;
- II – suspender a fluência do prazo das obrigações vincendas anteriormente contraídas;
- III – não fluência de juros;
- IV – renegociação de contratos;
- V – imposição de obrigações positivas e negativas à operadora.

§ 8º O acordo a que se refere o § 7º deste artigo suspende o curso da prescrição e de todas as ações e execuções movidas em face da operadora e terá prazo de, no máximo, 12 (doze) meses.” (NR)

“Art. 24.

.....

§ 6º A alienação das carteiras das operadoras de planos de saúde, determinadas pela ANS ou realizadas voluntariamente, não implicam sucessão de créditos de qualquer espécie, inclusive os trabalhistas, que não estejam expressamente compreendidos no ato de alienação.

§ 7º Na alienação de carteiras, sejam elas determinadas pela ANS ou realizadas de forma voluntária, a definição dos ativos a serem transferidos para o adquirente deve considerar todos os fatores importantes para a manutenção de seu equilíbrio financeiro e atuarial, inclusive a inexistência de carência para os clientes transferidos da operadora alienante para a adquirente.” (NR)

“Art. 25.

.....

§ 1º A ANS aplicará as penalidades descritas neste artigo, de forma isolada ou cumulativamente, considerando a gravidade, as consequências do caso e o porte econômico das operadoras e demais parâmetros estabelecidos nesta Lei e em regulamento.

§ 2º A sanção de penalidade pecuniária será graduada, aplicando-se, sucessivamente, as agravantes, as atenuantes e os fatores de compatibilização das penalidades, todos eles previstos em regulamento.

§ 3º A aplicação de penalidade pecuniária deverá guardar proporcionalidade com a infração cometida.

§ 4º Qualquer penalidade pecuniária fundamentada na negativa injustificada de oferta de procedimento ou produto aos clientes da operadora não poderá superar em mais de dez vezes o valor do procedimento ou do produto a que se refere.

§ 5º Nas hipóteses de reincidência, poderá ser aplicada multa, nos termos do inciso II do *caput*, de até 30 (trinta) vezes o valor do procedimento ou do produto negado.

§ 6º O pagamento de multa em razão da negativa de atendimento não desobriga a operadora de cumprir a obrigação cujo inadimplemento ensejou a aplicação da multa.” (NR)

“Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais), de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19.” (NR)

“Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de cinco anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

.....” (NR)

“Art. 32.

§ 1º O ressarcimento a que se refere o *caput* será efetuado pelas operadoras ao ente federativo a que esteja vinculado o

estabelecimento de saúde responsável pela prestação do serviço, com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS.

.....
§ 2º-A O ente federativo a que esteja vinculado o estabelecimento de saúde responsável pela prestação do serviço deverá comunicar a operadora de planos de saúde sobre o atendimento de paciente por ela segurado no prazo de 24 horas da sua entrada.

§ 2º-B Após a comunicação de que trata o § 2º-A, caso o paciente permaneça internado, a operadora poderá:

I – solicitar a transferência do paciente para hospital credenciado, quando não houver riscos para a sua saúde, conforme laudo do médico responsável; ou

II – manter o paciente no estabelecimento de saúde, desde que pague o valor dos procedimentos a serem ressarcidos, com um acréscimo de 25% (vinte e cinco por cento).

§ 2º-C O acréscimo de que trata o § 2º-B, inciso II, não será aplicado quando:

I - o atendimento não exigir a internação do paciente, ou, no caso de internação, quando a transferência do paciente para hospital credenciado resultar em riscos para a sua saúde;

II – o ente federativo ao qual couber o ressarcimento descumprir o prazo elencado no § 2º-A.

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores ao fundo de saúde do respectivo ente federativo.

§ 3º-A Os entes federativos deverão fornecer mensalmente à ANS informações sobre as contas correntes pelas quais as

operadoras farão o ressarcimento referido no *caput* deste artigo.

§ 3º-B As operadoras de planos de saúde deverão informar à ANS mensalmente os dados sobre os seus clientes segurados que forem necessárias ao ressarcimento de que trata o *caput* deste artigo, na forma do regulamento.

.....

§ 6º O produto da arrecadação dos juros será revertido ao ente federativo credor do ressarcimento e o produto da arrecadação da multa de mora será revertido ao Fundo Nacional de Saúde.”
(NR)

“Art. 32-A. Fica instituída a Taxa de Controle e Fiscalização sobre o Ressarcimento ao SUS – TCFR, cujo fato gerador é o exercício regular do poder de polícia conferido à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para controle e fiscalização do ressarcimento ao SUS de que trata o art. 32 desta Lei.”

“Art. 32-B. É sujeito passivo da TCFR a operadora do plano de saúde, quando seus consumidores e respectivos dependentes tiverem sido atendidos pelos serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.”

“Art. 32-C. A base de cálculo da TCFR é o valor total a ser ressarcido pela operadora aos entes federativos de que trata o § 1º do art. 32.”

“Art. 32-D. A alíquota da TCFR é de 5% (cinco por cento) sobre a base de cálculo.”

“Art. 32-E. A TCFR será devida no último dia útil de cada trimestre do ano civil e o recolhimento será efetuado à Conta Única do Tesouro Nacional, até o quinto dia útil do mês subsequente.”

“Art. 32-F. A TCFR não recolhida nos prazos e nas condições estabelecidas no artigo anterior será cobrada com os seguintes acréscimos:

I – juros de mora, na via administrativa ou judicial, contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento;

II – multa de mora de vinte por cento, reduzida a dez por cento se o pagamento for efetuado até o último dia útil do mês subsequente ao do vencimento;

III – encargo de vinte por cento, substitutivo da condenação do devedor em honorários de advogado, calculado sobre o total do débito inscrito como Dívida Ativa, reduzido para dez por cento se o pagamento for efetuado antes do ajuizamento da execução.”

“Art. 32-G. A TCFR se destinará à ANS para ao custeio e manutenção dos procedimentos e dos sistemas informatizados para ressarcimento ao SUS.”

“Art. 35-G.

Parágrafo único. O cumprimento ao disposto no *caput* não pode resultar em descon sideração da segmentação contratada,

do Rol de Procedimentos e Eventos cobertos pelo plano de assistência à saúde, nem determinar a realização de procedimentos que não sejam aprovados pelos conselhos profissionais na área da saúde ou o fornecimento de medicamentos ou produtos para a saúde que não sejam certificados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária.”
(NR)

“Art. 35-L.

§ 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 Setenta e cinco por cento do valor constituído das provisões técnicas deverá, obrigatoriamente, ser lastreado por ativos garantidores.

§3º Os recursos das operadoras podem ser aplicados em imóveis assistenciais, observados os seguintes limites:

I – até o total de 60% (sessenta por cento) dos ativos garantidores, para as entidades filantrópicas;

II – até o total de 50% (cinquenta por cento) dos ativos garantidores, para os planos de autogestão;

III - até o total de 40% (quarenta por cento) dos ativos garantidores, para as cooperativas de saúde;

IV - até o total de 30% (trinta por cento) dos ativos garantidores, para as demais operadoras de planos privados de assistência à saúde.

§ 4º Os recursos das operadoras podem ser aplicados em cotas de fundos de investimento em participações desde que o objeto de investimento do fundo seja exclusivamente a

ampliação, reforma modernização, compra ou construção de imóveis médico-hospitalares e de diagnósticos, bem como de ambulatórios e centros de atenção primária, e desde que sejam observados os seguintes limites:

I – até o total de 60% (sessenta por cento) dos ativos garantidores, para as entidades filantrópicas;

II – até o total de 50% (cinquenta por cento) dos ativos garantidores, para os planos de autogestão;

III - até o total de 40% (quarenta por cento) dos ativos garantidores, para as cooperativas de saúde;

IV - até o total de 30% (trinta por cento) dos ativos garantidores, para as demais operadoras de planos privados de assistência à saúde.

§ 5º A soma do total das aplicações em imóveis assistenciais e em quotas de fundos de investimento em participações, de que tratam, respectivamente, os §§ 3º e 4º deste artigo, cumulada com outras aplicações em bens imóveis, não pode representar mais que:

I – até o total de 80% (oitenta por cento) dos ativos garantidores, para as entidades filantrópicas;

II – até o total de 70% (setenta por cento) dos ativos garantidores, para os planos de autogestão;

III - até o total de 60% (sessenta por cento) dos ativos garantidores, para as cooperativas de saúde;

IV - até o total de 50% (cinquenta por cento) dos ativos garantidores, para as demais operadoras de planos privados de assistência à saúde.

§ 6º Os bens imóveis referidos no § 3º deste artigo serão avaliados por seu valor de mercado, que deverá ser revisto anualmente.

§ 7º Os ativos garantidores constituem patrimônio separado e não podem responder por débitos das operadoras, inclusive débitos trabalhistas e tributários, que não aqueles assumidos com prestadores de serviços de assistência à saúde e com fornecedores de bens e serviços relacionados à atividade-fim da operadora.” (NR)

“Art. 35-N. Em demandas nas quais se pleiteie a realização de procedimento em saúde ou o fornecimento de produto para saúde ou medicamento, o juiz deverá, antes de conceder a tutela de urgência, requisitar parecer de profissional da saúde, integrante de núcleo de apoio técnico de que disponha o tribunal ou de entidade conveniada.

§ 1º Caso o tribunal não haja instalado núcleo de apoio técnico nem haja celebrado convênio, o juiz ouvirá perito de sua confiança.

§ 2º Em situações de grave e iminente risco à saúde ou à vida do autor, poderá o juiz, motivadamente, conceder a tutela de urgência requerida, dispensadas as providências do *caput* e do § 1º.”

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 10-E:

“Art. 10-E As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, planos de contratação individual ou familiar, a seus atuais e futuros consumidores.

Parágrafo único. O disposto no *caput* deste artigo não se aplica as entidades de autogestão, vez que, atendem exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a

participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes.”

Art. 3º O art. 15 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.15.

.....
 § 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade, sendo permitida a aplicação parcelada do reajuste da última faixa etária após os sessenta anos”. (NR)

Art. 4º Durante os primeiros seis meses após a entrada em vigor desta Lei, a ANS deverá fazer a implantação do sistema informatizado de ressarcimento previsto no art. 32-G, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e tomará as providências necessárias para que ele seja implantado nos Estados e no Distrito Federal.

§ 1º Nos primeiros seis meses da entrada em vigor da taxa a que se refere o art. 32-A, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, os recursos arrecadados serão repassados aos Estados e ao Distrito Federal, conforme a regra de distribuição do Fundo de Participação dos Estados.

§ 2º A ANS tomará as providências necessárias para implantação do sistema informatizado de ressarcimento previsto no art. 32-G, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, nos Municípios no período compreendido entre seis meses e um ano após a entrada em vigor desta lei.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor:

I – em relação ao art. 2º, cento e oitenta dias após a data de sua publicação.

II – em relação aos demais dispositivos, noventa dias após a data de sua publicação.

Sala da Comissão, em de de 2017.

Deputado ROGÉRIO MARINHO

Relator