

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

ALTERAÇÕES PROMOVIDAS NA NOVA VERSÃO DO PARECER

No dia 8 de novembro deste ano, apresentamos o Parecer do Relator (PRL) nº 2, elaborado após a análise das sugestões de aprimoramento oferecidas pelos deputados membros deste Colegiado e por entidades como o Idec, a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), a Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE), a Confederação Nacional de Saúde, o Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo, o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, a Unimed do Brasil e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Do dia da apresentação até este momento, continuamos a receber contribuições de parlamentares e instituições ligadas ao setor. Em razão desses subsídios, optamos por oferecer esta Complementação de Voto, com a finalidade de promover ajustes pontuais no Parecer e no Substitutivo apresentados.

Nos parágrafos seguintes, listaremos, as alterações promovidas. Ao final, apresentaremos o Substitutivo alterado.

Correções no Parecer

1 – Substituímos, no Parecer, todas as menções ao PL nº 8.990, de 2017, para PL nº 8.900, de 2017, para corrigir erro de digitação.

2 – Substituímos, no Parecer, a menção à quantidade de projetos apensados. No período entre a apresentação do PRL nº 2 e a apresentação desta Complementação, foi apensado o PL nº 8.942, de 2017.

Dessa forma, passaram a tramitar em conjunto com o PL principal 151 apensados.

3 – Analisamos o PL nº 8.942, de 2017, e manifestamos o nosso voto quanto à matéria.

4 – Acrescentamos, no Parecer, um parágrafo que traz dados atualizados relativos à saúde suplementar, divulgados recentemente no sítio eletrônico da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

5 – Acrescentamos dados advindos de contribuições de entidades à análise do PL nº 7.844, de 2014.

6 – Retiramos do Parecer os dados que embasavam alteração do art. 15 da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo.

7 – Fizemos alterações na análise dos PLs nºs 3.940, de 2004, e 7.600, de 2006, embora tenhamos mantido o voto pela aprovação dessas matérias.

8 – Modificamos a apreciação de sugestão do Deputado Mandetta, em razão de novas informações trazidos por entidades ligadas ao setor.

9 – Corrigimos a menção à Consulta Pública nº 65, da ANS (na versão anterior, constava, por erro de digitação, o nº 653).

10 – Mesmo considerando o fato de os PLs nºs 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, terem sido considerados incompatíveis e inadequados orçamentária e financeiramente, optamos por analisar os aspectos de constitucionalidade, juridicidade e mérito das matérias.

11 - Mesmo considerando o fato de os PLs nºs 4.632, de 2004; 4.016, de 2008; 2.734, de 2011; 1.147, de 2011; e 1.272, de 2015, terem sido considerados inconstitucionais, analisamos os aspectos de juridicidade e mérito das matérias.

12 - Mesmo considerando o fato de os PLs nºs 1.349, de 2003; 582, de 2007; 4.393, de 2008; e 3.285, de 2012, terem sido considerados injurídicos, analisamos o seu mérito.

Correções no Substitutivo

1 – Na redação proposta para o art. 1º, §6º, da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, substituímos a expressão “e os procedimentos tenham sido aprovados pelos conselhos profissionais na área da saúde” por “e os procedimentos tenham sido reconhecidos pelas autoridades competentes”.

2 – Na redação proposta para o art. 1º-B da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, acrescentamos a expressão “de forma opcional”, para frisar que a contratação das administradoras é uma faculdade – e não uma obrigação das operadoras que comercializem planos coletivos.

3 – Na redação proposta para o art. 10-C da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, modificamos a abordagem do tema, para adequá-la às sugestões da ANS e da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia.

4 – Na redação proposta para o art. 13, §2º, da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, acrescentamos a expressão “que deve ser comprovada de forma inequívoca”, para garantir que a suspensão ou rescisão unilateral nos planos odontológicos somente seja feita se a notificação for comprovada, sem deixar margem a dúvidas.

5 – Na redação proposta para o art. 13-B da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, acrescentamos a expressão “e na mesma faixa de preço”, para explicitar que o plano individual oferecido em substituição ao coletivo terá de estar na mesma faixa de preço do anterior.

6 – Suprimimos a proposta de nova redação para o art. 15 da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, por sugestão do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), da Associação Brasileira de Planos de Saúde, dos Amigos do Brasil em Prol da Ética (ABRA), da Federação Nacional de Saúde Suplementar e do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa.

Também levamos em conta as notas técnicas e moções de repúdio das seguintes entidades: Conselho Nacional de Saúde, Caixa de Assistência ao Advogado de São Paulo, Associação Nacional de Gerontologia do Brasil, Associação Nacional dos Defensores Públicos e Ministério Público Federal.

Por meio das manifestações dessas instituições, percebemos que tanto os representantes das operadoras de planos de saúde quanto os dos consumidores discordavam da nossa proposta de mudança – e por motivos aparentemente contraditórios.

A ABRAMGE estimou, genericamente, que as operadoras teriam significativa redução de receitas se a proposta virasse Lei. O FenaSaúde, por sua vez, desenvolveu cálculos e concluiu que os consumidores idosos deixariam de pagar (e, conseqüentemente, as operadoras deixariam de receber) a impressionante quantia de R\$ 4,3 bilhões de reais nas faixas etárias de 59 a 79. Por fim, estudo da Fundação Getúlio Vargas corroborou as previsões das representantes das operadoras e avaliou que, caso a proposta de parcelamento fosse aprovada, as operadoras, em 20 anos, perderiam R\$ 64,9 bilhões em valores atuais.

Num outro extremo argumentativo, o Idec manifestou-se no sentido de que “essa proposta de alteração normativa pretende legalizar os altos reajustes impostos à última faixa etária, ao completar 59 anos, parcelando-os para tentar minimizar os efeitos nefastos causados aos idosos”. O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa alegou que a mudança da Lei acarretaria “consequências deletérias para as pessoas maiores de 60 anos e também para os cofres públicos pelo aumento da demanda e de custos, apenas em benefício de interesses privados”. Por fim, os Amigos do Brasil em Prol da Ética informaram que a proposta de parcelamento reforçava a abusividade dos reajustes. Em suma: as instituições de defesa do consumidor alegaram que os consumidores idosos teriam perdas significativas com a mudança e repercutiram esse argumento nos mais diversos meios de comunicação.

Percebemos, portanto, que as representantes das operadoras e as entidades de defesa do consumidor rejeitaram, inteiramente, a proposta. As primeiras traçaram um cenário futuro de prejuízos bilionários para as empresas

– panorama que foi referendado por cálculos da FGV. As segundas previram efeitos nefastos aos idosos.

Isso nos deixou perplexos, uma vez que, numa análise da relação entre operadoras e consumidores, não conseguimos vislumbrar uma situação em que as operadoras tenham perdas consideráveis em razão da diminuição do aporte imediato de recursos provindos do reajuste na última faixa etária e, ainda assim, os idosos sejam prejudicados por supostos aumentos em suas mensalidades.

No entanto, diante da negativa uníssona da proposta, por razões diametralmente opostas, optamos por, democraticamente, extirpar o dispositivo do PL. Essa opção foi feita em nome do consenso, sem o qual não conseguiremos levar adiante a análise dessa matéria de tamanha importância para o País.

7 – Na redação proposta para o art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, acrescentamos o §7º, que determina que, incorre em ato omissivo sujeito à responsabilidade administrativa e às penalidades constantes da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, a autoridade competente que, injustificadamente, no prazo de 180 dias, não analisar o pedido de redimensionamento da rede hospitalar a que se refere o § 4º do artigo.

8 – Na redação proposta para o art. 24, §6º, da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, acrescentamos a expressão “ou leilão” e trocamos a expressão “clientes” por “usuários”, por sugestão dos membros da Comissão em reuniões internas.

9 - Na redação proposta para o art. 24, §7º, da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, trocamos a expressão “clientes” por “usuários”, por sugestão dos membros da Comissão em reunião interna.

10 – Na redação proposta para o art. 25 da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, modificamos os parágrafos 1º, 4º, 5º e 6º, e acrescentamos os parágrafos 7º e 8º, por sugestão da ANS, que foi acatada por membros da Comissão após a reunião interna realizada em 6 de dezembro.

11 – Na redação proposta para o art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, acrescentamos os parágrafos 5º e 5º-A.

12 – Na redação proposta para o art. 32, §1º, da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, acrescentamos as expressões “diretamente” e “observado o disposto no §2º”, para dar clareza ao texto, por sugestão da ANS.

13 - Na redação proposta para o art. 32, §2º-A, da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, alteramos o prazo para comunicação à operadora de “quarenta e oito” para “setenta e duas” horas.

14 - Na redação proposta para o art. 32, §2º-B, da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, alteramos a expressão “cliente” para “usuário”, nas suas duas ocorrências.

15 – Na redação proposta para o art. 32, §2º-D, da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, substituímos a menção ao §2º-B por §2º-C.

16 - Na redação proposta para o art. 32, §3º-A, da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, suprimimos a expressão “mensalmente”, por sugestão dos membros da Comissão em reunião interna.

17 - Na redação proposta para o art. 32, §3º-B, da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, alteramos a expressão “clientes” para “usuários” e corrigimos a expressão “necessárias” para “necessários”.

18 – Na redação proposta para o art. 32, § 11, da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, substituímos a expressão “correção monetária” por “atualização pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo” e a expressão “efetiva comunicação de que trata o §2º-A” por “efetiva ciência à ANS”.

19 - Na redação proposta para o art. 32-B da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, alteramos a expressão “consumidores” para “usuários”.

20 – Na redação proposta para o art. 32-C da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, suprimimos a expressão “alíquota”, substituímos a expressão “com base” por “com fundamento” e substituímos o último valor da tabela.

21 – Na redação proposta para o art. 32-F, escrevemos, também em numeral, os percentuais mencionados nos seus incisos.

22– Na redação proposta para o parágrafo único do art. 35-G da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, substituímos a expressão “que não sejam aprovados pelos conselhos profissionais na área de saúde” por “procedimentos que não tenham sido reconhecidos pelas autoridades competentes”.

23– Na redação proposta para o §2º do art. 35-L da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo, acrescentamos, no §2º, o percentual a que se refere o § em numeral e modificamos a concordância.

24 – Modificamos o “caput” do art. 2º, que fazia menção ao art. 10-E (o correto seria mencionar o art. 10-D).

25 – Suprimimos a proposta de nova redação para o art. 15 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, constante do art. 3º do Substitutivo, pelas mesmas razões expostas no item 6 desta Complementação, que explicitou a supressão da proposta de nova redação para o art. 15 da Lei nº 9.656, de 1998, constante do art. 1º do Substitutivo.

26 – Na redação proposta para o art. 4º (renumerado para art. 3º), acrescentou-se que a ANS deverá tomar as providências necessárias para a implantação do sistema informatizado também nos municípios. Ademais, acrescentou-se um novo §2º, que determinou que, até a implantação nos municípios do sistema informatizado de ressarcimento, os recursos arrecadados seriam repassados aos municípios, conforme regra de distribuição do Fundo de Participação dos Municípios.

27 – Em razão da supressão a proposta de nova redação para o art. 15 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, constante do art. 3º do Substitutivo, os artigos subsequentes foram renumerados.

Conclusão

Por fim, mantivemos o nosso voto, conforme explicitado no Parecer do Relator (PRL) nº 2 e oferecemos o Substitutivo que segue anexo.

Sala da Comissão, em de de 2017.

Deputado ROGÉRIO MARINHO

Relator

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

SUBSTITUTIVO AOS PROJETOS DE LEI Nºs 4.076, DE 2001; 71, DE 2003; 311, DE 2003; 2.934, DE 2004; 3.940, DE 2004; 6.125, DE 2005; 7.600, DE 2006; 5.143, DE 2009; 6.483, DE 2009; 7.594, DE 2010; 7.762, DE 2010; 1.647, DE 2011; 1.763, DE 2011; 2.982, DE 2011; 4.990, DE 2013; 7.694, DE 2014; 7.844, DE 2014; 2.344, DE 2015; 2.504, DE 2015; 5.113, DE 2016; 5.779, DE 2016; 6.175, DE 2016; 7.589, DE 2017; E 7.675, 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".

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

.....
§ 6º A atenção à saúde no setor suplementar obedecerá à segmentação assistencial contratada e promoverá a incorporação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos e de doenças, desde que os insumos necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde sejam regularizados e registrados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e os procedimentos tenham sido reconhecidos pelas autoridades competentes, com especial enfoque no estímulo ao parto normal.

§ 7º 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.

§8º Os programas de promoção à saúde e de prevenção de riscos e de doenças devem ser fundamentados em estudos epidemiológicos, ter procedimentos correlatos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, ser previamente apreciados e aprovados pela ANS, observado o princípio de custo-efetividade, e produzir benefícios em favor dos beneficiários participantes”. (NR)

“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, de forma opcional, 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. Para a cobertura dos custos das órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs) relacionados aos atos cirúrgicos, devem-se observar os seguintes requisitos, independentemente de outros que sejam determinados pela ANS:

I - cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características das órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs) necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

II – o profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, que tenham comprovação técnica, sejam referenciados em práticas baseadas em evidências e estejam regularizados junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

§1º A operadora deverá instaurar junta médica ou odontológica se discordar das marcas indicadas pelo profissional assistente ou quando o profissional assistente não indicar as três marcas de produtos, quando disponíveis.

§2º É facultado às operadoras firmar acordos com conselhos profissionais e sociedades de especialidades médicas ou odontológicas, para atuarem em juntas médicas ou odontológicas instauradas nos termos do §1º.”

“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;

.....

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, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias contados da decisão judicial que deferiu a adoção ou a guarda.

.....

§ 6º Tanto para as segmentações previstas neste artigo quanto para o plano-referência a que alude o art. 10, é facultada a inscrição de enteados do beneficiário como dependentes, 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, que deve ser comprovada de forma inequívoca, 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’;

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 disposto neste artigo não impede que a Agência Nacional de Saúde Suplementar disponha sobre outras modalidades de portabilidade.”

“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, na mesma segmentação de cobertura e na mesma faixa de preço, na modalidade individual ou familiar aos beneficiários idosos, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, excetuadas as autogestões, que somente podem disponibilizar planos coletivos.”

“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.

§ 7º Incorre em ato omissivo sujeito à responsabilidade administrativa e às penalidades constantes da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, a autoridade competente que, injustificadamente, no prazo de 180 (cento e oitenta dias), não analisar o pedido de redimensionamento da rede hospitalar a que se refere o § 4º 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 conter análise de atuário acerca do índice de sinistralidade da operadora.

.....” (NR)

“Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer recuperação judicial e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão somente à liquidação extrajudicial.

§1º.....

.....

III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 168, 171, 172, 173, 175 e 178 da Lei nº 11.101, de 2005, exceto se a liquidanda possuir ativos suficientes para o pagamento dos credores.

.....
§ 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 incidência de juros moratórios;
- 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.

§ 9º O acordo a que se refere o § 7º deste artigo somente poderá ser firmado por operadora:

- I - cuja autorização de funcionamento perante a ANS tenha sido concedida há pelo menos 2 (dois) anos da data do acordo;
- II - que não tenha firmado acordo nos moldes do § 7º deste artigo nos 5 (cinco) anos anteriores à data do novo acordo;
- III - cujos administradores e sócios controladores não tenham participado nos 5 (cinco) anos anteriores à data do acordo de operadora que tenha firmado acordo nos moldes do § 7º deste artigo.

§ 10 O acordo a que se refere o § 7º e seus efeitos não se aplicam aos titulares de créditos de natureza tributária.” (NR)

“Art. 24.

.....

§ 6º A alienação ou leilão 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 usuários 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, o comportamento pretérito das operadoras, o seu porte econômico 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 O valor das penalidades pecuniárias aplicáveis pela ANS deverá variar de acordo com o porte econômico das operadoras e o seu comportamento pretérito, nos termos de regulamento.

§ 5º A ANS classificará os procedimentos cobertos em até 5 (cinco) classes, de acordo com a sua complexidade, hipótese em que os valores das multas aplicáveis por negativa de oferta de procedimentos variarão com base em tal critério.

§ 6º A ANS terá o prazo de 90 (noventa) dias para editar a regulamentação a que se referem os §§ 4º e 5º deste artigo.

§7º Nas hipóteses de reincidência, poderá ser aplicada multa, nos termos do inciso II do *caput*, de até 3 (três) vezes o valor da multa aplicável à conduta infracional examinada pela ANS.

§8º 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, a gravidade da infração e o impacto financeiro da penalidade na operadora, 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 diretamente 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, observado o disposto no §2º.

.....

§ 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 até setenta e duas horas da sua entrada.

§ 2º-B No caso de estabelecimento de saúde que esteja vinculado a mais de um ente federativo por força de contratos ou de convênios, o ressarcimento seguirá as seguintes regras:

I – o ressarcimento será devido ao ente federativo contratante ou convenente dos serviços de saúde efetivamente prestados ao usuário, quando este for o único contratante ou convenente dos serviços prestados;

II – caso haja mais de um ente federativo contratante ou convenente para o mesmo serviço de saúde efetivamente

prestado ao usuário, o valor do ressarcimento será dividido igualmente entre os entes federativos contratantes ou convenentes.

§ 2º-C 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 um acréscimo de 25% (vinte e cinco por cento) sobre o valor a ser ressarcido, calculado com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS.

§ 2º-D O acréscimo de que trata o § 2º-C, 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 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 usuários segurados que forem necessários ao ressarcimento de que trata o *caput* deste artigo, na forma do regulamento.

.....

§5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa do ente federativo credor, ao qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 5º-A Os entes federativos credores poderão celebrar convênio com a ANS para a cobrança judicial dos créditos a que se refere o § 5º deste artigo.

§ 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.

.....

§ 10 Em relação aos procedimentos de cobrança de que trata o § 7º, a título de racionalização administrativa e economia processual, e com o objetivo de evitar que o custo da cobrança seja superior ao valor do ressarcimento, a ANS poderá estabelecer, mediante regulamento, o valor mínimo de débitos acumulados da operadora de plano de saúde para instauração do procedimento de cobrança do ressarcimento.

§ 11 Até que se inicie o processo de cobrança pela notificação de que trata o § 3º, os débitos de ressarcimento da operadora de plano de saúde ficam sujeitos à atualização pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, e poderão ser cobrados no prazo máximo de três anos da efetiva ciência à ANS.” (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 usuários 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 TCFR será devida com base no valor de cada procedimento, calculado com fundamento em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, conforme a tabela abaixo:

Valor do procedimento a ser ressarcido	Valor da TCFR
Entre R\$ 0,00 e R\$ 0,30	ISENTO
Entre R\$ 0,31 e R\$ 1,00	R\$ 0,02
Entre R\$ 1,01 e R\$ 3,00	R\$ 0,05
Entre R\$ 3,01 e R\$ 10,00	R\$ 0,15
Entre R\$ 10,01 e R\$ 30,00	R\$ 0,50
Entre R\$ 30,01 e R\$ 100,00	R\$ 1,50
Entre R\$ 100,01 e R\$ 300,00	R\$ 5,00

Entre R\$ 300,01 e R\$ 1.000,00	R\$ 15,00
Entre R\$ 1.000,01 e R\$. 3.000,00	R\$ 50,00
Entre R\$ 3.000,01 a R\$ 10.000,00	R\$ 150,00
Entre R\$ 10.000,01 a R\$ 30.000,00	R\$ 300,00
A partir de R\$ 30.000,01	R\$ 600,00

“Art. 32-D. Os valores de que trata o art. 32-C serão corrigidos anualmente pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo.”

“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 1% (um por cento);

II – multa de mora de 20% (vinte por cento), reduzida a 10% (dez por cento) se o pagamento for efetuado até o último dia útil do mês subsequente ao do vencimento;

III – encargo de 20% (vinte por cento), substitutivo da condenação do devedor em honorários de advogado, calculado sobre o total do débito inscrito como Dívida Ativa, reduzido para 10% (dez por cento) se o pagamento for efetuado antes do ajuizamento da execução.”

“Art. 32-G. A TCFR se destinará à ANS para o 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 tenham sido reconhecidos pelas autoridades competentes 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

§ 2º 75% (setenta e cinco por cento) do valor constituído das provisões técnicas deverão, obrigatoriamente, ser lastreados 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 o mantenedor da entidade 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 o mantenedor da entidade 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 o mantenedor da entidade 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 não podem ser penhorados em processos em que se discutam débitos das operadoras, inclusive débitos trabalhistas e tributários, que não aqueles assumidos com prestadores de serviços de assistência à saúde.
” (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-D:

“Art. 10-D 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.

§1º O disposto no *caput* deste artigo não se aplica as entidades de autogestão, uma vez que atendem, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados e seus associados.

§2º Consideram-se entidades de autogestão, para os efeitos do parágrafo anterior:

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 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.”

Art. 3º 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, no Distrito Federal, e nos Municípios.

§ 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 Após os 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, e até a implantação nos Municípios do sistema informatizado de ressarcimento previsto no art. 32-G, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, os recursos arrecadados serão repassados aos Municípios, conforme a regra de distribuição do Fundo de Participação dos Municípios.

§3º 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 Estados e no Distrito Federal, nos primeiros seis meses após a entrada em vigor desta Lei, e nos Municípios, após o sexto mês da entrada em vigor desta lei.

Art. 4º 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, na data de sua publicação.

Sala da Comissão, em de de 2017.

Deputado ROGÉRIO MARINHO
Relator