

**ALERTA**

6 de dezembro de 2021

## **Sobre proposta do relator da Comissão Especial da Câmara dos Deputados destinada a mudar a Lei dos Planos de Saúde**

Redução de coberturas, aumento de mensalidades de idosos  
e diminuição do valor de multas aplicadas às operadoras  
são algumas das alterações pretendidas

### **INTRODUÇÃO**

No dia 26 de maio de 2021, o Presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira, determinou a criação da Comissão Especial destinada a propor nova lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98).

O objetivo é elaborar parecer sobre o Projeto de Lei nº 7.419, de 2006, do Senado Federal, e mais 247 projetos apensados, que dispõem sobre mudanças na legislação da saúde suplementar.

A Comissão, com 34 parlamentares membros titulares e respectivos suplentes, é conduzida pela deputada Soraya Manato (PSL/ES), presidente; pelo deputado Celso Russomanno (Republicanos/SP), 1º vice-presidente; e pelo deputado Hiran Gonçalves (PP/RR), relator.

Desde 6 de julho de 2021, quando foi instalada, até 17 de novembro, a Comissão realizou seis audiências públicas e outras sete sessões deliberativas.

No dia 3 de dezembro, a primeira versão do parecer do relator, que contém as mudanças pretendidas na lei dos planos de saúde (Anexo), tornou-se pública.

A proposta do relator, a ser discutida na Comissão antes de eventual votação no Plenário da Câmara Federal, absorve alterações legais defendidas pelas empresas de planos e seguros de saúde. São pleitos do mercado contidos em documentos e exposições de representantes do setor. Ou seja, o Rol de Procedimentos da ANS, sabidamente limitado e excludente, pode passar a ser interpretado pelas operadoras como taxativo.

O objetivo desta Nota é apresentar, de forma ainda preliminar, uma vez que o conteúdo divulgado poderá sofrer alterações, as principais controvérsias e riscos apresentados no parecer do relator. Embora seja, alegadamente, um texto provisório, advertências e esclarecimentos são imprescindíveis.

Optou-se por selecionar aquelas propostas que, se aprovadas, terão maior impacto sobre a redução de direitos ou que afetarão diretamente usuários e profissionais vinculados à saúde suplementar. A extensão e a complexidade do conjunto das mudanças sugeridas requerem complementações, que serão realizadas posteriormente.

## **1 - Redução de coberturas, extinção do plano referência e liberação do plano ambulatorial simples**

A nova lei proposta prevê a liberação da venda de planos de menor cobertura, que só dão direito a consultas e exames simples; e que excluem desde o atendimento de urgências até o tratamento ambulatorial de câncer.

A intenção é autorizar a comercialização de produtos sem cobertura para problemas de saúde muito prevalentes como doenças respiratórias graves, distúrbios renais, neoplasias, acidentes, entre outros agravos.

Além disso, o texto acaba com o “plano referência” (Lei 9.656/98, Art. 10) que obriga a cobertura de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

O artigo 10 da lei de 1998 passaria a ter a seguinte redação:

“Art. 10. É instituído o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles previstos no art. 35 desta Lei, tendo como referência a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde”.

A Classificação Internacional de Doenças da OMS passaria a ser mera “referência”. Tudo aquilo que não estiver listado no Rol, mesmo prescrito pelo médico e necessário para o tratamento do paciente, pode não ser mais coberto pelos planos de saúde.

Para radicalizar a acepção da venda de planos com coberturas reduzidas, propõe-se a liberação do plano “ambulatorial simples”, que garante apenas consultas, exames e procedimentos de caráter preventivo. Também chamado pelas operadoras de plano “acessível” ou “popular”, o ambulatorial simples, hoje proibido por lei, não dará cobertura a urgências e emergências, tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, quimioterapia oncológica e radioterapia ambulatorial, hemodiálise e diálise peritoneal, e demais tratamentos ambulatoriais solicitados pelo médico e considerados de maior complexidade. Para alcançar essas coberturas o substitutivo da lei prevê outro plano mais caro, o “ambulatorial complexo”.

Problemas de saúde são imprevisíveis. Planos de saúde que obedecem a um rol limitado de procedimentos ou apenas prevêm cobertura ambulatorial simples, representam risco óbvio à saúde e à vida de pacientes.

Tais mudanças impõem problemas éticos e de responsabilidade dos médicos e demais profissionais, que não terão à disposição os procedimentos necessários para adequado diagnóstico e tratamento.

Se aprovada, a comercialização de contratos explicitamente e intencionalmente restritivos, representará drástico aumento da judicialização.

## **2 - Mudança no Estatuto do Idoso e reajuste de mensalidades após 60 anos de idade**

O relator defende mudança no Estatuto do Idoso, que hoje proíbe aumento dos planos de saúde após 60 anos de idade. O artigo 15 do Estatuto (Lei nº 10.741/2003) passaria a vigorar com a seguinte redação:

“§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade, **sendo permitida a aplicação parcelada do reajuste da última faixa etária após os sessenta anos**”

Na prática, as operadoras poderão aplicar reajuste após 60 anos. O idoso será, com isso, “expulso” dos planos de saúde, por impossibilidade de pagamento, como ocorria antes do Estatuto do Idoso .

O objetivo da alteração é permitir o aumento do preço para as faixas etárias acima de 59 anos, o que significa valores adicionais aos reajustes anuais e aos atualmente permitidos em decorrência de mudança de idade.

Sob o pretexto de “parcelamento” do aumento que foi aplicado antes dos 60 anos, prevê-se a possibilidade de dividi-lo “em cinco parcelas, de 20% cada uma a cada cinco anos”. As parcelas, segundo a proposta, seriam ajustadas pelo IPCA. Trata-se, na verdade, de reajuste cumulativo e progressivo, de um aumento sobre o aumento, durante a fase de vida em que há redução da renda e quando podem surgir mais necessidades de atenção à saúde.

Não há menção, pelo relator, sobre como corrigir a distorção atual, a regra do valor fixado para a última faixa etária, que hoje pode ser até seis vezes superior ao valor da primeira faixa – uma variação que é exorbitante.

O aumento camuflado de parcelamento soa como a venda de um peixe podre bem embrulhado. Ao prever mudança no Estatuto do idoso, a proposta não esconde sua verdadeira intenção.

### **3 - Alívio de multas e perdão para coberturas negadas**

O relator propõe reduzir valores de multas e penalidades contra os planos de saúde, com mudanças na Lei 9.656/98 (Artigo 25) e nas Resoluções Normativas da ANS (RN nº 124/2006 e RN nº 396/2016).

Entre as alterações, a multa por negativa de coberturas passaria a ser graduada, conforme a “complexidade” do procedimento ou atendimento negado pela operadora:

“ A ANS classificará os procedimentos cobertos em até 5 (cinco) classes, de acordo com a sua complexidade, hipótese em que os valores das multas aplicáveis por negativa de oferta de procedimentos variarão com base em tal critério.”

Além da multa graduada, haveria a criação de um teto do valor das multas no caso de reincidência, sempre que o plano de saúde comete nova infração do mesmo tipo anteriormente praticada.

“Nas hipóteses de reincidência, poderá ser aplicada multa, nos termos do inciso II do “caput”, de até 3 (três) vezes o valor da multa aplicável à conduta infracional examinada pela ANS”.

A dosimetria por tipo de procedimento negado pretende reduzir os valores de multas para abusos que são muito frequentes como dificuldade de acessar coberturas, negativa de consultas e exames laboratoriais, remoção de pacientes etc.

O teto de multa para reincidência da infração (até no máximo três vezes o valor) é um convite para descumprimento sistemático das obrigações assistenciais.

Cria-se, assim, um paradoxo legislativo, pois multas visam coibir o abuso e prevenir o desrespeito às regras. No caso de multas por atendimentos negados, a função é também pedagógica, para que outros pacientes não venham a ser prejudicados.

As mudanças sugeridas são um presente para planos de saúde que têm práticas abusivas. A mensagem transmitida é que o crime compensa.

#### **4 - Outros temas de repercussão nas garantias de usuários e prestadores**

O texto substitutivo da lei dos planos de saúde propõe ainda alterações em aspectos econômico-financeiros, critérios de reajustes de remuneração de médicos e prestadores, alienação ou leilão das carteiras, uso e aplicação de fundos e recursos das operadoras, entre outros temas de grande repercussão nas garantias aos usuários e prestadores. Não podem, portanto, ser aprovadas a toque de caixa.

Além disso, a proposta de novo marco legal, ao apensar 247 projetos de lei em tramitação, elimina proposições que visavam modificar de forma adequada regras aplicadas aos planos de saúde.

Muitos desses projetos de lei, que seriam anulados pelo parecer do relator, estão voltados à ampliação das garantias de coberturas assistenciais e ao fim de abusos nos preços e nos reajustes de mensalidades dos planos de saúde.

#### **5 - Um projeto inadequado à saúde**

Enquanto no resto do mundo a experiência com a pandemia de covid-19 se desdobra na expansão de sistemas públicos de saúde, o Congresso Nacional no Brasil segue às voltas com projetos privatizantes e ameaças de retrocessos legais.

A legislação existente, que já é insuficiente e tendenciosa, pode ser piorada. Com isso, perde-se o que ainda resta de intervenção pública em um mercado com lucros crescentes, obtidos mesmo durante a crise sanitária, por meio do controle rígido do acesso a instalações hospitalares e procedimentos caros, inclusive com consequências fatais. O relatório da CPI da Covid, do Senado Federal, descreve parte dos abusos praticados por planos de saúde durante a pandemia.

Para a viabilização comercial de planos de cobertura reduzida, as operadoras, que já contam com estímulos públicos para organizar a segmentação de seus mercados, passaram a exigir alterações na lei.

O documento da Câmara dos Deputados traz as intenções explícitas de favorecer o ingresso de jovens com renda baixa em “planos simples” e de expulsar idosos. Para isso, rompe com princípios da medicina moderna que se orienta por uma classificação universal de doenças e causas, retira a ciência da assistência médica e dá as costas para o envelhecimento da população.

À gravidade dos retrocessos nas mudanças pretendidas pelo relator, soma-se a inadequada tramitação na Comissão Especial da Câmara.

Uma nova lei que retrocederia aos abusos praticados na década de 1990, antes da Lei nº 9.656/98, e que atende aos interesses particulares e demandas exclusivas das empresas de planos de saúde, não pode tramitar dessa forma.

Com poucas exceções, as seis audiências públicas realizadas até agora foram palco para a exposição de empresários interessados em ampliar o mercado, com menor presença de representantes de usuários, consumidores, entidades da saúde, universidade e pesquisadores do tema.

O teor das mudanças que se tornaram públicas atende exclusivamente aos interesses das empresas e donos de planos de saúde, assíduos financiadores de campanhas eleitorais e historicamente organizadores de grupos de pressão e lobbies que vetam o debate apropriado sobre o tema.

A tentativa de mudança da lei dos planos de saúde segue padrão semelhante ao das indicações recentes para cargos de presidente e diretores da ANS. São processos conduzidos pelo Centrão, sobretudo pelo Progressistas, agremiação do presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira, do líder do governo na Câmara, Ricardo Barros, e do relator da Comissão Especial, Hiran Gonçalves.

Com participação direta do Ministério da Saúde e do governo federal na formulação, o substitutivo proposto pelo relator lança conjecturas sobre o acionamento de relações público-privadas que escapam dos limites ético-legais.

A pandemia de covid-19, a proximidade das eleições de 2022, as crises política, moral e de credibilidade que assolam o governo federal e parte do Congresso Nacional, advertem que o momento atual é inadequado para a votação de uma nova lei com potencial impacto negativo no SUS e na saúde de mais de 48 milhões de brasileiros que têm planos de saúde.

**POR FIM,**

**SOLICITAMOS** ao relator, deputado Hiran Gonçalves, e demais parlamentares membros da Comissão Especial, que paralizem a tramitação da proposta apresentada, visando um novo ciclo de debates, mais amplo e mais democrático, sobre os impactos das eventuais mudanças sugeridas na Lei de Planos de Saúde.

**SUGERIMOS** o acompanhamento do Ministério Público e de instituições que defendem a democracia, visando assegurar a pluralidade de opiniões e o contraditório na condução do tema pela Comissão Especial de Planos de Saúde.

**ALERTAMOS** toda a sociedade, em especial as entidades da saúde, de defesa e proteção do consumidor, gestores do SUS, entidades médicas, associações e movimentos de aposentados, organizações de defesa de pacientes, sindicatos que pleiteiam planos de saúde coletivos e todos os interessados, para a necessidade de mobilização neste momento, visando impedir retrocessos.

Estão em jogo o futuro do sistema de saúde no Brasil, nossa saúde e nossas vidas!

---

**GEPS**

**Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde**

Departamento de Medicina Preventiva  
Faculdade de Medicina da Universidade  
de São Paulo (USP)

Coordenador: Prof. Mário Scheffer

<https://sites.usp.br/geps/>

**GPDES**

**Grupo de Pesquisa e Documentação  
sobre Empresariamento na Saúde**

Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Coordenadora: Profa. Ligia Bahia

<http://www.iesc.ufrj.br/gpdes/>

# ANEXO

## TEXTO PROPOSTO PELO RELATOR, DEPUTADO FEDERAL HIRAN GONÇALVES (PP-RR). VERSÃO DIVULGADA EM 3 DE DEZEMBRO DE 2021.

### COMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A PROFERIR PARECER AO PROJETO DE LEI Nº 7.419, DE 2006, DO SENADO FEDERAL, 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”, E APENSADOS SUBSTITUTIVO AOS PROJETOS DE LEI NºS

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 revisar e atualizar o regramento legal relativo à Saúde Suplementar.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei 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 revisar e atualizar o regramento legal relativo à Saúde Suplementar.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 1º .....

§ 6º A atenção à saúde no setor suplementar obedecerá à segmentação assistencial contratada e promoverá a incorporação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos e de doenças, desde que os insumos necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde sejam regularizados e registrados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e os procedimentos tenham sido reconhecidos pelas autoridades competentes.

§ 7º As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei que realizarem programas de promoção à saúde e de prevenção de riscos e de doenças, com especial enfoque na prevenção de diabetes, hipertensão e do hábito tabagista, e apresentarem relatórios à ANS sobre os resultados desses programas, obedecerão a condições regulatórias diferenciadas, nos termos de regulamento.

§ 8º Os programas de promoção à saúde e de prevenção de riscos e de doenças devem ser fundamentados em estudos epidemiológicos, ter procedimentos correlatos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e produzir benefícios em favor dos beneficiários participantes.

§ 9º As operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei podem oferecer aos consumidores descontos relacionados à adesão e à permanência em programas de promoção à saúde e de prevenção de riscos e de doenças, nos termos de regulamento.” (NR)

“Art. 10. É instituído o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles previstos no art. 35 desta Lei, tendo como referência a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

.....



§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, a cobertura prevista neste artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

§ 3º A cobertura prevista neste artigo se aplica às pessoas jurídicas que operarem planos exclusivamente odontológicos.

.....” (NR)

“Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas.

I - .....

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, de caráter preventivo ou curativo, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, de caráter preventivo ou curativo, solicitados pelo médico assistente, exceto as previstas no inciso I-A;

c) cobertura dos exames laboratoriais solicitados por nutricionistas exclusivamente necessários à avaliação, à prescrição e à evolução nutricional e dietoterápica do cliente, nos termos de regulamento.

I-A- quando incluir atendimento ambulatorial complexo:

a) todas as coberturas do inciso I;

b) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes;

c) quimioterapia oncológica e radioterapia ambulatorial;

d) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

e) demais tratamentos e procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente e considerados de alta complexidade, conforme o regulamento.

.....

II - .....

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos, pessoas idosas, parturientes e pessoas com deficiência;

.....

VII - inscrição de filho adotivo, adotando e criança ou adolescente sob guarda, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante ou guardião, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias contados da decisão judicial que deferiu a adoção ou a guarda.

.....

§ 6º Fica facultada a inscrição de enteados do beneficiário como dependentes, desde que comprovada a dependência financeira.” (NR)

“Art. 13. ....

§ 1º .....

§ 2º A notificação do consumidor inadimplente poderá ser feita por qualquer meio que garanta a ciência da suspensão ou rescisão unilateral do contrato por não-pagamento da mensalidade, que deve ser comprovada de forma inequívoca, inclusive o meio eletrônico, na forma de regulamento.” (NR)

“Art. 15. ....

§ 1º É vedada a variação a que alude o “caput” para consumidores com mais de sessenta anos de idade, sendo a variação da última faixa etária facultativamente aplicada em parcelas quinquenais, de acordo com o disposto neste artigo.

§ 2º Para aplicação do reajuste da última faixa etária, a operadora, no momento em que o beneficiário completar 59 (cinquenta e nove) anos, poderá calcular o valor nominal total do reajuste, tomando por base o valor nominal da última mensalidade paga pelo beneficiário na faixa imediatamente anterior, e poderá dividi-lo em cinco parcelas, de 20% (vinte por cento) cada uma, que poderão ser aplicadas, a primeira aos 59 (cinquenta e nove anos), e as demais a cada cinco anos, nos termos de regulamento.

§ 3º Caso a operadora opte pelo parcelamento, no momento da aplicação da parcela do reajuste a que se refere o §2º deste art., o valor nominal dessa parcela deverá ser corrigido pela variação, no período, do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo.

§ 4º A regra do parcelamento do reajuste a que se refere o §2º não se aplica aos beneficiários que já tenham completado 59 (cinquenta e nove) anos na data da vigência desta Lei.

§ 5º O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa.

§ 6º A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa etária não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa etária.

§ 7º O percentual de aumento previsto no “caput” deve ser distribuído de forma equitativa e equilibrada entre as faixas.” (NR)

“Art. 16. ....

§ 1º A todo consumidor titular de plano individual, familiar ou coletivo será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as características, direitos e obrigações.

§ 2º Em caso de descumprimento do previsto no parágrafo 1º deste artigo, aplicam-se as penalidades previstas no art. 25 desta Lei.” (NR)

“Art. 17. ....

§ 5º AANS terá o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para analisar o pedido de redimensionamento da rede hospitalar a que se refere o § 4º deste artigo.

§ 6º Presume-se concedida a autorização do pedido de redimensionamento da rede hospitalar se a ANS não o analisar no prazo ao qual alude o § 5º deste artigo.

§ 7º Incorre em ato omissivo sujeito à responsabilidade administrativa e às penalidades constantes da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, a autoridade competente que, injustificadamente, no prazo de 180 (cento e oitenta dias), não analisar o pedido de redimensionamento da rede hospitalar a que se refere o § 4º deste artigo.” (NR)

“Art. 17-A. ....

§ 2º-A. Fica facultado às confederações sindicais e entidades de classe de âmbito nacional, sob mandato dos seus associados, celebrar acordos com as operadoras de planos privados de assistência à saúde acerca das cláusulas contratuais de sua categoria representativa, observado o previsto no parágrafo anterior e desde que homologadas pela ANS.

§ 2º-B. Para efeitos desta Lei, considera-se remuneração por meio de preços globais aquela que é feita para procedimentos que ofereçam condições de padronização, em razão da baixa variabilidade de utilização dos insumos e serviços.

§ 2º-C. Nos pagamentos de serviços e procedimentos a prestadores por meio de preços globais, o cálculo do valor a ser pago deverá considerar os custos operacionais e seguir as diretrizes clínicas e protocolos reconhecidos pelos conselhos e sociedades de especialistas e demais colegiados congêneres.

§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de até 90 (noventa) dias da data do aniversário do contrato.

§ 4º Na hipótese de vencido o prazo previsto no § 3º deste artigo ou de falta de acordo entre as partes, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, quando for o caso, definirá o índice de reajuste.

.....

§ 5º-A O contrato poderá prever o método da livre negociação entre as partes, desde que haja a previsão, de forma clara, do prazo de negociação, meio de demonstração da efetiva ocorrência da negociação, aceite de ambas as partes e efeitos da frustração da negociação.

.....

§ 7º Os modelos de remuneração com base na capitação por região geográfica ou por lista de pacientes só poderão ser aplicados isoladamente em programas de prevenção ou promoção da saúde, ou de forma agregada com pagamentos por serviços, para as demais atividades assistenciais.

§ 8º É vedado o estabelecimento de contratos com prestadores com base em região geográfica ou lista de pacientes que impeça a livre escolha dos usuários.” (NR)

“Art. 22. ....”

§ 1º-A O parecer da auditoria independente a que se refere o “caput” deste artigo deverá conter análise de atuário acerca do índice de sinistralidade da operadora.

.....” (NR)

“Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer recuperação judicial e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão somente à liquidação extrajudicial.

§ 1º.....”

III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 168, 171, 172, 173, 175 e 178 da Lei nº 11.101, de 2005.

.....

§ 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que não tenham tido sua liquidação extrajudicial decretada poderão firmar acordos com, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos seus credores para:

- I – suspender a exigibilidade das obrigações vencidas;
- II – suspender a fluência do prazo das obrigações vincendas anteriormente contraídas;
- III – não incidência de juros moratórios;
- IV – renegociação de contratos;
- V – imposição de obrigações positivas e negativas à operadora.

§ 8º O acordo a que se refere o § 7º deste artigo suspende o curso da prescrição e de todas as ações e execuções movidas em face da operadora e terá prazo de, no máximo, 12 (doze) meses.

§ 9º O acordo a que se refere o § 7º deste artigo somente poderá ser firmado por operadora:

- I - cuja autorização de funcionamento perante a ANS tenha sido concedida há pelo menos 2 (dois) anos da data do acordo;
- II - que não tenha firmado acordo nos moldes do § 7º deste artigo nos 5 (cinco) anos anteriores à data do novo acordo;

III - cujos administradores e sócios controladores não tenham participado nos 5 (cinco) anos anteriores à data do acordo de operadora que tenha firmado acordo nos moldes do § 7º deste artigo.

§ 10. O acordo a que se refere o § 7º e seus efeitos não se aplicam aos titulares de créditos de natureza tributária.” (NR)

“Art. 24. ....

§ 6º A alienação ou leilão das carteiras das operadoras de planos de saúde determinados pela ANS não implicam sucessão de créditos de qualquer espécie, inclusive os trabalhistas, que não estejam expressamente compreendidos no ato de alienação.

§ 7º Na alienação de carteiras determinada pela ANS a definição dos ativos a serem transferidos para o adquirente deve considerar todos os fatores importantes para a manutenção de seu equilíbrio financeiro e atuarial, inclusive a inexistência de carência para os usuários transferidos da operadora alienante para a adquirente.” (NR)

“Art. 25. ....

§ 1º A ANS aplicará as penalidades descritas neste artigo, de forma isolada ou cumulativamente, considerando a gravidade, as consequências do caso, o comportamento pretérito das operadoras, o seu porte econômico e demais parâmetros estabelecidos nesta Lei e em regulamento.

§ 2º A sanção de penalidade pecuniária será graduada, aplicando-se, sucessivamente, as agravantes, as atenuantes e os fatores de compatibilização das penalidades, todos eles previstos em regulamento.

§ 3º A aplicação de penalidade pecuniária deverá guardar proporcionalidade com a infração cometida.

§ 4º O valor das penalidades pecuniárias aplicáveis pela ANS deverá variar de acordo com o porte econômico das operadoras e o seu comportamento pretérito, nos termos de regulamento.

§ 5º A ANS classificará os procedimentos cobertos em até 5 (cinco) classes, de acordo com a sua complexidade, hipótese em que os valores das multas aplicáveis por negativa de oferta de procedimentos variarão com base em tal critério.

§ 6º A ANS terá o prazo de 90 (noventa) dias para editar a regulamentação a que se referem os §§ 4º e 5º deste artigo.

§ 7º Nas hipóteses de reincidência, poderá ser aplicada multa, nos termos do inciso II do “caput”, de até 3 (três) vezes o valor da multa aplicável à conduta infracional examinada pela ANS.

§ 8º O pagamento de multa em razão da negativa de atendimento não desobriga a operadora de cumprir a obrigação cujo inadimplemento ensejou a aplicação da multa.” (NR)

“Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de cinco anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

.....” (NR)

“Art. 35-G. ....

Parágrafo único. O cumprimento ao disposto no “caput” não pode resultar em desconsideração da segmentação contratada, do Rol de Procedimentos e Eventos cobertos pelo plano de assistência à saúde, nem determinar a realização de procedimentos que não tenham sido reconhecidos pelas autoridades competentes ou o fornecimento de medicamentos ou produtos para a saúde que não sejam registrados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária.” (NR)

“Art. 35-L. ....

§ 1º .....

§ 2º Os recursos das operadoras podem ser aplicados em imóveis assistenciais, observados os seguintes limites:

I – até o total de 60% (sessenta por cento) dos ativos garantidores, para as entidades filantrópicas;

II – até o total de 50% (cinquenta por cento) dos ativos garantidores, para o mantenedor da entidade de autogestão;

III - até o total de 40% (quarenta por cento) dos ativos garantidores, para as cooperativas de saúde;

IV - até o total de 30% (trinta por cento) dos ativos garantidores, para as demais operadoras de planos privados de assistência à saúde.

§ 3º Os recursos das operadoras podem ser aplicados em cotas de fundos de investimento em participações desde que o objeto de investimento do fundo seja exclusivamente a ampliação, reforma, modernização, compra ou construção de imóveis médico-hospitalares e de diagnósticos, bem como de ambulatórios e centros de atenção primária, e desde que sejam observados os seguintes limites:

I – até o total de 60% (sessenta por cento) dos ativos garantidores, para as entidades filantrópicas;

II – até o total de 50% (cinquenta por cento) dos ativos garantidores, para o mantenedor da entidade de autogestão;

III - até o total de 40% (quarenta por cento) dos ativos garantidores, para as cooperativas de saúde;

IV - até o total de 30% (trinta por cento) dos ativos garantidores, para as demais operadoras de planos privados de assistência à saúde.

§ 4º A soma do total das aplicações em imóveis assistenciais e em quotas de fundos de investimento em participações, de que tratam, respectivamente, os §§ 3º e 4º deste artigo, cumulada com outras aplicações em bens imóveis, não pode representar mais que:

I – até o total de 80% (oitenta por cento) dos ativos garantidores, para as entidades filantrópicas;

II – até o total de 70% (setenta por cento) dos ativos garantidores, para o mantenedor da entidade de autogestão;

III - até o total de 60% (sessenta por cento) dos ativos garantidores, para as cooperativas de saúde;

IV - até o total de 50% (cinquenta por cento) dos ativos garantidores, para as demais operadoras de planos privados de assistência à saúde.

§ 5º Os bens imóveis referidos no § 3º deste artigo serão avaliados por seu valor de mercado, que deverá ser revisto semestralmente.” (NR)

Art. 3º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos 1º-B, 10-E, 13-A, 35-N, 35-O:

“Art. 1º-B. As pessoas jurídicas que cumprirem os requisitos para a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo poderão contratá-lo diretamente com a operadora ou, de forma opcional, com a participação de administradora de benefícios, nos termos de regulamento.

§1º As administradoras de benefícios deverão informar à ANS as suas vidas administradas.

§2º As faturas de pagamento das contraprestações devidas às administradoras de benefícios deverão conter informação relativa ao valor destinado a estas administradoras.

§3º A remuneração devida às administradoras de benefícios não poderá ser fixada como um percentual da contraprestação destinada às operadoras, nem sofrer modificações com base na taxa aprovada de reajuste por aumento de custos operacionais do período.”

“Art. 10-E. Para a cobertura dos custos das órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs) relacionados aos atos cirúrgicos, devem-se observar os seguintes requisitos, independentemente de outros que sejam determinados pela ANS:

I - cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características das órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs) necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

II – o profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, que tenham comprovação técnica, sejam referenciados em práticas baseadas em evidências e estejam regularizados junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

§1º A operadora deverá instaurar junta médica ou odontológica se discordar das marcas indicadas pelo profissional assistente ou quando o profissional assistente não indicar as três marcas de produtos, quando disponíveis.

§2º É facultado às operadoras firmar acordos com conselhos profissionais e sociedades de especialidades médicas ou odontológicas, para atuarem em juntas médicas ou odontológicas instauradas nos termos do §1º.”

“Art. 13-A. É direito do beneficiário a portabilidade de carências entre planos, independentemente da forma de contratação, por meio de procedimento simplificado, observados os requisitos dispostos nesta Lei e no regulamento.

§1º Para os efeitos desta Lei, a portabilidade de carências é definida como o direito de mudar de plano privado de assistência à saúde, dispensado o cumprimento de períodos de carência ou cobertura parcial temporária relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem.

§2º O regulamento disporá sobre o prazo de permanência que deve ser cumprido antes da primeira portabilidade de carências e antes das subsequentes.”

“Art. 35-N. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 50 (cinquenta) beneficiários para o cálculo do percentual único de reajuste que será aplicado a este agrupamento.

§ 1º AANS regulamentará no prazo de 90 (noventa) dias o procedimento disposto no “caput”.

§ 2º Regulamento estabelecerá regras de padronização de todas as informações sobre reajustes de custos apresentadas pelas operadoras às pessoas jurídicas contratantes como parte do processo de negociação.”

“Art. 35-O. Em demandas nas quais se pleiteie a realização de procedimento em saúde ou o fornecimento de produto para saúde ou medicamento, o juiz deverá, antes de conceder a tutela de urgência, requisitar parecer de profissional da saúde, integrante de núcleo de apoio técnico de que disponha o tribunal ou de entidade conveniada.

§ 1º Caso o tribunal não tenha instalado núcleo de apoio técnico nem tenha celebrado convênio, o juiz ouvirá perito de sua confiança.

§ 2º Em situações de grave e iminente risco à saúde ou à vida do autor, poderá o juiz, motivadamente, conceder a tutela de urgência requerida, dispensadas as providências do “caput” e do § 1º.”

Art. 4º O art. 15 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 15. ....

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade, sendo permitida a aplicação parcelada do reajuste da última faixa etária após os sessenta anos”. (NR)

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão, em..... de..... de 20....

Deputado Hiran Gonçalves - Relator