



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 276, DE 2004

Altera os arts. 17 e 18 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre operadoras dos referidos planos e seus prestadores de serviços.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Os arts. 17 e 18 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 17. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde por pessoas físicas e jurídicas externas à rede própria da operadora, no âmbito dos planos privados de assistência à saúde, serão reguladas por contrato escrito estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço.

§ 1º São alcançados pelas disposições do **caput** os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestam ou venham a prestar serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. V e 35-F, no âmbito de planos privados de assistência à saúde.

§ 2º O contrato de que trata o **caput** deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluído, obrigatoriamente, as que estabeleçam:

I – o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;

II – definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, forma e periodicidade do seu reajuste, e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;

III – identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;

IV – a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;

V – as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

§ 3º A Agência Nacional de Saúde Suplementar baixará resolução normativa regulando a matéria.

§ 4º Aplicam-se, aos contratos de que trata o **caput**, os princípios da teoria geral dos contratos. (NR)”

“Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado de uma operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, impõe-lhe as seguintes obrigações e direitos:

I – o beneficiário de determinado plano, 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 ou plano;

II – a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos con-

sumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como o atendimento a pessoas com mais de sessenta anos de idade, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III – a manutenção, pelo prestador de serviços, de contratos com quantas operadoras de planos privados de assistência à saúde desejar, sendo expressamente vedado à operadora impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. (NR)”

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

“Art. 18-A. É facultado o redimensionamento da rede assistencial e a substituição, pela operadora, de prestador de serviço contratado, nos termos deste artigo.

§ 1º A substituição de prestador de serviço contratado é permitida desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos titulares do plano e à ANS com, pelo menos, trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§ 2º Na hipótese de a substituição a que se refere o § 1º ocorrer durante internação de beneficiário do plano, o estabelecimento obriga-se a mantê-lo internado e a operadora obriga-se ao pagamento das despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

§ 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 com a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário em questão ou o titular do plano.

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede assistencial por redução, as operadoras deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

I – o nome da entidade a ser excluída;

II – a capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

III – o impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e profissionais e a capacidade operacional restante;

IV – a justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para os titulares do plano. (NR)”

Art. 3º As operadoras e seus prestadores de serviços procederão à revisão dos seus instrumentos jurídicos atualmente em vigor a fim de adaptá-los ao disposto nesta Lei, no prazo de cento e oitenta dias a contar da data de sua publicação.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Justificação

As relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços – caracterizadas, entre outros pontos de discórdia, pelo descredenciamento abusivo de prestadores e a não revisão de tabelas e honorários – constitui um dos poucos tópicos em relação aos quais a entrada em vigor da Lei dos Planos de Saúde trouxe pouco ou nenhum progresso.

Os avanços obtidos nas demais áreas – em especial na defesa do consumidor – não se fizeram acompanhar de melhoria no tratamento das relações normalmente conflituosas entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço.

A exigência de contratualização dessas relações é apontada pelas pessoas que estudam a questão como capaz de reduzir os conflitos entre operadoras e prestadores de serviços.

Do ponto de vista dos prestadores de serviço – médicos e demais profissionais de saúde, hospitais, clínicas, laboratórios e farmácias – a obrigatoriedade de contratos com as operadoras não apenas permitirá a revisão periódica dos preços pagos a eles como significará o fim da prática do descredenciamento imotivado.

Assim, com esses contratos, é esperado que as relações entre operadoras e prestadores de serviços se estabilizem em outro patamar.

Esse, no entanto, não é o único nem o mais importante resultado esperado da instituição dessa regra: com a obrigatoriedade de assinatura de contratos entre operadoras e prestadores de serviços, os usuários de planos de saúde passarão a ter mais proteção, na medida em que ela garante, também, a continuidade da assistência, em caso de rompimento do contrato entre a operadora e o prestador de serviços. Nesses casos, a operadora fica obrigada a informar ao titular do plano com antecedência e a garantir a continuidade da assistência aos pacientes que estejam em tratamento, pela substituição do prestador por outro equivalente.

Essas regras já se encontram disciplinadas sob forma de resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar e deverão entrar em vigor brevemente. Nosso objetivo é trazê-las para o texto da lei que regulamenta o setor.

Nesse sentido esperamos o apoio dos nobres colegas Senadores e sua contribuição para o aperfeiçoamento dessa nossa proposição.

Sala das Sessões, 5 de outubro de 2004. – Senadora **Lúcia Vânia**.

LEGISLAÇÃO CITADA

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

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

.....
 Art. 17. A inclusão como contratados ou credenciados dos planos privados de assistência à saúde, de qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

§ 1º É facultada a substituição do contratado ou credenciado a que se refere o **caput**, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores com trinta dias de antecedência.

§ 2º Na hipótese de a substituição a que se refere o parágrafo anterior ocorrer durante internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a mantê-lo

internado e a operadora obriga-se ao pagamento das despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado ou credenciado de uma operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, impõe-lhe as seguintes obrigações e direitos:

I – 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 ou plano;

II – 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 as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III – a manutenção de relacionamento de contratação ou credenciamento com quantas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde desejar, sendo expressamente vedado impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

.....
 (*À Comissão de Assuntos Sociais – decisão terminativa.*)

Publicado no **Diário do Senado Federal** de 06 - 10 - 2004