# SENADO FEDERAL

## PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 456, DE 2012

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 determinar o reembolso integral das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde nos casos em que especifica.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

**Art. 1º** O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 4º:

"**Art. 12.** .....

.....

§ 4º O reembolso a que se refere o inciso VI do caput será integral se a não utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras se der em razão de:

I – informações incorretas prestadas ao beneficiário quanto à cobertura de sua rede;

II – não comunicação, ao beneficiário, do descredenciamento de profissional ou de serviço com a antecedência mínima de trinta dias;

III – descredenciamento de profissional ou de serviço de saúde durante o período de internação ou tratamento do beneficiário, quando a operadora não assumir as despesas deles decorrentes;

IV – atendimento médico, realização de exames e outros procedimentos após decorrido o prazo máximo definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para atendimento.

V – negativa de cobertura a procedimento ou evento em saúde incluído no rol elaborado pela ANS para constituir referência básica para os fins do disposto nesta Lei.” (NR)

**Art. 2º** Esta Lei entra em vigor sessenta dias após a data de sua publicação.

## JUSTIFICAÇÃO

De acordo com o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), de agosto de 2011 a julho de 2002, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) recebeu 732 reclamações sobre descredenciamento de hospitais.

Muitas vezes tais descredenciamentos ocorrem sem que o consumidor seja avisado com antecedência mínima. Nesses casos, o Poder Judiciário tem determinado, em algumas situações, que as operadoras de planos de saúde voltem a oferecer atendimento nos hospitais descredenciados sem comunicação prévia aos consumidores.

Quanto aos profissionais de saúde, notadamente os médicos, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) têm denunciado, reiteradamente, que a quebra unilateral de contrato com profissionais vem sendo utilizada pelas operadoras como forma de punir e rejeitar o médico que solicita mais procedimentos do que o desejado pela empresa.

De fato, o CFM determina prazos mínimos para o aviso prévio e justificativa por escrito – Resolução nº 1.616, publicada em 10 de abril de 2001, alterada pela Resolução nº 1.852, de 15 de setembro de 2008, que proibiu o descredenciamento de médicos pelas operadoras, quando feito unilateralmente e sem justa causa.Tal resolução não está sendo cumprida. A operadora também deve informar o paciente do descredenciamento, o que também não ocorre.

Nesse cenário, o maior prejudicado é o paciente, que tem o seu tratamento de saúde interrompido ou não realizado pelo profissional ou serviço de sua escolha

Assim, nas hipóteses em que a operadora preste informações incorretas a respeito da cobertura de sua rede, não comunique ao beneficiário o descredenciamento de profissional ou de serviço que antes integrava a sua rede ou quando o descredenciamento ocorra durante o período de internação ou tratamento do beneficiário e a operadora não assume as despesas deles decorrentes, consideramos fundamental estabelecer o direito do consumidor ao ressarcimento integral das despesas por ele realizadas.

O mesmo deve valer, em nosso entendimento, nos casos em que a operadora descumpre prazos estabelecidos para atendimento médico, realização de exames e internações, ou que nega cobertura a procedimento ou evento em saúde incluído no rol elaborado pela ANS para constituir referência básica do sistema de saúde suplementar.

No início de outubro de 2012, a ANS suspendeu por três meses a venda de 301 planos, de 38 operadoras que administram os serviços. Desses, 221 já estavam com a venda suspensa e não conseguiram melhorar seus indicadores. A medida é tomada por descumprimento de prazos estabelecidos para atendimento médico, realização de exames e internações, apenas em relação a operadoras que apresentem índice de reclamações 75% acima da mediana, considerando o porte e o tipo de atenção à saúde prestada.

A suspensão da venda dos planos, como sanção de natureza administrativa, busca melhorar a qualidade dos serviços prestados no futuro, mas não resolve os problemas causados aos beneficiários que não puderam ser atendidos no prazo máximo determinado pela ANS. Daí a necessidade da alteração legislativa proposta. Segundo uma pesquisa do Instituto Datafolha, encomendada pela Associação Paulista de Medicina (APM), divulgada em agosto de 2012, retratando o universo de 10 milhões de usuários de planos de saúde no estado de São Paulo, 64% dos pacientes relataram problemas para marcar consultas e 40% para marcar e realizar exames diagnósticos.

O Cadastro de Reclamações Fundamentadas da Fundação PROCON SP, elaborado e divulgado anualmente por exigência do art. 44 do Código de Defesa do Consumidor, aponta, em relação ao ano de 2011, que os principais problemas enfrentados diariamente pelos consumidores, na área de saúde, são: (1) a negativa de cobertura ou dificuldade para marcação de consultas, exames e cirurgias de qualquer grau de complexidade ou cancelamentos efetuados no momento da realização do procedimento; (2) o descredenciamento de estabelecimentos e profissionais de saúde sem a substituição por outros equivalentes e sem a comunicação prévia aos consumidores.

Desse modo, apresentamos o presente projeto de lei, contando com o apoio de nossos nobres pares para seu aprimoramento e sua aprovação, a fim de criarmos um desestímulo para as operadoras que não cumprem com os seus compromissos contratuais e sociais e mitigarmos os problemas enfrentados pelos beneficiários de planos de saúde.

Sala das Sessões,

Senador **ANTONIO CARLOS VALADARES**

*LEGISLAÇÃO CITADA*

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.**

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. 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 plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

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

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

III - quando incluir atendimento obstétrico:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - quando incluir atendimento odontológico:

a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;

c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

*(Às Comissões de Assuntos Econômicos; e de Assuntos Sociais, cabendo à última a decisão terminativa)*

Publicado no **DSF**, em 18/12/2012.

**Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal – Brasília-DF**
OS:16471/2012