



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO

Nº 467, DE 2013

(De iniciativa da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa)

Dispõe sobre autoprograma de saúde ou cartão saúde.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam autoprograma de saúde ou cartão saúde, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I – autoprograma de saúde ou cartão saúde: atividade organizada para o fim de facilitar ao consumidor a utilização de produtos ou serviços relacionados à saúde, escolhidos na rede credenciada da operadora, mediante o pagamento do preço previamente acordado;

II – operadora de autoprograma de saúde ou de cartão saúde: pessoa jurídica que instituiu o autoprograma ou cartão saúde, mediante

convênios ou contratos com os fornecedores e prestadores de serviços de sua rede credenciada;

III – consumidor, participante ou usuário: toda pessoa física ou jurídica que contrata ou é protegida pelo autoprograma de saúde ou cartão saúde e utiliza produto ou serviço relacionado à saúde constante da rede credenciada oferecida pela operadora, como destinatário final;

IV – fornecedor ou credenciado: toda pessoa física ou jurídica que comerce produtos ou presta serviços relacionados à saúde, integrante da rede credenciada por convênio ou contrato firmado com a operadora de autoprograma de saúde ou cartão saúde;

V – produto relacionado à saúde: qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial, que tenha por objetivo beneficiar a saúde física ou psíquica do consumidor, tais como remédio, instrumento corretivo, ortopédico e ortodôntico;

VI – serviço relacionado à saúde: qualquer atividade fornecida, mediante remuneração, que tenha por objetivo beneficiar a saúde física ou psíquica do consumidor, tais como serviço médico, odontológico, fonoaudiólogo, psicológico, nutricional, laboratorial e hospitalar;

VII – convênio ou contrato de credenciamento: instrumento firmado entre a operadora de autoprograma de saúde ou cartão saúde e o fornecedor que integrará a rede credenciada, contendo preço e demais condições da prestação do serviço ou venda do produto ofertado;

VIII – rede credenciada do autoprograma de saúde ou cartão saúde: conjunto de fornecedores ou credenciados que atenderão aos usuários do autoprograma de saúde ou cartão saúde, vinculados à operadora por convênio ou contrato;

IX – cartão saúde: para as operadoras de autoprograma que o adotarem, é o cartão com identificação do consumidor que permite o acesso aos fornecedores da rede credenciada para atendimento pelo preço previamente estabelecido no convênio firmado entre os integrantes da rede credenciada e a operadora;

X – período de carência: período durante o qual o consumidor que tenha aderido ao autoprograma de saúde ou cartão saúde não pode usar os produtos ou serviços ofertados pela rede credenciada;

XI – carteira: o conjunto de contratos de usuários do autoprograma de saúde ou cartão saúde que contrataram com uma operadora;

XII – anuidade: valor pago à operadora, pelo consumidor, para poder fazer uso da rede credenciada, e que não se confunde com o valor que será pago pelo consumidor aos fornecedores de produtos ou serviços, e que poderá ser pago, a critério da operadora, em parcelas;

XIII – tabelas de valores de produtos ou serviços: tabelas oficiais de valores de produtos ou serviços disponibilizados pelos conselhos federais ou órgãos idôneos, tais como Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), Tabela AMB (Associação Médica

Brasileira) e suas respectivas versões posteriores, Tabela ABO (Associação Brasileira de Odontologia), Tabela SIMPRO e Tabela BRASINDICE.

§ 1º O autopograma de saúde não está subordinado às normas ou à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por não oferecer plano privado de assistência à saúde, tal como definido pelo § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 junho de 1998, nem garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica.

§ 2º É vedada às operadoras do autopograma de saúde ou cartão saúde a inclusão na rede credenciada de qualquer fornecedor de produto ou serviço que não esteja, direta ou indiretamente, relacionado à saúde.

§ 3º É vedada às pessoas físicas a operação de autopograma de saúde.

§ 4º Poderão ser utilizadas, nos convênios ou contratos firmados entre as operadoras e os fornecedores, tabelas oficiais de valores de produtos, bem como ser pactuados livremente outros preços, os quais deverão ser informados ao consumidor sempre que solicitados.

§ 5º Deverá ser indicado ao consumidor, no momento da contratação, o local onde será disponibilizada para consulta a tabela de valores adotada.

CAPÍTULO II

DO CONTRATO DE AUTOPROGRAMA DE SAÚDE E DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

Seção I

Do Autoprograma de Saúde

Art. 2º O proponente tornar-se-á participante do autoprograma de saúde quando tiver sua proposta aceita pela operadora e efetuar o pagamento da prestação prevista no contrato firmado.

§ 1º É permitida a contratação eletrônica.

§ 2º Somente o consumidor que estiver em dia com a prestação devida à operadora poderá ter acesso à rede credenciada.

§ 3º É facultada a contratação de planos familiares, empresariais e coletivos de autoprograma de saúde.

Art. 3º O participante do autoprograma de saúde poderá usar os produtos e serviços da rede credenciada, mediante o pagamento prévio e integral dos preços dos produtos e serviços escolhidos.

§ 1º A operadora disponibilizará ao participante do autoprograma, em até quinze dias contados do aceite da proposta, o certificado de participante, com a relação dos fornecedores integrantes da rede credenciada.

§ 2º O cartão saúde, quando exigido para utilização do autoprograma de saúde, deverá ser entregue ao participante juntamente com a relação dos fornecedores integrantes da rede credenciada.

§ 3º Pelo pagamento que é feito pelo usuário por cada produto ou serviço que escolher da rede credenciada, não há período de carência, nem limite de idade, nem restrição quanto à doença preexistente, limitação de tempo de tratamento ou internação hospitalar, nem tampouco quanto aos atendimentos de urgência ou emergência.

Art. 4º O pagamento aos fornecedores será feito diretamente pelo usuário.

Parágrafo único. É vedado o recebimento pela operadora, a qualquer título, de quantias destinadas a fornecedores.

Art. 5º Deverão constar dos contratos entre operadoras e os usuários dispositivos que indiquem:

I – condições de admissão dos participantes e assistidos de cada plano de autoprograma de saúde e forma de utilização dos produtos ou serviços oferecidos na rede credenciada;

II – que não se trata de plano de saúde, e que todos os produtos ou serviços da rede credenciada da operadora deverão ser pagos aos fornecedores;

III – inexistência de período de carência, de limite de idade e de restrições quanto a doença preexistente;

IV – prazo de validade e forma de atualização dos preços dos produtos e serviços ofertados, que devem corresponder aos dos convênios ou contratos firmados entre a operadora e o fornecedor;

V – que as operadoras não responderão nem solidária nem subsidiariamente pelos produtos ou serviços contratados pelos usuários junto aos fornecedores da rede credenciada;

VI – ser do participante o dever de consultar antes o fornecedor para saber da existência ou não do produto ou serviço ofertado, antes de efetuar a contratação e o pagamento;

VII – a obrigação de o participante pagar anuidade devida à operadora, bem como diretamente ao fornecedor, integralmente, o preço do produto ou serviço que pretenda usar;

VIII – a possibilidade de não atendimento, ou de interrupção de tratamento, mesmo que de urgência e emergência, no caso de não pagamento da anuidade à operadora ou do valor do produto ou serviço ao fornecedor.

§ 1º A todo participante será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do regulamento do autoprograma de saúde contratado, bem como material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, suas características, bem como critérios e formas adotados para cobrança dos valores devidos à rede credenciada.

§ 2º A operadora deverá informar aos usuários onde consultar as atualizações periódicas da rede credenciada, inclusive referentes aos produtos e serviços que deixaram de ser ofertados por motivo justificado pelos fornecedores.

§ 3º O consumidor deverá ter ciência inequívoca das disposições dos incisos do caput deste artigo, as quais deverão ser transcritas, obrigatoriamente, no documento que contém a rede credenciada disponibilizada para consulta.

Art. 6º Deverão constar dos convênios ou contratos firmados entre operadoras e fornecedores da rede credenciada dispositivos que indiquem:

I – a qualificação das partes, com local onde será prestado o serviço ou oferecido o produto pelo fornecedor ao usuário;

II – a tabela que será cobrada por cada produto ou serviço oferecido e sua forma de atualização, permitida a utilização de tabelas adotadas pelo mercado;

III – a inexistência de período de carência, limite de idade ou de restrições quanto à doença preexistente;

IV – que os convênios ou contratos terão prazo de validade anual, contados da data da celebração, podendo ser renovados automática e sucessivamente se as partes não se opuserem com trinta dias de antecedência;

V – que as operadoras não responderão nem solidária nem subsidiariamente pelos produtos ou serviços contratados pelos usuários junto aos fornecedores da rede credenciada;

VI – a obrigação de o participante pagar a prestação devida à operadora, bem como diretamente ao fornecedor, o preço do produto ou serviço que pretenda usar;

VII – que 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 de autoprograma ou de plano de saúde;

VIII – que a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como pessoas com mais de sessenta anos de idade, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

IX – a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras de autoprograma ou planos de saúde, sendo expressamente vedado às operadoras, independentemente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

Seção II

Das Obrigações das Operadoras de Autoprograma de Saúde

Art. 7º As operadoras de autoprograma de saúde são obrigadas a:

I – manter arquivados os instrumentos de convênios ou contratos firmados com os fornecedores de produtos ou serviços de sua rede credenciada, os quais deverão conter, entre outras informações, o preço do produto ou serviço ofertado, ou indicação da tabela utilizada, se houver, forma de reajustamento e prazo de vigência dos preços;

II – manter arquivados os instrumentos de adesão ao autoprograma de saúde subscritos pelos usuários;

III – fornecer material, impresso ou digital, para consulta dos consumidores, que contenha a rede credenciada e prazo de vigência dos preços dos produtos ou serviços;

IV – destacar em todo conjunto de material publicitário, digital ou impresso, que o autoprograma de saúde, ou cartão saúde, não é plano de saúde e não oferece as coberturas e garantias previstas na Lei nº 9.656, de 3 junho de 1998;

V – atuar orientada pelos ditames constitucionais de liberdade de iniciativa e livre concorrência, defesa dos consumidores e repressão ao abuso do poder econômico, quando da contratação dos fornecedores e formação da rede credenciada.

Seção III

Das Obrigações dos Fornecedores das Redes Credenciadas de Autoprograma de Saúde

Art. 8º Os fornecedores das redes credenciadas das operadoras de autoprograma de saúde se obrigam a:

I – atender, na forma avençada, aos usuários das operadoras com as quais tiverem convênio ou contrato, mediante pagamento do preço preestabelecido;

II – responder, exclusivamente, pelos danos que porventura causarem ao consumidor;

III – verificar se o cartão de identificação do usuário está dentro do prazo de validade;

IV – justificar à operadora, por escrito e imediatamente, a existência de motivo para o não cumprimento do contrato quanto ao produto ou serviço ofertado;

V – manter atualizadas as informações sobre os produtos e serviços que oferecem à rede credenciada da operadora.

Seção IV

Das Obrigações dos Usuários de Autoprograma de Saúde

Art. 9º Os usuários de autoprograma de saúde se obrigam a:

I – pagar a anuidade da operadora, para poder ter acesso à rede credenciada de fornecedores de produtos e serviços;

II – pagar diretamente aos fornecedores da rede credenciada por cada produto ou serviço que deles adquirirem ou usarem;

III – comunicar, imediatamente, à operadora o extravio, por qualquer motivo, do cartão de identificação ou outro documento ou instrumento de acesso à rede credenciada;

IV – não fornecer a terceiros a senha, o cartão ou material que lhe tenha sido entregue pela operadora, referente ao autoprograma de saúde.

CAPÍTULO III

DAS RESPONSABILIDADES PELOS DANOS CAUSADOS AOS USUÁRIOS

Art. 10. Os fornecedores de produtos ou serviços de saúde credenciados pela operadora de autoprograma de saúde responderão pelos danos que causarem ao consumidor.

Art. 11. As operadoras não responderão nem solidária nem subsidiariamente com os fornecedores pelos danos que os produtos ou serviços da rede credenciada causarem aos consumidores.

Parágrafo único. As operadoras somente responderão por danos que diretamente causarem aos consumidores, por inexatidão das informações dos contratos ou das redes credenciadas, ou por desatendimento ao disposto nesta Lei.

CAPÍTULO IV

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12. As operadoras de autoprograma de saúde e os fornecedores referidos no art. 1º, em atividade na data de publicação desta Lei, terão o prazo de cento e oitenta dias para se adaptarem às regras e cumprirem as exigências estabelecidas para o exercício da atividade.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) recebeu a Sugestão nº 7, de 2013, patrocinada pela Associação Brasileira de Autoprograma de Saúde (ABRAPS), referente a projeto de lei que dispõe sobre o sistema de autoprograma de saúde ou cartão saúde, atividade organizada com o objetivo de facilitar ao consumidor a utilização de produtos ou serviços relacionados à saúde.

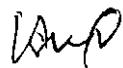
Conforme justificação oferecida pela Abraps, a minuta de projeto de lei sugerida busca regulamentar o sistema de autoprograma de saúde no País, cujo princípio básico é o pagamento direto do usuário ao prestador de serviços de saúde, segundo valores referenciados em tabelas dos conselhos de classe e tabelas nacionais de convênios, previstas em contrato.

O público-alvo do sistema de autoprograma de saúde é aquele que não tem condições de pagar pelo atendimento particular ou pelas elevadas mensalidades praticadas pelos planos de saúde tradicionais ou, ainda, se vê inseguro em se dirigir aos serviços públicos.

Segundo cálculos da própria Abraps, os participantes de autoprogramas de saúde, que hoje somam mais de um milhão de usuários, poderiam alcançar a casa dos vinte milhões de brasileiros, o que contribuiria para desonerar o Sistema Único de Saúde (SUS) e criar uma alternativa aos planos privados de assistência à saúde.

Solicitamos aos eminentes pares, portanto, o apoio indispensável à tramitação, ao aperfeiçoamento e à aprovação do projeto que ora apresentamos.

Sala das Sessões,

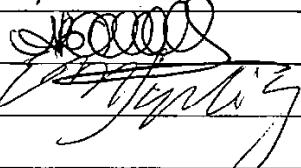
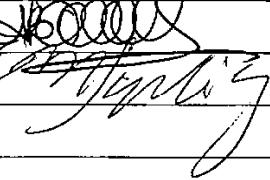
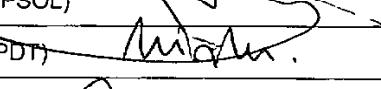
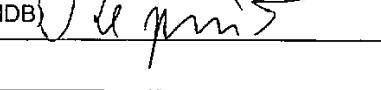
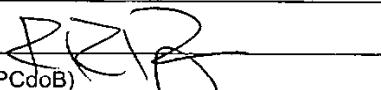
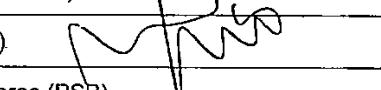
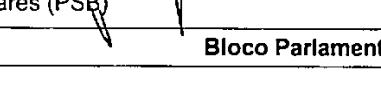
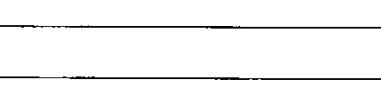


Senadora Ana Rita

Presidente da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa

Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa - CDH

PLS Nº 467, de 2013. Originado da SUG nº 7, de 2013.

Bloco de Apoio ao Governo(PSOL, PT, PDT, PSB, PCdoB)	
Ana Rita (PT) 	1. Angela Portela (PT) 
João Capiberibe (PSB) 	2. Eduardo Suplicy (PT) 
Paulo Paim (PT) 	3. Humberto Costa (PT)
Randolfe Rodrigues (PSOL) 	4. Aníbal Diniz (PT)
Cristovam Buarque (PDT) 	5. João Durval (PDT)
Wellington Dias (PT) 	6. Lídice da Mata (PSB)
Bloco Parlamentar da Maioria(PV, PSD, PMDB, PP)	
Roberto Requião (PMDB) 	1. Sérgio Souza (PMDB)
VAGO	2. Ricardo Ferraço (PMDB)
Paulo Davim (PV) 	3. VAGO
Vanessa Grazziotin (PCdoB) 	4. VAGO
Sérgio Petecão (PSD) 	5. VAGO
Antonio Carlos Valadares (PSB) 	6. VAGO
Bloco Parlamentar Minoria(PSDB, DEM)	
VAGO	1. VAGO
VAGO	2. VAGO
VAGO	3. Wilder Morais (DEM) 
VAGO	4. VAGO
Bloco Parlamentar União e Força(PTB, PRB, PSC, PR)	
Magno Malta (PR)	1. VAGO
Gim (PTB)	2. VAGO
Eduardo Lopes (PRB)	3. VAGO

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA SECRETARIA-GERAL DA MESA

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.

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

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: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) custeio de despesas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) reembolso de despesas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

d) mecanismos de regulação; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

SUG2013007if.doc

(À Comissão de Assuntos Sociais)

Publicado no **DSF**, de 8/11/2013.