



PL 7419/06 - PLANOS DE SAÚDE

Audiência Pública Ordinária

23 de agosto de 2017
Brasília-DF

Propostas de Alteração da Lei n. 9.656, de 1998

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

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

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

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

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. (Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

§ 3º.- Considera-se entidades de autogestão:

I – a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde, abrangendo, inclusive, as empresas do mesmo grupo econômico;

II – a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada, patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano de privado de assistência à saúde;

III – pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação ou fundação, que opera plano privado de assistência à saúde aos integrantes de categorias profissionais, classistas ou setoriais que sejam seus associados ou associados de seu instituidor;

§ 4º - O Estado deverá incentivar a criação de entidades de autogestão, visando a ampla participação de trabalhadores e servidores públicos, criando mecanismos para facilitar a sua existência;

§ 5º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 6º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

JUSTIFICATIVA

Convém deixar expresso no texto legal o conceito de autogestão, a fim de evitar que órgão regulador possa cercear o livre direito de associação dos trabalhadores e servidores previsto, inclusive, no texto constitucional.

Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

- I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;
- II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;
- III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;
- IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;
- V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;
- VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;
- VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.

§ 1º As entidades e empresas que mantém sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, para efeitos de obter e manter a autorização de funcionamento, especialmente para finalidade do inciso VI, somente estarão obrigadas a constituir provisão para garantir risco decorrente da inadimplência, com vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto. As autogestões descritas no art. 2º. § 3º., I, estão dispensadas, inclusive, da provisão de inadimplência.

§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. (Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

- a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
- b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;

c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º. – Os ativos garantidores vinculados à operação de planos privados de assistência à saúde serão considerados como patrimônio de afetação, para todos os efeitos legais.

JUSTIFICATIVA

As autogestões, apesar de não terem finalidade lucrativa e serem formadas, basicamente, por trabalhadores e servidores públicos, estão sujeitas as mesmas regras de garantias e reservas financeiras que aquelas operadoras que estão no mercado. A presente proposta somente estabelece a necessidade de provisão de inadimplência, exonerando-as das outras exigências previstas pela ANS: patrimônio mínimo ajustado, margem de solvência e outras provisões técnicas.

O parágrafo 4º. evita que os valores que devam garantir todos os credores sejam aproveitados de forma individual, evitando as penhoras e outras restrições.

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, 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: (*"Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

- I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; (*Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)
- II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- III - inseminação artificial;
- IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; (Inciso com redação dada pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, publicada no DOU, Edição Extra, de 13/11/2013, em vigor 180 dias após sua publicação)

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e (Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

VIII - (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XI – procedimentos e eventos não previsto nem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar - e nem no instrumento contratual;

XII – indicação de órteses, próteses e materiais especiais – OPME utilizados exclusivamente em procedimento não cobertos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, exceto nos casos de procedimentos que sejam garantidos pelo contrato, ainda que não previstos no Rol; ou

XIII – indicação de OPME ou medicamentos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária –ANVISA, ou para uso não constante no manual, instrução de uso ou bula (off label), exceto quando:

- a) a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS – CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e
- b) a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento pelo SUS dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21 do Decreto n. 8.077, de 14 de agosto de 2013.

Parágrafo único – Entende-se por tratamento clínico ou cirúrgico experimental aquele que:

- a) emprega medicamentos, produtos para saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO; ou
- c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).

JUSTIFICATIVA

A inserção dos mencionados incisos e do parágrafo único visa estabelecer maior segurança jurídica na operação de planos privados de assistência à saúde, sendo que traz para o texto legal as restrições que se encontram na regulamentação da ANS e da própria ANVISA.

Art. 35-G. 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. (*Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*).

Parágrafo único – A aplicação subsidiária descrita no caput não atinge às entidades e empresas que mantém sistemas de assistência à saúde na modalidade de autogestão, devido a inexistência de relação de consumo.

JUSTIFICATIVA

O Superior Tribunal de Justiça – STJ – no RE 1.285.483- PB (2011/0239595-2) já deixou expresso que:

RECURSO ESPECIAL. ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE. PLANOS DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO. FORMA PECULIAR DE CONSTITUIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO. PRODUTO NÃO OFERECIDO AO MERCADO DE CONSUMO. INEXISTÊNCIA DE FINALIDADE LUCRATIVA. RELAÇÃO DE CONSUMO NÃO CONFIGURADA. NÃO INCIDÊNCIA DO CDC.

35-N – Nas situações de acidente automobilístico a operadora de plano privado de assistência à saúde subroga-se no direito do segurado para fins de resarcimento dos valores gastos com o tratamento coberto.

JUSTIFICATIVA

Estabelece a possibilidade, no caso de acidentes automobilísticos, da operadora se sub-rogar no direito do segurado ao DPVAT ou outro seguro contratado, reduzindo, portanto, a sinistralidade e, por consequência, o valor do plano de saúde.

Obrigado!

José Luiz Toro da Silva
Consultor Jurídico

institucional@unidas.org.br

www.unidas.org.br - 11 3289-0855