

PARECER Nº , DE 2007

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 276, de 2004, que 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.

RELATOR: Senador AUGUSTO BOTELHO

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 276, de 2004, da ilustre Senadora Lúcia Vânia, recebeu, nesta Comissão de Assuntos Sociais (CAS), em ocasião anterior, parecer de autoria do ilustre Senador Mão Santa, que propugnou pela aprovação do projeto na forma do substitutivo ali apresentado. Infelizmente, o detalhado relatório não foi apreciado antes do fim da última legislatura, o que acabou acarretando a redistribuição do projeto

Assim, e por concordar integralmente com a análise contida no primeiro parecer, presente no processado da matéria, reproduzimos neste texto os termos do relatório e o substitutivo ali apresentado, com mínimas alterações relacionadas à redação do § 2º do art. 17 da Lei dos Planos de Saúde (contida no art. 1º do projeto) e do art. 3º da proposição.

O PLS nº 276, de 2004, tem o objetivo de tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras de planos de saúde e os seus prestadores de serviços, sejam eles os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, ou os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica. A medida atinge somente as pessoas físicas e jurídicas externas à rede própria da operadora, o que exclui os

membros das cooperativas que operam planos de saúde, além dos profissionais diretamente empregados pela operadora e os estabelecimentos a elas pertencentes.

Para atingir seus objetivos, o projeto, por meio de seu art. 1º, altera a redação dos arts. 17 e 18 da Lei nº 9.656, 3 de junho de 1998, com a redação dada pela Medida Provisória (MPV) nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, e, por meio de seu art. 2º, nela inclui um art. 18-A.

O novo art. 17 passa a dispor sobre a obrigatoriedade da estipulação de contratos (*caput*), sobre as pessoas alcançadas pela medida (§ 1º), sobre o conteúdo dos contratos (§ 2º e seus incisos I a V), sobre a prerrogativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de regular a matéria por meio de resolução normativa (§ 3º) e sobre a aplicabilidade dos princípios da teoria geral dos contratos aos instrumentos instituídos pela lei (§ 4º).

A nova redação do art. 18 reproduz a maior parte do conteúdo anterior, mas implementa pequenas alterações que restringem o disposto no artigo – concernente às obrigações e aos direitos do prestador de serviço ou do profissional de saúde – aos contratados, eliminando do dispositivo as figuras do credenciado, do referenciado e do cooperado.

O art. 18-A que o projeto propõe acrescentar abrange grande parte do atual art. 17, e as alterações propostas têm o mesmo objetivo de eliminar a possibilidade de os prestadores de serviços serem referenciados ou credenciados, o que os restringe à condição de contratados.

Por fim, o art. 3º do projeto concede o prazo de cento e oitenta dias, a contar da data de publicação da lei, para que as operadoras e os prestadores de serviços procedam à revisão *de seus instrumentos jurídicos* para adaptá-los às novas regras; e o art. 4º determina que a vigência da lei dar-se-á na data de sua publicação.

Saliente-se que o projeto foi distribuído a esta Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para decisão em caráter terminativo, e que não lhe foram apresentadas emendas.

II – ANÁLISE

Sem dúvida, a autora da proposição, a ilustre Senadora Lúcia Vânia, demonstra sua enorme sensibilidade social ao defender o objetivo de tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras de planos de saúde e os seus prestadores de serviços.

Tal medida trará inegáveis benefícios para os consumidores dos planos privados de saúde e, sobretudo, para os prestadores de serviço, como bem lembrou a Senadora na justificação da proposta.

A nosso ver, não há qualquer objeção à constitucionalidade, à juridicidade ou à regimentalidade do PLS nº 276, de 2004. Contudo, a proposição contém algumas falhas de redação e de conteúdo que necessitam de correção.

A ementa da proposição tem que ser modificada para esclarecer que as alterações propostas alcançam a redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 2001, à Lei dos Planos de Saúde. A mesma remissão à MPV deve constar nos enunciados dos arts. 1º e 2º do projeto.

No texto do § 2º do art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998 – contido no art. 1º da proposta – a palavra *incluído* precisa ser substituída por *incluídas*, para atender às regras de concordância, além de ser necessário mudar o termo *estabeleçam* de forma a sanar a repetição (*estabelecer* – *estabeleçam*) presente no dispositivo.

Em relação ao § 3º do art. 17 da Lei, optamos por substituir o texto ali proposto por outro que, apesar de ter a mesma finalidade, reproduz a redação de outras disposições similares contidas ao longo de toda a Lei nº 9.656, de 1998, e utiliza a sigla da ANS em vez de seu nome por extenso.

Quanto ao § 4º do art. 17 da Lei, contido no art. 1º do projeto em análise, consideramos desnecessária a disposição ali contida, razão por que optamos por excluir esse parágrafo.

Em relação ao art. 18 da Lei, parece-nos que o projeto se baseou na redação original do dispositivo, e não naquela implementada na norma pela MPV nº 2.177-44 e que se encontra em vigor. Por essa razão, sugerimos algumas alterações no *caput* do artigo e restauramos a existência de seu

parágrafo único, ligeiramente modificado para atender ao disposto no projeto em análise.

Entendemos, ademais, que deve ser mantido, no *caput* do artigo, o termo *cooperado*, já que aos cooperados,— ainda que eles não sejam atingidos pela obrigatoriedade de assinatura de contrato,— também se aplicam, a nosso ver, as mesmas disposições elencadas no artigo.

Também no art. 18, alteramos a redação do inciso I para corrigir uma impropriedade de expressão ali existente. Também a redação do inciso III foi modificada para atribuir ao artigo a qualidade de paralelismo entre todos os incisos.

No § 3º do art. 18-A, inserido na Lei, a expressão *responsabilidade com a transferência* foi substituída por *responsabilidade pela transferência*. O parágrafo subsequente ao 3º foi numerado incorretamente, o que exige a sua renumeração como § 4º.

No art. 3º do projeto, a expressão *seus instrumentos jurídicos* foi substituída por outra mais precisa, tendo em vista o fato de ela ser muito vaga e poder abranger todos os instrumentos jurídicos das operadoras e dos prestadores de serviços, além de ter sido retirada a expressão *atualmente em vigor*, também imprecisa no âmbito de um projeto de lei que ainda não foi aprovado.

Assim sendo, optamos por apresentar um substitutivo que engloba todas as alterações necessárias.

III – VOTO

Nosso voto, portanto, é pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 276, de 2004, na forma do seguinte substitutivo:

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 276 (SUBSTITUTIVO), DE 2004

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras 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, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, 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 prestem ou venham a prestar serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 1º 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 direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

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

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

III – a 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 ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo. (NR)”

“**Art. 18.** A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º implicará as seguintes obrigações e direitos:

I – nenhum beneficiário de qualquer 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 outro 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 o atendimento a pessoas com mais de sessenta anos de idade, gestantes, lactantes, lactentes e crianças de até cinco anos de idade;

III – o prestador de serviços pode manter 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.

Parágrafo único. Os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato com operadora que não tenha registro para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. (NR)”

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, 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 pela 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.”

Art. 3º As operadoras e seus prestadores de serviços revisarão os acordos entre eles firmados, qualquer que seja a natureza jurídica dos instrumentos utilizados, 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.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator