

PLANO DE TRABALHO

Presidente:

Deputada Soraya Manato (PSL/ES)

1º Vice-Presidente:

Deputado Celso Russomanno

Relator:

Deputado Hiran Gonçalves (PP/RR)

Secretário-executivo:

Fábio da Silva Alexandre

Consultores Legislativos:

Marcelo Souto (Área XVI – Saúde Pública e Sanitarismo)

Mônica Nunes Rubinstein (Área XVI – Saúde Pública e Sanitarismo)

Marcio Vidal (Área VII - Sistema Financeiro, Direito Comercial, Direito Econômico e Defesa do Consumidor)

APRESENTAÇÃO

No dia 26 de maio de 2021, o Presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira, decidiu criar a Comissão Especial destinada a proferir parecer ao Projeto de Lei nº 7.419, de 2006, do Senado Federal. Este Projeto, atualmente, conta com 247 apensados.

Por meio deste Plano de Trabalho, temos o objetivo de traçar diretrizes para a análise das proposições que, apesar de terem em comum o fato de tratarem da temática de planos de saúde, são extremamente distintas entre si.

1. INTRODUÇÃO

O Projeto de Lei nº 7.419, de 2006, do Senado Federal, tem como objetivo alterar a Lei nº 9.656, de 1998, para garantir a cobertura, pelas operadoras, das despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos, inclusive em unidades de terapia intensiva. Estão apensados a este PL 247 proposições que abordam a temática da Saúde Suplementar sob diversos aspectos.

Inicialmente, as proposições, que tramitavam em regime de prioridade, foram despachadas às Comissões de Seguridade Social e Família, Finanças e Tributação e Constituição e Justiça e de Cidadania.

No entanto, em agosto de 2016, criou-se Comissão Especial para a análise da matéria. Esta Comissão foi instalada em dezembro de 2016, sob a Presidência do Deputado Hiran Gonçalves e com a relatoria do Deputado Rogério Marinho. À época, houve intenso debate sobre o tema, com a realização de diversas audiências públicas, e o Relator chegou a oferecer versões de parecer, com Substitutivo. Porém, a legislatura foi encerrada sem que o Colegiado aprovasse um texto final.

Desde então, diversos PLs foram apensados ao bloco de proposições e, em 27 de maio, o Presidente Arthur Lira decidiu criar a Comissão Especial destinada a analisá-los.

2. OBJETIVOS

O principal objetivo deste Plano de Trabalho é estabelecer diretrizes para a apreciação de todos os projetos de lei em tramitação conjunta.

Pretendemos desenvolver um diálogo que envolva os parlamentares e as entidades que atuam no setor, como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as operadoras de planos, os prestadores de serviços de saúde, os consumidores, as associações médicas, bem como da sociedade como um todo. Após os debates, iremos produzir um parecer e, possivelmente, um Substitutivo, que aprimore a legislação relativa à Saúde Suplementar.

A listagem de ações contida no Plano não é exaustiva. Ela poderá ser expandida e aperfeiçoada a qualquer tempo, de acordo com a pertinência e necessidade, a critério dos membros da Comissão.

Além do objetivo geral mencionado, o Plano de Trabalho elenca como objetivos específicos (e também não exaustivos) da Comissão:

1. Realizar audiências públicas para a manifestação de estudiosos do assunto, representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar, das operadoras de planos, dos prestadores, dos consumidores, das associações médicas, bem como da sociedade como um todo, após aprovação dos respectivos requerimentos pelo Colegiado, nos termos do art. 117, VIII, do Regimento Interno;

2. Discutir, construir conjuntamente e aprovar parecer sobre a matéria e, possivelmente, substitutivo que contemple as melhores iniciativas contidas nos PLs;

3. Elaborar requerimentos de indicação à ANS, com vistas a propor sugestões de aprimoramento da legislação infralegal;

4. Elaborar requerimentos de informação, para sanar as dúvidas que porventura surjam nas discussões da matéria, cuja resolução dependa de manifestação da ANS ou do Ministério da Saúde;

5. Analisar o parecer produzido pelo ex-Relator Rogério Marinho no âmbito da Comissão constituída em 2016, para promover o aproveitamento de parte do riquíssimo material produzido na ocasião.

3. DEBATES E AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

Para enriquecer a análise do assunto de forma democrática, é preciso que sejam convocados, para debates em audiências públicas ou reuniões, representantes das entidades envolvidas no setor, incluindo estudiosos do assunto, representantes da Agência Nacional de Saúde

Suplementar, das operadoras de planos, dos prestadores, dos consumidores, das associações médicas, bem como da sociedade como um todo.

Assim, está prevista a convocação de representantes das seguintes entidades, entre outras:

1. Associação Brasileira de Saúde Coletiva;
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar;
3. Federação Nacional de Saúde Suplementar;
4. Conselho Federal de Medicina;
5. Associação Médica Brasileira;
6. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor;
7. Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e

Sistemas de Saúde.

É interessante ressaltar que, de acordo com o disposto no art. 117, VIII, do Regimento Interno desta Casa, os requerimentos para a realização das audiências públicas serão escritos e dependerão de deliberação do Colegiado. Por isso, consideramos fundamental a convocação das entidades supracitadas, mas, para tanto, dependemos da aprovação dos membros desta Comissão.

Ademais, para promover debates técnicos avançados sobre a temática desta Comissão, serão aproveitados os conhecimentos dos nobres Parlamentares membros deste Colegiado, além da participação de autoridades acadêmicas com experiência no assunto, à escolha (e mediante aprovação) dos membros desta Comissão.

4. LISTA PRELIMINAR DE TEMAS A SEREM DEBATIDOS

Considerando se tratar de um tema complexo e muito amplo, pretendemos abordar prioritariamente os seguintes assuntos, que foram frequentemente abordados nos PLs em apreço ou mencionados nas audiências públicas da Comissão Especial anterior, sem prejuízo de inclusão de outros posteriormente:

1 - Cobertura dos planos de saúde: para debaterem o assunto, sugerimos o convite da ANS, de um representante das operadoras e de um representante dos defensores dos direitos dos consumidores.

- Alteração do Rol e cobertura das operadoras de planos de saúde (destaque para tratamento da obesidade e atendimento em caso de planejamento familiar);

- Custeio de vacinas pelas operadoras de planos;
- Cobertura obrigatória em epidemias;
- Ressarcimento de despesas com medicamento;
- Possibilidade de livre escolha do profissional, sem necessidade de credenciamento;
- Opção por atendimento em hospitais privados e ressarcimento.

2 - Regras contratuais: para debaterem o assunto, sugerimos o convite da ANS, de um representante das operadoras e de um representante dos defensores dos direitos dos consumidores

- Regulamentação do vínculo para adesão a contrato coletivo;
- Manutenção do Plano de Saúde pelo aposentado e pelo empregado demitido sem justa causa;
- Carência (e portabilidade de carência);
- Negativa de atendimento de beneficiários por inadimplência e rescisão contratual;
- Legitimidade da defensoria pública para interpor ação em prol de consumidores de planos de saúde e legitimidade do beneficiário de planos de saúde coletivo por adesão de questionar judicialmente rescisão unilateral pela operadora;
- Proibição de rescisão de contratos por falta de pagamento em epidemias;
- Definições legais acerca do detalhamento de contratos.

3 - Prestadores de serviço: para debaterem o assunto, sugerimos o convite da ANS, de representantes das operadoras e de representantes dos prestadores

- Credenciamento de prestadores de serviço e modalidades de pagamento na Saúde Suplementar;
- A telemedicina no contexto da Saúde Suplementar.

4 - Aspectos financeiros: para debaterem o assunto, sugerimos o convite da ANS, de um representante das operadoras e de um representante dos defensores dos direitos dos consumidores.

- Reajuste por mudança de faixa etária;
- Reajuste anual por variação de custos (especialmente para os planos coletivos);
- O uso dos mecanismos de coparticipação e franquia;
- Descontos na mensalidade do plano de saúde.

5 - Regulamento da ANS e ressarcimento ao SUS: para debaterem o assunto, sugerimos o convite da ANS, do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

- Alteração da destinação de recursos da ANS;
- Ressarcimento ao SUS de despesas pelo atendimento de beneficiário de planos de saúde.

6 - Atendimento dos beneficiários pelos prestadores: para debaterem o assunto, sugerimos o convite ao representante do MPF da 3ª Câmara de Coordenação e Revisão (Consumidor e Ordem Econômica), de um representante das operadoras e de representantes dos defensores dos direitos dos consumidores.

- Atendimento ao cliente da operadora de planos de saúde (destaque para estabelecimento de prazo para marcação de consultas e exames, de autorização de realização de exames e negativa de autorização);
- Discriminação entre clientes de planos de saúde e clientes particulares;
- 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.

7 - Modalidades de operadoras e formas de contratação de Planos de Saúde: para debaterem o assunto, sugerimos o convite de um

representante de cada uma das modalidades de operadoras (administradora de benefícios, cooperativa médica, cooperativa odontológica, medicina de grupo, odontologia de grupo, autogestão, filantropia e seguradoras especializadas em saúde) e da ANS.

- A necessidade da intermediação das administradoras para a contratação de planos coletivos;
- A escassez da oferta de planos individuais no mercado.

Serão adicionados mais temas relevantes ao assunto, levantados durante os debates no âmbito da Comissão.

5. METODOLOGIA DE TRABALHO

Os convidados para as exposições nas audiências públicas serão instruídos a apresentar dados e observações sobre os projetos, bem como sugestões para a elaboração do parecer e do substitutivo – se o Relator, ouvidos os demais membros, decidir apresentá-lo.

6. CRONOGRAMA DE TRABALHO

1. Realização de audiências públicas semanais: serão realizadas audiências com pelo menos três participantes cada, durante no máximo 8 semanas;

2. Envio de requerimentos de informação: ao longo das 8 semanas em que se realizarem as audiências, serão enviados os requerimentos de informação com as dúvidas que porventura surjam na discussão da matéria;

3. Elaboração de requerimentos de indicação à ANS: após encerradas as audiências, em no máximo 2 semanas serão enviadas as sugestões de aprimoramento da legislação infralegal à Agência;

4. Análise do parecer produzido pelo ex-Relator Rogério Marinho no âmbito da Comissão constituída em 2016: essa tarefa será feita até o término das 8 semanas em que ocorrerão as audiências públicas;

5. Apresentação da minuta de parecer aos membros da Comissão, para análise e discussão: ocorrerá no prazo máximo de 5 semanas após encerradas as audiências;

6. Votação do parecer na Comissão: ocorrerá no prazo máximo de 4 semanas após a apresentação da minuta de parecer aos membros da Comissão.

7. CRONOGRAMA DE AUDIÊNCIAS PÚBLICAS E OUTRAS ATIVIDADES

O cronograma das Audiências Públicas, e de outras atividades que possam ser necessárias ao bom andamento dos trabalhos, será divulgado de acordo com as definições da Comissão Especial, sendo disponibilizado em meio eletrônico e via Infoleg.

8. TEMAS EXPLORADOS NO PARECER ANTERIOR E NOS PLS APRESENTADOS APÓS O ENCERRAMENTO DA COMISSÃO

O relatório oferecido pelo ex-Deputado Rogério Marinho foi construído a partir da reunião das proposições em grandes temas. Ao analisarmos os projetos que foram oferecidos desde 2017 e complementarmos o parecer original com os PLS oferecidos até agosto de 2021, notamos que os seguintes assuntos foram mais recorrentes entre as proposições.

- Cobertura de despesas com acompanhantes
- Alteração do Rol e cobertura das operadoras de planos de saúde (destaque para tratamento da obesidade e atendimento em caso de planejamento familiar)
 - Custeio de vacinas pelas operadoras de planos
 - Fusão das segmentações dos planos de saúde
 - Negativa de atendimento de beneficiários por inadimplência e rescisão contratual
- Compensação a hospitais que atendem, em caráter de emergência, paciente que não tem plano de saúde
- Possibilidade de livre escolha do profissional, sem necessidade de credenciamento
- Aumento da mensalidade em razão de mudança de faixa etária e proibição de alteração da mensalidade para aposentados e pensionistas

- Manutenção do Plano de Saúde pelo aposentado e pelo empregado demitido sem justa causa
 - Carência
 - Ressarcimento ao SUS de despesas pelo atendimento de beneficiário de planos de saúde
 - Atendimento ao cliente da operadora de planos de saúde (destaque para estabelecimento de prazo para marcação de consultas e exames, de autorização de realização de exames e negativa de autorização)
 - Descontos na mensalidade do plano de saúde
 - Ressarcimento de despesas com medicamento e pagamento de próteses e órteses que façam parte do procedimento cirúrgico
 - Credenciamento de prestadores de serviço
 - Reajuste para planos coletivos
 - Discriminação entre clientes de planos de saúde e clientes particulares
 - Definições legais acerca do detalhamento de contratos
 - Regulamentação do vínculo para adesão a contrato coletivo
 - Permanência dos dependentes no plano sob as mesmas condições após a morte do titular
 - 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
 - Exigência de depósito para a interposição de recurso administrativo pela operadora de planos de saúde
 - Regulamentação de profissão de corretor de planos de saúde
 - Alteração da destinação de recursos da ANS
 - Serviços assistenciais vinculados a sindicatos
 - Entidades de autogestão
 - Legitimidade da defensoria pública para interpor ação em prol de consumidores de planos de saúde e legitimidade do beneficiário de planos de saúde coletivo por adesão de questionar judicialmente rescisão unilateral pela operadora

- Indicação não vinculativa de modelos de órteses e próteses
- Limite de gasto com internação
- Proibição do uso dos mecanismos de coparticipação e franquia
- Possibilidade de inclusão dos avós como dependentes no plano de saúde do neto, em virtude de paternidade socioafetiva
- Opção por atendimento em hospitais privados e ressarcimento
- Cobertura obrigatória em epidemias
- Proibição de reajustes ou de rescisão de contratos por falta de pagamento em epidemias