



SENADO FEDERAL

PARECER

Nº 1.534, DE 2012

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 165, de 2011, do Senador Lobão Filho, 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, para dispor sobre o descredenciamento de prestador ou de profissional de saúde.

RELATOR DO VENCIDO: Senador **CYRO MIRANDA**

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 165, de 2011, de autoria do Senador Lobão Filho, altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), para dispor sobre as relações entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde.

Para tanto, a proposição amplia o alcance do que dispõe o art. 17 da mencionada norma – “a inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, **implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos**” – para incluir em sua abrangência todos os prestadores de serviços, isto é, além das entidades hospitalares, inclui os profissionais de saúde.

Na sequência, o projeto de lei em comento introduz novas exigências no rol de obrigações e direitos dos prestadores de serviços contratados, credenciados, referenciados ou cooperados de operadora de planos de saúde, de que trata o art. 18 da Lei dos Planos de Saúde, a saber:

- a. vedação do desligamento de profissional pela operadora, exceto por decisão motivada e justa;
- b. comunicação à operadora, com 180 dias de antecedência, da decisão de desligamento voluntário por parte de profissional contratado, credenciado, referenciado ou cooperado;
- c. obrigatoriedade, do profissional que se desligar, de disponibilizar os dados clínicos de seus pacientes, para garantir-lhes a continuidade de tratamento em outro serviço;
- d. comunicação do desligamento de prestador aos titulares dos planos, por parte da operadora, com 180 dias de antecedência;
- e. vedação, ao prestador ou profissional, de manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadora sem registro para funcionamento.

A proposição é justificada pela necessidade de regulamentar matéria – credenciamento e desc credenciamento de prestadores – que, segundo o autor, é uma das mais frequentes causas de reclamação dos usuários de planos de saúde e que tem importantes repercussões sobre o acesso e a qualidade da assistência prestada no âmbito da saúde suplementar.

O projeto foi distribuído a esta Comissão de Assuntos Sociais (CAS) para decisão terminativa. Neste Colegiado, o projeto deve ser analisado quanto aos aspectos de constitucionalidade, juridicidade e regimentalidade, bem como no tocante ao mérito. O relator da matéria, Senador Vital do Rêgo, apresentou relatório com parecer favorável ao projeto.

Não foram apresentadas emendas no período regulamentar.

II – ANÁLISE

Em que pese concordarmos, em parte, com os argumentos apresentados pelo relator, porquanto se fazem necessárias regras mais adequadas para disciplinar as relações entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus prestadores de serviços, não podemos aceitar a conclusão que o leva a aprovar o projeto de lei sob análise.

De fato, compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regular a relação das operadoras com os seus prestadores de serviço, conforme dispõe a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, *in verbis*:

Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, **inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores**, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Art. 4º Compete à ANS:

.....
II – estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

.....
IV – fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

.....
Por essas razões, em 2003, por meio das Consultas Públicas nºs 9, 12 e 16, a ANS encetou um aprofundamento da discussão acerca da questão da contratualização, ou seja, do processo de formalização dos contratos de prestação de serviços firmados entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços, sejam eles hospitais ou profissionais de saúde.

A partir do resultado consolidado das referidas consultas públicas, foram editadas as Resoluções Normativas (RN) nºs 42, de 2003, que define os requisitos para celebração dos instrumentos jurídicos entre operadoras e prestadores de serviços hospitalares; 54, de 2003, que define os requisitos para celebração dos instrumentos jurídicos entre operadoras e prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais; e 71, de 2004, que define os requisitos para celebração dos instrumentos jurídicos entre operadoras e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.

Nos anos seguintes, a Agência intensificou a fiscalização desses instrumentos jurídicos, concentrando-se, sobretudo, nas maiores empresas do setor.

Mais recentemente, a ANS editou as RN nºs 241, de 2010, e 286, de 2012, e as Súmulas Normativas nºs 16 e 20, ambas de 2011, que detalharam outros aspectos relacionados com a contratualização.

Por fim, no ano corrente, foi publicada a Instrução Normativa nº 49, de 17 de maio de 2012, que regulamentou a forma e a periodicidade do reajuste dos valores dos serviços contratados, requisito previsto nos instrumentos jurídicos firmados entre operadoras de planos privados de saúde e prestadores de serviço.

Por essas razões, consideramos que o modelo normativo formulado para regular o credenciamento e o descredenciamento de prestadores de serviço junto às operadoras está sendo continuamente aperfeiçoado pela agência reguladora do setor de saúde suplementar, a quem cabe fazê-lo, mediante normas infralegais. Nesse sentido, incumbe ao Congresso Nacional apenas exercer o seu papel fiscalizador em relação à questão, acompanhando, de perto, o seu desenvolvimento.

Outrossim, compete ao Parlamento resguardar o papel normatizador da ANS no que tange à regulação do mercado de saúde suplementar, conforme dispõe a Lei de Criação da Agência, para que não se esvazie, aos poucos, o seu poder normativo, bem como a sua razão de existir.

III – VOTO

Em vista do exposto, o voto é pela **rejeição** do Projeto de Lei do Senado nº 165, de 2011.

Sala da Comissão, 28 de novembro de 2012.


Senador **CYRO MIRANDA**
Relator do Vencido

Comissão de Assuntos Sociais - CAS
PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 165, de 2011

TERMINATIVO

ASSINAM O PARECER, NA 43ª REUNIÃO, DE 28/11/2012, OS(AS) SENHORES(AS) SENADORES(AS)

PRESIDENTE: Senador Jayme Campos

RELATOR DO VENCINO Senador Cyro Miranda

Bloco de Apoio ao Governo (PT, PDT, PSB, PC DO B, PRB)	
Paulo Paim (PT)	1. Eduardo Suplicy (PT)
Angela Portela (PT)	2. Marta Suplicy (PT)
Humberto Costa (PT)	3. José Pimentel (PT)
Wellington Dias (PT)	4. Ana Rita (PT)
João Durval (PDT)	5. Lindbergh Farias (PT)
Rodrigo Rollemberg (PSB)	6. Cristovam Buarque (PDT)
Vanessa Grazziotin (PC DO B)	7. Lídice da Mata (PSB)
Bloco Parlamentar da Maioria (PV, PMDB, PP)	
Waldemir Moka (PMDB)	1. Renan Calheiros (PMDB)
Paulo Davim (PV)	2. Vital do Rêgo (PMDB)
Romero Jucá (PMDB)	3. Pedro Simon (PMDB)
Casildo Maldaner (PMDB)	4. Lobão Filho (PMDB)
Ricardo Ferraço (PMDB)	5. Eduardo Braga (PMDB)
Ana Amélia (PP)	6. Roberto Requião (PMDB)
João Alberto Souza (PMDB)	7. Benedito de Lira (PP)
Bloco Parlamentar Minoria (PSDB, DEM)	
Cícero Lucena (PSDB)	1. Aécio Neves (PSDB)
Lúcia Vânia (PSDB)	2. Cássio Cunha Lima (PSDB)
Cyro Miranda (PSDB)	3. Paulo Bauer (PSDB)
Jayme Campos (DEM)	4. Maria do Carmo Alves (DEM)
Bloco Parlamentar União e Força (PTB, PSC, PPL, PR)	
Mozarildo Cavalcanti (PTB)	1. Armando Monteiro (PTB)
João Vicente Claudino (PTB)	2. Eduardo Amorim (PSC)
João Costa (PPL)	3. Antonio Russo (PR)

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS – LISTA DE VOTAÇÃO – PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 165, DE 2011

REGULARES				SUBSTITUTOS			
Bloco de Apoio ao Governo (PT, PDT, PSB, PC do B, PRB)				Bloco de Apoio ao Governo (PT, PDT, PSB, PC do B, PRB)			
PAULO PAIM (PT)		X		1- EDUARDO SUPLICY (PT)		X	
ÂNGELA PORTELA (PT)		X		2- MARTA SUPLICY (PT)			
HUMBERTO COSTA (PT)				3- JOSE PIMENTEL (PT)			
WELLINGTON DIAS (PT)				4- ANA RITA (PT)			
JOÃO DURVAL (PDT)	X			5- LINDBERGH FARIAS (PT)			
RODRIGO ROLLEMBERG (PSB)				6- CRISTOVAM BUARQUE (PDT)			
VANESSA GRAZZIOTIN (PC do B)		X		7- LÍDICE DA MATA (PSB)			
Bloco Parlamentar da Maioria (PMDB, PP, PV)	SIM	NÃO	AUTOR	Bloco Parlamentar da Maioria (PMDB, PP, PV)	SIM	NÃO	AUTOR
WALDEMIR MOKA (PMDB)				1- RENAN CALHEIROS (PMDB)			
PAULO DAVIM (PV)		X		2- VITAL DO RÊGO (PMDB)			
ROMERO JUCA (PMDB)		X		3- PEDRO SIMON (PMDB)			
CASILDO MALDANER (PMDB)		X		4- LOBÃO FILHO (PMDB)			
RICARDO FERRAÇO (PMDB)				5- EDUARDO BRAGA (PMDB)			
ANA AMELIA (PP)		X		6- ROBERTO REQUIÃO (PMDB)			
JOÃO ALBERTO SOUZA (PMDB)				7- BENEDITO DE LIRA (PP)			
Bloco Parlamentar Minoria (PSDB, DEM)	SIM	NÃO	AUTOR	Bloco Parlamentar Minoria (PSDB, DEM)	SIM	NÃO	AUTOR
CÍCERO LUCENA (PSDB)		X		1- AÉCIO NEVES (PSDB)			
LÚCIA VÂNIA (PSDB)		X		2- CÁSSIO CUNHA LIMA (PSDB)			
CYRO MIRANDA (PSDB)		X		3- PAULO BAUER (PSDB)			
JAYME CAMPOS (DEM)				4- MARIA DO CARMO ALVES (DEM)			
Bloco Parlamentar União e Força (PTB, PR, PSC, PPL)	SIM	NÃO	AUTOR	Bloco Parlamentar União e Força (PTB, PR, PSC, PPL)	SIM	NÃO	AUTOR
MOZARILDO CAVALCANTI (PTB)		X		1- ARMANDO MONTEIRO (PTB)		X	
JOÃO VICENTE CLAUDINO (PTB)				2- EDUARDO AMORIM (PSC)			
JOÃO COSTA (PPL)				3- ANTONIO RUSSO (PR)			

OTAL: 15 SIM: 1 NÃO: 13 ABSTENÇÃO: 1 AUTOR: 1 PRESIDENTE: 1 SALA DA COMISSÃO, EM 28 / 11 / 2012.

BS: O VOTO DO AUTOR DA PROPOSIÇÃO NÃO SERÁ COMPUTADO, CONSIGNANDO-SE SUA PRESENÇA PARA EFEITO DE QUORUM (art. 112, § 8º - RISF)

Senador JAYME CAMPOS
Presidente da Comissão de Assuntos Sociais

Atualizada em 14/11/2012

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)

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)

§ 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)

Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o **caput** deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão

por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º Excetua-se do previsto no § 2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - nome da entidade a ser excluída; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

LEI Nº 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000.

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Art. 4º Compete à ANS:

I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;

VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;

VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;

VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;

IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;

X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;

XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;

XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;

XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;

XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;

XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;

XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;

XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;

XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;

XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;

XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;

XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;

XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;

XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei.

XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) conteúdos e modelos assistenciais; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) adequação e utilização de tecnologias em saúde; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) direção fiscal ou técnica; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

d) liquidação extrajudicial; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

f) normas de aplicação de penalidades; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.

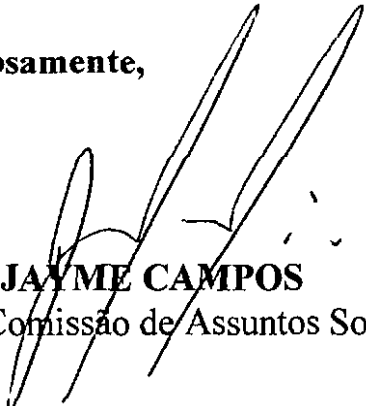
Brasília, 28 de novembro de 2012.

Ao Excelentíssimo Senhor
Senador **JOSÉ SARNEY**
Presidente
Senado Federal

Excelentíssimo Senhor Presidente,

Nos termos do § 2º do artigo 91 do Regimento Interno do Senado Federal, comunico a Vossa Excelência que esta Comissão rejeitou, em decisão terminativa, o Projeto de Lei do Senado nº 165, de 2011, de autoria do Senador Lobão Filho, 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, para dispor sobre o descredenciamento de prestador ou de profissional de saúde.*

Respeitosamente,



Senador **JAYME CAMPOS**
Presidente da Comissão de Assuntos Sociais

RELATOR: Senador EDUARDO AMORIM

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 165, de 2011, de autoria do Senador Lobão Filho, altera a Lei dos Planos de Saúde – Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 – para dispor sobre as relações entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde.

O primeiro dispositivo alterado é o art. 17, que dispõe sobre a inclusão de entidades hospitalares como prestadoras de serviço contratadas, referenciadas ou credenciadas por operadoras de planos de saúde, para ampliar o alcance da mencionada norma para todos os prestadores de serviços, inclusive profissionais de saúde.

A segunda alteração é feita no art. 18, que trata das obrigações e direitos dos prestadores de serviços contratados, credenciados, referenciados ou cooperados de operadora de planos de saúde, para incluir novas obrigações:

1. vedação do desligamento de profissional pela operadora, exceto por decisão motivada e justa;

2. comunicação à operadora, com 180 dias de antecedência, quando da decisão de desligamento voluntário por parte do profissional contratado, credenciado, referenciado ou cooperado;

3. obrigatoriedade do profissional que se desligar de disponibilizar os dados clínicos de seus pacientes, para garantir-lhes a continuidade de tratamento em outro serviço;

4. comunicação aos titulares dos planos, por parte da operadora, com 180 dias de antecedência, quando do desligamento de prestadores;

5. proibição do prestador de contratar ou de ser credenciado ou referenciado por operadoras sem registro de funcionamento.

A proposição é justificada pela necessidade de regulamentar matéria ainda insuficientemente tratada nas normas jurídicas vigentes sobre planos de saúde e que tem importantes repercussões sobre o acesso e a qualidade da assistência prestada no âmbito da saúde suplementar.

Como informa o autor, essa questão – o desligamento de prestadores e o redimensionamento da rede de serviços por redução – é uma das mais frequentes razões de reclamação junto ao sistema de defesa do consumidor.

O projeto deverá ser apreciado terminativamente por esta Comissão de Assuntos Sociais (CAS).

Não lhe foram apresentadas emendas.

II – ANÁLISE

Nos termos do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal, compete à CAS opinar sobre proposições que tratem de relações de trabalho, condição para o exercício de profissões, proteção e defesa da saúde e assuntos correlatos. Portanto, a apreciação do PLS nº 165, de 2011, coaduna-se com as disposições regimentais.

Não há dúvida em que se fazem necessárias melhores regras sobre as relações entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços correlatos, não obstante já terem sido objeto de resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2004.

Da mesma forma que o autor da proposição, sob análise, estamos convencidos de que as novas regras instituídas por este projeto trarão benefícios, não apenas para os consumidores de planos de saúde como para os profissionais de saúde contratados, credenciados e referenciados às operadoras.

Quanto aos requisitos de constitucionalidade, cujo exame nos compete em vista da decisão terminativa nesta Comissão, entendemos que a matéria se insere na competência da União, por tratar da proteção e defesa da saúde (Constituição Federal, arts. 24, XII, e 197).

Outrossim, o projeto não fere os princípios gerais da atividade econômica, em especial os inscritos no art. 170 da Constituição Federal, o

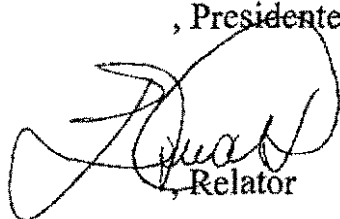
qual dispõe que a ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por objetivo assegurar, a todos, existência digna, conforme os ditames da justiça social.

Por fim, o projeto não contém vício de juridicidade e está elaborado de acordo com os princípios da boa técnica legislativa, segundo determina a Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis.

III – VOTO

À vista do exposto, o voto é pela constitucionalidade, juridicidade, regimentalidade e boa técnica legislativa e, no mérito, **pela aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 165, de 2011.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator

RELATOR: Senador CASILDO MALDANER

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 165, de 2011, de autoria do Senador Lobão Filho, altera a Lei dos Planos de Saúde – Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 – para dispor sobre as relações entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde. Para isso, o projeto promove alterações em dois dispositivos da lei citada.

O primeiro dispositivo a ser modificado é o art. 17, que trata das entidades hospitalares como prestadoras de serviço contratadas, referenciadas ou credenciadas por operadoras de planos de saúde, para ampliar o alcance da mencionada norma para todos os prestadores de serviços, inclusive os profissionais de saúde.

A segunda alteração proposta recai sobre o art. 18, que trata das obrigações e direitos dos prestadores de serviços contratados, credenciados, referenciados ou cooperados de operadora de planos de saúde, para incluir novas exigências, a saber:

1. vedação do desligamento de profissional pela operadora, exceto por decisão motivada e justa;

2. comunicação à operadora, com 180 dias de antecedência, da decisão de desligamento voluntário por parte de profissional contratado, credenciado, referenciado ou cooperado;

3. obrigatoriedade, do profissional que se desligar, de disponibilizar os dados clínicos de seus pacientes, para garantir-lhes a continuidade de tratamento em outro serviço;

4. comunicação do desligamento de prestador aos titulares dos planos, por parte da operadora, com 180 dias de antecedência;

5. vedação, ao prestador ou profissional, de manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadora sem registro para funcionamento.

A proposição é justificada pela necessidade de regulamentar matéria que, segundo o autor, ainda não se encontra satisfatoriamente equacionada nas normas jurídicas vigentes sobre planos de saúde e que tem importantes repercussões sobre o acesso e a qualidade da assistência prestada no âmbito da saúde suplementar.

Como informa o autor, a questão do desligamento de prestadores, com redimensionamento da rede de serviços por redução, é uma das mais frequentes razões de reclamação junto ao sistema de defesa do consumidor.

O projeto deverá ser apreciado terminativamente pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS), perante a qual não foram apresentadas emendas.

Inicialmente designado relator, o Senador Eduardo Amorim apresentou relatório pela aprovação do projeto. Como não chegou a ser apreciada, a matéria acabou redistribuída em razão de o Senador Eduardo Amorim ter deixado de compor esta Comissão.

Em razão da qualidade da análise e das conclusões oferecidas pelo relator que nos antecedeu, optamos por adotá-las neste relatório.

II – ANÁLISE

Nos termos do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal, compete à CAS opinar tanto sobre proposições que tratem de relações de trabalho e condição para o exercício de profissões como sobre aquelas que cuidam da proteção e defesa da saúde. Portanto, a apreciação do PLS nº 165, de 2011, coaduna-se com essas disposições regimentais.

Quanto ao mérito da proposição, não há dúvida de que se fazem necessárias regras mais adequadas para disciplinar as relações entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus prestadores de serviços, não obstante providências nesse sentido já terem sido objeto de resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2004.

Da mesma forma que o autor da proposição sob análise e o relator que nos antecedeu, estamos convencidos de que as novas regras instituídas por este projeto trarão benefícios, não apenas para os

consumidores de planos de saúde, mas também para os profissionais de saúde contratados, credenciados e referenciados pelas operadoras.

Quanto aos requisitos de constitucionalidade, cujo exame nos compete em vista da decisão terminativa nesta Comissão, entendemos que a matéria se insere na competência da União, por tratar da proteção e defesa da saúde (Constituição Federal, arts. 24, XII, e 197).

Outrossim, o projeto não fere os princípios gerais da atividade econômica, em especial os inscritos no art. 170 da Constituição Federal, segundo o qual a ordem econômica é fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa.

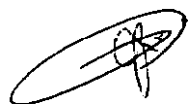
Por fim, o projeto não contém vício de juridicidade e está elaborado de acordo com os princípios da boa técnica legislativa, conforme determina a Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis.

III – VOTO

À vista do exposto, o voto é **pela aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 165, de 2011.

Sala da Comissão,

, Presidente



, Relator

VOTO VENCIDO

RELATOR: Senador VITAL DO RÊGO

RELATOR "AD HOC": Senador JOÃO DURVAL

I – RELATÓRIO

Submete-se ao exame da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 165, de 2011, de autoria do Senador Lobão Filho. A iniciativa altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde) para dispor sobre as relações entre prestadores de serviços e operadoras de planos privados de assistência à saúde.

O projeto promove alterações em dois dispositivos da lei supracitada. O primeiro dispositivo a ser modificado é o art. 17, que trata das entidades hospitalares como prestadoras de serviço contratadas, referenciadas ou credenciadas por operadoras de planos de saúde, para ampliar o alcance da mencionada norma para todos os prestadores de serviços, inclusive os profissionais de saúde.

A segunda alteração proposta recai sobre o art. 18, que trata das obrigações e direitos dos prestadores de serviços contratados, credenciados, referenciados ou cooperados de operadora de planos de saúde, para incluir novas exigências, a saber:

- vedação do desligamento de profissional pela operadora, exceto por decisão motivada e justa;
- comunicação à operadora, com 180 dias de antecedência, da decisão de desligamento voluntário por parte de profissional contratado, credenciado, referenciado ou cooperado;
- obrigatoriedade, do profissional que se desligar, de disponibilizar os dados clínicos de seus pacientes, para garantir-lhes a continuidade de tratamento em outro serviço;
- comunicação do desligamento de prestador aos titulares dos planos, por parte da operadora, com 180 dias de antecedência;

- vedação, ao prestador ou profissional, de manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadora sem registro para funcionamento.

A proposição é justificada pela necessidade de regulamentar matéria que não se encontra satisfatoriamente equacionada nas normas jurídicas vigentes sobre planos de saúde, mas tem importantes repercussões sobre o acesso e a qualidade da assistência prestada no âmbito da saúde suplementar.

Como informa o autor, a questão do desligamento de prestadores, com redimensionamento da rede de serviços por redução, é uma das mais frequentes razões de reclamação junto ao sistema de defesa do consumidor.

O projeto deverá ser apreciado terminativamente pela CAS, perante a qual não foram apresentadas emendas.

Inicialmente, foi designado relator o Senador Eduardo Amorim, que apresentou relatório pela aprovação do projeto. Porém, como não chegou a ser apreciada, a matéria acabou redistribuída em razão de esse Senador ter deixado de compor esta Comissão. Na sequência, foi indicado relator o Senador Casildo Maldaner, que, a despeito de ter elaborado relatório pela aprovação da matéria, solicitou posteriormente a sua redistribuição.

Nada obstante, e em razão da qualidade da análise e das conclusões oferecidas pelos relatores que nos antecederam, cujos relatórios não chegaram a ser votados por esta Comissão, optamos por adotá-las neste relatório.

II – ANÁLISE

Nos termos do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal, compete à CAS opinar tanto sobre proposições que tratem de relações de trabalho e condição para o exercício de profissões como sobre aquelas que cuidam da proteção e defesa da saúde. Portanto, a apreciação do PLS nº 165, de 2011, coaduna-se com essas disposições regimentais.

Ainda, no caso presente, por se tratar de apreciação em caráter terminativo e exclusivo, cabe a esta Comissão examinar, além do mérito, a constitucionalidade, a juridicidade e a técnica legislativa do projeto.

Quanto ao mérito da proposição, não há dúvida de que se fazem necessárias regras mais adequadas para disciplinar as relações entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus prestadores de serviços, não obstante providências nesse sentido já terem sido objeto de resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2004.

De fato, apesar de a normatização ter ocorrido, ela é bastante falha, uma vez que os abusos das operadoras de planos de saúde contra o consumidor e os prestadores de serviço continuam existindo em grande número.

Prova disso é o fato de o balanço anual divulgado pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), referente ao ano de 2011, ter apresentado, em segundo lugar, “Planos de Saúde”, tema que liderou o ranking por onze anos consecutivos, atrás apenas do setor financeiro (16,64% dos atendimentos realizados pelo Idec).

Apesar de cair para a segunda posição, os planos de saúde ainda são um assunto que afeta profundamente os consumidores. Com 16,02% dos atendimentos realizados pelo Idec, as principais dúvidas e reclamações foram: negativa de cobertura, reajuste de mensalidade e credenciamento de profissionais/hospitais.

Cabe, portanto, regulamentação adicional do setor de saúde suplementar por força de lei.

Assim, da mesma forma que o autor da proposição sob análise e os relatores que nos antecederam, estamos convencidos de que as novas regras instituídas por este projeto trarão benefícios, não apenas para os consumidores de planos de saúde, mas também para os profissionais de saúde contratados, credenciados e referenciados pelas operadoras.

Cabe destacar, ademais, que o projeto de lei em comento foi, em grande parte, oriundo de resoluções do Conselho Federal de Medicina, que ainda se encontram vigentes, notadamente a Resolução nº 1.616, publicada em 10 de abril de 2001, parcialmente alterada pela Resolução nº 1.852, de 15 de setembro de 2008.

Quanto aos requisitos de constitucionalidade, entendemos que a matéria se insere na competência da União, por tratar da proteção e defesa da saúde, consoante os arts. 24, inciso XII, e 197 da Constituição Federal.

Outrossim, o projeto não fere os princípios gerais da atividade econômica, em especial os inscritos no art. 170 da Constituição Federal, segundo o qual a ordem econômica é fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa.

Por fim, o projeto não contém vício de juridicidade e está elaborado de acordo com os princípios da boa técnica legislativa, conforme determina a Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis.

III – VOTO

À vista do exposto, o voto é **pela aprovação do** Projeto de Lei do Senado nº 165, de 2011.

Sala da Comissão, 28 de novembro de 2012.

Senador JAYME CAMPOS
Comissão de Assuntos Sociais
Presidente

, Presidente

, Relator *Vemudo*

Publicado no DSF, em 4/12/2012.