



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO

Nº 475, DE 2011

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para estabelecer princípios a serem observados na atenção à saúde prestada no âmbito dos planos privados de assistência à saúde e explicitar a competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar para elaborar Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde como referência para a cobertura assistência mínima no âmbito desses planos.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

“Art. 1º-A. A atenção à saúde prestada no âmbito dos planos privados de assistência à saúde obedecerá aos seguintes princípios:

I - atenção multiprofissional;

II - integralidade das ações, respeitada a segmentação contratada;

III - incorporação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos e de doenças;

IV - uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e da gestão em saúde;

V - adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos mentais, visando ao aumento de sua autonomia; e

VI - estímulo ao parto normal.

§1º Os princípios estabelecidos neste artigo devem 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 A Agência Nacional de Saúde Suplementar elaborará, definirá período e critério de revisão e revisará o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que, respeitada a segmentação contratada, constituirá a referência básica para a cobertura assistencial mínima no âmbito dos planos privados de assistência à saúde.”

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A lei que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar dá à agência atribuição de elaborar o rol de procedimentos que servirá de referência para o estabelecimento da cobertura mínima obrigatória no âmbito dos planos privados de assistência à saúde, de acordo com segmentação contratada.

A elaboração e as atualizações de um *Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde* têm sido feitas por grupos especialmente compostos por representantes de operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e entidades de defesa do consumidor, entre outros atores do mercado de saúde suplementar. A participação da sociedade tem-se dado por meio de consulta pública e por sua representação, também, nesse grupo técnico. A ausência de sua conceituação legal, no entanto, tem dado azo a questionamentos jurídicos sobre sua exigibilidade por parte da Agência.

Da mesma forma, entendemos que a Lei dos Planos de Saúde está incompleta sem uma definição explícita dos princípios que – além da integralidade – devem reger a atenção à saúde prestada no âmbito da saúde suplementar.

A proposição que oferecemos à apreciação dos nobres colegas Senadores objetiva, assim, aperfeiçoar a norma legal vigente regulamentadora da saúde suplementar no que diz respeito a esses dois aspectos.

Sala das Sessões,

Senador **HUMBERTO COSTA**

LEI N° 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)

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; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Incluído 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)

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

§ 3º 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º É vedada às pessoas físicas a operação de plano ou seguro privado de assistência à saúde.

(À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa)

Publicado no **DSF**, em 16/08/2011.