



PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , DE 2013

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatória a disponibilização, em sítio eletrônico da operadora, de listas de prestadores de serviços e de extratos financeiros relativos ao valor da contraprestação e aos serviços utilizados pelos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida dos seguintes arts. 18-A e 18-B:

“**Art. 18-A.** As operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a disponibilizar, em seu sítio eletrônico, listas de prestadores de serviços atualizadas que contenham, no mínimo, as seguintes informações:

I – nomes das pessoas jurídicas próprias, contratadas, credenciadas ou referenciadas e os respectivos nomes fantasia; números de registro no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ), na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e no conselho regional fiscalizador da atividade; tipos ou espécies dos serviços prestados; e endereços e telefones para marcação de consultas ou outros procedimentos;

II – nomes dos profissionais credenciados, contratados, referenciados ou empregados pela operadora e os respectivos números de registro no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) e no órgão fiscalizador da profissão, especialidades em que atuam, endereços e telefones para marcação de consultas ou outros procedimentos.

§ 1º A atualização das listas de que trata este artigo deve ocorrer no prazo máximo de cinco dias da data de inclusão ou exclusão de prestador de serviços.

§ 2º O regulamento definirá a forma como as informações a que se refere este artigo serão prestadas, bem como poderá determinar o fornecimento de outros dados ou informações pertinentes aos prestadores de serviços.”





“**Art. 18-B.** As operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a disponibilizar, em seu sítio eletrônico, e a enviar a cada um dos beneficiários do produto ou ao responsável legal, por correio eletrônico, sem custos, extratos financeiros mensais que contenham, no mínimo, as seguintes informações:

I – valor da contraprestação;

II – procedimentos utilizados e respectivos prestadores, valores e datas em que foram prestados;

III – procedimentos pagos e respectivos prestadores, valores pagos, valores de participação e datas dos pagamentos;

IV – procedimentos glosados e respectivos prestadores, valores, datas em que foram prestados e motivos das glosas.

§ 1º O regulamento definirá as normas necessárias ao sigilo em relação aos procedimentos utilizados pelo beneficiário, bem como outras informações que deverão compor o extrato de que trata este artigo e a forma em que elas deverão ser prestadas.

§ 2º O beneficiário poderá optar por receber, via postal, no endereço por ele indicado, o extrato financeiro de que trata este artigo.”

Art. 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Os beneficiários de planos privados de assistência à saúde deparam-se, frequentemente, com dificuldades para marcar consultas ou outros procedimentos terapêuticos, diagnósticos, de reabilitação ou de recuperação da saúde. Tais dificuldades são decorrentes ora da carência de serviços de saúde disponíveis para o atendimento, ora da desatualização das listas de estabelecimentos ou profissionais credenciados, contratados ou referenciados.

Especificamente em relação à desatualização das listas, isso pode ocorrer tanto por exclusão quanto por inclusão de estabelecimentos e profissionais, sem a correspondente informação aos beneficiários em tempo razoável. Desses dois fatos, a exclusão não informada





tempestivamente é o que mais gera conflitos entre o consumidor e o estabelecimento ou profissional que recusa o atendimento almejado. Esses conflitos poderiam ser parcialmente evitados com a atualização das listas logo após a inclusão ou exclusão de estabelecimentos ou profissionais habilitados a prestar os serviços.

Outra medida que certamente beneficia todos os envolvidos nas relações de consumo de planos de saúde – consumidores, operadoras e prestadores de serviços – é o envio mensal de extratos financeiros relativos a todos os valores concernentes ao produto: contraprestações, pagamentos, participação e glosas. Essa medida simples propicia ao beneficiário, especialmente àquele que está sujeito à participação no pagamento dos serviços por ele utilizados, condições de controlar o faturamento dos procedimentos, desde que as informações sejam claras e permitam identificar, além do valor cobrado, o procedimento realizado, o prestador do serviço e o dia em que o procedimento foi realizado.

As vantagens do extrato financeiro pormenorizado alcançam, também, as operadoras e os prestadores dos serviços, embora possam mostrar fraudes praticadas por esses mesmos agentes, casos em que apenas um ou outro seria beneficiado. Ao lhe ser possível controlar o faturamento dos serviços por ele utilizados, o beneficiário poderá denunciar, à operadora, cobranças indevidas e, ao prestador do serviço, glosas de procedimentos efetivamente realizados.

O extrato financeiro é, ainda, um documento de grande utilidade para o consumidor que necessitar recorrer aos órgãos de defesa dos seus direitos. É a prova documental que pode servir tanto para confirmar a lesão aos direitos do consumidor quanto para evitar que equívocos gerem demandas infrutíferas.

O projeto que submeto à apreciação dos parlamentares de ambas as Casas Legislativas tem duas finalidades: a primeira, tornar obrigatória a disponibilização, nos sítios eletrônicos das operadoras de planos de saúde, de listas de prestadores de serviços atualizadas em curto espaço de tempo após a inclusão ou exclusão de estabelecimentos e de profissionais; a segunda, tornar obrigatória a disponibilização, em meio eletrônico, e o envio aos consumidores, também por meio eletrônico, de extratos financeiros mensais. Ela ainda determina que esses extratos sejam enviados via postal, caso o consumidor assim prefira.





SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador CÁSSIO CUNHA LIMA

Estou convicto de que as medidas propostas contribuirão para melhorar as relações entre os beneficiários dos planos de saúde, as operadoras e os prestadores de serviços. Estou convicto, também, de que a relevância social das medidas propostas será um importante fator que motivará os nobres parlamentares de ambas as Casas Legislativas a apoiar a iniciativa.

Sala das Sessões,

Senador CÁSSIO CUNHA LIMA



SF/13623.09160-78



LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.

Texto compilado

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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;~~

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

