

PARECER DE PLENÁRIO 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

PROJETO DE LEI Nº 7.419, DE 2006

Apensados: PL nº 71/2003, PL nº 156/2003, PL nº 311/2003, PL nº 1.349/2003, PL nº 1.603/2003, PL nº 1.777/2003, PL nº 2.474/2003, PL nº 2.934/2004, PL nº 3.058/2004, PL nº 3.088/2004, PL nº 3.247/2004, PL nº 3.362/2004, PL nº 3.708/2004, PL nº 3.940/2004, PL nº 4.075/2004, PL nº 4.164/2004, PL nº 4.632/2004, PL nº 6.125/2005, PL nº 6.510/2006, PL nº 6.849/2006, PL nº 7.128/2006, PL nº 7.340/2006, PL nº 7.600/2006, PL nº 582/2007, PL nº 590/2007, PL nº 664/2007, PL nº 756/2007, PL nº 1.220/2007, PL nº 1.942/2007, PL nº 2.901/2008, PL nº 3.473/2008, PL nº 4.016/2008, PL nº 4.393/2008, PL nº 5.024/2009, PL nº 5.143/2009, PL nº 5.730/2009, PL nº 6.483/2009, PL nº 6.677/2009, PL nº 6.821/2010, PL nº 7.590/2010, PL nº 7.594/2010, PL nº 7.762/2010, PL nº 8.048/2010, PL nº 394/2011, PL nº 657/2011, PL nº 805/2011, PL nº 1.076/2011, PL nº 1.147/2011, PL nº 1.431/2011, PL nº 1.647/2011, PL nº 1.677/2011, PL nº 1.763/2011, PL nº 2.066/2011, PL nº 2.328/2011, PL nº 2.538/2011, PL nº 2.645/2011, PL nº 2.734/2011, PL nº 2.981/2011, PL nº 2.982/2011, PL nº 3.087/2012, PL nº 3.285/2012, PL nº 3.346/2012, PL nº 3.675/2012, PL nº 3.949/2012, PL nº 4.036/2012, PL nº 4.077/2012, PL nº 4.201/2012, PL nº 4.402/2012, PL nº 4.726/2012, PL nº 4.990/2013, PL nº 5.152/2013, PL nº 5.715/2013, PL nº 5.912/2013, PL nº 5.963/2013, PL nº 6.067/2013, PL nº 6.436/2013, PL nº 6.714/2013, PL nº 6.715/2013, PL nº 6.819/2013, PL nº 7.111/2014, PL nº 7.142/2014, PL nº 7.694/2014, PL nº 7.844/2014, PL nº 7.914/2014, PL nº 69/2015, PL nº 121/2015, PL nº 176/2015, PL nº 1.039/2015, PL nº 1.159/2015, PL nº 1.272/2015, PL nº 1.564/2015, PL nº 1.948/2015, PL nº 1.992/2015, PL nº 2.128/2015, PL nº 2.274/2015, PL nº 2.295/2015, PL nº 2.344/2015, PL nº 2.504/2015, PL nº 2.582/2015, PL nº 2.608/2015, PL nº 2.949/2015, PL nº 3.223/2015, PL nº 4.043/2015, PL nº 4.097/2015, PL nº 4.113/2015, PL nº 4.294/2016, PL nº 4.404/2016, PL nº 4.477/2016, PL nº 4.478/2016, PL nº 4.485/2016, PL nº 4.644/2016, PL nº 4.729/2016, PL nº 4.748/2016, PL nº 4.787/2016, PL nº 5.069/2016, PL nº 5.113/2016, PL nº 5.126/2016, PL nº 5.191/2016, PL nº 5.286/2016, PL nº 5.532/2016, PL nº 5.622/2016, PL nº 5.779/2016, PL nº 5.910/2016, PL nº 6.033/2016, PL nº 6.175/2016, PL nº 6.455/2016, PL nº 6.941/2017, PL nº 6.948/2017, PL nº 7.175/2017, PL nº 7.501/2017, PL nº 7.589/2017, PL nº 7.675/2017, PL nº 7.865/2017, PL nº 7.947/2017, PL nº 8.108/2017, PL nº 8.163/2017, PL nº 8.264/2017, PL nº 8.276/2017, PL nº 8.396/2017, PL nº 8.590/2017, PL nº 8.608/2017, PL nº 8.900/2017, PL nº 8.942/2017, PL nº 9.253/2017, PL nº 9.343/2017, PL nº 9.344/2017, PL nº 9.537/2018, PL nº 9.701/2018, PL nº 9.720/2018, PL nº 9.925/2018, PL nº 9.940/2018, PL nº 10.113/2018, PL nº 10.252/2018, PL nº 10.609/2018, PL nº 10.700/2018, PL nº 10.960/2018, PL nº 11.058/2018, PL nº

11.086/2018, PL nº 283/2019, PL nº 770/2019, PL nº 1.073/2019, PL nº 1.080/2019, PL nº 1.705/2019, PL nº 2.320/2019, PL nº 2.379/2019, PL nº 2.485/2019, PL nº 2.611/2019, PL nº 2.640/2019, PL nº 2.698/2019, PL nº 2.748/2019, PL nº 2.751/2019, PL nº 2.770/2019, PL nº 3.014/2019, PL nº 3.037/2019, PL nº 3.104/2019, PL nº 3.175/2019, PL nº 3.196/2019, PL nº 3.218/2019, PL nº 3.275/2019, PL nº 3.392/2019, PL nº 3.657/2019, PL nº 3.918/2019, PL nº 3.935/2019, PL nº 4.410/2019, PL nº 4.460/2019, PL nº 4.608/2019, PL nº 4.941/2019, PL nº 5.332/2019, PL nº 5.346/2019, PL nº 5.793/2019, PL nº 5.881/2019, PL nº 6.069/2019, PL nº 6.142/2019, PL nº 6.448/2019, PL nº 6.530/2019, PL nº 315/2020, PL nº 628/2020, PL nº 955/2020, PL nº 1.070/2020, PL nº 1.288/2020, PL nº 1.317/2020, PL nº 1.424/2020, PL nº 1.493/2020, PL nº 1.526/2020, PL nº 1.636/2020, PL nº 1.892/2020, PL nº 1.924/2020, PL nº 1.944/2020, PL nº 1.970/2020, PL nº 2.145/2020, PL nº 2.154/2020, PL nº 2.285/2020, PL nº 2.286/2020, PL nº 3.072/2020, PL nº 3.219/2020, PL nº 3.441/2020, PL nº 3.453/2020, PL nº 3.504/2020, PL nº 3.885/2020, PL nº 3.970/2020, PL nº 4.167/2020, PL nº 4.344/2020, PL nº 4.433/2020, PL nº 4.571/2020, PL nº 4.574/2020, PL nº 5.648/2020, PL nº 39/2021, PL nº 97/2021, PL nº 113/2021, PL nº 377/2021, PL nº 394/2021, PL nº 774/2021, PL nº 1.302/2021, PL nº 1.719/2021, PL nº 1.729/2021, PL nº 2.018/2021, PL nº 2.054/2021, PL nº 2.536/2021, PL nº 2.620/2021, PL nº 2.792/2021, PL nº 3.052/2021, PL nº 3.106/2021, PL nº 3.162/2021, PL nº 3.194/2021, PL nº 3.323/2021, PL nº 4.291/2021, PL nº 4.523/2021, PL nº 4.557/2021, PL nº 373/2022, PL nº 392/2022, PL nº 440/2022, PL nº 489/2022, PL nº 866/2022, PL nº 1.258/2022, PL nº 1.359/2022, PL nº 1.524/2022, PL nº 2.072/2022, PL nº 2.104/2022, PL nº 2.503/2022, PL nº 2.826/2022, PL nº 164/2023, PL nº 706/2023, PL nº 760/2023, PL nº 1.075/2023, PL nº 1.126/2023, PL nº 1.424/2023, PL nº 1.443/2023, PL nº 1.650/2023, PL nº 2.042/2023, PL nº 2.067/2023, PL nº 2.936/2023, PL nº 3.006/2023, PL nº 3.009/2023, PL nº 3.256/2023, PL nº 3.134/2023, PL nº 3.256, de 2023, PL nº 3.657, de 2023, PL nº 3.733/2023, PL nº 3.935, de 2023, PL nº 3.991, de 2023

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Autor: SENADO FEDERAL - LUIZ PONTES

Relator: Deputado DUARTE

I - RELATÓRIO

O Projeto de Lei (PL) nº 7.419, de 2006, do Senado Federal, tem como objetivo alterar a Lei nº 9.656, de 1998, para garantir a cobertura,

pelas operadoras, das despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos, inclusive em unidades de terapia intensiva. Estão apensados a este PL os seguintes 279 projetos, que abordam a temática da Saúde Suplementar sob diversos aspectos. São eles:

1. O Projeto de Lei nº 71, de 2003, do Deputado Arlindo Chinaglia, dispõe sobre o reembolso, ao Poder Público, de valores correspondentes a seguro-saúde e outras modalidades de medicina de grupo, referentes a beneficiários atendidos, gratuitamente, na rede pública e no setor privado conveniado ou contratado.
2. O Projeto de Lei nº 156, de 2003, do Deputado Inocêncio Oliveira, acrescenta dispositivo à Lei nº 9.656, de 1998, para prever a possibilidade de escolha do profissional de saúde pelo beneficiário de plano de saúde.
3. O Projeto de Lei nº 311, de 2003, do Deputado Carlos Nader, altera o art. 12, II, f, da Lei nº 9.656, de 1998, para autorizar a cobertura de despesas de acompanhamento no caso de internação de idosos com mais de 65 anos.
4. O Projeto de Lei nº 1.349, de 2003, do Deputado João Paulo Gomes da Silva, dispõe sobre o ressarcimento à rede pública de saúde pelos planos e seguros de saúde privados.
5. O Projeto de Lei nº 1.603, de 2003, do Deputado Mário Heringer, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para restringir o descredenciamento de entidades hospitalares e profissionais de saúde, bem como proibir a recusa de credenciamento caso os profissionais estejam aptos para tanto.
6. O Projeto de Lei nº 1.777, de 2003, do Deputado André Luiz, dispõe sobre a proibição das empresas que gerenciam planos de saúde e afins solicitar de seus associados documentos de uso pessoal que não fazem prova de identidade.
7. O Projeto de Lei nº 2.474, de 2003, do Deputado Joaquim Francisco, estabelece o direito ao usufruto de planos de saúde pelo período correspondente ao período de carência efetivamente paga.
8. O Projeto de Lei nº 2.934, de 2004, da Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar denúncias de irregularidade na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para incluir como benefício do plano de saúde a assistência farmacêutica, a cobertura de internação hospital-dia e internação domiciliar, aluguéis e diárias e a cirurgia plástica reparadora para acidentes pessoais e reconstrução da mama,

além de criar o instituto da mobilidade, para garantir ao usuário o direito a mudança de plano.

9. O Projeto de Lei nº 3.058, de 2004, do Deputado Mário Heringer, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para obrigar as operadoras de planos de assistência à saúde a emitir relatório discriminando o valor cobrado pelo prestador, o reconhecido pela operadora, a glosa, os tributos e outros.
10. O Projeto de Lei nº 3.088, de 2004, do Deputado João Caldas, dispõe sobre a obrigatoriedade do atendimento médico-hospitalar em caráter de emergência e o ressarcimento ao estabelecimento privado das despesas pelas administradoras de planos e seguros de saúde e pelo SUS. Este projeto cria uma obrigação para as operadoras e para o SUS.
11. O Projeto de Lei nº 3.247, de 2004, do Deputado José Roberto Arruda, dispõe sobre o atendimento hospitalar em caráter de emergência e o ressarcimento obrigatório das despesas correspondentes pelas administradoras de planos e seguros de saúde e pelo SUS. Este projeto cria uma obrigação para as operadoras e para o SUS.
12. O Projeto de Lei nº 3.362, de 2004, do Deputado Walter Pinheiro, dispõe sobre o ressarcimento pelas operadoras e pelo SUS de despesas hospitalares a atendimentos em caráter de emergência. Este projeto cria uma obrigação para as operadoras e para o SUS.
13. O Projeto de Lei nº 3.708, de 2004, do Deputado João Campos, dispõe sobre o atendimento hospitalar em caráter de emergência e o ressarcimento obrigatório das despesas correspondentes pelas administradoras de planos e seguros de saúde e pelo SUS. Este projeto cria uma obrigação para as operadoras e para o SUS.
14. O Projeto de Lei nº 3.940, de 2004, do Deputado Dr. Pinotti, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer normas para o funcionamento das empresas operadoras de planos de saúde e o relacionamento entre operadoras, prestadores de serviços e usuários.
15. O Projeto de Lei nº 4.075, de 2004, do Deputado Mário Heringer, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para proibir o condicionamento do credenciamento e o referenciamento de profissionais e entidades de saúde a critérios econômicos próprios ou alheios.
16. O Projeto de Lei nº 4.164, de 2004, dos Deputados Rafael Guerra, Dr. Francisco Gonçalves e Geraldo Resende, altera a Lei nº 9.656, de 1998, a Lei dos planos de saúde, para definir amplitude de cobertura para realização de transplantes.

17. O Projeto de Lei nº 4.632, de 2004, do Deputado Jamil Murad, altera o art. 25 da Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que a empresa operadora de planos de saúde somente poderá interpor recurso administrativo mediante prévio depósito do valor da multa pecuniária.
18. O Projeto de Lei nº 6.125, de 2005, do Deputado João Mendes de Jesus, dispõe sobre o acompanhamento de paciente, criança ou idoso, durante internação hospitalar na Saúde Suplementar, bem como o direito de o acompanhante ter acesso à refeição custeada pelo Sistema Único de Saúde.
19. O Projeto de Lei nº 6.510, de 2006, do Deputado Ricarte de Freitas, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para definir a compensação de carteira dos planos de saúde para garantir a compensação financeira de despesas do usuário, quando em sua carteira/contrato não constar o plano de saúde a ele vinculado.
20. O Projeto de Lei nº 6.849, de 2006, do Deputado Carlos Nader, dispõe sobre a obrigatoriedade de hospitais particulares prestarem o primeiro atendimento médico aos pacientes que estejam em iminente risco de vida. Este projeto não se refere especificamente à Saúde Suplementar.
21. O Projeto de Lei nº 7.128, de 2006, do Senado Federal, altera os arts. 10 e 12 da Lei nº 9.656, de 1998, para acrescentar, entre as exigências mínimas dos planos que incluam internação hospitalar, a cobertura de despesas com procedimentos vinculados a transplantes de órgãos.
22. O Projeto de Lei nº 7.340, de 2006, do Deputado Ary Kara, autoriza o acompanhamento de enfermos internados em hospitais públicos e conveniados ao SUS e dá outras providências. Este Projeto não se refere a operadoras de planos de saúde. Diz respeito apenas aos pacientes do SUS (Hospitais próprios e conveniados).
23. O Projeto de Lei nº 7.600, de 2006, do Deputado Dr. Pinotti, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer normas para o atendimento dos usuários de planos de saúde, o ressarcimento de despesas quando o atendimento for realizado pelo SUS ou seus conveniados, a adoção do Cartão Nacional de Saúde, e a atualização e divulgação da TUNEP – Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos.
24. O Projeto de Lei nº 582, de 2007, da Deputada Alice Portugal, dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer.
25. O Projeto de Lei nº 590, de 2007, do Deputado Vinicius Carvalho, dispõe sobre o atendimento médico hospitalar em caráter de

emergência. Ele determina que as despesas decorrentes dos atendimentos de emergência aos pacientes do SUS em hospitais particulares serão ressarcidas pelo SUS a essas instituições, ou compensadas como débitos tributários contra a União. Este projeto não se refere especificamente à Saúde Suplementar.

26. O Projeto de Lei nº 664, de 2007, do Deputado Manoel Junior, obriga as empresas privadas que operem planos de assistência à saúde a disporem de centrais de atendimento funcionando durante as 24 horas do dia.
27. O Projeto de Lei nº 756, de 2007, da Deputada Solange Almeida, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para obrigar as empresas operadoras de planos de saúde a ressarcir as despesas com medicamentos em atendimento ambulatorial.
28. O Projeto de Lei nº 1.220, de 2007, do Deputado Jovair Arantes, dispõe sobre a elaboração de tabela de honorários médicos, odontológicos e de outros profissionais, como base mínima para contratos com as operadoras de planos de saúde.
29. O Projeto de Lei nº 1.942, de 2007, do Deputado Beto Faro, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para proibir a estipulação de prazo de carência para contratação de planos de saúde, ressalvando os dispositivos relativos às doenças e lesões preexistentes.
30. O Projeto de Lei nº 2.901, de 2008, do Deputado Arnon Bezerra, altera a Lei nº 9.656, de 1998, a fim de proibir período de carência para exames pré-natal e partos.
31. O Projeto de Lei nº 3.473, de 2008, do Deputado Paulo Magalhães, obriga as instituições de saúde ao atendimento de emergência de beneficiário sem exigência de comprovação de pagamento do respectivo plano de saúde.
32. O Projeto de Lei nº 4.016, de 2008, da Deputada Sueli Vidigal, dispõe sobre a obrigatoriedade de afixação de aviso sobre o direito do idoso de ter acompanhante nas Unidades de Saúde do SUS. Este Projeto se refere apenas a hospitais próprios ou conveniados com o SUS.
33. O Projeto de Lei nº 4.393, de 2008, da Deputada Vanessa Grazziotin, dispõe sobre a obrigatoriedade de ressarcimento das operadoras de planos de saúde ao Sistema Único de Saúde.
34. O Projeto de Lei nº 5.024, de 2009, do Deputado Clóvis Fecury, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para proibir as operadoras de exigirem autorização prévia para a realização de procedimentos prescritos por médico.

35. O Projeto de Lei nº 5.143, de 2009, do Deputado Waldir Neves, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para a inclusão da inscrição de filho adotivo, adotando e criança ou adolescente sob guarda, aproveitando os prazos de carência contratado pelo adotante ou guardião. Este Projeto visa a estender o direito da inscrição do filho adotivo, menor de 12 anos, ao adotando e à criança sob a guarda de beneficiários de planos de saúde.
36. O Projeto de Lei nº 5.730, de 2009, do Deputado Geraldo Resende, altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".
37. O Projeto de Lei nº 6.483, de 2009, do Deputado Augusto Carvalho, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer critérios para ressarcimentos efetuados pelas operadoras de planos de saúde às entidades prestadoras de serviços e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.
38. O Projeto de Lei nº 6.677, de 2009, do Deputado Leandro Sampaio, altera a redação do art. 30 da Lei nº 9.656, de 1998, para garantir ao empregado a manutenção do plano de saúde após sua demissão, sendo os custos divididos com o empregador durante seis meses.
39. O Projeto de Lei nº 6.821, de 2010, do Senado Federal, altera o art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, para permitir a cobertura de despesas de acompanhante de paciente idoso, regulamentando o art. 16 da Lei nº 10.741, de 2003.
40. O Projeto de Lei nº 7.590, de 2010, do Deputado Vital do Rêgo Filho, dispõe sobre a livre escolha do prestador de serviço ou profissional de saúde pelo usuário de planos privados de assistência à saúde.
41. O Projeto de Lei nº 7.594, de 2010, do Deputado Fábio Faria, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para permitir a inclusão de enteados como beneficiários.
42. O Projeto de Lei nº 7.762, de 2010, do Deputado Chico Lopes, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer que a recusa da operadora em realizar procedimentos, exames e internação deverá ser realizada por escrito e de forma justificada. Exige que as operadoras ofereçam aos usuários tanto os planos de saúde individuais quanto os coletivos e garanta a migração de plano coletivo para o individual nas mesmas condições do anterior.
43. O Projeto de Lei nº 8.048, de 2010, do Senado Federal, altera o art. 35-F da Lei nº 9.656, de 1998, para instituir política de assistência à saúde da criança e do adolescente no âmbito do Sistema de Saúde Suplementar.

44. O Projeto de Lei nº 394, de 2011, do Deputado Marcelo Aguiar, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer que a recusa de realização de procedimentos pelo plano de saúde deverá ser feita por escrito.
45. O Projeto de Lei nº 657, de 2011, do Deputado Carlos Eduardo Cadoca, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para proibir a limitação ao fornecimento de prótese, órtese e seus acessórios, quando necessários ao ato cirúrgico.
46. O Projeto de Lei nº 805, de 2011, do Deputado Manato, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para tornar obrigatória a cobertura, por entidade prestadora de serviço de saúde, do procedimento cirúrgico de gastroplastia.
47. O Projeto de Lei nº 1.076, de 2011, do Deputado Eduardo da Fonte, altera o inciso VI do art. 12 e os §§ 1º e 2º do art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, para obrigar as operadoras de planos de assistência à saúde a reembolsar os usuários pelo valor efetivamente pago, quando livremente escolhidos, e a manter o credenciamento de, no mínimo, três contratados, referenciados ou credenciados, por especialidade médica.
48. O Projeto de Lei nº 1.147, de 2011, do Deputado Rogério Carvalho, torna obrigatória a divulgação de que os planos de saúde são obrigados a ressarcir o Sistema Único de Saúde quando seus clientes são atendidos em unidades de saúde do SUS.
49. O Projeto de Lei nº 1.431, de 2011, do Deputado Felipe Bornier, acrescenta dispositivo à Lei nº 9.656, de 1998, para definir um limite de prazo para que a operadora analise e responda ao pedido de autorização para realização de procedimento eletivo.
50. O Projeto de Lei nº 1.647, de 2011, do Deputado Manato, dispõe sobre a divulgação de tabela de valores pagos de honorários médicos, odontológicos e de outros profissionais, pelas operadoras de planos de saúde.
51. O Projeto de Lei nº 1.677, de 2011, do Deputado Inocêncio Oliveira, modifica o § 1º do art. 16 da Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que a todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais do plano ou seguro privado de assistência à saúde, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações, bem como contenha lista de estabelecimentos, hospitais e profissionais credenciados ou conveniados, com as respectivas especialidades, endereços e telefones e o sítio da rede mundial de

computadores em que tais informações estejam obrigatoriamente disponíveis.

52. O Projeto de Lei nº 1.763, de 2011, do Deputado Reguffe, acrescenta o § 2º e o inciso I ao § 2º, ambos do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998, para assegurar aos beneficiários de planos de saúde coletivos, a permanência do direito ao atendimento à saúde, nos casos de inadimplência das operadoras com as empresas de planos de saúde, bem como possibilitar a migração desses beneficiários de planos coletivos para planos individuais de saúde, nas mesmas condições de cobertura.
53. O Projeto de Lei nº 2.066, de 2011, do Deputado Geraldo Resende, altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 1998, para tornar obrigatória a cobertura completa pelos planos de saúde de cirurgias para remoção de excesso de pele remanescente de cirurgia bariátrica e de cirurgias de transplante de fígado, coração, pâncreas e rins.
54. O Projeto de Lei nº 2.328, de 2011, do Deputado Reguffe, altera o inciso III do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, para assegurar a todos os beneficiários de planos de saúde o direito à cobertura total e integral de todos e quaisquer atendimentos e procedimentos médicos, custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em todas as modalidades que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo.
55. O Projeto de Lei nº 2.538, de 2011, da Deputada Dra. Elaine Abissamra, dispõe sobre a obrigatoriedade de os planos de saúde e seguros privados incluírem a vacinação nos planos ou seguros-referência.
56. O Projeto de Lei nº 2.645, de 2011, do Deputado Alberto Filho, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer que, nos contratos firmados entre operadoras e consumidores, constem os endereços de correspondência e eletrônicos, bem como telefones para contato da ANS e dos órgãos de defesa do consumidor.
57. O Projeto de Lei nº 2.734, de 2011, do Deputado João Dado, altera a Lei nº 9.961, de 2000, para definir como competência de a ANS regular aspectos relevantes dos contratos dos prestadores de serviços médicos e hospitalares.
58. O Projeto de Lei nº 2.981, de 2011, do Deputado Francisco Praciano, acrescenta o art. 10-B à Lei nº 9.656, de 1998, para estipular a obrigação das operadoras de planos de saúde repararem lesões decorrentes de atos cirúrgicos realizados sob cobertura plano.

59. O Projeto de Lei nº 2.982, de 2011, do Deputado Anthony Garotinho, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre o ressarcimento do atendimento médico de usuários de planos de saúde pela rede pública.
60. O Projeto de Lei nº 3.087, de 2012, do Senado Federal, altera a Lei nº 8.080, de 1990, para tornar explícito que a gratuidade é um princípio do Sistema Único de Saúde e para vedar a cobrança, por parte das unidades da rede própria do SUS, pela execução de ações de saúde. Este Projeto não se refere especificamente à Saúde Suplementar.
61. O Projeto de Lei nº 3.285, de 2012, do Deputado Amauri Teixeira, dispõe sobre a proibição das Seguradoras de planos de saúde estabelecerem limites de gastos com internação.
62. O Projeto de Lei nº 3.346, de 2012, da Deputada Erika Kokay, acrescenta o art. 135-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 1940 – Código Penal. Tipifica como crime a recusa ou protelação de atendimento médico. Este projeto não se refere especificamente à Saúde Suplementar.
63. O Projeto de Lei nº 3.675, de 2012, do Senado Federal, acrescenta art. 1º-A à Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer princípios a serem observados na atenção à saúde prestada no âmbito dos planos privados de assistência à saúde. A proposição busca trazer para os planos privados de assistência à saúde princípios fundamentais, para garantir o direito dos usuários à atenção à saúde de qualidade.
64. O Projeto de Lei nº 3.949, de 2012, do Deputado Edmar Arruda, altera o texto da Lei nº 9.656, de 1998, para tratar dos serviços assistenciais vinculados a sindicatos, para garantir que eles sejam dispensados de registro na ANS.
65. O Projeto de Lei nº 4.036, de 2012, da Deputada Nilda Gondim, obriga as operadoras de planos privados de assistência à saúde a disponibilizar individualmente aos segurados informações sobre o descredenciamento de hospitais, clínicas e médicos e atualização dos dados de sua rede assistencial em tempo real.
66. O Projeto de Lei nº 4.077, de 2012, do Deputado Giroto, acrescenta o art. 12-A à Lei nº 9.656, de 1998, para obrigar as operadoras de planos de saúde a apresentarem justificativa detalhada quando negarem cobertura a algum beneficiário.
67. O Projeto de Lei nº 4.201, de 2012, do Deputado Eduardo da Fonte, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para prever que nos contratos coletivos o reajuste dependerá de prévia autorização da ANS e que a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato só ocorra em caso de

fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

68. O Projeto de Lei nº 4.402, de 2012, do Deputado Zoinho, acrescenta dispositivo à Lei nº 9.656, de 1998, para assegurar direitos dos dependentes maiores de 21 anos e menores de 24 anos, matriculados em curso regular reconhecido pelo MEC.
69. O Projeto de Lei nº 4.726, de 2012, do Deputado Eleuses Paiva, suprime o inciso III do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998, que institui o plano-referência de assistência à saúde. Desse modo, passa a prever a cobertura à reprodução humana assistida pelos planos de saúde
70. O Projeto de Lei nº 4.990, de 2013, do Deputado Major Fábio, altera a Lei nº 9.656, de 1998. Estabelece que os planos de saúde cobrirão as despesas de acompanhantes, no caso de pacientes menores de 18 anos e maiores de 60, inclusive as relativas à alimentação.
71. O Projeto de Lei nº 5.152, de 2013, do Deputado Major Fábio, acrescenta parágrafo ao art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer obrigatoriedade de comunicação aos usuários de planos e seguros de saúde sobre descredenciamento de instituições e profissionais.
72. O Projeto de Lei nº 5.715, de 2013, do Deputado Reguffe, altera o parágrafo único do art. 13 e § 2º do art. 35-E, ambos da Lei nº 9.656, de 1998, para assegurar que os planos de saúde coletivos ou empresariais com até cem beneficiários tenham o mesmo tratamento legal que os planos de saúde individuais, e que a aplicação da cláusula de reajuste das contraprestações dependa de prévia aprovação da ANS.
73. O Projeto de Lei nº 5.912, de 2013, do Deputado Márcio França, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre os direitos básicos do consumidor de planos e seguros privados de assistência à saúde.
74. O Projeto de Lei nº 5.963, de 2013, do Deputado Rogério Peninha Mendonça, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para incluir na cobertura dos planos de saúde os custos com a habilitação ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação (CNH).
75. O Projeto de Lei nº 6.067, de 2013, do Deputado Antonio Carlos Mendes Thame, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que, para fins do disposto na Lei, são equivalentes os direitos e deveres de pessoas físicas e jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde (questão de rescisão e de reajuste).

76. O Projeto de Lei nº 6.436, de 2013, do Deputado Major Fábio, obriga as operadoras de planos ou Seguros de Assistência à Saúde a buscarem vagas em suas unidades conveniadas, dentro das especialidades oferecidas em seus contratos, bem como a se responsabilizarem pela remoção, da sua origem até a unidade portadora de vaga, dos pacientes que corram risco de morte, quando impossibilitados de o fazerem por conta própria.
77. O Projeto de Lei nº 6.714, de 2013, do Deputado Ivan Valente, altera a Lei nº 9.961, de 2000, que cria a ANS, para exigir prévia autorização da ANS no caso de reajustes de planos ou seguros coletivos de saúde.
78. O Projeto de Lei nº 6.715, de 2013, do Deputado Ivan Valente, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para exigir prévia autorização da ANS no caso de reajustes de planos ou seguros coletivos de saúde.
79. O Projeto de Lei nº 6.819, de 2013, do Deputado Júlio Campos, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para obrigar a comunicação da cessação do credenciamento de profissionais pelo plano de saúde.
80. O Projeto de Lei nº 7.111, de 2014, do Deputado Jovair Arantes, acrescenta o art. 16-A à Lei nº 9.656, de 1998, para explicitar a nulidade de pleno direito de cláusula contratual excludente de cobertura securitária em caso de lesões autoinfligidas, decorrentes ou não de tentativa de suicídio.
81. O Projeto de Lei nº 7.142, de 2014, do Deputado Danilo Forte, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para exigir a autorização prévia da ANS para o reajuste de preços dos planos e seguros de saúde coletivos.
82. O Projeto de Lei nº 7.694, de 2014, do Deputado Carlos Bezerra, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer que o aposentado que contribuir pelo prazo mínimo de 5 anos para o plano de saúde da empresa tenha assegurado o direito de manutenção como beneficiário.
83. O Projeto de Lei nº 7.844, de 2014, dos Deputados Rogério Carvalho e Ricardo Izar, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre a indicação de órteses, próteses, materiais especiais aos profissionais médicos ou clínicas, com referências baseadas em evidências, práticas cientificamente reconhecidas e autorização pela vigilância sanitária. Este Projeto de Lei determina que as operadoras de planos de saúde deverão indicar ao médico três modelos de órteses, próteses e materiais especiais, e que estes poderão rejeitar a indicação, mediante justificção.
84. O Projeto de Lei nº 7.914, de 2014, do Deputado Felipe Bornier, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para obrigar o atendimento aos portadores de obesidade mórbida.

85. O Projeto de Lei nº 69, de 2015, do Deputado Pompeo de Mattos, acrescenta inciso IV ao art. 18 da Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer prazo de até 15 dias úteis entre a marcação da consulta e o atendimento médico ou marcação e realização de um exame.
86. O Projeto de Lei nº 121, de 2015, do Deputado Juscelino Rezende Filho, suprime o inciso III do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998, que institui o plano-referência de assistência à saúde. Assim, prevê a cobertura à reprodução humana assistida pelos planos de saúde.
87. O Projeto de Lei nº 176, de 2015, do Deputado Zeca Cavalcanti, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para conceder desconto progressivo nas mensalidades para o usuário do plano de saúde que utiliza com pouca frequência os serviços contratados da Saúde Suplementar.
88. O Projeto de Lei nº 1.039, de 2015, do Deputado Ronaldo Martins, dá nova redação ao parágrafo único, incisos II e III, e acrescenta parágrafo 2º ao art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998, na forma que indica, para alterar o prazo para a rescisão unilateral do contrato.
89. O Projeto de Lei nº 1.159, de 2015, do Deputado Carlos Bezerra, altera a redação do art. 96 da Lei nº 10.741, de 2003, para estabelecer criar penalidade para aquele que impedir ou dificultar pessoa idosa de contratar plano de saúde em virtude do resultado de perícia ou exame prévio.
90. O Projeto de Lei nº 1.272, de 2015, do Deputado Carlos Bezerra, acresce dispositivo à Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que a Defensoria Pública tem legitimidade para propor ação civil pública, cautelar ou principal, e todas das espécies de ações capazes de propiciar a adequada tutela dos direitos difusos, coletivos ou individuais de consumidores ou beneficiários de planos privados de assistência à saúde.
91. O Projeto de Lei nº 1.564, de 2015, da Deputada Maria do Rosário, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer que as operadoras de planos privados de assistência à saúde ofereçam tratamento em clínicas e hospitais psiquiátricos especializados no cuidado e cura de dependências químicas.
92. O Projeto de Lei nº 1.948, de 2015, do Deputado Vinicius Carvalho, altera a lei sobre planos e seguros privados de saúde, para determinar a obrigatoriedade de instalação de postos de atendimento pelas operadoras, bem como atendimento telefônico 24 horas.
93. O Projeto de Lei nº 1.992, de 2015, do Deputado Fábio Mitidieri, altera a Lei nº 9.656, de 1998, com a finalidade de proibir discriminação entre clientes consumidores dos planos de saúde e particulares.

94. O Projeto de Lei nº 2.128, de 2015, do Tenente Lúcio, altera os artigos 15 e 16 da Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que não é permitida a variação das contraprestações pecuniárias para os planos e seguros de saúde em razão da idade do consumidor.
95. O Projeto de nº 2.274, de 2015, do Deputado Rogério Rosso, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre a aplicação da cláusula de reajustes dos planos e seguros privados de assistência à saúde.
96. O Projeto de Lei nº 2.295, de 2015, do Deputado Rodrigo Garcia, estabelece diretrizes gerais para política de reajustes do setor de Saúde Suplementar, visando à proteção dos direitos dos consumidores e à coexistência sustentável de planos de saúde individuais e de planos ou seguros coletivos de saúde.
97. O Projeto de Lei nº 2.344, de 2015, do Deputado Odorico Monteiro, inclui o artigo 18-A na Lei 8.080, de 1990. Obriga os hospitais públicos a informar os planos de saúde sobre a realização de procedimento em consumidor de plano de saúde, para que a operadora promova, se possível, a remoção do paciente, e evite a necessidade de ressarcimento ao SUS.
98. O Projeto de Lei nº 2.504, de 2015, da Comissão Especial destinada a analisar e apresentar propostas com relação à partilha de recursos públicos e respectivas obrigações da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal (Pacto Federativo), permite que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios sejam ressarcidos pelos planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de atendimento dos respectivos segurados.
99. O Projeto de Lei nº 2.582, de 2015, do Deputado Ronaldo Carletto, altera a Lei nº 9.656, de 1998. Este Projeto veda a cobrança direta de valores do usuário por parte de prestador de serviço ou de profissional de saúde, a título de complemento para serviços cobertos pelo plano de saúde.
100. O Projeto de Lei nº 2.608, de 2015, do Deputado Luiz Carlos Ramos, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para propor tabela de descontos progressivos incidentes sobre contratos de planos de saúde dos segurados que se absterem de utilizá-lo ao longo da vigência anual.
101. O Projeto de Lei nº 2.949, de 2015, do Deputado Domingos Sávio, acrescenta art. 15-A à Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que os reajustes dos valores dos planos de saúde contratados por aposentados pelo Regime Geral de Previdência Social não poderão ultrapassar o reajuste percentual de seus proventos de aposentadoria,

e que o valor referente a essa diferença constituirá crédito pecuniário em favor da operadora contratada junto ao governo federal.

102. O Projeto de Lei nº 3.223, de 2015, do Deputado Lucas Vergilio, regulamenta a atividade e a profissão de Corretor de Planos Privados de Saúde Suplementar.
103. O Projeto de Lei nº 4.043, de 2015, do Deputado Marcelo Belinati, dá nova redação ao § 1º do art. 31 da Lei nº 9.656, de 1998, para garantir que as condições assumidas pelo empregado exonerado sem justa causa e pelo aposentado sejam as mesmas da empresa anteriormente ao fim do contrato. Com isso, o Parlamentar almeja que as operadoras de planos de saúde não aumentem o preço da mensalidade cobrada dos beneficiários, para dificultar a sua continuidade no plano.
104. O Projeto de Lei nº 4.097, de 2015, do Deputado Marcelo Belinati, determina que os hospitais integrantes do SUS realizem convênios para que os órgãos de assistência social providenciem alimentação e hospedagem para os acompanhantes de internados carentes que residam a mais de 50 km de distância, enquanto durar a internação. Este Projeto não se refere a operadoras de planos de saúde. Diz respeito apenas aos pacientes do SUS (Hospitais próprios e conveniados).
105. O Projeto de Lei nº 4.113, de 2015, da Deputada Gorete Pereira, altera a Lei nº 9.656, de 1998, e a Lei nº 9.961, de 2000, para destinar ao Fundo Nacional de Saúde a receita proveniente das multas aplicadas pela ANS.
106. O Projeto de Lei nº 4.294, de 2016, da Deputada Erika Kokay, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para tratar da cobertura pelos planos de saúde de órteses e próteses para correção de problemas auditivos e de consultas fonoaudiológicas em número ilimitado.
107. O Projeto de Lei nº 4.404, de 2016, do Deputado Herculano Passos, dispõe sobre a obrigatoriedade e cobertura da vacina contra HPV pelos planos de saúde.
108. O Projeto de Lei nº 4.477, de 2016, do Deputado Weverton Rocha, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para considerar obrigatória a cobertura de teste sorológico para Zika vírus.
109. O Projeto de Lei nº 4.478, de 2016, da Comissão de Legislação Participativa, dispõe sobre a inclusão do tratamento do tabagismo entre as coberturas obrigatórias dos contratos de planos de saúde.

110. O Projeto de Lei nº 4.485, de 2016, do Deputado Nilto Tatto, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para incluir cobertura de exames, diagnósticos e tratamentos de epidemias de dengue, chikungunya e zika.
111. O Projeto de Lei nº 4.644, de 2016, do Deputado Flavinho, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para garantir aos membros de associações civis e religiosas o direito à adesão aos planos de saúde coletivos empresariais ou coletivos por adesão de que participem as instituições que integrem.
112. O Projeto de Lei nº 4.729, de 2016, do Deputado Carlos Henrique Gaguim, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para extinguir a carência para cobertura de parto por planos de saúde para gravidez de risco.
113. O Projeto de Lei nº 4.748, de 2016, do Deputado Vinicius Carvalho, veda aos planos e seguros privados de assistência à saúde o estabelecimento de grau mínimo para autorização de cirurgias corretivas de miopia, hipermetropia e astigmatismo.
114. O Projeto de Lei nº 4.787, de 2016, do Deputado Uldurico Junior, acrescenta parágrafo único ao art. 186 da Lei nº 10.406, de 2002. Considera como dano moral a negativa de cobertura, sem justa causa, por planos de saúde.
115. O Projeto de Lei nº 5.069, de 2016, do Senado Federal, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para, em caso de morte do titular de plano privado de assistência à saúde, assegurar aos dependentes o direito à manutenção das condições contratuais e à redução proporcional da contraprestação pecuniária.
116. O Projeto de Lei nº 5.113, de 2016, dos Deputados Marcelo Squassoni e Celso Russomanno, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para propor a adoção de medidas para impedir a discriminação das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos pelos planos de Saúde.
117. O Projeto de Lei nº 5.126, de 2016, do Deputado Geraldo Resende, altera as Leis nºs 8.069, de 1990, e 9.656, de 1998, para tratar do direito de acesso aos métodos de diagnóstico e ao tratamento integral no âmbito do Sistema Único de Saúde, e à sorologia nos planos de seguros privados de saúde.
118. O Projeto de Lei nº 5.191, de 2016, do Deputado José Stédile, dispõe sobre o direito a acompanhamento pela pessoa hospitalizada. Este Projeto estende a todas as pessoas hospitalizadas o direito à presença de acompanhante em tempo integral e não se refere apenas a internações custeadas por planos de saúde, mas àquelas realizadas em qualquer instituição de internação (pública ou privada).

119. O Projeto de Lei nº 5.286, de 2016, do Deputado Rodrigo Martins, altera a Lei nº 9.656 de 1998, para modificar o prazo para a rescisão unilateral do contrato por parte das operadoras.
120. O Projeto de Lei nº 5.532, de 2016, do Deputado Antonio Carlos Mendes Thame, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para garantir que o valor integral assumido pelo empregado exonerado sem justa causa e pelo aposentado seja o mesmo pago pela empresa anteriormente ao fim do contrato. Com isso, o Parlamentar almeja que as operadoras de planos de saúde não aumentem o preço da mensalidade cobrada dos beneficiários, para dificultar a sua continuidade no plano.
121. O Projeto de Lei nº 5.622, de 2016, do Deputado Rubens Bueno, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer regras mais rígidas quanto à regulação dos planos de saúde coletivos (questão do reajuste diferenciado para individuais e coletivos é abordada).
122. O Projeto de Lei nº 5.779, de 2016, do Deputado Simão Sessim, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para garantir tratamento diferenciado às operadoras de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão.
123. O Projeto de Lei nº 5.910, de 2016, do Deputado Rafael Motta, altera o caput do art. 16 da Lei nº 10.741, de 2003 (Estatuto do Idoso), para garantir à pessoa idosa o direito a acompanhante em unidades de terapia intensiva. Este Projeto não se refere apenas a internações custeadas por planos de saúde, mas àquelas realizadas em qualquer instituição de internação.
124. O Projeto de Lei nº 6.033, de 2016, da Comissão de Legislação Participativa, altera a alínea “f” do inciso II, do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer periodicidade para atualização do Rol de Procedimentos da ANS.
125. O Projeto de Lei nº 6.175, de 2016, do Deputado Rafael Motta, altera o art. 32, da Lei nº 9.656, de 1998, para que o ressarcimento feito pelas operadoras de planos de saúde ao SUS seja feito diretamente ao ente federativo que prestou o serviço.
126. O Projeto de Lei nº 6.455, de 2016, do Deputado Cabo Sabino, dispõe sobre a obrigatoriedade das operadoras de planos de saúde a avisar previamente e individualmente aos consumidores sobre o descredenciamento de hospitais e médicos.
127. O Projeto de Lei nº 6.941, de 2017, da Deputada Jozi Araújo, altera a Lei nº 9.656, de 1998, acrescentando as definições dos tipos de contratações dos planos privados de assistência à saúde e estabelece

obrigações para administradoras e operadoras de planos de assistência à saúde.

128. O Projeto de Lei nº 6.948, de 2017, do Deputado Professor Victório Galli, acrescenta o parágrafo único ao art. 27 da Lei nº 9.656, de 1998. Determina que a ANS poderá, após analisar a conveniência e a oportunidade, converter a penalidade pecuniária em prestação de serviços em saúde pública pela operadora de planos privados.
129. O Projeto de Lei nº 7.175, de 2017, do Deputado Veneziano Vital do Rêgo, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para garantir que as mulheres que estejam até na 18ª semana de gestação que contratem planos de saúde hospitalares com cobertura obstétrica tenham direito a atendimento integral, inclusive à realização de cirurgias, em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional em situações de urgência.
130. O Projeto de Lei nº 7.501, de 2017, do Deputado Benjamin Maranhão, altera a Lei nº 8.078, de 1990, para vedar que o prestador de serviço e o profissional de saúde contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde pratique a diferenciação da agenda para pacientes de planos de saúde e pacientes particulares, assim chamados os que pagam com recurso próprio e direto.
131. O Projeto de Lei nº 7.589, de 2017, do Deputado Pastor Luciano Braga, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para garantir o direito à inscrição de dependente sujeito à guarda ou a tutela do beneficiário, bem como o alimentando.
132. O Projeto de Lei nº 7.675, de 2017, do Deputado Pastor Luciano Braga, dá nova redação ao § 3º do art. 33, da Lei nº 8.069, de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente – para assegurar ao dependente sob condição de guarda o direito à inscrição em Plano de Saúde e concessão de benefícios tributários.
133. O Projeto de Lei nº 7.865, de 2017, do Deputado Alfredo Nascimento, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para tornar obrigatória a cobertura, pelo plano referência e pela segmentação que inclua internação hospitalar, da assistência em regime de hospital-dia e da internação domiciliar.
134. O Projeto de Lei nº 7.947, de 2017, da Deputada Renata Abreu, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que o estabelecimento de saúde credenciado que não executar determinado procedimento ou serviço deverá informar o consumidor dessa restrição.
135. O Projeto de Lei nº 8.108, de 2017, do Deputado Vaidon Oliveira, estabelece prazo para que operadores de planos de saúde e

delegatários de serviços públicos de saúde garantam o acesso a serviços e procedimentos de saúde. Este projeto cria uma obrigação para as operadoras e para o SUS.

136. O Projeto de Lei nº 8.163, de 2017, do Deputado Heuler Cruvinel, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para tratar da cobertura na íntegra do plano de saúde e seguro-saúde ao beneficiário durante o período de seguro-desemprego.
137. O Projeto de Lei nº 8.264, de 2017, do Deputado Chico Lopes, altera os artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que as coberturas do tratamento domiciliar sejam feitas independentemente de previsão contratual.
138. O Projeto de Lei nº 8.276, de 2017, do Deputado Veneziano Vital do Rêgo, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para padronizar a data de reajuste das contraprestações pecuniárias devidas aos planos e seguros privados de assistência à saúde.
139. O Projeto de Lei nº 8.396, de 2017, do Deputado Flavinho, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre os critérios de reajuste de preço, nos contratos individuais e coletivos, dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, e para criar mecanismos de regulação para o controle da demanda dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.
140. O Projeto de Lei nº 8.590, de 2017, do Deputado Jorge Côrte Real, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde forneçam resposta à solicitação de idosos para procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial no prazo máximo de doze horas.
141. O Projeto de Lei nº 8.608, de 2017, da Deputada Norma Ayub, dispõe sobre o ressarcimento a estabelecimentos de saúde públicos e privados de atendimentos de urgência e emergência por eles prestados. Este projeto não se refere especificamente à Saúde Suplementar.
142. O Projeto de Lei nº 8.900, de 2017, do Deputado Francisco Floriano, altera a Lei 9.656, de 1998, para prever a cobertura de internação domiciliar na modalidade home care.
143. O Projeto de Lei nº 8.942, de 2017, do Deputado Aureo, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para modificar as regras relativas à rescisão unilateral do contrato em caso de inadimplência.
144. O Projeto de Lei nº 9.253, de 2017, do Deputado Antônio Bulhões, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para permitir que as operadoras ofereçam planos individuais com direito a suspensão do contrato e

- isenção de carência na hipótese do restabelecimento, mediante oferta de mensalidade diferenciada.
145. O Projeto de Lei nº 9.343, de 2017, do Deputado Francisco Floriano, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para tratar da coparticipação nos casos de internação hospitalar.
 146. O Projeto de Lei nº 9.344, de 2017, do Deputado Francisco Floriano, altera a Lei nº 8.078, de 1990, para dispor sobre a cláusula de coparticipação do consumidor no custeio de internação hospitalar.
 147. O Projeto de Lei nº 9.537, de 2018, do Deputado Francisco Floriano, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre a legitimidade de beneficiário de plano de saúde coletivo por adesão contra rescisão contratual unilateral realizada pela operadora de assistência à saúde.
 148. O Projeto de Lei nº 9.701, de 2018, da Deputada Laura Carneiro e outro, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre o tratamento da obesidade no âmbito dos planos privados de assistência à saúde, obrigando a operadora a custear a internação de indivíduos com obesidade mórbida ou obesidade relacionada a comorbidades em estabelecimento de saúde médico especializado em emagrecimento, desde que haja indicação do médico assistente.
 149. O Projeto de Lei nº 9.720, de 2018, do Deputado Célio Silveira, acrescenta o artigo 10-C à Lei nº 9.656, de 1998, para incluir no rol de procedimentos de cobertura obrigatória a internação domiciliar - home care.
 150. O Projeto de Lei nº 9.925, de 2018, do Deputado Carlos Henrique Gaguim, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para obrigar as operadoras de planos de saúde a concederem descontos aos beneficiários que utilizarem com pouca frequência os serviços contratados.
 151. O Projeto de Lei nº 9.940, de 2018, do Senado Federal, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para descentralizar o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde.
 152. O Projeto de Lei nº 10.113, de 2018, do Deputado Francisco Floriano, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que os avós poderão ser dependentes dos planos de saúde dos netos, se houver paternidade socioafetiva.
 153. O Projeto de Lei nº 10.252, de 2018, do Deputado Victor Mendes, dispõe sobre a obrigatoriedade de funcionamento 24 horas por dia de uma central telefônica exclusiva para atendimento em caráter de urgência e emergência, pelas empresas de planos e seguros privados de assistência à saúde.

154. O Projeto de Lei nº 10.609, de 2018, do Deputado Adail Carneiro, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre a cobertura dos custos dos exames de saúde necessários para a concessão e renovação da Carteira Nacional de Habilitação.
155. O Projeto de Lei nº 10.700, de 2018, da Deputada Clarissa Garotinho, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que os reajustes para planos de saúde coletivos sejam regulados pela ANS.
156. O Projeto de Lei nº 10.960, de 2018, do Deputado Felipe Carreras, altera o art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, com a inclusão do inciso VIII ao art. 12, para tratar da cobertura de consultas, orientação, atendimento e acompanhamento por profissionais de Educação Física e Nutrição devidamente credenciado.
157. O Projeto de Lei nº 11.058, de 2018, do Deputado Júlio Delgado, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para vedar o uso do mecanismo de regulação financeira denominado franquias nos contratos de planos privados de assistência à saúde.
158. O Projeto de Lei nº 11.086, de 2018, do Deputado Marx Beltrão, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para obrigar as operadoras de planos de saúde, respeitada a segmentação contratada, a custear as despesas dos beneficiários com profissionais de educação física, conforme indicação de médico assistente.
159. O Projeto de Lei nº 283, de 2019, do Deputado Rubens Otoni, acrescenta dispositivos à Lei nº 9.656, de 1998, para determinar a nulidade de pleno direito de cláusula contratual excludente de cobertura securitária em caso de lesões auto infligidas, decorrentes ou não de tentativa de suicídio.
160. O Projeto de Lei nº 770, de 2019, do Deputado Geninho Zuliani, estabelece diretrizes gerais para política de reajustes do setor de Saúde Suplementar visando à proteção dos direitos dos consumidores e à coexistência sustentável de planos de saúde individuais e de planos ou seguros coletivos de saúde.
161. O Projeto de Lei nº 1.073, de 2019, do Deputado José Medeiros, altera as Leis nº 9.656, de 1998, e nº 9.961, de 2000, para dispor sobre a ampliação da cobertura assistencial ao recém-nascido.
162. O Projeto de Lei nº 1.080, de 2019, do Deputado Celso Sabino, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para obrigar as operadoras de planos de saúde, respeitada a segmentação contratada, a custear a realização de todos procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora para a retirada de excesso de pele em pacientes submetidos a gastroplastia, conforme indicação de médico assistente.

163. O Projeto de Lei nº 1.705, de 2019, da Deputada Erika Kokay, acrescenta parágrafo ao art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, para dispensar a obrigatoriedade de encaminhamento como condição de atendimento psicológico, garantindo a autonomia do usuário e do psicólogo.
164. O Projeto de Lei nº 2.320, de 2019, do Deputado Célio Studart, prevê multa às operadoras de planos de saúde que discriminarem idosos na cobrança de valores em razão da idade.
165. O Projeto de Lei nº 2.379, de 2019, do Deputado Severino Pessoa, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para limitar os períodos de carência de planos de assistência à saúde.
166. O Projeto de Lei nº 2.485, de 2019, do Deputado Acácio Favacho, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para vedar a suspensão ou rescisão unilateral de contratos nas hipóteses que menciona.
167. O Projeto de Lei nº 2.611, de 2019, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para obrigar as empresas de planos de saúde a oferecer e comercializar planos de saúde individuais aos consumidores.
168. O Projeto de Lei nº 2.640, de 2019, do Deputado Amaro Neto, altera as Leis 8.080, de 1990; 8.069, de 1990; 10.741, de 2003 e 9.656, de 1998, para determinar o fornecimento de alimentação a acompanhantes de parturientes, crianças e adolescentes e idosos internados em unidades de saúde públicas e privadas. Desse modo, este Projeto não se refere apenas a internações custeadas por planos de saúde, mas àquelas realizadas em qualquer instituição de internação.
169. O Projeto de Lei nº 2.698, de 2019, do Deputado Valtenir Pereira, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre o reembolso de despesas efetuadas no exterior de beneficiários cujos contratos previrem o reembolso das despesas efetuadas com prestadores não participantes da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada.
170. O Projeto de Lei nº 2.748, de 2019, dispõe sobre o atendimento a pessoas em situações de emergência. Refere-se ao ressarcimento pelo SUS e pelas operadoras aos hospitais privados que prestarem esse tipo de atendimento. Este projeto cria uma obrigação para as operadoras e para o SUS.
171. O Projeto de Lei nº 2.751, de 2019, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que as operadoras de planos de saúde se utilizem dos parâmetros da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos como limite mínimo na remuneração dos prestadores de serviços odontológicos.

172. O Projeto de Lei nº 2.770, de 2019, da Deputada Lídice da Mata, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor acerca das condições da rescisão unilateral do contrato de plano de saúde de beneficiário idoso por não-pagamento da mensalidade.
173. O Projeto de Lei nº 3.014, de 2019, da Deputada Lídice da Mata e outros, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar a obrigatoriedade da cobertura de atendimento domiciliar, independentemente de previsão contratual, quando houver indicação do médico assistente.
174. O Projeto de Lei nº 3.037, de 2019, do Deputado Rafael Mota, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para exigir da ANS autorização prévia do reajuste de preços dos planos e seguros de saúde coletivos e disponibilização de avaliação das operadoras.
175. O Projeto de Lei nº 3.104, de 2019, do Deputado Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr., altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre o ressarcimento pelas operadoras de planos de saúde dos serviços de atendimento prestados a seus beneficiários no âmbito do Sistema Único de Saúde e determinar que que 80% do valor ressarcido seja encaminhado ao ente prestador do serviço e 20% para o Fundo Nacional de Saúde.
176. O Projeto de Lei nº 3.175, de 2019, do Deputado Carlos Henrique Gaguim, dispõe sobre obrigatoriedade da classificação da cirurgia refrativa como procedimento reparador funcional.
177. O Projeto de Lei nº 3.196, de 2019, do Deputado Julio Cesar Ribeiro, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para tratar do reajuste dos valores de reembolso das despesas efetuadas com prestadores não participantes da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada.
178. O Projeto de Lei nº 3.218, de 2019, da Deputada Edna Henrique, dispõe sobre o direito do paciente vítima de acidente de trânsito que for socorrido por meio de helicópteros pelas equipes do Corpo de Bombeiros Militar ou do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência optar por ser encaminhado a hospitais privados. Este projeto não se refere especificamente à Saúde Suplementar.
179. O Projeto de Lei nº 3.275, de 2019, do Deputado Ruy Carneiro, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias de planos coletivos dependa de prévia aprovação da ANS.
180. O Projeto de Lei nº 3.392, de 2019, do Deputado Fábio Faria, a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre o atendimento médico na rede privada conveniada do SUS, com ou sem mediação judicial, quando as

disponibilidades do SUS forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial a pacientes portadores de moléstias graves e/ou com risco iminente de morte. Este projeto não se refere especificamente à Saúde Suplementar.

181. O Projeto de Lei nº 3.657, de 2019, do Senado Federal, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para isentar o beneficiário do cumprimento de períodos de carência nos casos de urgência e emergência, e para reduzir para cento e vinte dias o período de carência nas internações hospitalares.
182. O Projeto de Lei nº 3.918, de 2019, do Deputado Eli Borges, que altera a Lei nº 9.656, de 1998, e a Lei nº 8.080, de 1990, para garantir o reembolso pelas operadoras de consultas para pessoas com doenças degenerativas, na hipótese de indisponibilidade de prestadores na rede assistencial. O PL também determina que o SUS privilegie a formação de profissionais de saúde capacitados a assegurar qualidade da atenção à saúde das pessoas com doenças degenerativas. Este projeto não se refere especificamente à Saúde Suplementar.
183. O Projeto de Lei nº 3.935, de 2019, da Deputada Lídice da Mata, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar a disponibilização de boleto bancário como um dos meios de pagamento oferecido aos usuários.
184. O Projeto de Lei nº 4.410, de 2019, do Deputado Julio Cesar Ribeiro, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que é proibida a variação de custo das contraprestações aos consumidores com mais de sessenta anos.
185. O Projeto de Lei nº 4.460, de 2019, do Deputado Lincoln Portela, altera a Lei nº 8.078, de 1990, para configurar como prática abusiva a recusa indevida de cobertura por operadora de plano de saúde e assegurar o direito à reparação por danos morais ao consumidor lesado por essa prática.
186. O Projeto de Lei nº 4.608, de 2019, do Deputado Felipe Carreras, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que planos com até 30 pessoas sejam equiparados aos contratos individuais (para fins de reajuste).
187. O Projeto de Lei nº 4.941, de 2019, do Deputado Valdevan Noventa, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para tornar obrigatório o fornecimento de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas especificadas em regulamento.
188. O Projeto de Lei nº 5.332, de 2019, do Edna Henrique, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer regras de suspensão ou exclusão de beneficiários de planos coletivos.

189. O Projeto de Lei nº 5.346, de 2019, do Deputado Olival Marques, altera a redação da alínea "c", do inc. I, do art. 12, da Lei nº 9.656, de 1998, para garantir a cobertura de tratamentos domiciliares de uso oral.
190. O Projeto de Lei nº 5.793, de 2019, da Deputada Rejane Dias, dispõe sobre o direito dos pacientes internados a acompanhante em tempo integral. Este Projeto estende a todas as pessoas hospitalizadas o direito à presença de acompanhante em tempo integral e não se refere apenas a internações custeadas por planos de saúde, mas àquelas realizadas em qualquer instituição de internação (pública ou privada).
191. O Projeto de Lei nº 5.881, de 2019, do Deputado Weliton Prado, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para incluir, na cobertura de atendimento ambulatorial, os exames complementares solicitados por nutricionistas, quando necessários ao acompanhamento dietoterápico.
192. O Projeto de Lei nº 6.069, de 2019, do Deputado Felipe Carreras, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para assegurar aos dependentes o direito à manutenção das condições contratuais em caso da morte do titular de plano privado de assistência à saúde.
193. O Projeto de Lei nº 6.142, de 2019, do Deputado Coronel Tadeu, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade de os planos e seguros privados incluírem a vacinação nos planos ou seguros-referência.
194. O Projeto de Lei nº 6.448, de 2019, da Deputada Edna Henrique, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para vedar a diferenciação entre pacientes beneficiários de planos de saúde e particulares na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.
195. O Projeto de Lei nº 6.530, de 2019, do Deputado Juninho do Pneu, obriga as operadoras de planos de saúde a custear a realização de todos procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora submetidos à gastroplastia.
196. O Projeto de Lei nº 315, de 2020, do Deputado Marcelo Calero, altera as Leis nº 9.656, de 1998, e 9.797, de 1999, para dispor sobre a cirurgia plástica reconstrutiva da mama em casos de mutilação total ou parcial.
197. O Projeto de Lei nº 628, de 2020, do Deputado Léo Moraes, dispõe sobre a Saúde Suplementar, para estabelecer regras para os reajustes dos planos privados de assistência à saúde.
198. O Projeto de Lei nº 955, de 2020, do Deputado Wladimir Garotinho, dispõe sobre a cobertura obrigatória dos planos de saúde quando o paciente se enquadrar em doenças que são declaradas pandêmicas

pela Organização Mundial da Saúde, independente do seu grau de mortalidade.

199. O Projeto de Lei nº 1.070, de 2020, da Deputada Benedita da Silva, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para proibir reajustes de planos de saúde durante epidemias de grande proporção.
200. O Projeto de Lei nº 1.288, de 2020, da Deputada Mariana Carvalho e outros, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que durante o período de calamidade pública os planos de saúde não sejam suspensos ou rescindidos por falta de pagamento.
201. O Projeto de Lei nº 1.317, de 2020, do Deputado Zacharias Calil, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre regras de atendimento das operadoras de planos de saúde durante períodos de calamidade pública.
202. O Projeto de Lei nº 1.424, de 2020, do Deputado Flávio Nogueira, que altera a Lei nº 9.656, de 1998, para proibir a rescisão de contratos de planos de saúde durante epidemias ou pandemias de grandes proporções.
203. O Projeto de Lei nº 1.493, de 2020, do Deputado Felipe Carreras, que altera a Lei nº 9.656, de 1998, para vedar a rescisão ou suspensão nos casos de epidemias, pandemias ou calamidade pública decretada.
204. O Projeto de Lei nº 1.526, de 2020, do Deputado Valdevan Noventa, que altera a Lei nº 9.656, de 1998, para proibir a rescisão ou alteração prejudicial de contratos de planos de saúde por iniciativa da operadora, durante pandemias de grandes proporções.
205. O Projeto de Lei nº 1.636, de 2020, da Deputada Rejane Dias, que altera a Lei n. 9.656, de 1998, para dispor sobre a suspensão de carência nos planos de saúde privados de assistência à saúde em casos de pandemias.
206. O Projeto de Lei nº 1.892, de 2020, do Deputado Dr. Leonardo, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para que seja vedada a suspensão ou rescisão unilateral do contrato individual de Plano Privado de Assistência à Saúde, enquanto perdurar o Estado de Calamidade Pública relacionado à Covid-19.
207. O Projeto de Lei nº 1.924, de 2020, do Deputado Dr. Leonardo, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para tratar da renovação automática dos contratos de planos de saúde para dependentes.
208. O Projeto de Lei nº 1.944, de 2020, do Deputado Carlos Bezerra, que altera a Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer as pandemias, e internações decorrentes, como hipótese de urgência para fins de carência.

209. O Projeto de Lei nº 1.970, de 2020, do Deputado Eduardo da Fonte, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para exigir da ANS autorização prévia do reajuste de preços dos planos e seguros de saúde coletivos, para dispor sobre critérios de reajuste preço nos contratos individuais e coletivos e disponibilização de avaliação das operadoras.
210. O Projeto de Lei nº 2.145, de 2020, do Deputado Roberto Pessoa, visa a alterar a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que todos os profissionais de saúde tenham direito a desconto na contratação de plano de saúde.
211. O Projeto de Lei nº 2.154, de 2020, da Deputada Flávia Morais, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade de cobertura por parte de planos de assistência à saúde para exames de agentes patogênicos causadores de epidemias e pandemias.
212. O Projeto de Lei nº 2.285, de 2020, do Deputado Alexandre Frota, altera o artigo 12, item V, da Lei nº 9.656, de 1998, para revogar algumas carências em planos de saúde.
213. O Projeto de Lei nº 2.286, de 2020, do Deputado Alexandre Frota, estabelece a proibição da suspensão de contratos de planos de saúde, bem como sua utilização, por atrasos no pagamento das prestações inferiores a sessenta dias.
214. O Projeto de Lei nº 3.072, de 2020, do Deputado Hélio Leite, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para assegurar aos beneficiários de planos e seguros de saúde o direito de receber decisão fundamentada em caso de negativa de cobertura pelas respectivas operadoras; e a Lei nº 13.979, de 2020, para determinar às operadoras e seguradoras privadas de saúde a apresentação de planos de expansão de coberturas e leitos para o atendimento de seus beneficiários, em caso de diagnóstico da Covid-19.
215. O Projeto de Lei nº 3.219, de 2020, do Deputado David Soares, que altera a Lei nº 9.656, de 1998, para proibir as seguradoras de saúde de suspender ou rescindir contratos inadimplentes quando decretado estado de calamidade de saúde pública.
216. O Projeto de Lei nº 3.441, de 2020, do Deputado Nereu Crispim, propõe a cobertura de atendimento das academias de ginástica ou de quaisquer atividades físicas particulares pelos planos privados de assistência à saúde.
217. O Projeto de Lei nº 3.453, de 2020, do Deputado Alexandre Frota, proíbe a discriminação de gênero ou qualquer outra para a contratação de plano de saúde, seja individual ou coletivo.

218. O Projeto de Lei nº 3.504, de 2020, do Deputado Capitão Alberto Neto, que altera a Lei nº 9.656, de 1998, para proibir a rescisão de contratos de planos de saúde na vigência de estado de calamidade pública reconhecida pelo Congresso Nacional ou de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional declarada pelo Poder Executivo Federal.
219. O Projeto de Lei nº 3.885, de 2020, do Deputado Gervásio Maia e outros, que obriga as operadoras de planos de saúde privados a realizarem exames do teste sorológico para a Covid-19.
220. O Projeto de Lei nº 3.970, de 2020, da Deputada Lauriete, que altera a Lei nº 9.656, de 1998, para incluir a obrigatoriedade de realizar exames para realizar diagnóstico de Covid-19.
221. O Projeto de Lei nº 4.167, de 2020, do Deputado Juninho do Pneu, que obriga os planos de saúde a realizarem a cobertura dos testes de anticorpos para IgA, IgM e IgG pelo método de sorologia.
222. O Projeto de Lei nº 4.344, de 2020, da Deputada Maria Rosas, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para incluir no plano referência de assistência à saúde a cobertura para atendimento domiciliar.
223. O Projeto de Lei nº 4.433, de 2020, do Deputado Deuzinho Filho, que altera a Lei nº 9.656, de 1998 para incluir a cobertura de vacina contra o Covid-19 nos planos e seguros privados de assistência à saúde.
224. O Projeto de Lei nº 4.571, de 2020, do Deputado Luiz Lima, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para tratar da cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados por fisioterapeutas.
225. O Projeto de Lei nº 4.574, de 2020, da Deputada Carla Zambelli, dispõe sobre os prazos para autorização pelas operadoras de planos de saúde e entrega do resultado pelos laboratórios de exame RT-PCR para detecção do novo coronavírus.
226. O Projeto de Lei nº 5.648, de 2020, da Deputada Jéssica Sales, trata de acrescentar os artigos 11-A e 11-B à Lei 9.656, de 1998, para definir, primeiro, como prática abusiva, por parte das pessoas jurídicas de direito privado que operem planos de assistência à saúde, a negativa de cobertura de exames ou procedimentos prescritos por médico para preservar a saúde ou a vida do beneficiário, e, segundo, para estabelecer a impossibilidade dos planos privados de assistência à saúde em negarem cobertura de tratamentos, exames ou procedimentos prescritos por médico para preservar a saúde ou a vida do beneficiário.

227. O Projeto de Lei nº 39, de 2021, do Deputado Luiz Lima, altera a Lei nº 9.656, de 1998, e a Lei nº 9.797, de 1999, para assegurar a remoção e a substituição de implantes mamários utilizados para reconstrução ou simetrização no tratamento de mutilação decorrente de câncer quando ocorrerem complicações a eles relacionadas.
228. O Projeto de Lei nº 97, de 2021, do Deputado Alexandre Frota, determina a periodicidade anual para reajustes de Planos de Saúde, sem que haja a possibilidade de exceções.
229. O Projeto de Lei nº 113, de 2021, do Deputado Alexandre Frota, que obriga a todas as empresas de Planos Privados de Assistência de Saúde o atendimento dos casos de Covid-19 para todos os seus consumidores e contratantes.
230. O Projeto de Lei nº 377, de 2021, do Deputado Luizão Goulart, dispõe sobre o direito do paciente que for atendido pelas equipes de socorro das polícias, do Corpo de Bombeiros ou do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de optar por ser encaminhado a estabelecimentos de pronto atendimento privados. Este projeto não se refere especificamente à Saúde Suplementar.
231. O Projeto de Lei nº 394, de 2011, do Deputado Marcelo Aguiar, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer que a recusa de realização de procedimentos pelo plano de saúde deverá ser feita por escrito.
232. O Projeto de Lei nº 774, de 2021, do Deputado Carlos Henrique Gaguim, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que nos contratos de planos de saúde que incluam o atendimento ambulatorial e/ou hospitalar seja garantida cobertura de vacinas para os beneficiários.
233. O Projeto de Lei nº 1.302, de 2021, do Deputado Hildo Rocha, que a Lei nº 9.656, de 1998, para garantir a cobertura do atendimento fisioterápico a beneficiários de planos de saúde com Covid-19 ou recuperados desta doença.
234. O Projeto de Lei nº 1.719, de 2021, do Deputado Carlos Bezerra, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que nos contratos de planos de saúde que incluam o atendimento ambulatorial e/ou hospitalar seja garantida a cobertura da criopreservação de óvulos de pacientes com prognóstico de falência ovariana.
235. O Projeto de Lei nº 1.729, de 2021, do Deputado Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr., altera a Lei nº 9.656, de 1998, para tornar obrigatório o registro na ANS dos contratos de plano privado de assistência à saúde.

236. O Projeto de Lei nº 2.018, de 2021, do Deputado Leonardo Gadelha, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para incluir as vacinas no plano-referência de assistência à saúde das operadoras de planos de saúde.
237. O Projeto de Lei nº 2.054, de 2021, do Deputado Carlos Henrique Gaguim, que altera a Lei nº 9.656, de 1998, para garantir a cobertura de consultas e procedimentos de reabilitação de complicações ou sequelas decorrentes da Covid-19.
238. O Projeto de Lei nº 2.536, de 2021, do Deputado Ricardo Silva, que dispensa de carência para a contratação de planos e seguros privados de assistência à saúde as pessoas com complicações graves ou sequelas permanentes decorrentes da Covid-19.
239. O Projeto de Lei nº 2.620, de 2021, do Deputado Da Vitória, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para vedar o reajuste por sinistralidade e determinar a sua substituição pelos índices da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
240. O Projeto de Lei nº 2.792, de 2021, do Deputado Carlos Henrique Gaguim, tem como objetivo alterar a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que as operadoras de planos privados de assistência à saúde custeiem o tratamento de beneficiários com Covid-19, independentemente do cumprimento dos prazos de carência.
241. O Projeto de Lei nº 3.052, de 2021, do Deputado Coronel Tadeu, visa a modificar a Lei nº 9.656, de 1998, para autorizar a prestação de serviços de saúde como alternativa de pagamento de dívidas do ressarcimento pelas operadoras de planos de saúde ao Sistema Único de Saúde.
242. O Projeto de Lei nº 3.106, de 2021, do Deputado Cássio Andrade, dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação de número telefônico para atendimento ininterrupto por parte das operadoras de planos de assistência à saúde para a solução e encaminhamento de demandas dos advogados procuradores de seus consumidores.
243. O Projeto de Lei nº 3.162, de 2021, do Deputado Adolfo Viana, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre a divulgação pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde de informações atualizadas dos prestadores de serviços de saúde contratados, referenciados ou credenciados.
244. O Projeto de Lei nº 3.194, de 2021, do Deputado Filipe Barros, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre a cobertura de medicamentos no âmbito da Saúde Suplementar.
245. O Projeto de Lei nº 3.323, de 2021, do Deputado Charles Fernandes, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para modificar os prazos de carência,

- inclusive os relacionados ao atendimento de casos de urgência e emergência.
246. O Projeto de Lei nº 4.291, de 2021, do Deputado Carlos Bezerra, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para tratar da prestação de serviço de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher.
 247. O Projeto de Lei nº 4.523, de 2021, da Deputada Tabata Amaral, altera a Lei nº 9.961, de 2000, para explicitar a competência da ANS de fiscalizar os serviços de saúde próprios mantidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.
 248. O Projeto de Lei nº 4.557, de 2021, do Deputado Carlos Bezerra, visa acrescentar dispositivo na Lei nº 9.656, de 1998, para que o prazo de prescrição decenal do Código Civil se aplique às pretensões de cobrança de reembolso por despensas médico-hospitalares contra operadoras de planos privados de assistência à saúde.
 249. O Projeto de Lei nº 373, de 2022, do Deputado Luiz Antonio Corrêa, que tem como objetivo alterar a Lei nº 9.656, de 1998, para obrigar as operadoras de planos de saúde a autorizarem em no máximo 2 horas a realização de exames diagnósticos indicados pelo médico solicitante como urgência e emergência.
 250. O Projeto de Lei nº 392, de 2022, da Deputada Natália Bonavides, que tem como objetivo alterar a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que a responsabilidade das operadoras é objetiva e solidária por danos causados por profissionais e estabelecimentos próprios ou credenciados; estabelecer que o fornecimento de medicações aplicadas em home care e outras listadas no Rol não são excluídas das coberturas dos planos de saúde; e lista uma série de causas contratuais vedadas nesse tipo de relação.
 251. O Projeto de Lei nº 440, de 2022, do Deputado Alexandre Frota, tem como objetivo dispor sobre a obrigatoriedade de que os hospitais públicos e privados que mantenham unidades de tratamento intensivo (UTI) disponibilizem meios para que os parentes próximos possam acompanhar o parente ali internado de forma presencial.
 252. O Projeto de Lei nº 489, de 2022, do Deputado Igor Kannário, tem como objetivo alterar a Lei nº 9.656, de 1998, para garantir a cobertura pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde de sessões com psicólogos em número ilimitado.
 253. O Projeto de Lei nº 866, de 2022, do Deputado Frederico Jr., tem como objetivo alterar a Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer que o consumidor usuário de plano de saúde não poderá ser discriminado ou

atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes que remuneraram diretamente o prestador de serviço.

254. O Projeto de Lei nº 1.258, de 2022, da Deputada Aline Sleutjes, tem como objetivo alterar a Lei nº 9.656, de 1998, para vedar a coparticipação em procedimentos de diálise peritoneal e hemodiálise.
255. O Projeto de Lei nº 1.359, de 2022, do Deputado Celso Russomanno, tem como objetivo alterar a Lei nº 9.961, de 2000, para determinar que a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias de planos coletivos dependa de prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre a suspensão ou rescisão unilateral do contrato de planos de contratação coletiva.
256. O Projeto de Lei nº 1.524, de 2022, da Deputada Rejane Dias, tem como objetivo alterar a Lei nº 9.656, de 1998, e a Lei nº 9.961, de 2000, para vedar qualquer tipo de aumento nos planos de saúde acima do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA e dá outras providências.
257. O Projeto de Lei nº 2.072, de 2022, do Deputado Giovani Feltes, que tem como objetivo alterar a Lei nº 8.069, de 1990, para disciplinar a permanência de acompanhantes de crianças e adolescentes internadas em estabelecimentos de saúde.
258. O Projeto de Lei nº 2.104, de 2022, do Deputado Dagoberto Nogueira, que altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade do envio de documento escrito ao beneficiário de planos privados de assistência à saúde com o motivo da negativa de procedimento ou serviço.
259. O Projeto de Lei nº 2.503, de 2022, do Deputado Luiz Antônio Corrêa, que dispõe sobre o direito de idosos, pessoas com demência e com transtorno do espectro autista terem acompanhante quando internados em unidades de saúde, bem como em UTI, SEMI UTI, BOX e enfermarias. Ele não se refere exclusivamente à Saúde Suplementar, mas abrange também o direito dos pacientes da rede pública e privada não vinculada aos planos de saúde.
260. O Projeto de Lei nº 2.826, de 2022, do Deputado Cleber Verde, que visa a alterar o art. 12, V, da Lei nº 9.656, de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para dispor sobre o prazo de carência após a assinatura do contrato.
261. O Projeto de Lei nº 164, de 2023, do Deputado Lebrão, tem como objetivo alterar a Lei nº 9.656, de 1998, para estabelecer regras para os reajustes dos planos privados de assistência à saúde.

262. O Projeto de Lei nº 706, de 2023, do Deputado Juninho do Pneu, que tem como objetivo dispor sobre a cobertura dos planos de saúde no tratamento domiciliar.
263. O Projeto de Lei nº 760, de 2023, do Deputado Jonas Donizette, tem como objetivo alterar a Lei nº 9.656, de 1998, para tratar da cobertura assistencial e da inscrição de recém-nascidos que se encontrem internados ou em tratamento médico indispensável à própria sobrevivência ou incolumidade.
264. O Projeto de Lei nº 1.075, de 2023, do Deputado Alberto Mourão, tem como objetivo alterar a Lei nº 8.080, de 1990, para incluir entre as fontes de financiamento do SUS os valores ressarcidos pelas operadoras de planos, pelos serviços de atendimento prestados aos seus consumidores no SUS.
265. O Projeto de Lei nº 1.126, de 2023, da Deputada Amália Barros e outros, tem como objetivo alterar a Lei nº 9.656, de 1998, para tratar da cobertura dos procedimentos clínicos ou cirúrgicos relacionados ao implante, ao ajuste ou ao explante de lentes esclerais ou próteses oculares para o olho atrófico, bem como do fornecimento desses produtos.
266. O Projeto de Lei nº 1.424, de 2023, da Deputada Maria Arraes, tem como objetivo alterar a Lei nº 9.961, de 2000, para estabelecer limite máximo do reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde.
267. O Projeto de Lei nº 1.443, de 2023, do Deputado Jonas Donizette, tem como objetivo alterar a Lei nº 9.656, de 1998, para tratar da cobertura das técnicas de reprodução humana assistida.
268. O Projeto de Lei nº 1.650, de 2023, do Deputado Lucas Redecker, altera o art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para determinar a cobertura de consultas e sessões com psicólogos independentemente de solicitação de médico assistente.
269. O Projeto de Lei nº 2.042, de 2023, do Deputado Bruno Ganem, dispõe sobre o acompanhamento de paciente, criança ou idoso, durante a internação hospitalar, bem como o direito de o acompanhante ter acesso à refeição custeada pelo Sistema Único de Saúde.
270. O Projeto de Lei nº 2.067, de 2023, do Deputado Marx Beltrão, altera o art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para tratar da substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

271. O Projeto de Lei nº 2.936, de 2023, do Deputado Ricardo Silva, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para incluir, na cobertura de atendimento ambulatorial, os exames laboratoriais solicitados por farmacêuticos, para monitoramento dos resultados da farmacoterapia.
272. O Projeto de Lei nº 3.006, de 2023, do Deputado Orlando Silva, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para tratar da manutenção de aposentados como beneficiários de planos coletivos.
273. O Projeto de Lei nº 3.009, de 2023, do Deputado Beto Richa, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para assegurar a suspensão temporária do plano ou seguro privado de assistência à saúde por iniciativa do consumidor.
274. O Projeto de Lei nº 3.134, de 2023, do Deputado Luciano Vieira, altera a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde dos atendimentos pré-hospitalares móveis de urgência prestados a beneficiários, e para obrigar a disponibilização de serviço de pronto-atendimento em telemedicina em caráter ininterrupto a seus consumidores.
275. O Projeto de Lei nº 3.256, de 2023, do Deputado Juninho do Pneu, Proíbe a exigência de autorização antecipada dos planos de saúde nos procedimentos e exames médicos.
276. O Projeto de Lei nº 3.657, de 2023, do Deputado Marx Beltrão, que altera o art. 13, os parágrafos 2º, 3º e 4º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para permitir que as operadoras ofereçam aos usuários suspensão por até 6 (seis) meses dos contratos individuais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º com isenção de carência em caso de seu restabelecimento.
277. O Projeto de Lei nº 3.733, de 2023, da Deputada Laura Carneiro, que estabelece o direito do cônjuge sobrevivente assumir a titularidade de plano de saúde coletivo por adesão.
278. O Projeto de Lei nº 3.935, de 2023, do Deputado Mauricio Marcon, que altera a Lei nº 9.656, de 1998, para modificar a regra de ressarcimento pelos serviços de atendimento à saúde prestados aos consumidores de planos privados de assistência à saúde em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde.
279. O Projeto de Lei nº 3.991, de 2023, do Deputado Rogério Correia, que altera o art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, para determinar a cobertura de consultas e sessões com profissionais de saúde com profissões regulamentadas, independentemente de solicitação de médico assistente.

Inicialmente, as proposições, que tramitavam em regime de prioridade, foram despachadas às Comissões de Saúde (então chamada Seguridade Social e Família), Finanças e Tributação, e Constituição e Justiça e de Cidadania.

No entanto, em agosto de 2016, criou-se Comissão Especial para a análise da matéria. Esta Comissão foi instalada em dezembro de 2016, sob a presidência do Deputado Hiran Gonçalves e com a relatoria do Deputado Rogério Marinho. Ao longo do ano de 2017, houve intenso debate sobre o tema, com a realização de diversas audiências públicas, e o Relator chegou a oferecer versões de parecer, com Substitutivo. Porém, a legislatura foi encerrada sem que o Colegiado aprovasse um texto final.

Em 26 de maio de 2021, o Presidente Arthur Lira decidiu criar, novamente, uma Comissão Especial destinada a analisar os projetos de lei. Um mês depois, ele a constituiu, designou os seus membros e convocou reunião de instalação, que se realizou no dia 6 de julho, ocasião em que foram eleitos, como Presidente e Vice-Presidente, respectivamente, a Deputada Dra. Soraya Manato e o Deputado Celso Russomano. A Presidente da Comissão, então, designou o Deputado Hiran Gonçalves como Relator. Novamente, a legislatura encerrou-se sem que a Comissão aprovasse um parecer aos PLs.

Afirmo que tive acesso a todo o material produzido nas duas legislaturas anteriores e, como reconhecimento do trabalho dos parlamentares que me antecederam no esforço para a discussão dessa matéria, fiz uma análise dos debates promovidos naquelas Comissões. Nos anexos deste Relatório, listo as respectivas audiências.

Em 3 de maio deste ano, fui designado relator de plenário da matéria. Como subsídio para a elaboração deste Parecer, realizaram-se diversos encontros em que o tema foi debatido. Fui a cada uma das regiões do País para ouvir os mais diversos atores, em busca de diretrizes para a produção deste trabalho. Listo, abaixo, as audiências públicas em que, com a ajuda de especialistas das mais diversas áreas, discuti o tema:

- Audiência realizada em São Luís, no dia 12 de maio de 2023, com presença da Senhora Cristiane Marques, Primeira sub. Def. Geral; do Senhor Paulo Rabelo Filho, Presidente da ANS; do Senhor Hilton Araújo de Melo, Representante na 3ª Câmara do Consumidor MPF Maranhão; da Senhora Karen Barros, Presidente do Procon Maranhão; do Senhor Rosinaldo Mendes, Presidente da Comissão de Direito do Consumidor da OAB Maranhão; da Senhora Sandra Fontenele, Membro da Diretoria do Conselho Regional de Nutrição; do Senhor Abdiel Dias, Membro da Comissão de Assuntos Parlamentares do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; do Senhor Pedro Ivo Corrêa, advogado membro do Comitê Estadual de Saúde e da Comissão Regional Nordeste de Direito Médico da Associação Brasileira de Advogados; da Senhora Letícia Padilha, Diretora do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; do Senhor Diego Oliveira, Defensor Público Coordenador do Núcleo de Consumidor; do Senhor Vinicius Goulart, Defensor Público do Núcleo do Idoso, da Pessoa com Deficiência e da Saúde; do Senhor Wellington Beckman, Vice-Presidente da Comissão dos Direitos da Pessoa Autista da OAB Maranhão.

- Audiência realizada em São Paulo, no dia 29 de maio de 2023, no Auditório da Assembleia Legislativa, com a presença do Senhor Paulo Rebello, Presidente da ANS; da Senhora Andrea Werner, Deputada Estadual; da Senhora Camilla Varella, Secretária Geral da Comissão da OABSP; do Senhor Marcelo Válio, advogado e docente; do Senhor Rafael Robba, advogado especialista em Direito à Saúde.

- Audiência realizada em Brasília, no dia 7 de junho, na Comissão de Defesa do Consumidor, com a presença do Senhor Nilton Pereira Junior, do Ministério da Saúde; do Senhor Paulo Rabello, Presidente da ANS; do Senhor Wadih Damous, do Senacom; do Senhor Hilton Araújo, do MPF; da Senhora Ana Carolina Navarrete, do IDEC; da Senhora Karen Barros, do Procon/MA; do Senhor Rudi Rocha, da EPS; e do Senhor Rodrigo Mendes Leal, da Abres.

- Audiência realizada em Porto Alegre, no dia 12 de junho, no auditório da Procuradoria Regional da República da 4ª Região, com a presença

do Senhor Paulo Rebello, Presidente da ANS; do Senhor Fabiano de Moraes, Procurador da República e Membro do GT Planos de Saúde da 3ª Câmara do MPF; do Dr. Antônio Carlo Welter, Procurador-Chefe Regional; Representante do TRF4; Representante do MPE; Representante da DPU; Representante da DPE; Representante do Procon.

- Audiência realizada em Manaus, no dia 15 de junho, no Auditório da Procuradoria Regional do Trabalho da 11ª Região, com a presença do Senhor Jalil Fraxe, Diretor-Presidente do Procon; da Senhora Keilla Sullivan, Presidente do Conselho Regional de Nutrição; da Senhora Rayla Silvestre, do Conselho Regional de Nutrição.

- Audiência realizada em Recife, no dia 26 de junho, com a presença do Senhor Pablo Bismak, do Procon Recife; do Senhor Hugo Souza, do Procon Pernambuco; Representante da Defensoria Pública; Representante do Ministério Público; Representante da OAB; e Representante da Assembleia Legislativa do Pernambuco.

Também participei dos seguintes eventos não diretamente relacionados aos PLs, mas em que tive oportunidade de usar a palavra para tratar do assunto:

- RIOCON – Congresso de Relações de Consumo, no Rio de Janeiro, em 31 de maio.

- 30ª Reunião da SENACON com o SNDC, no Rio de Janeiro, em 1 de junho.

Por todo o exposto, fica claro que o tema foi exaustiva e democraticamente debatido. Estamos preparados, agora, para discuti-lo e aprová-lo nesta Casa.

A matéria está tramitando em regime de urgência, em razão da alteração do regime do PL nº 4.477, de 2016 (um dos apensados do PL nº 7.419, de 2006), após a aprovação do Requerimento nº 6.038, de 2017.

Os PLs estão prontos para a apreciação em Plenário.

É o Relatório.

II - VOTO DO RELATOR

Muitos dos projetos em análise assemelham-se. Assim, para facilitar a apreciação de todos eles e produzir um documento mais conciso e simples de examinar, nós os dividimos em 13 temas, nos quais reunimos o principal e os apensados.

Nos próximos tópicos, exploraremos cada um desses temas e emitiremos a nossa opinião quanto ao mérito dos projetos que neles se enquadram. Em algumas situações mais pontuais, detalharemos alguns pontos dentro dos temas. Em outras, mais abrangentes, apenas manifestaremos o nosso voto ao final do tópico.

É preciso ressaltar que alguns projetos tratam de mais de um tema, mas os vinculamos a apenas um deles, para fins de organização. O tema “projetos de lei que tratam da Covid-19” abarca proposições que se referem a assuntos como rescisão de contrato e reajuste de mensalidade, por exemplo. No entanto, como se trata de uma questão muito específica e transitória, preferimos avaliar o assunto separadamente.

Também apreciamos a constitucionalidade, a juridicidade e a técnica legislativa dos PLs, bem como o seu impacto financeiro e orçamentário.

1- Análise dos temas dos projetos

Projetos de lei que tratam do direito a acompanhamento de paciente internado

Atualmente, a Lei nº 9.656, de 1998, determina em seu art. 12, I, f, que haverá cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 anos. Outras leis ordinárias, além da Lei nº 9.656, de 1998, garantem o direito de acompanhante às pessoas idosas (art. 16 da Lei nº 10.741, de 2003 - Estatuto da Pessoa Idosa), às pessoas com deficiência (art.

22 da Lei nº 13.146, de 2015), às mulheres em trabalho de parto, no parto e no pós-parto (art. 19-J da Lei nº 8.080, de 1990, e art. 8º, § 6º, da Lei nº 8.069, de 1990).

Ademais, a Resolução Normativa nº 465, de 2021, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, prevê, em seu art. 19, VII, “a”, “b” e “c”, o custeio das despesas com crianças e adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiências, e em seu art. 21, I, o direito do custeio das despesas do acompanhante da parturiente em trabalho de parto, no parto e no pós-parto.

No sítio eletrônico da ANS¹, informa-se que os acompanhantes são para: crianças e adolescentes menores de 18 anos, pessoas idosas a partir dos 60 anos de idade, pessoas com deficiência e gestantes no trabalho de parto, parto e pós-parto. Ainda de acordo com a ANS, “a cobertura das despesas relacionadas a um acompanhante será o total daquilo que for oferecido pelo prestador de serviço (hospital), incluindo refeições e taxas básicas (indispensáveis) relacionadas à permanência do mesmo na unidade de internação”.

Abaixo, seguem considerações sobre os projetos inseridos neste tema e o nosso voto quanto ao mérito das matérias:

- Detalhar, na lei, os ambientes hospitalares de internação em que se permite o acompanhamento é arriscado, pois pode levar um intérprete mais rigoroso a excluir do âmbito de sua aplicação os recintos não listados. Ademais, deve-se ressaltar que a permanência de acompanhantes em UTIs, por exemplo, pode atrapalhar a rotina dos profissionais de saúde que atuam nesses espaços. Por isso, votamos pela rejeição, no mérito, do PL nº 7.419, de 2006; 5.910, de 2016; 5.793, de 2019; 440, de 2022; 2.072, de 2022; e 2.503, de 2022.

1

http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resp_osta=482&historico=7451827

- Consoante informamos, os acompanhantes são permitidos para: crianças e adolescentes menores de 18 anos, pessoas idosas, pessoas com deficiência e gestantes no trabalho de parto, parto e pós-parto. A cobertura das despesas relacionadas a um acompanhante será o total daquilo que for oferecido pelo prestador de serviço, incluindo refeições e taxas básicas relacionadas à sua permanência na unidade de internação. No entanto, apesar de haver normas cuja interpretação leve à conclusão de que as operadoras têm de custear as despesas dos acompanhantes de pessoas idosas, pessoas com deficiências e parturientes; e, ainda, em que pese ao fato de, atualmente, a ANS considerar as normas existentes no sentido de que o custeio se refere ao total daquilo que for oferecido pelo prestador de serviço ao acompanhante; acreditamos que é importante que se promovam alterações no ordenamento jurídico que permitam explicitar esse direito num só dispositivo, para que o seu exercício seja, sempre, inquestionável e independa da interpretação da Agência. Por isso, votamos pela aprovação, no mérito, dos PLs nºs 311, de 2003; 6.125, de 2005; 4.990, de 2013; 2.640, de 2019; 2.042, de 2023.

- Especificamente em relação ao PL nº 6.821, de 2010, optamos por rejeitá-lo, uma vez que ele determina que a cobertura das despesas de pessoas idosas e com deficiência somente ocorrerá se atender a recomendação médica expressa. Dessa forma, sua aprovação poderia representar um retrocesso, uma vez que o direito ao acompanhamento, independente de indicação médica, já existe na esfera infralegal. Assim, nosso voto é pela rejeição do PL nº 6.821, de 2010.

- Neste tema, há proposições que não tratam de obrigações das operadoras com os seus beneficiários ou com o Sistema Único de Saúde, do direito dos pacientes atendidos enquanto beneficiários de planos, nem de outro aspecto da Lei nº 9.656, de 1998, e da Lei nº 9.961, de 2000, ou de qualquer instrumento normativo relacionado à Saúde Suplementar. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos PLs nºs 7.340, de 2006; 4.016, de 2008; 4.097, de 2015; 5.191, de 2016.

Projetos de lei que tratam do ressarcimento ao erário público das despesas de beneficiários de planos que tenham sido

atendidos em estabelecimentos próprios, contratados ou conveniados do SUS

De acordo com o art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998, serão ressarcidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde.

Essa norma foi regulamentada pela Resolução Normativa nº 502, de 2022, que reitera, em seu art. 36, que os valores recolhidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde a título de ressarcimento ao SUS serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde.

É preciso ressaltar que a versão original da Lei determinava que os recursos obtidos com o ressarcimento retornavam para os estados e municípios onde foram realizados os atendimentos pelo SUS. Porém, com a alteração normativa promovida no artigo 32, § 1º, da Lei nº 9.656, de 1998, em razão da edição da Lei nº 12.469, de 2011, o montante arrecadado passou a ser integralmente transferido para o Fundo Nacional da Saúde (FNS), não sendo mais partilhado com as demais entidades prestadoras de saúde.

Segundo a ANS², “essa nova operacionalização propiciou maior segurança no envio da quantia do ressarcimento, tendo em vista que o encaminhamento dos valores, anteriormente, era depositado em diversas contas bancárias, as quais, em muitas oportunidades, por estarem desatualizadas, acabavam provocando o retorno do crédito à agência reguladora. Além disso, a concentração da verba em apenas um ente do SUS permite um aprimoramento dos gastos dos recursos enviados”.

Conforme a 15ª edição do Boletim Informativo de Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e

² <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/integracao-com-SUS/ans-lanca-informativo-com-dados-detalhados-do-ressarcimento-ao-sus>

Ressarcimento ao SUS³, de dezembro de 2022 (a mais recente que encontramos), “historicamente, o ressarcimento ao SUS já encaminhou para inscrição em dívida ativa mais de R\$ 1,89 bilhão, dos quais mais de R\$ 209 milhões somente no ano de 2021 e mais de R\$ 297 milhões em 2022. Atualmente, encontram-se inscritos em dívida ativa R\$ 1,04 bilhão. Ainda R\$ 174 milhões aguardam análise por parte da procuradoria e outros R\$ 303 milhões aguardam o prazo de 90 dias para envio”.

Abaixo, seguem considerações sobre os projetos inseridos neste tema e o nosso voto quanto ao mérito das matérias:

- Alguns projetos determinam que o valor ressarcido pelas operadoras de planos de saúde ao SUS seja encaminhado ao ente que custeou o tratamento. Acreditamos que o encaminhamento dos valores ao FNS facilita a operacionalização da cobrança e permite que a União promova a distribuição equitativa dos recursos entre os demais entes federados. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos PLs nºs 71, de 2003; 7.600, de 2006; 6.483, de 2009; 2.982, de 2011; 3.087, de 2012; 2.504, de 2015; 6.175, de 2016; 3.104, de 2019; 9.940, de 2018; 1.075, de 2023; 3.935, de 2023.

- Alguns projetos instituem o ressarcimento das despesas de beneficiários de planos de saúde ao SUS (embora esse instituto, como visto, já tenha previsão legal). Por não inovarem o ordenamento jurídico, devem ser rejeitados. O nosso voto, portanto, é pela rejeição, no mérito, dos PLs nºs 1.349, de 2003; e 4.393, de 2008

- O Projeto de Lei nº 1.147, de 2011, trata da divulgação obrigatória do fato de as operadoras de planos de saúde serem responsáveis pelo ressarcimento ao SUS das despesas de seus beneficiários na rede pública. Acreditamos, porém, que a divulgação da obrigação das operadoras de efetuar o ressarcimento pelo atendimento de seus clientes no SUS não é uma medida eficaz, uma vez que a identificação desses eventos é feita por

³ https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus/Boletim_de_Ressarcimento_ao_SUS__15a_Ed_r03.pdf

meio de recursos informáticos, e não por iniciativa dos beneficiários. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, do PL nº 1.147, de 2011.

- O Projeto de Lei nº 2.344, de 2015, trata da obrigação de os hospitais públicos informarem os planos de saúde sobre a realização de procedimentos em beneficiários, para que a operadora promova, se possível, remoção do paciente, e evite a necessidade de ressarcimento ao SUS. Pela regra atual, os valores ressarcidos ao SUS vão para o FNS, e não para o ente federado, diretamente. Dessa forma, a instituição desse tipo de obrigação, salvo melhor juízo, é imprópria. Ademais, o PL não prevê punição ao ente que não cumprir essa atribuição. Dessa forma, caso aprovado, seria pouco efetivo. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, do PL nº 2.344, de 2015.

- O Projeto de Lei nº 3.052, de 2021, visa a modificar a Lei nº 9.656, de 1998, para autorizar a prestação de serviços de saúde como alternativa de pagamento de dívidas do ressarcimento pelas operadoras de planos de saúde ao Sistema Único de Saúde. As operadoras, na maioria dos casos, não efetuam os serviços diretamente, e sim mediante contratação de prestadores. Caso exista a possibilidade de compensar débitos por meio de atendimentos, a operadora só o faria se essa alternativa fosse menos custosa para ela. O contrato das operadoras com os prestadores geralmente utiliza tabelas mais valoradas do que a aplicada pelo SUS. Desta forma, a compensação proposta só seria possível se os valores fossem maiores por atendimento ou procedimento, o que traria prejuízo para o sistema público. Isso porque, neste caso, menos pacientes seriam atendidos com os mesmos recursos do que o seriam caso o pagamento fosse feito diretamente para a União. No caso das operadoras que possuem serviços próprios, aí sim poderia haver um equilíbrio satisfatório, já que nesses casos não existe uma tabela de pagamento do prestador. Desta forma, entende-se que a proposta de autorização da compensação da dívida com serviços de saúde poderia ser efetiva se os valores fossem limitados aos praticados no SUS, para evitar distorções. Mesmo nessa hipótese, entretanto, a gestão pública teria menor controle sobre a aplicação dos recursos. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, do PL nº 3.052, de 2021.

- O Projeto de Lei nº 3.154, de 2023, visa a modificar a Lei nº 9.656, de 1998, para dispor sobre o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde dos atendimentos pré-hospitalares móveis de urgência prestados a beneficiários, e para obrigar a disponibilização de serviço de pronto-atendimento em telemedicina em caráter ininterrupto a seus consumidores. Essa medida, na nossa opinião, pode não ser vantajosa, porque o processo de ressarcimento é caro. A operacionalização de cobrança de BPAs, por exemplo, pode não compensar, em razão dos valores baixos a serem ressarcidos. Ademais, esse tipo de ressarcimento seria excepcional, uma vez que somente é ressarcido o serviço que seja coberto pelas operadoras. O transporte de pacientes beneficiários de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou um serviço de pronto atendimento, ressalvada a indisponibilidade e inexistência de prestadores, não é coberto, necessariamente, pelas operadoras (art. 3º da RN nº 490, de 2022). Quando esse serviço é disponível, é por um imperativo contratual. Ademais, a previsão de que as operadoras de planos privados de assistência à saúde de médio e grande porte deverão disponibilizar serviço de pronto-atendimento em telemedicina em caráter ininterrupto a seus consumidores pode ser entendida como tendente a aumentar desproporcionalmente os custos dos planos. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, do PL nº 3.154, de 2023.

Projetos de lei que tratam de cobertura de planos de saúde e da inclusão de procedimentos específicos no Rol

A ANS, criada pela Lei nº 9.961, de 2000, é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. Consoante o sítio institucional da autarquia⁴, “de forma simplificada, a regulação pode ser entendida como um conjunto de medidas e ações do Governo que envolve a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público”.

⁴ <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/quem-somos-1>

Para o cumprimento de suas atividades, essa Agência elabora normas infralegais. Nesse contexto, esclarecemos que normas infralegais, veiculadas por meio de resoluções e outros instrumentos semelhantes, geralmente contam com um nível de detalhamento técnico altíssimo, a que não pode chegar uma lei que, por definição, trata dos assuntos de forma mais genérica e abstrata. Isso ocorre porque a natureza do processo de produção legislativa é diferenciada. Para a aprovação de uma lei, é preciso que se siga todo um trâmite regimental que, por vezes, ocorre de maneira lenta. Por isso, quando o assunto a ser analisado demanda modificações constantes, pela evolução dos conhecimentos científicos e pela possibilidade de obsolescência do tratamento, é interessante que se utilizem normas infralegais, cuja alteração é mais célere.

Entre as atribuições da ANS está o dever de elaborar a resolução normativa da qual constará o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constituirá referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 1998, e exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Essas atribuições têm total amparo legal e constitucional (conforme o disposto no art. 4º, III, da Lei nº 9.961, de 2000). O Rol de Procedimentos mais recentemente divulgado pela ANS foi veiculado por meio da Resolução Normativa nº 465, de 2021.

Em 2022, a ANS também publicou a Resolução Normativa nº 555, de 2022, que dispõe sobre o rito processual de atualização do Rol. Com essa nova norma, definiu-se que as propostas para atualização seriam recebidas e analisadas de forma contínua pelo órgão técnico competente, e que a lista de coberturas assistenciais obrigatórias e de diretrizes de utilização seriam atualizadas semestralmente. Entre as diretrizes para o processo de atualização, está a utilização dos princípios da avaliação de tecnologias em saúde (ATS), que examina os impactos clínicos, sociais e econômicos das tecnologias em saúde e leva em consideração aspectos como eficácia, efetividade, segurança, custos, entre outros, com objetivo principal de auxiliar

os gestores em saúde na tomada de decisões quanto à incorporação, alteração de uso ou retirada de tecnologias em sistemas de saúde, garantindo maior eficiência na alocação de recursos e melhor efetividade e qualidade dos serviços.

Recentemente, foi editada a Lei nº 14.307, de 2022 (oriunda da conversão da Medida Provisória nº 1.067, de 2021), que trata da amplitude das coberturas estabelecida em norma editada pela ANS e insere na legislação ordinária o conceito de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no âmbito da Saúde Suplementar. Percebe-se, assim, que, na Saúde Suplementar, a incorporação de tecnologias, procedimentos ou serviços deve ser feita após a Avaliação de Tecnologia em Saúde pelo órgão técnico competente.

Finalmente, é importante destacar edição da Lei nº 14.454, de 2022, que inseriu o art. 10, § 13, da Lei nº 9.656, de 1998, e determinou que ainda que os tratamentos ou os procedimentos prescritos pelo médico ou pelo odontólogo assistente não estejam previstos no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde, a cobertura deverá ser autorizada se existir comprovação da eficácia desses procedimentos ou tratamentos, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico, e se existirem recomendações desses procedimentos ou tratamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou de, no mínimo, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

Abaixo, seguem considerações sobre os projetos inseridos no tema “cobertura de planos de saúde” e o nosso voto quanto ao mérito das matérias:

- O estabelecimento, por lei, de procedimentos que devem ser abarcados, ou não, pelos planos de saúde, é inadequado, pois eleva ao patamar legal matéria que seria mais bem tratada por norma infralegal, sem a devida avaliação de tecnologia em saúde e do impacto financeiro da adoção das tecnologias para a sustentabilidade do plano. Ademais, as recentes Leis nº 14.307, de 2022, e nº 14.454, de 2022, aperfeiçoaram de forma ampla a

incorporação de novas tecnologias e a cobertura de tratamentos inovadores. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos PLs nºs: 4.164, de 2004; 7.128, de 2006; 2.328, de 2011; 2.981, de 2011; 5.963, de 2013; 4.477, de 2016; 4.478, de 2016; 4.748, de 2016; 4.485, de 2016; 5.126, de 2016; 10.609, de 2018; 10.960, de 2018; 11.086, de 2018; 1.073, de 2019; 3.175, de 2019; 3.441, de 2020; 4.291, de 2021; 760, de 2023; 1.126, de 2023.

- Após a edição da RN nº 541, de 2022, o número de consultas e sessões com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas tornou-se ilimitado, mediante prescrição do médico assistente. Consideramos adequado fixar esse direito em lei. Por isso, o nosso voto é pela aprovação dos PLs nºs 4.294, de 2016; e 489, de 2022.

- Pela sistemática legal atual, exames complementares apenas são custeados se solicitados por médicos. Acreditamos, no entanto, que essa regra deve ser modificada. No caso dos nutricionistas, o art. 4º, VIII, da Lei nº 8.234, de 1991, estabelece que é atribuição dos nutricionistas a solicitação de exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico. Este comando legal é reforçado pela Recomendação nº 5, de 2016, que recomenda ao nutricionista “solicitar os exames laboratoriais exclusivamente necessários à avaliação, à prescrição e à evolução nutricional e dietoterápica do cliente-paciente” e a Resolução nº 600, de 2018, segundo a qual é definida como atividade complementar do nutricionista a solicitação de exames laboratoriais em diversos contextos (hospitalares, ambulatoriais, domiciliares). Quanto aos fisioterapeutas, a Resolução nº 4 do Conselho Nacional de Educação, em seu artigo 5º, VI, enumera como competência do fisioterapeuta realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares. Essa atribuição também é reforçada para os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais nas Resoluções nºs 80 e 81, de 1987, do COFFITO. Ademais, a Resolução nº 246, de 2000, do Conselho Federal de Fonoaudiologia, garante ao fonoaudiólogo o direito de solicitar exames e avaliações complementares a quaisquer profissionais da área da saúde, necessárias ao bom desempenho de seu trabalho e que o auxiliem no diagnóstico e na evolução do tratamento fonoaudiológico do paciente. Por fim, a Resolução nº 586, de 2013, do Conselho

Federal de Farmácia, assegura ao farmacêutico o direito de solicitar exames laboratoriais, com a finalidade de realizar acompanhamento farmacoterapêutico. Apesar disso, a Lei nº 9.656, de 1998, que trata de planos de saúde, condicionou a realização de quaisquer exames complementares à solicitação por médicos assistentes ou odontólogos (na sua área específica de atuação). Por isso, o nosso voto é pela aprovação, no mérito, do PL nº 5.881, de 2019, do PL nº 4.571, de 2020, e do PL nº 2.936, de 2023.

- Pela sistemática legal atual, as consultas médicas são feitas em número ilimitado e sem necessidade de encaminhamento. As sessões com outros profissionais de saúde em planos médico-hospitalares, em regra, somente são custeadas pela operadora mediante solicitação do médico assistente. A eliminação da necessidade do encaminhamento a profissionais pode impactar os custos dos planos. Atualmente, as operadoras já podem oferecer procedimentos ou serviços que vão além do mínimo assegurado pela lei ou pelos regulamentos da ANS. Esses planos, porém, geralmente tendem a ser mais caros. Por isso, no nosso voto é pela rejeição, no mérito, do PL nº 1.705, de 2019, o PL nº 1.650, de 2023, o PL nº 3.991, de 2023.

- Sobre a cobertura de internação domiciliar, informamos que o art. 13 da RN nº 465, de 2021, estabelece que, caso a operadora a ofereça em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e nas alíneas "c", "d", "e" e "g" do inciso II do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998. E acrescenta que, nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, tal assistência deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes. Percebe-se, portanto, que a operadora tem a faculdade de oferecer a internação domiciliar. No entanto, estender essa obrigação a todas as operadoras pode aumentar demasiadamente o valor cobrado nas mensalidades e inviabilizar a manutenção dos planos pelos consumidores. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos PLs nºs: 2.934, de 2004; 7.865, de 2017; 8.264, de 2017; 8.900, de 2017; 9.720, de 2018; 3.014, de 2019; 4.344, de 2020; 706, de 2023.

- O art. 10-C da Lei nº 9.656, de 1998, incluído pela Lei nº 13.819, de 2019, assegura que os planos de saúde deverão incluir cobertura

de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio. Ademais, a RN nº 465, de 2021, determinou, em seu art. 10, § 1º, que “todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão obrigatoriamente cobertos”. Se isso não bastasse, apesar da já existente previsão legal, acreditamos que o estabelecimento, por lei, de procedimentos que devem ser abarcados, ou não, pelos planos de saúde, não é uma medida apropriada, pois o Rol de Procedimentos é matéria de resolução da ANS. Concluímos, portanto, que a matéria já tem previsão normativa e não deve ser regulada por Lei. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos PLs nºs: 7.111, de 2014; 1.564, de 2015; e 283, de 2019.

- O art. 12, I, c, da Lei nº 9.656, de 1998, prevê a cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes. Além dessa possibilidade, os planos podem, voluntariamente, estender a cobertura à assistência farmacêutica (o que tende a encarecer as mensalidades). A RN nº 487, de 2022, determina que operadoras de planos de assistência à saúde poderão, facultativamente, ofertar a seus beneficiários contrato acessório de medicação de uso domiciliar, seguindo os seus princípios e determinações. Cremos que essa sistemática não deve ser modificada, porque a cobertura obrigatória a medicamentos ambulatoriais teria grande impacto nos custos operacionais, o que seria certamente repassado aos consumidores. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos PLs nºs: 756, de 2007; 4.941, de 2019; 5.346, de 2019; e 3.194, de 2021.

- O art. 10, VII, da Lei nº 9.656, de 1998, estabelece que os planos não são obrigados a fornecer próteses, órteses e acessórios não ligados ao ato cirúrgico. De acordo com a ANS, órteses e próteses, cuja colocação exija a realização de procedimento cirúrgico, têm cobertura obrigatória nos planos de saúde regulamentados pela Lei nº 9.656, de 1998, se estes estiverem listados no Rol da ANS. Cabe ao médico assistente determinar as características do implante a ser utilizado e justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado. O médico também tem a prerrogativa de indicar pelo menos 3 marcas, quando disponíveis, todas com registro válido na Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A operadora pode escolher uma entre

as 3 marcas. Ressaltamos que o entendimento da ANS está em consonância com a Resolução CFM nº 1.956, 2010, na qual se afirma que não há justificativa para o médico excluir marca comercial de produtos e/ou instrumentos para procedimentos, sendo garantido a ele o conhecimento antecipado de cadastro destes no âmbito do seu trabalho. Nas situações em que a operadora discordar da indicação do médico assistente (por exemplo, quanto ao tipo de material a ser utilizado), deve ser aplicada junta médica ou odontológica, de acordo com procedimento definido na RN nº 424, de 2017. Dessa forma, por já estar sendo tratada na legislação, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos PLs nºs: 657, de 2011; e 7.844, de 2014.

- Consoante informado, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 555, de 2022, que definiu que as propostas para atualização do Rol são recebidas e analisadas de forma contínua pelo órgão técnico competente, e que a lista de coberturas assistenciais obrigatórias e de diretrizes de utilização será atualizadas semestralmente. Ademais, a Lei nº 14.307, de 2022, oriunda da conversão em Lei da Medida Provisória nº 1.067, de 2021, determina que a atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde será feita por meio de processo administrativo, a ser concluído no prazo de 180 dias, prorrogável por 90 dias, e que, se ocorrer o decurso do prazo sem manifestação da ANS, o medicamento, produto para a saúde ou procedimento será automaticamente incluído no Rol, até que haja decisão da ANS. Diante disso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, do PL nº 6.033, de 2016.

A seguir, tecemos considerações sobre os projetos inseridos no tema “inclusão de procedimentos específicos no Rol” e o nosso voto quanto ao mérito das matérias:

- O anexo II da RN nº 465, de 2021, estabelece que a gastroplastia (cirurgia bariátrica) é de cobertura obrigatória para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos, e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, além de respeitar a critérios como IMC igual ou maior do que 40 kg/m² ou IMC entre 35 e 39,9 kg/m², com comorbidades, como diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, entre outras. Para o tratamento da obesidade, também há previsão de

outros procedimentos, como colocação de banda gástrica por videolaparoscopia ou por via laparotômica; dermolipectomia (cirurgia de remoção de excesso de pele); e consulta com nutricionista. Diante disso, cremos que o assunto já está suficientemente regulado, e o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos PLs nºs: 805, de 2011; 2.066, de 2011; 7.914, de 2014; 9.701, de 2018; 1.080, de 2019; e 6.530, de 2019.

- A Lei nº 10.223, de 2001, e a Lei nº 13.770, de 2018, já promoveram modificações na Lei nº 9.656, de 1998, garantindo a prestação do serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de técnica de tratamento de câncer, inclusive com simetrização da mama contralateral, de preferência no mesmo tempo cirúrgico da mutilação. Diante disso, cremos que o assunto já está suficientemente regulado, e o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos PLs nºs: 582, de 2007; 315, de 2020; e 39, de 2021.

- A Lei nº 11.935, de 2009, determinou que os atendimentos nos casos de planejamento familiar são de cobertura obrigatória pelos planos de saúde. O art. 17 da RN nº 465, de 2021, considera que é permitida a exclusão assistencial para os casos de inseminação artificial, “entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas”. Acreditamos que a solução dada pela ANS foi acertada. Com a entrada em vigor da Lei nº 11.935, de 2009, passou-se a alegar uma aparente contradição entre as normas. No entanto, ao se fazer uma análise mais atenta dos dispositivos, percebe-se que eles não são conflitantes. A Lei nº 11.935, de 2009, determina a obrigatoriedade de cobertura dos procedimentos de planejamento familiar, que são diversos e incluem, além de inseminação artificial, a laqueadura de trompas, a vasectomia, entre outros. E isso não é incompatível com o art. 10, III, da Lei nº 9.656, de 1998. Esse dispositivo apenas exclui da cobertura dos planos a inseminação artificial. Diante do exposto, cremos que o assunto já está suficientemente regulado, e o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos

PLs nºs: 5.730, de 2009; 4.726, de 2012; 121, de 2015; 1.719, de 2021; 1.443, de 2023.

- Para que as vacinas sejam disponibilizadas, obrigatoriamente, a todo consumidor de plano de saúde, a ANS deve incluí-las no seu Rol de Procedimentos. No entanto, se a lei vier a estabelecer a obrigação de todos os planos oferecerem a opção de vacinas, deve haver aumento das mensalidades dos consumidores e, conseqüente, inviabilização de sua permanência no plano. Nesse contexto, temos de ressaltar que o Programa Nacional de Imunizações, do SUS, contempla diversas vacinas gratuitas para pessoas de todas as idades. Diante do exposto, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos PLs nºs: 2.538, de 2011; 4.404, de 2016; 6.142, de 2019; 774, de 2021; e 2.018, de 2021.

Projetos de lei que tratam da carência em planos de saúde

De acordo com o disposto no art. 12, V, da Lei nº 9.656, de 1998, passado o período de carência de 24 horas, as operadoras de planos privados de assistência à saúde têm de efetuar atendimento de beneficiários em caso de emergência e urgência. Esse prazo mínimo foi considerado necessário para que as operadoras tivessem um tempo hábil para inserir novos beneficiários em seus respectivos registros. Como muitos contratos são celebrados mediante terceiros, como os corretores, esse pequeno lapso é imprescindível para a regularização cadastral.

Além do prazo de 24 horas para os atendimentos de urgência e emergência (assunto que trataremos com mais detalhes em um tópico específico), a lei fixou prazos máximos de carência para partos a termo (trezentos dias), tratamento de doenças e lesões preexistentes (vinte e quatro meses) e demais situações (cento e oitenta dias).

Conforme a ANS⁵, a Saúde Suplementar adota um sistema mutualista, segundo o qual várias pessoas contribuem para que algumas pessoas utilizem os serviços. Esse sistema não funciona como uma caderneta

⁵ <https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/carencia>

de poupança ou como qualquer outro mecanismo financeiro em que os valores são reservados para uma eventualidade futura, pois a função do plano de saúde é cobrir ocorrências futuras e imprevistas que independam da vontade das partes. Assim, a carência se justifica para garantir a condição incerta, aleatória e futura das ocorrências de assistência à saúde, sendo importante para assegurar a viabilidade do mercado de planos de saúde. A não existência de carência possibilitaria a contratação do plano de saúde para ocorrências já decorridas, e não para as incertas, aleatórias e futuras.

Por considerarmos que as proposições incluídas neste tema não precisam ser exploradas em detalhe, pois a exposição feita nos parágrafos acima já contempla o conteúdo de todas elas, e por acreditarmos que a matéria já está adequadamente regulada, manifestamos o nosso voto pela rejeição, no mérito, dos seguintes projetos de lei: 2.474, de 2003; 1.942, de 2007; 2.901, de 2008; 4.729, de 2016; 7.175, de 2017; 9.253, de 2017; 2.379, de 2019; 3.657, de 2019; 1.636, de 2020; 1.944, de 2020; 2.285, de 2020; e 3.323, de 2021; 2.826, de 2022; 3.009, de 2023; 3.657, de 2023.

Projetos de lei que tratam de atendimento em caráter de urgência e emergência

O art. 35-C da Lei nº 9.656, de 1998, determina a obrigatoriedade da cobertura de atendimento nos casos de emergência e urgência. No entanto, o detalhamento de como funciona esse atendimento é previsto na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 13, de 1998. Segundo essa norma, para cada segmentação de plano, o atendimento é diferenciado. Nos próximos parágrafos, com o auxílio do conteúdo de cartilha⁶ produzida pela própria ANS, explicaremos como funciona o atendimento de urgência e emergência atualmente.

Nos planos unicamente ambulatoriais, a cobertura é garantida exclusivamente para os procedimentos realizados no ambiente ambulatorial. Se o beneficiário estiver cumprindo carência, a assistência será limitada às

⁶ https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_carencia_doenca_urgencia.pdf

primeiras 12 horas, desde que o quadro não evolua para internação ou que seja necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar. Após esse período, a operadora tem o ônus e a responsabilidade pela remoção do consumidor para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários à continuidade do tratamento.

Nos planos hospitalares sem obstetrícia, para as urgências decorrentes de complicações na gravidez, a consumidora terá assegurado o atendimento ambulatorial por até 12 horas, ou em prazo menor se o quadro evoluir para internação ou se for necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar com obstetrícia. Para os casos de urgência decorrentes de acidente pessoal, após 24 horas do início da vigência do contrato, o consumidor com plano hospitalar sem obstetrícia terá assistência integral, sem restrições. Para os casos de emergência, quando o consumidor ainda está cumprindo prazos de carência, mas já decorridas 24 horas do início da vigência do contrato, há garantia de atendimento em ambiente ambulatorial por 12 horas, ou em prazo menor, se o quadro evoluir para internação ou se for necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

Nos planos hospitalares com obstetrícia, para os casos de urgência decorrentes de acidente pessoal, após 24 horas do início da vigência do contrato, o consumidor terá assistência integral, sem restrições. Para as urgências resultantes de complicações na gravidez e para as emergências, quando o consumidor ainda está cumprindo prazos de carência, mas já decorridas 24 horas do início da vigência do contrato, está garantido o atendimento em ambiente ambulatorial por 12 horas, ou em prazo menor, se o quadro evoluir para internação ou se for necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

Especificamente em relação à cobertura assistencial do parto, a Súmula Normativa nº 25, de 2012, explica que a beneficiária de plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia tem garantida a cobertura do parto a termo e a internação dele decorrente após cumprir o prazo de carência máximo de 300 dias, mas que, no que concerne à cobertura do atendimento de urgência relacionada a parto, decorrente de

complicação no processo gestacional, caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida. Se a beneficiária ainda estiver cumprindo o prazo de carência máximo de 180 dias, deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 primeiras horas, excetuando-se o plano referência, cuja cobertura é integral.

Vemos, assim, que, de acordo com as normas infralegais atualmente vigentes, a mulher que tenha contratado plano da segmentação hospitalar com obstetrícia tem direito a cobertura total do parto após 300 dias, ou, em caso de urgência relacionada ao parto, após 180 dias, apenas.

Nos planos odontológicos, a assistência às urgências e emergências odontológicas está garantida para os consumidores após 24 horas do início da vigência do contrato. As normas da ANS determinam quais são os procedimentos odontológicos de urgência e emergência.

Nos planos de referência, após as 24 horas do início da vigência do contrato, será garantida a cobertura integral (ambulatorial e hospitalar) para urgência e emergência aos consumidores, sem qualquer tipo de limitação, a não ser para os casos de doenças ou lesões preexistentes.

Abaixo, seguem considerações sobre os projetos inseridos no tema e o nosso voto quanto ao mérito das matérias:

- De acordo com o art. 135-A do Código Penal, o atendimento emergencial tem de ser prestado por qualquer instituição de saúde, inclusive privada, sob pena de cometimento de crime. Nessa situação, assim que o paciente é estabilizado, se não tiver plano de saúde ou não puder ou quiser pagar pelo atendimento, é transferido para uma unidade pública de saúde. Por considerarmos que a matéria está suficientemente regulada, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos PLs nºs: 6.849, de 2006; 3.473, de 2008; e 6.436, de 2013.

- Neste tema, há proposições que não tratam de obrigações das operadoras com os seus beneficiários ou com o Sistema Único de Saúde, do direito dos pacientes atendidos enquanto beneficiários de planos, nem de

outro aspecto da Lei nº 9.565, de 1998, e da Lei nº 9.961, de 2000, ou de qualquer instrumento normativo relacionado à Saúde Suplementar. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos PLs nºs: 590, de 2007; 3.346, de 2012; 3.218, de 2019; 3.392, de 2019; e 377, de 2021.

- Os planos de saúde, atualmente, têm de reembolsar, nos limites das obrigações contratuais, as 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, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto (art. 12, VI, da Lei nº 9.656, de 1998). Por considerarmos que os projetos não contribuem para o aprimoramento do sistema atual, somos pela rejeição, no mérito, dos PLs nºs: 3.088, de 2004; 3.247, de 2004; 3.362, de 2004; 3.708, de 2004; 8.608, de 2017; 2.748, de 2019.

Projetos de lei que tratam de reajuste de planos de saúde

Os reajustes dos planos de saúde podem variar em função de dois fatores. O primeiro deles é a mudança de faixa etária dos segurados. Esse tipo de reajuste se aplica a todos os beneficiários, de planos individuais ou familiares e coletivos. Atualmente, o art. 15 da Lei nº 9.656, de 1998, estabelece que a variação das contraprestações pecuniárias em razão da idade do consumidor somente poderá ocorrer se estiverem previstos as faixas etárias e os percentuais de ajuste no contrato, com a ressalva dos contratos feitos antes da vigência da Lei. O art. 15, § 3º, da Lei nº 10.741, de 2003 (Estatuto da Pessoa Idosa), estabelece que é vedada a discriminação da pessoa idosa nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade. Por isso, interpreta-se que a última faixa etária para aumento de mensalidade por conta da idade é de 59 anos ou mais.

A Resolução Normativa nº 563, 2022, da ANS, determina que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18), e que a variação acumulada

entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

O segundo fator de reajuste é a variação de custos das operadoras de planos de saúde. A lógica que recomenda a consideração desse segundo fator é a de se evitar o desequilíbrio financeiro e, conseqüentemente, a inviabilidade de agentes econômicos que oferecem serviços importantes para a população.

Nos planos individuais e familiares, o reajuste das contraprestações pecuniárias está limitado por um índice máximo aprovado pela Diretoria Colegiada da ANS. Nos planos coletivos, o índice de reajuste por variação de custos é objeto de negociação entre as operadoras de planos de saúde e as empresas contratantes, com a ressalva de que, após a livre definição do reajuste, ele deve ser comunicado à ANS em até 30 dias contados de sua aplicação aos contratos. Em tese, portanto, há uma dupla verificação da razoabilidade do reajuste aplicado a tais planos de saúde: pelas empresas contratantes e pela ANS. Nesse contexto, a ANS editou a Instrução Normativa nº 57, de 2019, que instituiu a visita técnica de monitoramento econômico-financeiro e atuarial dos produtos, que consiste na aferição nas instalações da operadora de planos de assistência à saúde com o objetivo de monitorar e averiguar a confiabilidade das informações enviadas por elas à Agência.

Adicionalmente, com o objetivo de proteger os beneficiários de planos coletivos com número reduzido de pessoas, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 565, de 2022, que obrigou as operadoras de planos de saúde a agrupar seus contratos coletivos com menos de trinta vidas em um grupo único para fins de aplicação de reajuste. Essa iniciativa buscou assegurar índices semelhantes para grupos de pessoas sem capacidade de negociar com operadoras.

Como informado, nos planos individuais e familiares, o reajuste das contraprestações pecuniárias está limitado por um índice máximo aprovado pela Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Historicamente, a relação entre o índice autorizado pela Agência e o IPCA é

muito superior a 1. No ano de 2018, essa diferença chegou a 3,6 vezes. Em 2022, a ANS estabeleceu o índice máximo de 15,5%, o maior aprovado até hoje, de acordo com a série histórica da instituição. Nos planos coletivos, a realidade é ainda pior para o consumidor, uma vez que o índice de reajuste por variação de custos é objeto de livre negociação entre as operadoras de planos de saúde e as empresas contratantes. Acredita-se no poder de barganha das coletividades que, de fato, é muito pequeno, em razão da assimetria de poder econômico, do conhecimento técnico e de informação. Com isso, os reajustes dos planos coletivos pequenos geralmente são mais altos do que os firmados como limite pela ANS aos planos individuais. Por isso, almejamos modificar a lógica de reajuste dos planos coletivos. Assim, o nosso voto é pela aprovação, no mérito, dos PLs nºs: 4.201, de 2012; 5.715, de 2013; 6.714, de 2013; 6.715, de 2013; 7.142, de 2014; 2.128, de 2015; 2.274, de 2015; 2.295, de 2015; 2.949, de 2015; 5.622, de 2016; 8.276, de 2017; 8.396, de 2017; 10.700, de 2018; 770, de 2019; 3.037, de 2019; 3.275, de 2019; 4.410, de 2019; 4.608, de 2019; 628, de 2020; 1.970, de 2020; 97, de 2021; 2.620, de 2021; 1.359, de 2022; 1.524, de 2022; 164, de 2023; 1.424, de 2023.

Projetos de lei que tratam de rescisão ou suspensão do contrato de planos de saúde

Conforme a ANS⁷, nos contratos de planos individuais ou familiares, a rescisão ou suspensão do contrato somente poderá ocorrer em duas hipóteses: a) por fraude comprovada por parte do consumidor; e b) por não pagamento da mensalidade por mais de sessenta dias, consecutivos ou não, durante os últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor tenha sido comprovadamente notificado até o 50º dia do atraso.

Já os contratos de planos coletivos poderão ser rescindidos: a) imotivadamente, após, a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias; b) antes dos primeiros doze meses de vigência, se motivada por uma das causas de

7

http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resp_osta=51&historico=29798299

rescisão previstas no contrato; c) antes dos primeiros doze meses de vigência, imotivadamente, quando poderá ser cobrada multa pela outra parte, se estiver prevista em contrato. Neste caso, a rescisão não é com um indivíduo, e sim com toda a carteira. Ou seja, a operadora rompe o contrato coletivo e deixa de ter relação com todos os empregados (e respectivos dependentes) de uma empresa específica, por exemplo.

Em relação aos planos coletivos, o Superior Tribunal de Justiça firmou a tese de que, mesmo após rescindir unilateralmente o plano coletivo, a operadora deve garantir a continuidade da assistência a beneficiário internado ou em tratamento de doença grave, até a efetiva alta, desde que ele arque integralmente com o valor das mensalidades⁸. Com essa regra, busca-se garantir que as operadoras não excluam de suas carteiras beneficiários que, por necessidade de saúde, estejam aumentando os seus custos com a utilização intensiva dos serviços e procedimentos disponíveis, como tem ocorrido reiteradamente nos últimos dias, conforme noticiado em diversos veículos de imprensa⁹. Entretanto, não podemos contar apenas com decisões judiciais para assegurar direitos, por mais corretas e bem fundamentadas que sejam, uma vez que, em regra, somente se beneficiam dessas decisões aquelas pessoas que têm condições de judicializar o assunto. Assim, os indivíduos que não dispõem de bom acesso à justiça, seja por falta de conhecimento ou de condições de contratar um advogado ou acionar a advocacia pública, não conseguem se proteger dos desmandos das operadoras. Assim, manifestamos o nosso voto pela aprovação, no mérito, dos seguintes projetos de lei: 6.067, de 2013; 1.039, de 2015; 5.286, de 2016; 8.942, de 2017; 9.537, de 2018; 2.485, de 2019; 5.332, de 2019; 2.286, de 2020; e 394, de 2021.

Projetos de lei que tratam da manutenção do contrato após demissão, aposentadoria ou morte do titular e da inclusão de beneficiários

⁸

https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=1082&cod_tema_final=1082

⁹

<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2023/05/em-crise-planos-de-saude-rescindem-contratos-e-deixam-criancas-sem-tratamento.shtml>

O art. 30 da Lei nº 9.656, de 1998, determina que ao consumidor que contribuir para planos de saúde em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. O § 3º deste artigo estende o direito de permanência no plano dos dependentes do empregado em caso de morte do titular.

Já o art. 31 da Lei nº 9.656, de 1998, estabelece que ao aposentado que contribuir para planos de saúde, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez 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. É interessante ressaltar que o § 3º deste artigo faz menção aos §§ 3º do art. 30, garantindo, dessa forma, a permanência no contrato do grupo familiar do aposentado em vida, e após a sua morte.

O direito à permanência dos beneficiários nos planos do empregado demitido ou aposentado, em vida ou em caso de morte do titular, é reiterado pelo disposto na Resolução Normativa nº 488, de 2022.

Ainda quanto ao tema de falecimento do titular, destacamos que, nos planos familiares, o falecimento do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, desde que assumam as obrigações decorrentes, tais como o pagamento das mensalidades. Nos planos coletivos, os dependentes têm o direito de realizar a portabilidade especial de carências.

Quanto ao direito de remissão, a ANS destaca que alguns contratos de planos de saúde, individuais/familiares ou coletivos, podem conter cláusulas com a previsão da continuidade da prestação de serviços aos dependentes após a morte do titular, por períodos que variam entre três e cinco anos, sem cobrança de mensalidades. Nos planos individuais/ familiares, o término do período de remissão não extingue o contrato, sendo assegurado

aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, desde que assumam as obrigações decorrentes, tais como o pagamento integral das mensalidades.

A Súmula Normativa nº 13, de 2010, estabelece que o término da remissão não extingue o contrato de plano familiar, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, para os contratos firmados a qualquer tempo.

Quanto à inclusão de beneficiários como dependentes em planos de saúde, a Lei nº 9.656, de 1998, não conceitua “dependentes” para fins de inscrição em planos de saúde (a não ser quando assegura a inscrição de filhos adotivos). Já a RN nº 557, de 2022, estabelece que, nos planos coletivos empresariais e por adesão, desde que haja previsão contratual, o vínculo com a operadora poderá se estender ao grupo familiar até terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, bem como ao cônjuge e ao companheiro. Já nos planos individuais ou familiares, a inclusão de dependentes dependerá da previsão contratual. Assim, atualmente, a inclusão de dependentes, seja qual for a modalidade de contrato, depende de previsão contratual.

Abaixo, seguem considerações sobre os projetos inseridos no tema e o nosso voto quanto ao mérito das matérias:

- O direito à permanência dos beneficiários nos planos do empregado demitido ou aposentado, em vida ou em caso de morte do titular, é definido na Lei nº 9.656, de 1998, e reiterado pelo disposto na RN nº 488, de 2022. Por acreditarmos que a matéria já está adequadamente regulada, manifestamos o nosso voto pela rejeição, no mérito, dos seguintes projetos de lei: 6.677, de 2009; 4.043, de 2015; 5.532, de 2016; 8.163, de 2017; 3.006, de 2023. Por outro lado, votamos pela aprovação, no mérito, do PL nº 7.694, de 2014, que visa a reduzir o prazo mínimo de permanência para a obtenção do direito de manter o plano de saúde após a aposentadoria, por considerarmos um prazo mais justo do que o atual.

- A lei garante a inscrição no plano de saúde do filho adotivo, aproveitando-se os períodos de carência cumpridos pelo adotante. Esse direito é reforçado e estendido ao menor sob guarda ou tutela pelo disposto na Súmula nº 25, de 2012, da ANS. Cremos, porém, que esses direitos previstos nos normativos, pela repercussão social que apresentam, devem ser elevados ao status legal. O nosso voto é pela aprovação, no mérito, dos seguintes PLs: 5.143, de 2009; 7.594, de 2010; 7.589, de 2017; 7.675, de 2017; 10.113, de 2018; e 1.924, de 2020.

- O direito de remissão e a permanência dos beneficiários nos planos em caso de morte do titular já estão suficientemente tratados nas normas da ANS. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos seguintes PLs: 5.069, de 2016, 6.069, de 2019, e 3.733, de 2023.

Projetos de lei que tratam de credenciamento, livre escolha dos profissionais prestadores de serviço e reembolso

Atualmente, conforme a legislação vigente, existem hipóteses obrigatórias de reembolso na Lei nº 9.656, de 1998, e na Resolução Normativa nº 566, de 2022.

O art. 12, VI, da Lei nº 9.656, de 1998, prevê que, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, o beneficiário terá direito de reembolso das despesas efetuadas, nos limites das obrigações contratuais, no prazo de trinta dias após a entrega da documentação adequada, independentemente de previsão contratual nesse sentido. Destaque-se que esse atendimento de urgência ou emergência, para ser reembolsado, tem de ser realizado dentro da área de abrangência geográfica do contrato.

De acordo com o disposto nos arts. 4º, 5º e 9º da RN nº 566, de 2022, se não houver profissionais para o atendimento de uma demanda coberta pelo plano (prevista no Rol mínimo referente à segmentação contratada ou no contrato, e compreendida na área geográfica da abrangência), ou se os profissionais existentes não puderem atender o

beneficiário nos prazos máximos estabelecidos na Resolução, a operadora providenciará o atendimento com profissional não credenciado na mesma localidade ou o transporte e o atendimento com profissional credenciado ou não em outra localidade. Se não cumprir essas obrigações, procederá ao reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário. Essa regra se aplica a qualquer pessoa, independentemente de previsão contratual expressa. O descumprimento dessa regra, de acordo com o art. 14 da RN, sujeita a operadora a sanções administrativas.

Além desses casos, as operadoras apenas são obrigadas a reembolsar o beneficiário por gastos com serviços e procedimentos, se houver previsão contratual expressa nesse sentido. Os contratos que preveem o reembolso fora dessas situações geralmente são os de livre escolha dos prestadores, com reembolso das despesas efetuadas, nos limites estabelecidos contratualmente.

De acordo com o Entendimento DIFIS nº 8, de 2017¹⁰, os contratos de planos de saúde que permitem acesso a livre escolha de prestadores, mediante reembolso, devem: indicar as coberturas que o consumidor poderá utilizar no sistema de acesso a livre escolha de prestadores não participantes da rede assistencial, própria ou contratualizada; conter cláusula clara com todas as informações necessárias para que o próprio consumidor possa calcular o quanto receberá de reembolso; divulgar amplamente a tabela utilizada para o cálculo do valor de reembolso; informar como ocorrem os reajustes dos valores de reembolso ou da unidade de serviço, conforme o tipo de tabela utilizado pela operadora; entre outros requisitos. Em qualquer contrato, é vedado o reembolso diferenciado por prestador, uma vez que tal prática restringe a livre escolha de profissionais e clínicas.

Abaixo, seguem considerações sobre os projetos inseridos no tema e o nosso voto quanto ao mérito das matérias:

10

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/reembolso#:~:text=A%20Ag%C3%A4ncia%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde,infra%C3%A7%C3%B5es%20relacionados%20ao%20tema%20reembolso.>

- Atualmente, conforme a legislação vigente, existem hipóteses obrigatórias de reembolso na Lei nº 9.656, de 1998, e na Resolução Normativa nº 566, de 2022. Além desses casos, as operadoras apenas são obrigadas a reembolsar o beneficiário por gastos com serviços e procedimentos, se houver previsão contratual expressa nesse sentido. cremos que essa dinâmica não deve ser modificada. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos seguintes PLs: 156, de 2003; 7.590, de 2010; 1.076, de 2011; 2.698, de 2019; e 3.918, de 2019.

- De acordo com o art. 17-A da Lei nº 9.656, de 1998, os contratos que regem a prestação de serviços de atenção à saúde, firmados entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores, devem estabelecer com clareza os valores dos serviços contratados, os critérios, a forma e a periodicidade do seu reajuste, bem como os prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados. Esta Lei, portanto, prevê a livre negociação de remuneração entre as partes e a fixação em contrato dos índices de reajuste do valor pago. A ANS somente define o índice de reajuste se, no prazo de 90 dias contados do início do ano-calendário, a operadora não promover o reajuste dos contratos com os prestadores. Nesta área prepondera, portanto, a negociação da operadora com os contratados. cremos que a matéria já está suficientemente regulamentada. Assim, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos seguintes PLs: 1.220, de 2007; 1.647, de 2011; e 2.751, de 2019.

- A concessão de descontos pelas operadoras já é uma possibilidade prevista na Lei nº 9.656, de 1998, ressalvado o disposto na Resolução do Consu nº 6, de 1998. Obrigar, por lei, a sua concessão a profissionais de saúde, é uma medida inadequada, por trazer interferências, sem justificativa plausível, à atividade das operadoras de planos de saúde. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, do PL nº 2.145, de 2020.

- A Lei nº 13.003, de 2014, promoveu alterações na Lei nº 9.656, de 1998, tendentes a trazer para a esfera legal a regulamentação das condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas. Diante disso, alguns projetos anteriores à sua edição, embora

não tenham sido prejudicados, por não serem idênticos à lei, perderam a razão de existir. Por isso, devem ser rejeitados os seguintes PLs: 3.058, de 2004; 3.940, de 2004; e 2.734, de 2011.

- A Lei nº 13.003, de 2014, promoveu alterações na Lei nº 9.656, de 1998, tendentes a trazer para a esfera legal a regulamentação das condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas. No entanto, o legislador optou por não estabelecer regras rígidas acerca da relação entre as operadoras e os prestadores, em respeito ao princípio da livre negociação. Cremos que a escolha foi adequada e, por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos seguintes PLs: 1.603, de 2003; 4.075, de 2004; 6.510, de 2006; e 3.196, de 2019.

Projetos de lei que tratam de direitos do consumidor de planos de saúde

A relação entre o usuário e a operadora do Plano de Saúde é, em regra, de consumo. O art. 35-G da Lei nº 9.656, de 1998, determina que “aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990”, com exceção das autogestões, conforme o disposto na Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça¹¹ - o que mudaremos neste Parecer. Abaixo, seguem considerações sobre os projetos inseridos no tema e o nosso voto quanto ao mérito das matérias:

- A RN nº 395, de 2016, estabelece, em seu art. 9º, que nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentada, a operadora demandada tem o prazo de até 5 dias úteis para apresentá-la diretamente ao beneficiário. Esse dispositivo ainda ressalva que as solicitações de procedimentos e/ou serviços de urgência e emergência devem ser autorizadas

11

<https://scon.stj.jus.br/SCON/sumanot/toc.jsp?livre=%28sumula%20adj1%20%27608%27%29.sub>

imediatamente pela operadora, observadas as normas legais e infralegais em vigor. É preciso dar mais transparência ao processo. Por isso, deixaremos claro, em nosso Substitutivo, que as negativas têm de ser feitas por escrito, independentemente de pedido do beneficiário. Diante do exposto, o nosso voto é pela aprovação, no mérito, dos seguintes PLs: 7.762, de 2010; 394, de 2011; 4.077, de 2012; 2.104, de 2022

- Excluir definitivamente a necessidade de autorização de exames ou reduzir os prazos de forma radical pode contribuir para o aumento de procedimentos desnecessários ou que não contribuam para o bom resultado do tratamento do beneficiário. Diante do exposto, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos seguintes PLs: 5.024, de 2009; 7.947, de 2017; 8.590, de 2017; 373, de 2022; 3.256, de 2023.

- A Resolução Normativa nº 566, de 2022, garante ao beneficiário de plano de saúde o atendimento, com previsão de prazos máximos, aos serviços e procedimentos por ele contratados. Por considerarmos que o tema já está devidamente regulamentado, cremos que não seja necessário dispor sobre ele na Lei. Diante disso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, do PL nº 1.431, de 2011; 69, de 2015; 8.108, de 2017.

- A RN nº 395, de 2016, já dispõe sobre como deve ser feita a negativa de cobertura. Acreditamos que, nos casos de negativa sem justa causa, a definição do dano moral tem de ser feita caso a caso, mediante análise da situação concreta. De acordo com a lei em vigor, o ato ilícito sujeito causador de dano gera direito à indenização (Código Civil, arts. 186, 187 e 927), hipótese que abrange a negativa de cobertura sem justa causa, entendimento que é confirmado por farta jurisprudência dos tribunais. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos seguintes PLs: 4.787, de 2016; 4.460, de 2019; e 5.648, de 2020.

- O art. 16, § único, da Lei nº 9.656, de 1998, determina que a todo consumidor titular de planos individual ou familiar será entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, regulamento ou das condições gerais dos planos de saúde, além de material explicativo com as suas características. A RN nº 486, de 2022, ainda determina que todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão disponibilizar nos seus Portais

Corporativos na Internet informações sobre a sua rede assistencial. Ademais, a RN nº 567, de 2022, em seu art. 10, esclarece que o Portal Corporativo e a Central de Atendimento das operadoras devem manter atualizadas as informações das substituições havidas em sua rede assistencial não hospitalar para consulta pelos beneficiários, e que essas informações deverão ser disponibilizadas com antecedência mínima de 30 dias contados da efetiva substituição, e que devem permanecer acessíveis por 180 dias. Apesar dessas disposições, acreditamos que as normas relativas à transparência das relações entre as operadoras e os consumidores têm de constar do texto da Lei, para lhes garantir maior efetividade. Por isso, o nosso voto é pela aprovação, no mérito, dos seguintes PLs: 1.677, de 2011; 2.645, de 2011; 4.036, de 2012; 4.402, de 2012; 5.152, de 2013; 6.819, de 2013; e 6.455, de 2016; 3.162, de 2021; 2.067, de 2023.

- As operadoras de planos de saúde são obrigadas por lei a informar à ANS os dados cadastrais dos seus beneficiários, tais como: nome completo, data de nascimento, nome completo da mãe, nº do CPF e nº do Cartão Nacional de Saúde¹². Devem fornecer também os dados do plano de saúde contratado pelo consumidor. Diante do exposto, acreditamos que o registro dos contratos é supérfluo, porque quase todos os dados desses documentos já constam das bases da ANS. Caso haja uma reclamação de um beneficiário na Agência, as operadoras têm de apresentar os contratos, em sua defesa. Diante disso, sugerimos a rejeição, no mérito, do PL nº 1.729, de 2021.

- Nos planos de saúde, ao contrário dos seguros automotivos, não há limite de cobertura, nem prazo. Um determinado beneficiário pode não utilizar os serviços ao longo de muitos anos e, repentinamente, vir a necessitar de longas internações em UTI ou de realizar cirurgias de alta complexidade. Assim, em tese, o beneficiário paga pela segurança de ter as suas necessidades de saúde cobertas, independentemente de vir a usar ou não as prerrogativas que o plano de saúde possibilita. Nesse contexto, acreditamos que os descontos progressivos por uso pouco frequente dos serviços de plano não são compatíveis com a

¹²

<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/2417-comprovante-de-dados-cadastrais-do-consumidor>

sistemática da Saúde Suplementar. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos seguintes PLs: 176, de 2015; 2.608, de 2015; e 9.925, de 2018.

- O Parecer do Conselho Federal de Medicina nº 7, de 2000, estabeleceu que “diferenciar pacientes, dificultando muitas vezes fraudulentamente o acesso ao consultório, com simulação de falsas pletores de agendas, na busca de transformar o doente do convênio em doente particular, é atitude eticamente reprovável, por fraudar, humilhar e subjugar o ser humano, com o agravante de fazê-lo quando este se encontra fragilizado pela doença”. Com essa manifestação, o Conselho deixou claro que não se pode dar preferência, de forma discriminatória, a clientes particulares em detrimento de beneficiários do plano. Ainda assim, cremos que é necessário, como forma de reafirmar os direitos dos usuários de planos de saúde, modificar a lei e evidenciar que não poderá ser feita diferenciação entre eles e clientes particulares. Assim, o nosso voto é pela aprovação, no mérito, dos seguintes PLs: 1.992, de 2015; 7.501, de 2017; 6.448, de 2019; 3.453, de 2020; 866, de 2022.

- A coparticipação e a franquia são tipos de fator moderador que fazem com que o beneficiário participe mais ativamente das decisões que envolvem a sua saúde. Esses institutos permitem que os valores das mensalidades dos planos sejam mais baratos, já que o consumidor custeia parte dos procedimentos. Atualmente, a coparticipação e a franquia já têm previsão legal e regulamentar (art. 16, VIII, da Lei nº 9.656, de 1998, e Resolução do Consu nº 8, de 1998). No entanto, cremos que é importante trazer mais garantias ao consumidor de planos de saúde quanto aos limites do uso desses mecanismos. Diante do exposto, o nosso voto é pela aprovação, no mérito, dos seguintes PLs: 9.343, de 2017; 9.344, de 2017; e 11.058, de 2018; 1.258, de 2022.

- O art. 14 da Lei nº 9.656, de 1998, determina que “em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde”. Disposição semelhante encontra-se no art. 15, §3º, da Lei nº 10.741, de 2013, segundo o qual “é vedada a discriminação da pessoa idosa nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade”. No entanto, é importante reforçar na lei que quaisquer formas de

discriminação são vedadas. Assim, no mérito, votamos pela aprovação dos PLs nºs: 1.159, de 2015; 5.113, de 2016; 2.320, de 2019; e 2.770, de 2019.

- A Resolução Normativa nº 529, de 2022, lista quais são as informações cadastrais que a operadora obrigatoriamente tem de manter acerca dos beneficiários, inclusive dependentes. Entre eles, estão o nome, o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas, documento de identificação, endereço completo e atividade desenvolvida. Ademais, a operadora já tem a obrigação de fornecer ao usuário um documento identificador próprio para o atendimento na rede credenciada, conhecido como “carteirinha do plano de saúde”, em que devem constar seu nome, nome da empresa que está lhe prestando o serviço, número de registro dessa empresa na ANS e o nome e/ou número do plano de saúde adquirido. Dessa maneira, atualmente, ao aderir ao plano de saúde, o beneficiário recebe o cartão de identificação, que deverá ser apresentado para o usufruto dos serviços e procedimentos do plano. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, do PL nº 1.777, de 2003.

- Os beneficiários de planos de saúde têm direito a todos os procedimentos da segmentação descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, sem nenhum dispêndio além do previsto em contrato. A ANS já se manifestou¹³ no sentido de que essa cobrança é indevida e de que poderá ser imputada responsabilidade à operadora quando houver cobrança de honorários, a qualquer título, diretamente aos beneficiários, por parte de profissionais de saúde contratados, cooperados, credenciados ou referenciados, para procedimentos cobertos, cabendo apuração da infração e eventual aplicação de penalidade à operadora por parte da ANS. O nosso voto é pela rejeição, no mérito, do PL nº 2.582, de 2015.

- A Resolução Normativa nº 395, de 2016, determina que as operadoras deverão disponibilizar canais de atendimento telefônico 24 horas, para prestar informações e orientações sobre o procedimento ou serviço assistencial solicitado. No entanto, cremos que seja necessário incluir na Lei dispositivo relativo ao assunto, uma vez que estimula a transparência nas

13

http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/not_aggras100_entendimento_parto_20130405.pdf

relações entre as operadoras e os consumidores de planos de saúde. Assim, o nosso voto é pela aprovação, no mérito, dos PLs: 664, de 2007; 1.948, de 2015; 10.252, de 2018; 3.106, de 2021.

- Diversos princípios que devem reger a relação entre os beneficiários de planos de saúde e as operadoras já constam de atos normativos da ANS. Como exemplo, citamos o disposto no art. 5º da RN nº 465, de 2021, bem como os direitos regulamentados nas RNs nºs 566, de 2022, e 395, de 2016. Cremos, assim, que essa matéria não deva ser tratada em lei em sentido estrito. Por isso, sugerimos a rejeição, no mérito, dos PLs nºs: 3.675, de 2012; e 5.912, de 2013.

- A Lei não obriga as operadoras a oferecerem planos individuais aos interessados. Isso ocorre, porque esses produtos têm características que os tornam mais custosos e, assim, as operadoras têm de calcular o risco de oferecê-los e a sua capacidade de mantê-los. Cremos que essa obrigatoriedade pode ser excessivamente onerosa às operadoras. Por isso, no mérito, somos pela rejeição do PL nº 2.611, de 2019.

- A questão do boletamento popularizou-se em razão do disposto na RN nº 557, de 2022, que determinou que a operadora contratada (com exceção das autogestões) não poderia efetuar a cobrança das contraprestações pecuniárias diretamente ao beneficiário, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998 (caso dos aposentados e demitidos sem justa causa que optarem por manter o plano, nos termos da Lei). Essa medida foi utilizada para combater os chamados planos “falsos coletivos”. No entanto, essa regra faz com que as administradoras de benefício tenham de ser necessariamente intermediárias nas contratações coletivas. E isso pode encarecer os planos. Por isso, o nosso voto é pela aprovação, no mérito, do PL nº 3.935, de 2019.

- Conforme a ANS, a portabilidade de carências é a possibilidade de trocar de planos de saúde levando consigo os períodos de carência e de cobertura parcial temporária para doenças, ou lesões preexistentes, já cumpridos. A portabilidade de carências é um direito garantido a todos os beneficiários de planos de saúde contratados a partir de 1 de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998. Essa opção está disponível aos beneficiários de qualquer modalidade de contratação (planos individuais ou

familiares, coletivos empresariais e coletivos por adesão), mediante o cumprimento dos requisitos previstos na Resolução da ANS nº 438, de 2018. Por considerarmos que é preciso simplificar e facilitar a portabilidade, sugerimos, em nosso Substitutivo, a exclusão da condição de que o plano de origem e destino tenham características similares e equivalência da faixa de preço. Essa compatibilidade já não é exigida nas seguintes situações: quando o plano de origem tem formação de preço pós-estabelecida ou mista (plano que não possui valor de mensalidade fixo); quando a portabilidade for realizada de um plano empresarial para outro plano empresarial; nas portabilidades especiais e extraordinárias; nas situações específicas de portabilidade por extinção do vínculo do beneficiário. O nosso voto, portanto, é pela aprovação, no mérito, do PL nº 1.763, de 2011.

- A aprovação de um projeto de lei que estabeleça o caráter exemplificativo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é desnecessária, após a edição da Lei nº 14.454, de 2022. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, do Projeto de Lei nº 392, de 2022.

- O Projeto de Lei nº 4.557, de 2021, visa a alterar a Lei nº 9.656, de 1998, para determinar que o prazo de prescrição decenal do Código Civil (CC) se aplique às pretensões de cobrança de reembolso por despesas médico-hospitalares contra operadoras de planos privados de assistência à saúde. De acordo com o art. 205 do CC, a prescrição ocorre em dez anos, quando a lei não lhe haja fixado prazo menor. Recentemente, a 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça decidiu que o prazo prescricional para controvérsias relacionadas à responsabilidade e descumprimento contratual, incluindo reembolsos, é de 10 anos¹⁴. Assim, a questão que o Deputado pretende tratar já está pacificada no STJ. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, do PL nº 4.557, de 2021.

Projetos de lei que tratam da Covid-19

A Pandemia da Covid-19 deu origem à maior tragédia de Saúde Pública da história recente do País. Mais de 700 mil pessoas morreram

¹⁴ <https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/stj-reforca-que-prazo-de-prescricao-para-pedido-de-reembolso-e-de-10-anos-01112021>

por causa dessa doença¹⁵, apenas no Brasil. A economia brasileira também foi afetada. O número de desempregados chegou a quase 15 milhões, sem contar os 6 milhões de desalentados - pessoas que desistiram de procurar empregos¹⁶. Com isso, a renda média dos cidadãos reduziu-se¹⁷. Quase metade das famílias brasileiras perdeu parcial ou totalmente a sua fonte de renda com a Covid-19¹⁸.

Diante desse cenário, diversos parlamentares propuseram projetos de lei para garantir que, durante a pandemia, fosse assegurada a cobertura de procedimentos e proibidos os reajustes e a rescisão unilateral do contrato por inadimplência.

Nesse contexto, destacamos que a ANS, por meio de decisão da Diretoria Colegiada, suspendeu de setembro a dezembro de 2020 os reajustes por variação de custos e por mudança de faixa etária dos planos médico-hospitalares contratados a partir de 1/1/1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998. Essa medida foi tomada em razão do cenário de dificuldades para o consumidor em função da retração econômica acarretada pela pandemia, e de um cenário de redução de utilização dos serviços de saúde no período. Em novembro de 2020, a ANS definiu que os beneficiários que tiveram suspensas a cobrança teriam o pagamento desses valores diluído em 12 meses nos boletos emitidos a partir de janeiro de 2021¹⁹.

De acordo com o disposto no sítio eletrônico da ANS²⁰, as principais medidas por ela adotadas na vigência da pandemia foram:

¹⁵ <https://covid.saude.gov.br/>

¹⁶ <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>

¹⁷ <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2021-06/felicidade-do-brasileiro-cai-em-meio-pandemia>

¹⁸ <https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/04/28/quase-metade-dos-trabalhadores-viram-renda-diminuir-ou-acabar-na-pandemia-diz-cni.ghtml>

¹⁹ <https://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/6034-ans-define-que-recomposicao-do-reajuste-suspenso-em-2020-sera-parcelada-em-12-meses>

²⁰ <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/covid-19>

- 1) Cobertura obrigatória de exames para Covid-19 - Pesquisa por RT PCR; exames auxiliares para diagnóstico e tratamento; exames sorológicos (Pesquisa de Anticorpos IgG ou Anticorpos Totais);
- 2) Cobertura obrigatória para tratamento da doença, segundo segmentação do plano;
- 3) Prorrogação temporária de prazos máximos de atendimento, priorizando casos de Covid-19;
- 4) Orientação para realização de atendimento à distância e viabilização da implementação da telessaúde;
- 5) Orientação para disponibilização de canais de atendimento específicos para esclarecimentos e informações sobre a doença;
- 6) Prorrogação de prazos de obrigações das operadoras;
- 7) Flexibilização de Normas Prudenciais;
- 8) Medidas temporárias no âmbito da fiscalização;
- 9) Concessão de incentivos regulatórios mediante contrapartidas (renegociação de contratos e pagamento de prestadores);
- 10) Suspensão dos reajustes de planos de saúde por 120 dias.

Creemos que, por se tratar de uma circunstância pontual e temporária, as questões relacionadas à Covid-19 devem ser enfrentadas na esfera regulatória, por meio de normativos emitidos pela ANS, como tem sido feito. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, dos seguintes PLs: 955, de 2020; 1.070, de 2020; 1.288, de 2020; 1.317, de 2020; 1.424, de 2020; 1.493, de 2020; 1.526, de 2020; 1.892, de 2020; 2.154, de 2020; 3.072, de 2020; 3.219, de 2020; 3.504, de 2020; 3.885, de 2020; 3.970, de 2020; 4.167, de 2020; 4.433, de 2020; 4.574, de 2020; 113, de 2021; 1.302, de 2021; 2.054, de 2021; 2.536, de 2021; e 2.792, de 2021.

Outros

Os seguintes projetos não se enquadram nos demais temas que estabelecemos neste documento. Por isso, serão analisados individualmente.

- De acordo com o disposto no art. 12, II, a, da Lei nº 9.656, de 1998, quando os planos incluírem a cobertura de internações hospitalares, fica vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. Dessa forma, sugerimos a rejeição, no mérito, do PL nº 3.285, de 2012.

- As disposições da Lei nº 9.656, de 1998, conforme demonstrado na justificção, já não se aplicam aos serviços sociais e assistenciais direcionados à saúde do trabalhador, e, assim, não é preciso modificar a Lei para que a situação fática seja alterada. A Lei somente necessita sofrer mudanças se isso for necessário para inovar o ordenamento jurídico. Por isso, sugerimos a rejeição, no mérito, do PL nº 3.949, de 2012.

- De acordo com a Súmula Vinculante nº 21 do Supremo Tribunal Federal, “é inconstitucional a exigência de depósito ou arrolamento prévios de dinheiro ou bens para admissibilidade de recurso administrativo”. Por isso, sugerimos a rejeição, no mérito, do PL nº 4.632, de 2004.

- A ANS editou a RN nº 557, de 2022, que regulamentou a necessidade de vínculo associativo, de classe ou empregatício para adesão a um contrato coletivo. Creemos que essa matéria, que é tratada na esfera infralegal, não deva ser inserida na Lei. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, do PL nº 4.644, de 2016.

- Acreditamos que programas de saúde de grupos específicos devam ser elaborados pela ANS, no exercício da sua competência. Por isso, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, do PL nº 8.048, de 2010.

- As resoluções normativas da ANS já trazem diversas definições acerca dos tipos de contratações na Saúde Suplementar. Acreditamos que o assunto não deva ser elevado à esfera legal. Por isso, sugerimos a rejeição, no mérito, do PL nº 6.941, de 2017.

- Hoje está cristalizado o posicionamento de que a Defensoria Pública tem legitimidade ativa para ajuizar ações coletivas em

benefício dos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º da Constituição. A proposição visa a conferir à Defensoria Pública legitimidade independentemente do tipo ou grau de vulnerabilidade dos substituídos na ação coletiva. Esse preceito não se adequa ao disposto no artigo 134 da Constituição Federal, que é expresso ao atribuir a esta instituição a promoção de direitos individuais e coletivos aos necessitados. Por isso, reputamos inconstitucional o PL nº 1.272, de 2015, e sugerimos sua rejeição, no mérito.

- Nenhuma profissão necessita de reconhecimento do Estado para o seu exercício ou para que os direitos já previstos na legislação trabalhista sejam devidos. Na verdade, regulamentar significa restringir o livre exercício da atividade profissional. É uma exceção ao disposto no inciso XIII do art. 5º e no parágrafo único do art. 170 da Constituição Federal, que estabelecem o princípio da liberdade de exercício de qualquer atividade profissional ou econômica, desde que lícita. Por considerarmos que a regulamentação pode ser prejudicial aos corretores de planos, sugerimos a rejeição, no mérito, do PL nº 3.223, de 2015.

- A ANS é uma autarquia federal em regime especial, ou seja, o Poder Público lhe confere alguns mecanismos que proporcionam autonomia administrativa, financeira, orçamentária e gerencial, a fim de que ela possa atingir seus objetivos, dentre eles o de promover a regulação dos planos de saúde. Entre os mecanismos à disposição da ANS, podemos destacar a possibilidade de receber receitas próprias, como as provenientes das taxas cobradas em decorrência da administração de serviços públicos, e as decorrentes das multas em suas ações de fiscalização. As receitas da ANS estão elencadas na Lei nº 9.961, de 2000, que criou essa Agência. O desenvolvimento institucional da ANS requer elevados investimentos necessários ao cumprimento das funções que lhes são atribuídas e para o cumprimento do contrato de gestão a que está submetida. Por isso, modificar a destinação de verbas antes endereçadas diretamente à ANS pode prejudicar o seu funcionamento. Por isso, sugerimos a rejeição, no mérito, dos PLs nºs 4.113, de 2015, e 6.948, de 2017

- A Lei nº 9.656, de 1998, dispensa as entidades que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão da demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de

assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras, e da especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde. Esta Lei também exige as autogestões que, na época da sua publicação, já exerciam outras atividades em conjunto com as relacionadas à assistência à saúde, de constituir pessoas jurídicas independentes para a operação de planos privados. Diante do exposto, o nosso voto é pela rejeição, no mérito, do PL nº 5.779, de 2016.

- O Projeto de Lei nº 4.523, de 2021, visa a modificar as competências da ANS, para que essa Agência fiscalize diretamente a qualidade dos atendimentos prestados pelos serviços de saúde próprios das operadoras. Em nosso Substitutivo, incorporamos essa ideia, por meio de mudanças na Lei nº 9.961, de 2000. Por isso, o nosso voto é pela aprovação, no mérito, do PL nº 4.523, de 2021.

2 - Análise do impacto financeiro e orçamentário dos PLs

Cabe à Comissão de Finanças e Tributação manifestar-se quanto à compatibilidade e adequação financeira e orçamentária da proposição principal e seus apensados. O Regimento Interno da Câmara dos Deputados (RI, arts. 32, X, "h", e 53, II) e a Norma Interna da Comissão de Finanças e Tributação (NI/CFT) definem que o exame de compatibilidade ou adequação far-se-á por meio da análise da conformidade da proposição com o plano plurianual, a lei de diretrizes orçamentárias, o orçamento anual. São consideradas como outras normas, especialmente, a Constituição Federal e a Lei de Responsabilidade Fiscal-LRF (Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000).

De acordo com o Regimento Interno, somente proposições que "*importem aumento ou diminuição de receita ou de despesa pública*" estão sujeitas ao exame de compatibilidade ou adequação financeira e orçamentária. Neste sentido dispõe também o art. 9º da Norma Interna da CFT (NI/CFT), de 29.05.96, *in verbis*:

"Art. 9º Quando a matéria não tiver implicações orçamentária e financeira deve-se concluir no voto final que à Comissão não cabe afirmar se a proposição é adequada ou não."

Proposições Afetas a Planos Privados de Saúde e Sem Implicações Orçamentária e Financeira para a União

Da análise efetuada, ficou evidenciado que o Projeto de Lei nº 7.419, de 2006, por inserir procedimentos preventivos no rol dos serviços a serem oferecidos pelas empresas de planos de saúde, não traz direta ou indiretamente implicação financeira ou orçamentária às finanças públicas em termos de acréscimo ou redução das receitas e despesas federais.

No mesmo sentido, das proposições apensas, mais de duzentas também não apresentam implicação financeira ou orçamentária, visto restringirem-se a regular os mais diversos aspectos relativos a planos privados de assistência à saúde - tais como situações de manutenção de planos de saúde a aposentados e demitidos sem justa causa quando assumam pagamento integral; prever a cobertura, por parte dos planos de saúde, de despesas com acompanhantes a menores de 18 e maiores de 60 anos nos casos de internações; prever novas vedações previstas no Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 1990); promover alterações no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 1990); regulamentar a atividade e a profissão de Corretor de Planos Privados; ou destinar ao Fundo Nacional de Saúde a receita proveniente das multas aplicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -, sem impactar, contudo, as finanças públicas. Encontram-se nessa situação os Projetos de Lei nºs: 156, de 2003; 311, de 2003; 1.603, de 2003; 1.777, de 2003; 2.474, de 2003; 2.934, de 2004; 3.058, de 2004; 3.940, de 2004; 4.075, de 2004; 4.164, de 2004; 4.632, de 2004; 6.510, de 2006; 6.849, de 2006; 7.128, de 2006; 7.600, de 2006; 582, de 2007; 664, de 2007; 756, de 2007; 1.220, de 2007; 1.942, de 2007; 2.901, de 2008; 3.473, de 2008; 5.024, de 2009; 5.143, de 2009; 5.730, de 2009; 6.821, de 2010; 7.590, de 2010; 7.594, de 2010; 7.762, de 2010; 8.048, de 2010; 394, de 2011; 657, de 2011; 805, de 2011; 1.076, de 2011; 1.147, de 2011; 1.431, de 2011; 1.647, de 2011; 1.677, de 2011; 1.763, de 2011; 2.066, de 2011; 2.328, de 2011; 2.538, de 2011; 2.645, de 2011; 2.734, de 2011; 2.981, de 2011; 3.087, de

2012; 3.285, de 2012; 3.346, de 2012; 3.675, de 2012; 3.949, de 2012; 4.036, de 2012; 4.077, de 2012; 4.201, de 2012; 4.402, de 2012; 4.726, de 2012; 4.990, de 2013; 5.152, de 2013; 5.715, de 2013; 5.912, de 2013; 5.963, de 2013; 6.067, de 2013; 6.436, de 2013; 6.714, de 2013; 6.715, de 2013; 6.819, de 2013; 7.111, de 2014; 7.142, de 2014; 7.694, de 2014; 7.844, de 2014; 7.914, de 2014; 69, de 2015; 121, de 2015; 176, de 2015; 1.039, de 2015; 1.159, de 2015; 1.272, de 2015; 1.564, de 2015; 1.948, de 2015; 1.992, de 2015; 2.128, de 2015; 2.274, de 2015; 2.295, de 2015; 2.582, de 2015; 2.608, de 2015; 2.949, de 2015; 3.223, de 2015; 4.043, de 2015; 4.113, de 2015; 4.294, de 2016; 4.404, de 2016; 4.477, de 2016; 4.478, de 2016; 4.485, de 2016; 4.644, de 2016; 4.729, de 2016; 4.748, de 2016; 4.787, de 2016; 5.113, de 2016; 5.286, de 2016; 5.532, de 2016; 5.622, de 2016; 5.779, de 2016; 6.033, de 2016; 6.455, de 2016; 6.941, de 2017; 7.175, de 2017; 7.501, de 2017; 7.589, de 2017; 7.675, de 2017; 7.865, de 2017; 7.947, de 2017; 8.108, de 2017; 8.264, de 2017; 8.276, de 2017; 8.396, de 2017; 8.590, de 2017; 8.900, de 2017; 8.942, de 2017; 9.253, de 2017; 9.343, de 2017; 9.344, de 2017; 9.537, de 2018; 9.701, de 2018; 9.720, de 2018; 9.925, de 2018; 10.113, de 2018; 10.252, de 2018; 10.609, de 2018; 10.700, de 2018; 10.960, de 2018; 11.058, de 2018; 11.086, de 2018; 283, de 2019; 770, de 2019; 1.073, de 2019; 1.080, de 2019; 1.705, de 2019; 2.320, de 2019; 2.379, de 2019; 2.485, de 2019; 2.611, de 2019; 2.698, de 2019; 2.751, de 2019; 2.770, de 2019; 3.014, de 2019; 3.037, de 2019; 3.175, de 2019; 3.196, de 2019; 3.218, de 2019; 3.275, de 2019; 3.657, de 2019; 3.918, de 2019; 3.935, de 2019; 4.410, de 2019; 4.460, de 2019; 4.608, de 2019; 4.941, de 2019; 5.332, de 2019; 5.346, de 2019; 5.881, de 2019; 6.069, de 2019; 6.142, de 2019; 6.448, de 2019; 6.530, de 2019; 628, de 2020; 955, de 2020; 1.070, de 2020; 1.288, de 2020; 1.317, de 2020; 1.424, de 2020; 1.493, de 2020; 1.526, de 2020; 1.636, de 2020; 1.892, de 2020; 1.924, de 2020; 1.944, de 2020; 1.970, de 2020; 2.145, de 2020; 2.154, de 2020; 2.285, de 2020; 2.286, de 2020; 3.072, de 2020; 3.441, de 2020; 3.453, de 2020; 3.504, de 2020; 3.885, de 2020; 3.970, de 2020; 4.167, de 2020; 4.344, de 2020; 4.433, de 2020; 4.571, de 2020; 4.574, de 2020; 5.648, de 2020; 97, de 2021; 113, de 2021; 377, de 2021; 394, de 2021; 774, de 2021; 1.302, de 2021; 1.719, de 2021; 1.729, de 2021; 2.018, de 2021; 2.054, de 2021; 2.536, de 2021; 2.620, de 2021; 2.792, de 2021; 3.106,

de 2021; 3.162, de 2021; 3.323, de 2021; 4.291, de 2021; 4.523, de 2021; 373, de 2022; 392, de 2022; 489, de 2022; 866, de 2022; 1.258, de 2022; 1.359, de 2022; 1.524, de 2022; 2.104, de 2022; 2.826, de 2022; 164, de 2023; 706, de 2023; 760, de 2023; 1.126, de 2023; 1.424, de 2023; 1.443, de 2023; 1.650, de 2023; 2.067, de 2023; 3.006, de 2023; 3.009, de 2023; 3.134, de 2023; 3.256, de 2023; 3.657, de 2023; 3.991, de 2023.

De igual modo, não apresentam implicações financeira ou orçamentária as demais proposições originadas no âmbito das Comissões Permanentes, em especial:

- a) Substitutivo ao Projeto de Lei nº 4.076, de 2001, aprovado pela Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), em 16/04/2008;
- b) Substitutivo ao Projeto de Lei nº 4.076, de 2001, aprovado pela Comissão de Defesa do Consumidor (CDC), com complementação de voto, em 28/10/2009 (parecer dado ao PL nº 4.076, de 2001, e considerado válido para o PL nº 7.419, de 2006, nos termos do § 2º do art 105 do RICD);
- c) Emenda modificativa ao Projeto de Lei nº 3.058, de 2004, apresentada na CSSF; e
- d) Emenda modificativa ao Projeto de Lei nº 8.048, de 2010, apresentada na CSSF;
- e) Emenda modificativa ao Projeto de Lei nº 4.477, de 2016, apresentada na CSSF.

Proposições com Possibilidade de Implicação Orçamentária e Financeira para a União

As demais proposições apenas apresentam implicações passíveis de gerar impacto nas despesas e receitas federais. Para fins de análise, tais proposições podem ser divididas em 07 (sete) grupos:

- 1º) as que tratam do direito de o paciente do SUS ter acompanhamento durante internação hospitalar. Nesse rol inserem-se os Projetos de Lei nºs 6.125, de 2005; 7.340, de 2006; 4.016, de 2008; 4.097, de 2015; 5.191, de 2016; 5.910, de 2016; 2.640, de 2019; 5.793, de 2019; 2.072, de 2022; 440, de 2022; 2.503, de 2022; 2.042, de 2023.
- 2º) as que obrigam o atendimento de emergência em qualquer hospital com o ressarcimento das despesas correspondentes à conta das operadoras de planos de saúde ou do SUS. Incluem-se nessa condição os Projetos de Leis nºs 3.088, de 2004; 3.247, de 2004; 3.362, de 2004; 3.708, de 2004; 590, de 2007; 8.608, de 2017; 2.748, de 2019; bem como o ressarcimento por despesas com fornecimento de medicamentos, como o PL n. 3.194, de 2021;
- 3º) as que determinam que os ressarcimentos efetuados pelas operadoras de planos de saúde ao SUS sejam feitos diretamente às entidades prestadoras dos serviços ou aos respectivos fundos de saúde, ou que afastam o ressarcimento ao SUS por vontade expressa do paciente, familiares ou responsáveis em continuar na rede pública de saúde. Nessa situação encontram-se os Projetos de Leis nºs 71, de 2003; 1.349, de 2003; 4.393, de 2008; 6.483, de 2009; 2.982, de 2011; 2.344, de 2015; 2.504, de 2015; 6.175, de 2016; 9.940, de 2018; 3.104, de 2019; 1.075, de 2023; 3.935, de 2023, bem como aqueles que preveem prescrição para as pretensões de cobrança contra planos de saúde, como no PL 4.557, de 2021;
- 4º) as que garantem a cobertura dos planos ou seguro saúde em casos de demissão, aposentadoria ou durante a vigência de seguro desemprego, com ônus para os empregadores, como os PLs nºs 6.677, de 2009; e 8.163, de 2017;

- 5º) as que tratam das multas aplicadas pela ANS para aumentar o valor passível de aplicação ou permitir a conversão em atendimentos no âmbito do SUS. Nessa situação, encontram-se os PLs nº 5.069, de 2016; 6.948, de 2017; e 3.052, de 2021;
- 6º) as que buscam assegurar a toda mulher o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, diagnóstico e tratamento de todos os agravos, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nesse caso, há o PL nº 5.126, de 2016;
- 7º) as que determinam ao SUS: recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada conveniada quando se tratar de pacientes diagnosticados com moléstia graves ou com risco iminente de morte, e as disponibilidades do SUS forem insuficientes (PL nº 3.392, de 2019), ressarcir despesas decorrentes do atendimento aos segurados inadimplentes de planos de saúde (PL nº 3.219, de 2020); bem como as que asseguram remoção e a substituição dos implantes empregados na reconstrução ou simetrização das mamas no tratamento de mutilação decorrente de câncer (PL nº 39, de 2021) ou ampliam situações de cirurgia plástica reconstrutiva para mulheres que sofrerem mutilação total ou parcial de mama (PL nº 315, de 2020).

Análise das Propostas do Primeiro Grupo

No que tange às proposições do primeiro grupo, os Projetos de Lei nºs 6.125, de 2005; 4.016, de 2008; 5.910, de 2016; 2.640, de 2019; 2.072, de 2022; 2.503, de 2022; 2.042, de 2023, regulam o direito de o paciente

menor de 18 ou maior de 60 anos, com ônus para o SUS, dispor de acompanhante durante o período de internação. Tal direito, entretanto, já se encontra garantido em outras normas.

Com efeito, o art. 12 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), dispõe:

“Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente

No mesmo sentido, o art. 16 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2005 (Estatuto do Idoso), estabelece que:

“Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.”

A Portaria de Consolidação MS n. 2, de 28 de Setembro de 2017, por sua vez, já obriga os hospitais contratados ou conveniados ao SUS a aceitarem a presença de acompanhante para pacientes internados maiores de 60 anos, autorizando tais estabelecimentos a cobrarem do SUS as despesas relativas à acomodação e alimentação do acompanhante, conforme transcrito a seguir:

“Art. 1º É obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º)

§ 1º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante, cabendo ao gestor, a devida formalização desta autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º, § 1º)

§ 2º No valor da diária de acompanhante estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º, § 2º)

Art. 2º Ficam excetuadas da obrigatoriedade definida no art. 1º, as internações em Unidade de Tratamento Intensivo, ou nas situações clínicas em que tecnicamente esteja contraindicada a presença de acompanhante, o que deverá ser formalmente justificado pelo médico assistente. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 2º)”

Dessa forma, entendemos que os **PLs nºs 6.125, de 2005; 4.016, de 2008; 5.910, de 2016; 2.640, de 2019; 2.072, de 2022; 2.503, de 2022, e 2.042, de 2023, não apresentam implicação em aumento ou diminuição de despesas ou receitas públicas.**

Situação diversa ocorre com os Projetos de Lei nº 7.340, de 2006, e 5.793, de 2019, que estendem a todo paciente internado em unidades do SUS o direito de dispor de acompanhante, com as despesas de acomodação e alimentação cobertas com recursos públicos; com o PL nº 4.097, de 2015, que prevê a obrigação de se “*providenciar alimentação e hospedagem aos parentes de pacientes carentes internados por conta de doenças graves, que tenham que se deslocar mais de 50 km (cinquenta quilômetros) de suas residências*”; com o PL nº 5.191, de 2016, que garante a “*todo paciente hospitalizado o direito à presença de um acompanhante em tempo integral, independente da presença de visitantes, sendo vedada a cobrança de taxa*”; e com o PL nº 440, de 2022, que “*dispõe sobre a obrigatoriedade de que os hospitais públicos e privados que mantenham unidades de tratamento intensivo (UTI), disponibilizem meios para que os parentes próximos possam acompanhar o parente ali internado de forma presencial*”. Nesses casos, verifica-se que a adoção das medidas acarretaria **impacto financeiro-orçamentário** às contas da União, visto que aumentariam gastos no âmbito do SUS, sem qualquer estimativa de impacto e medida de compensação.

É importante mencionar a Portaria MS/SAS nº 55, de 24.2.1999, que regula o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde (SUS). Em que pese a citada norma prever a possibilidade de o TFD

cobrir despesas relativas a transporte, alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, atribui às Secretarias de Estado proporem às respectivas Comissões Intergestores a citada estratégia de gestão, que considera a definição de responsabilidades da SES e das SMS para a autorização do TFD, de acordo com a realidade de cada região, e definição dos recursos financeiros. Portanto, a norma não cria propriamente uma obrigação de pagamento para a União²¹.

Tais proposições se enquadram na condição de despesas obrigatórias de caráter continuado²², nos termos do art. 17 LRF. Nesses casos, tornam-se aplicáveis os parágrafos 1º e 2º do referido artigo, segundo os quais os atos que criarem ou aumentarem despesa de caráter continuado deverão ser instruídos com a estimativa do impacto orçamentário-financeiro no exercício em que deva entrar em vigor e nos dois subsequentes e demonstrar a origem dos recursos para seu custeio, além de comprovar que a despesa criada ou aumentada não afetará as metas de resultados fiscais previstas na Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, devendo seus efeitos financeiros, nos períodos seguintes, ser compensados pelo aumento permanente de receita ou pela redução permanente de despesa.

No mesmo sentido, a LDO para 2023 (Lei nº 14.436/2022) determina em seu art. 125 que “*as proposições legislativas [...] que direta ou indiretamente, importem ou autorizem redução de receita ou aumento de despesa da União deverão ser instruídas com demonstrativo do impacto orçamentário-financeiro no exercício em que devam entrar em vigor e nos dois exercícios subsequentes*”. E o art. 132 prevê que caso o demonstrativo apresente aumento de despesas, a proposta deverá demonstrar a ausência de prejuízo ao alcance das metas fiscais e estar acompanhada de medida de compensação por meio do aumento de receita ou da redução de despesa. Tais requisitos também se encontram presentes nos artigos 131 e 132 da LDO 2023 (Lei nº 14.436/2023).

²¹ Aspecto que está sendo tratado no PL n. 10.895, de 2018

²² Art. 17. Considera-se obrigatória de caráter continuado a despesa corrente derivada de lei, medida provisória ou ato administrativo normativo que fixem para o ente a obrigação legal de sua execução por um período superior a dois exercícios. (Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000)

Em reforço, a Súmula nº 1/08-CFT, da Comissão de Finanças e Tributação, dispõe que *"é incompatível e inadequada a proposição, inclusive em caráter autorizativo, que, conflitando com as normas da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal - deixe de apresentar a estimativa de seu impacto orçamentário e financeiro bem como a respectiva compensação"*.

Além disso, qualquer possibilidade de nova despesa para a área da saúde - que integra a seguridade social – deve atender o disposto no § 5º do art. 195 da Constituição Federal, que prevê: *"nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total"*. Aspecto que deixa de ser atendido pela proposta.

Cumpra observar ainda que o art. 113 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) estabelece que *"a proposição legislativa que crie ou altere despesa obrigatória ou renúncia de receita deverá ser acompanhada da estimativa do seu impacto orçamentário e financeiro"*.

Dessa forma, os **PL nº 7.340, de 2006; 4.097, de 2015; 5.191, de 2016; 5.793, de 2019; 440, de 2022**, mostram-se **inadequados e incompatíveis**.

Análise das Propostas do Segundo Grupo

Da mesma forma, as proposições relacionadas no segundo grupo impactam as contas da União, por obrigarem o SUS a arcar com despesas de atendimento emergencial efetuadas em hospitais privados não credenciados ao Sistema ou preveem a cobertura de medicamentos em caso de internação, com a possibilidade de exercício de direito de regresso contra o Sistema Único de Saúde – SUS, que poderá ser acionado pelo plano ou seguro privado de assistência à saúde para o ressarcimento de eventuais custos (PL n. 3.194, de 2021). A tais proposições aplicam-se os dispositivos da LRF e da LDO, anteriormente mencionados, motivo pelo qual os PL nº 3.088, de 2004; 3.247, de 2004; 3.362, de 2004; 3.708, de 2004; 590, de 2007; 8.608, de 2017;

2.748, de 2019, e 3194, de 2021, devem ser considerados **inadequados e incompatíveis**.

Análise das Propostas do Terceiro Grupo

No que se refere às proposições do terceiro grupo, o impacto ocorre do lado das receitas, visto que parcela considerável dos ingressos advindos dos ressarcimentos efetuados pelos planos privados de saúde ao SUS seria creditada diretamente à conta dos fundos de saúde locais – ou das entidades prestadoras dos serviços –, em vez de à conta do Fundo Nacional de Saúde – FNS, conforme determina a lei em vigor (art. 32, § 1º, da Lei nº 9.656, de 1998).

Para concessão ou ampliação de incentivo ou benefício de natureza tributária da qual decorra renúncia de receita, o art. 14 da LRF exige estar a proposição acompanhada de estimativa do impacto orçamentário-financeiro no exercício em que deva iniciar sua vigência e nos dois seguintes, bem como atender o disposto na LDO e a pelo menos uma de duas condições alternativas. Uma condição é que o proponente demonstre que a renúncia foi considerada na estimativa de receita da lei orçamentária e que não afetará as metas de resultados fiscais previstas no anexo próprio da LDO. Outra condição, alternativa, é que a proposição esteja acompanhada de medidas de compensação, no período mencionado, por meio do aumento de receita, proveniente da elevação de alíquotas, da ampliação de base de cálculo ou da majoração ou criação de tributo ou contribuição, podendo o benefício entrar em vigor apenas quando implantadas tais medidas.

No mesmo sentido, a LDO para 2023 (art. 131 e art. 132)²³ estabelece que as proposições que tratem de renúncia de receita devem estar

²³ Art. 131 e 132 da Lei nº Lei nº 14.436, de 2022 (LDO 2023): “Art. 131. As proposições legislativas e as suas emendas, observado o disposto no art. 59 da Constituição, que, direta ou indiretamente, importem ou autorizem redução de receita ou aumento de despesa da União deverão ser instruídas com demonstrativo do impacto orçamentário-financeiro no exercício em que devam entrar em vigor e nos dois exercícios subsequentes.

(...)

Art. 132. Caso o demonstrativo a que se refere o art. 131 apresente redução de receita ou aumento de despesas, a proposição deverá:

I - na hipótese de redução de receita, cumprir, no mínimo, um dos seguintes requisitos:

a) ser demonstrado pelo proponente que a redução foi considerada na estimativa de receita da Lei Orçamentária, na forma do disposto no art. 12 da Lei Complementar nº 101, de 2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal;

acompanhadas da estimativa de impacto orçamentário e financeiro no exercício em que devam entrar em vigor e nos dois exercícios subsequentes. A LDO também prevê que a proposta, alternativamente, deve demonstrar que a renúncia foi considerada na estimativa de receita da Lei Orçamentária; ou fazer-se acompanhar de medida compensatória que anule o efeito da renúncia no resultado primário, por meio de aumento de receita corrente ou redução de despesa.

Portanto, malgrado os nobres propósitos que orientaram a elaboração das propostas, **não há como considerar** os PL nº 71, de 2003; 1.349, de 2003; 4.393, de 2008; 6.483, de 2009; 2.982, de 2011; 2.504, de 2015; 6.175, de 2016; 9.940, de 2018; 3.104, de 2019; 1.075, de 2023; 3.935, de 2023, **compatíveis ou adequados** sob os aspectos orçamentário e financeiro.

Pelos mesmos motivos, o PL nº 2.344, de 2015, que afasta o ressarcimento ao SUS nos casos em que, por vontade expressa do paciente, familiares ou responsáveis, houver opção por continuar na rede pública de saúde, e o e o PL nº 4.557, de 2021, que aplica a prescrição geral às pretensões de cobrança de despesas médico hospitalares contra planos de saúde, devem ser considerados **inadequados e incompatíveis**.

Análise das Propostas do Quarto Grupo

b) estar acompanhada de medida compensatória que anule o efeito da redução de receita no resultado primário, por meio de aumento de receita corrente ou redução de despesa; ou

c) comprovar que os efeitos financeiros líquidos da medida são positivos e não prejudicam o alcance da meta de resultado fiscal, quando decorrentes de:

1. extinção, transformação, redução de serviço público ou do exercício de poder de polícia; ou

2. instrumentos de transação ou acordo, conforme disposto em lei; e

II - na hipótese de aumento de despesa, observar o seguinte:

a) se for obrigatória de caráter continuado, estar acompanhada de medidas de compensação, por meio:

1. do aumento de receita, o qual deverá ser proveniente de elevação de alíquotas, ampliação da base de cálculo, majoração ou criação de tributo ou contribuição, na hipótese prevista no art. 17 da Lei Complementar nº 101, de 2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal; ou

2. da redução de despesas, a qual deverá ser de caráter permanente, na hipótese prevista no art. 17 da Lei Complementar nº 101, de 2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal; ou

b) se não for obrigatória de caráter continuado, cumprir os requisitos previstos no art. 16 da Lei Complementar nº 101, de 2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal, sem prejuízo do disposto no § 3º do referido artigo e no inciso II do caput do art. 172 desta Lei, dispensada a apresentação de medida compensatória.”§ 3º O demonstrativo a que se refere o caput deverá conter memória de cálculo com grau de detalhamento suficiente para evidenciar a verossimilhança das premissas e a pertinência das estimativas.

§ 4º A estimativa do impacto orçamentário-financeiro deverá constar da exposição de motivos, caso a proposição seja de autoria do Poder Executivo federal, ou da justificativa, caso a proposição tenha origem no Poder Legislativo. (grifo nosso)

Quanto ao quarto grupo, as proposições buscam manter a cobertura dos planos ou seguro saúde em casos de demissão e aposentadoria ou durante a vigência de seguro desemprego, com ônus para os empregadores, entendemos que geram despesas para empresas públicas inclusive dependentes, uma vez que obrigam a manutenção de gastos com planos de ex funcionários. Dessa forma, aplicam-se aos PLs nº 6.677, de 2009, e 8.163, de 2017, as observações já realizadas para o terceiro grupo, em relação ao disposto no artigo 17, §§ 1º e 2º, da LRF, nos art. 131 e 132 da LDO para 2023, e na Súmula CFT nº 01, de 29.10.2008, devendo os PL nº 6.677, de 2009, e 8.163, de 2017, ser considerados **incompatíveis e inadequados**.

Análise das Propostas do Quinto Grupo

No que diz respeito às proposições do quinto grupo, entendemos que o PL nº 5.069, de 2016, ao promover a ampliação do valor das multas aplicadas pela ANS, impacta positivamente as contas públicas²⁴, devendo ser considerado **adequado e compatível**.

Por sua vez, o PL nº 6.948, de 2017, e o PL n. 3.052, de 2021, afetam a receita pública uma vez que não há qualquer estimativa ou limite do valor passível a sofrer conversão em atendimentos ao SUS, ou mesmo parâmetros para aferir a mencionada conversão. Dessa forma, pelos motivos já expostos na análise dos grupos anteriores - em relação ao disposto na LRF, no art. 131 e 132 da LDO para 2023 e na Súmula CFT nº 01, de 29.10.2008 - as propostas mostram-se **incompatíveis e inadequadas** sob os aspectos financeiro e orçamentário.

Análise das Propostas do Sexto Grupo

Quanto ao sexto grupo, entendemos que o PL nº 5.126, de 2016, não conflita com as normas que regem a análise de adequação e compatibilidade orçamentária e financeira. A proposta busca assegurar a toda mulher o acesso a programas e políticas de saúde da mulher e de

²⁴ Não se submete ao disposto na LDO (Lei nº 14.436/2023) que determina em seu art. 131 que “as proposições legislativas [...] que direta ou indiretamente, importem ou autorizem redução de receita ou aumento de despesa da União deverão ser instruídas com demonstrativo do impacto orçamentário-financeiro no exercício em que devam entrar em vigor e nos dois exercícios subsequentes”.

planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, diagnóstico e tratamento de todos os agravos, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Constitucionalmente, a saúde já se configura como direito de todos. Além disso, a Lei nº 9.263, de 1996, garante o planejamento familiar como direito de todo cidadão, e o define como parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. O diploma legal ainda obriga as instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, a garantirem, em toda a rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras: assistência à concepção e contracepção; atendimento pré-natal; assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; controle das doenças sexualmente transmissíveis.

Por sua vez, as normas infra legais do Ministério da Saúde já conferem tal proteção. A Portaria nº 1.459, de 2011, instituiu a rede cegonha, que consistiu numa rede de cuidados para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável; a Portaria nº 1.020, de 2013, prevê diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, a Portaria nº 353, de 2017, que aprovou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e Portaria de Consolidação MS Nº 3/2017. Dessa forma, a proposta mostra-se **sem implicação em aumento ou diminuição de despesas ou receitas públicas**.

Análise das Propostas do Sétimo Grupo

Por fim, as propostas relacionadas no sétimo grupo impactam as contas da União, por obrigarem o SUS a ressarcir despesas não quantificáveis (como as decorrentes do atendimento aos segurados inadimplentes de planos de saúde ou realizadas pela iniciativa privada quanto

ao atendimento prestado a pacientes diagnosticados com moléstia graves ou com risco iminente de morte e outras). Aplicam-se a tais projetos as observações feitas no primeiro grupo, devendo os PLs nºs 3.392, de 2019; e 3.219, de 2020, serem considerados **incompatíveis e inadequados** sob os aspectos financeiro e orçamentário.

Por sua vez, o PL nº 315, de 2020, busca estender o direito a cirurgia plástica reconstrutiva para mulheres que sofrerem mutilação total ou parcial de mama (atualmente já garantido na Lei nº 9.797, de 1999, quando decorrente de tratamento de câncer) e o PL nº 39, de 2021, assegura a remoção e a substituição dos implantes empregados na reconstrução ou simetrização das mamas no tratamento de mutilação decorrente de câncer em caso de complicações. Entendemos que as propostas buscam esclarecer direito já albergado pela Constituição e pela legislação em vigor, não se tratando propriamente de despesa nova.

Dessa forma, entendemos que os PLs nº 315, de 2020; e 39, de 2021, **não implicam aumento ou diminuição de despesas ou receitas públicas.**

Análise do Substitutivo

No Substitutivo que apresentamos, buscamos disciplinar aspectos concernentes aos planos privados de saúde, sem impactar receitas e despesas públicas. Portanto, entendemos que nosso Substitutivo não apresenta implicação em aumento ou redução de receitas e despesas públicas.

3 – Da constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa

Os projetos em exame tratam de temas de competência concorrente, como proteção e defesa da saúde, do consumidor e da infância (CF, art. 24, V, VIII, XII e XV), em relação aos quais a União pode editar normas gerais (CF, art. 24, § 1º). São também veiculados assuntos de competência legislativa privativa da União, estabelecidas no art. 22 da Constituição, como direito civil, processual, penal (inciso I) e seguridade social (inciso XXIII). Não há reserva de iniciativa de outro Poder em relação à

temática trazida nas proposições, competindo ao Congresso Nacional sobre ela deliberar (CF, art. 48).

As disposições constantes dos projetos analisados estão em consonância com os preceitos constitucionais pertinentes, em especial no que concerne ao direito à saúde (CF, arts. 6º e 194), à livre iniciativa (CF, art. 170 e 199), à proteção ao consumidor (CF, arts. 5º, XXXII e 170, V) e ao devido processo legal (CF, art. 5º, LIV).

Estão, portanto, preenchidos os requisitos de **constitucionalidade formal e material** na generalidade dos projetos, excetuando-se apenas o **PL nº 1.272, de 2015**, por violação ao disposto no art. 134 da Constituição e o **PL nº 4.632, de 2004**, por afrontar o disposto nos incisos XXXIV e LV do art. 5º da Constituição, consoante entendimento consolidado na Súmula Vinculante nº 21 do Supremo Tribunal Federal.

No que concerne à juridicidade, não há reparos necessários às demais, que são dotadas dos atributos de generalidade, abstração e coercitividade, além de conformarem às demais regras do ordenamento jurídico e aos princípios gerais de direito, ressalvados os projetos considerados inconstitucionais.

Irrepreensível a técnica legislativa empregada na proposição principal, que observa rigorosamente os preceitos da Lei Complementar nº 98, de 1995. As falhas de técnica dos projetos apensados são sanadas no Substitutivo anexo.

4 - Voto

O nosso voto é pela:

a) Incompatibilidade e inadequação orçamentária e financeira dos Projetos de Lei nºs: 71, de 2003; 1.349, de 2003; 3.088, de 2004; 3.247, de 2004; 3.362, de 2004; 3.708, de 2004; 7.340, de 2006; 590, de 2007; 4.393, de 2008; 6.483, de 2009; 6.677, de 2009; 2.982, de 2011; 2.344, de 2015; 2.504, de 2015;

4.097, de 2015; 5.191, de 2016; 6.175, de 2016; 6.948, de 2017; 8.163, de 2017; 8.608, de 2017; 9.940, de 2018; 2.748, de 2019; 3.104, de 2019; 3.392, de 2019; 5.793, de 2019; 3.219, de 2020; 3.052, de 2021; 3.194, de 2021; 4.557, de 2021; 440, de 2022; 1.075, de 2023; 3.935, de 2023.

b) Compatibilidade e adequação orçamentária e financeira do Projeto de Lei nº 5.069, de 2016.

c) Não implicação em aumento ou diminuição de despesas ou receitas públicas dos demais.

d) Inconstitucionalidade e injuridicidade dos Projetos de Lei nºs: 4.632, de 2004, e 1.272, de 2015, e pela constitucionalidade e juridicidade dos demais;

e) pela boa técnica legislativa de todos os projetos, na forma do Substitutivo anexo; e

f) Constitucionalidade, juridicidade, adequada técnica legislativa e, no mérito, pela APROVAÇÃO, nos termos do Substitutivo anexo, dos Projetos de Lei nos: PLs nºs 311, de 2003; 6.125, de 2005; 664, de 2007; 5.143, de 2009; 7.594, de 2010; 7.762, de 2010; 394, de 2011; 1.677, de 2011; 1.763, de 2011; 2.645, de 2011; 4.036, de 2012; 4.077, de 2012; 4.201, de 2012; 4.402, de 2012; 4.990, de 2013; 5.152, de 2013; 5.715, de 2013; 6.067, de 2013; 6.714, de 2013; 6.715, de 2013; 6.819, de 2013; 7.142, de 2014; 7.694, de 2014; 1.039, de 2015; 1.159, de 2015; 1.948, de 2015; 1.992, de 2015; 2.128, de 2015; 2.274, de 2015; 2.295, de 2015; 2.949, de 2015; 4.294, de 2016; 5.113, de 2016; 5.622, de 2016; 5.286, de 2016; 6.455, de 2016; 8.276, de 2017; 8.396, de 2017; 8.942, de 2017; 7.501, de 2017; 7.589, de 2017; 7.675, de 2017; 9.343, de 2017; 9.344, de 2017; 9.537, de 2018; 10.700, de 2018; 10.113, de 2018; 11.058, de 2018; 10.252, de 2018; 770, de 2019; 2.320, de 2019; 2.485, de 2019; 2.640, de 2019;

2.770, de 2019; 3.037, de 2019; 3.275, de 2019; 3.935, de 2019; 4.410, de 2019; 4.608, de 2019; 5.332, de 2019; 5.881, de 2019; 6.448, de 2019; 628, de 2020; 1.924, de 2020; 1.970, de 2020; 2.286, de 2020; 3.453, de 2020; 4.571, de 2020; 97, de 2021; 394, de 2021; 2.620, de 2021; 3.106, de 2021; 3.162, de 2021; 4.523, de 2021; 489, de 2022; 866, de 2022; 1.359, de 2022; 1.524, de 2022; 1.258, de 2022; 2.104, de 2022; 164, de 2023; 1.424, de 2023; 2.042, de 2023; 2.067, de 2023; 3.009, de 2023.

f) Constitucionalidade, juridicidade, adequada técnica legislativa e, no mérito, pela REJEIÇÃO no mérito dos demais.

Sala da Comissão, em de de 2023.

Deputado DUARTE
Relator

PLENÁRIO

SUBSTITUTIVO AO PROJETO DE LEI Nº 311, DE 2003

Apensados: 6.125, de 2005; 664, de 2007; 5.143, de 2009; 7.594, de 2010; 7.762, de 2010; 394, de 2011; 1.677, de 2011; 1.763, de 2011; 2.645, de 2011; 4.036, de 2012; 4.077, de 2012; 4.201, de 2012; 4.402, de 2012; 4.990, de 2013; 5.152, de 2013; 5.715, de 2013; 6.067, de 2013; 6.714, de 2013; 6.715, de 2013; 6.819, de 2013; 7.142, de 2014; 7.694, de 2014; 1.039, de 2015; 1.159, de 2015; 1.948, de 2015; 1.992, de 2015; 2.128, de 2015; 2.274, de 2015; 2.295, de 2015; 2.949, de 2015; 4.294, de 2016; 5.113, de 2016; 5.622, de 2016; 5.286, de 2016; 6.455, de 2016; 8.276, de 2017; 8.396, de 2017; 8.942, de 2017; 7.501, de 2017; 7.589, de 2017; 7.675, de 2017; 9.343, de 2017; 9.344, de 2017; 9.537, de 2018; 10.700, de 2018; 10.113, de 2018; 11.058, de 2018; 10.252, de 2018; 770, de 2019; 2.320, de 2019; 2.485, de 2019; 2.640, de 2019; 2.770, de 2019; 3.037, de 2019; 3.275, de 2019; 3.935, de 2019; 4.410, de 2019; 4.608, de 2019; 5.332, de 2019; 5.881, de 2019; 6.448, de 2019; 628, de 2020; 1.924, de 2020; 1.970, de 2020; 2.286, de 2020; 3.453, de 2020; 4.571, de 2020; 97, de 2021; 394, de 2021; 2.620, de 2021; 3.106, de 2021; 3.162, de 2021; 4.523, de 2021; 489, de 2022; 866, de 2022; 1.359, de 2022; 1.524, de 2022; 1.258, de 2022; 2.104, de 2022; 164, de 2023; 1.424, de 2023; 2.042, de 2023; 2.067, de 2023; 3.009, de 2023.

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 promoverá ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos e de doenças, desde que sejam fundamentadas em estudos epidemiológicos e comprovadamente benéficas aos consumidores.

§ 7º As operadoras dos produtos de que trata este artigo 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, desde que a concessão dos descontos não esteja relacionada a prazos contratuais ou à idade do consumidor.” (NR)

“Art. 10.

§ 8º Os processos administrativos de atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar referentes aos tratamentos listados nas alíneas c do inciso I e g do inciso II do caput do art. 12 desta Lei e aos tratamentos de doenças raras deverão ser analisados de forma prioritária e concluídos no prazo de 120 (cento e vinte) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, prorrogável por 60 (sessenta) dias corridos quando as circunstâncias o exigirem.

§ 10. As tecnologias avaliadas e recomendadas positivamente pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), instituída pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, cuja decisão de incorporação ao SUS já tenha sido publicada, serão incluídas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar no prazo de até 60 (sessenta) dias, nas mesmas condições observadas para a incorporação ao SUS, inclusive em relação ao preço, política de compartilhamento de riscos e outros aspectos que tenham sido praticados.

§ 14. Caberá à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS:

I – definir, por meio de regulamento, o conceito de evidência científica disponível sobre eficácia, efetividade, acurácia e segurança do medicamento, do produto ou do procedimento prescrito para fins de autorização da cobertura, nos termos do disposto no § 13 deste artigo;

II - fiscalizar o cumprimento do § 13 deste artigo, bem como a aplicação das penalidades previstas no art. 25 desta Lei, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente.” (NR)

“Art. 12.

I -

.....

d) cobertura dos exames laboratoriais solicitados por nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, desde que sejam necessários para a avaliação de condutas de suas áreas de atuação, de acordo com as necessidades do paciente, respeitadas as diretrizes de utilização e as determinações ou os limites dos respectivos Conselhos Profissionais acerca da finalidade específica da solicitação, nos termos de regulamento;

e) cobertura de sessões e consultas com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, e outros profissionais de saúde não médicos, respeitadas as determinações ou os limites dos respectivos Conselhos Profissionais, mediante solicitação do médico assistente.

II -

.....

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos, pessoas idosas, pessoas com deficiência e mulheres no período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato;

.....

VI - reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, 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, quando o beneficiário não utilizar serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, nas seguintes situações:

a) em caso de urgência ou emergência;

b) quando o beneficiário optar por continuar tratamento médico indispensável à sobrevivência ou incolumidade com prestadores que foram substituídos na vigência desse tratamento;

c) quando o beneficiário com impedimentos de longo prazo optar por continuar tratamento com prestadores de terapias multidisciplinares que foram substituídos na vigência desse tratamento.

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.

.....” (NR)

“Art. 13.....

Parágrafo único. Independentemente do tipo de contratação dos produtos de que trata o caput, são vedadas:

.....

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias consecutivos, desde que o consumidor seja comprovadamente avisado a cada vinte dias de inadimplência, por meio digital, e notificado, presencialmente ou por comunicação escrita, com aviso de recebimento, até o quinquagésimo dia de inadimplência;

.....” (NR)

“Art. 14. Ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua idade, de sua condição de pessoa com deficiência, de ser pessoa com doença grave ou rara, ou de seus atributos pessoais, tais como etnia, cor, condição socioeconômica, situação familiar, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, religião, crença, posicionamento ideológico ou político.” (NR)

“Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos planos privados de assistência à saúde devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

.....

§ 1º

§ 2º A todo consumidor de plano coletivo será obrigatoriamente entregue, no ato da assinatura do contrato, cópia do regulamento ou condições gerais do plano, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as características, direitos e obrigações.

§ 3º Os processos de pedido de autorização para realização de procedimentos ou eventos em saúde suplementar deverão ser transparentes, permitindo ao usuário acompanhar, inclusive por meio digital, seu andamento e as razões para eventuais atrasos ou negativas de cobertura.

§ 4º O prazo máximo para análise do pedido de autorização para realização de procedimentos ou eventos em saúde suplementar será reduzido pela metade no caso de beneficiários que sejam pessoas idosas.

§ 5º Em caso de descumprimento do previsto neste artigo, aplicam-se as penalidades previstas no art. 25 desta Lei.” (NR)

“Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que trata o art 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente em serviço e qualidade, nos termos de regulamento, e mediante comunicação aos consumidores com 60 (sessenta) dias de antecedência.

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o caput deste artigo, desde que por outra equivalente em serviço e qualidade, nos termos de regulamento, e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com sessenta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

.....

§ 4º-A. Nas entidades hospitalares cujo redimensionamento por redução ocasione impacto sobre a massa assistida não será permitida a exclusão parcial de serviços hospitalares;

§ 4º-B. A exclusão de serviços de urgência e emergência que ocasione impacto à massa assistida somente poderá ocorrer mediante substituição desses serviços em outro estabelecimento de saúde, devendo ser observadas as regras de localização e utilização.

§ 5º A comunicação de descredenciamento de prestadores a que aludem o caput e o §1º deste artigo deve ser feita de forma ativa, precisa e ostensiva, mediante obtenção de ciência do consumidor.” (NR)

“Art. 17-A.

.....

§ 7º O regulamento estabelecerá hipóteses e prazos para oferecimento, contestação e resolução de glosas administrativas ou técnicas.” (NR)

“Art. 18.

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, ou aos clientes particulares;

.....

IV - as operadoras não poderão restringir, por qualquer meio, a liberdade do exercício de atividade profissional do prestador, desde que seguidos os protocolos e recomendações estabelecidos pelas sociedades de especialidades e amplamente divulgados em seus portais, cabendo penalidades às operadoras que infringirem o disposto neste inciso, na forma do art. 25 desta Lei.

§ 1º

§ 2º A Agência Nacional de Saúde Suplementar deverá desenvolver mecanismos para fiscalizar a adequação das solicitações por médico assistente de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos e a sua conformação com os protocolos e recomendações estabelecidos pelas sociedades de especialidades e amplamente divulgados em seus portais. ” (NR)

“Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.

.....” (NR)

“Art. 25.

.....

IV-A - suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos de assistência à saúde;

.....

§ 1º A ANS aplicará as penalidades descritas neste artigo, de forma isolada ou cumulativamente, com papel coercitivo, pedagógico e compensatório, 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 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.

§ 7º O pagamento de multa em razão da negativa de procedimento ou evento não desobriga a operadora de cumprir a obrigação cujo inadimplemento ensejou a aplicação da multa.

§ 8º Quando ocorrer a negativa injusta de procedimento ou evento, a operadora também deverá indenizar o beneficiário prejudicado, na forma de regulamento.

§ 9º Sem prejuízo de sua atuação sancionadora, a ANS deverá encaminhar ao conhecimento do Ministério Público e do Conselho Administrativo de Defesa Econômica indícios de infração contra a ordem econômica com que se depare em sua atuação de supervisão do setor de saúde suplementar.” (NR)

“Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), de acordo com os parâmetros previstos no art. 25 desta lei e em outras leis e regulamentos, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19.

Parágrafo único. Nos planos odontológicos, o valor da multa não será inferior a R\$ 1.000,00 (mil reais), de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração.” (NR)

“Art. 29.....

§ 1º A ANS, em juízo de conveniência e oportunidade, devidamente fundamentado, com vistas a atender ao interesse público, poderá deixar de instaurar ou suspender, em qualquer fase que preceda a tomada da decisão de primeira instância, o

processo administrativo destinado à apuração de infração cujo cumprimento lhe caiba fiscalizar se o investigado assinar termo de compromisso, perante a diretoria colegiada, no qual se obrigue a, cumulativamente:

I - cessar a prática sob investigação ou os seus efeitos lesivos no prazo estabelecido;

II - corrigir as irregularidades apontadas e indenizar os prejuízos;

III - cumprir as demais condições que forem acordadas no caso concreto, com obrigatório recolhimento de contribuição pecuniária, observados os parâmetros previstos no art. 25 e no art. 27 desta Lei.

§ 2º

II - valor da cláusula penal para a hipótese de inadimplemento total ou parcial das obrigações compromissadas, observados os parâmetros previstos no art. 25 e no art. 27 desta Lei;

§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da cláusula penal a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.

§ 6º Suspendem-se os prazos de prescrição de que trata a Lei nº 9.873, de 23 de novembro de 1999, durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.

§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado, de forma clara e suficiente para compreensão de suas cláusulas, no Diário Oficial da União e no sítio eletrônico da ANS, no prazo de 5 (cinco) dias, contado de sua assinatura;

§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto neste artigo.

§ 10. A apresentação de proposta de termo de compromisso será sigilosa.

§ 11. Na hipótese de processo administrativo já instaurado, a suspensão dar-se-á somente em relação ao acusado que firmou o termo de compromisso.

§ 12. O cumprimento das condições do termo de compromisso gerará efeitos exclusivamente na esfera de atuação da ANS.

§ 13. O termo de compromisso de ajuste de conduta constitui título executivo extrajudicial.

§ 14. O disposto neste artigo não prejudica o dever legal da ANS de realizar comunicação ao Ministério Público e aos demais órgãos públicos competentes quando, no exercício de suas atribuições, verificar indícios da ocorrência de infrações que lhes compita apurar.” (NR)

“Art. 29-A.

.....

§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade a que se refere o inciso II do § 2º do art. 29 desta Lei.” (NR)

“Art. 31. Ao aposentado que contribuir para plano privado de assistência à saúde, 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. Aplicam-se as disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que trata o art. 1º desta Lei, em todas as suas modalidades, inclusive aquelas que não visem ao lucro ou que ofereçam planos de assistência à saúde a um grupo fechado de pessoas.” (NR)

Art. 3º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos 1º-B, 1º-C, 8º-A, 13-A, 13-B, 15-A, 15-B, 16-A, 16-B, 16-C, 16-D, 17-B, 25-A e 35-N:

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

Parágrafo único. Nos contratos de planos coletivos por adesão em que as instituições elegíveis contratarem de forma direta as operadoras de planos de saúde, será permitido que os beneficiários titulares aderentes a esses planos paguem as

suas mensalidades diretamente às operadoras de planos de saúde.”

“Art. 1º-C. As administradoras de benefícios deverão informar à ANS as suas vidas administradas, quando participar da contratação de planos coletivos por adesão ou empresariais.

§ 1º As faturas de pagamento das contraprestações devidas às administradoras de benefícios deverão conter informação relativa ao valor destinado a estas administradoras.

§ 2º 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.

§ 3º Na hipótese de a operadora de planos privados de assistência à saúde negar injustamente as coberturas previstas nesta Lei, em seus regulamentos ou em contrato, ou no caso de indisponibilidade de prestador para atendimento dessas coberturas, respeitados os prazos regulamentares para o atendimento, a administradora de benefícios deverá promover o custeio direto e imediato da cobertura ao beneficiário, resguardado o direito à posterior cobrança junto às operadoras comprovadamente faltantes.”

“Art. 8º-A. As comunicações processuais em que as operadoras de que trata o art. 1º desta Lei figurem como polo passivo, no âmbito judicial ou administrativo, serão feitas preferencialmente por meio eletrônico.”

“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.

§ 3º É facultada ao beneficiário a portabilidade no caso de descredenciamento de entidade hospitalar, por

redimensionamento por redução ou substituição, ocorrido no município de residência do beneficiário ou no município de contratação do plano, independente do prazo de permanência no produto e da faixa de preço.”

“Art. 13-B. O cancelamento do vínculo de beneficiário a pedido do consumidor, de plano de qualquer tipo de contratação, deverá ser efetuado pela operadora de forma imediata a partir do recebimento do pedido, podendo ser feito a qualquer tempo sem a necessidade de aviso prévio.”

“Art. 15-A. Compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar autorizar a aplicação de reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos individuais ou familiares de assistência suplementar à saúde médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados a esta Lei.

Parágrafo único. O índice de reajuste máximo a ser autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar nos termos do caput será calculado com base nas regras estabelecidas em regulamento.”

“Art. 15-B. Nos contratos coletivos de produtos de que trata o art. 1º desta Lei com menos de cem beneficiários, o cálculo do percentual de reajuste das contraprestações pecuniárias pela variação de custos será feito mediante agrupamento de todos os contratos da operadora, sendo aplicado para todo o agrupamento um único percentual de reajuste, independentemente do número de beneficiários de cada contrato.

§ 1º Quando o índice proposto para todo o agrupamento for superior ao último percentual máximo de reajuste autorizado pela ANS para planos individuais, a aplicação do reajuste anual das contraprestações pecuniárias pela variação de custos dependerá de anuência prévia da Agência, que deverá pactuar com a operadora medidas de estímulo a ganhos de eficiência na gestão das despesas assistenciais, os quais condicionarão o exame de novas propostas de reajuste.

§ 2º A operadora de plano da modalidade coletiva empresarial ou coletiva por adesão apresentará à ANS e divulgará em seu sítio eletrônico todas as informações que motivaram a definição do índice de reajuste para todo o agrupamento determinado para o período, incluindo a discriminação e os quantitativos de

procedimentos efetivamente realizados pelos beneficiários, valores pagos aos prestadores de serviços, despesas operacionais, taxas de administração e corretagem, entre outras estabelecidas em regulamento.

§ 3º Nos contratos coletivos de produtos de que trata o art. 1º desta Lei com cem ou mais beneficiários, a proposta de reajuste anual das contraprestações pecuniárias pela variação de custos que, nos termos de regulamento, for consideravelmente superior ao último percentual máximo de reajuste autorizado para planos individuais, deverá ser objeto de anuência prévia da ANS.

§ 4º Enquanto não for editado o regulamento a que se refere o parágrafo anterior, qualquer proposta de reajuste superior ao último percentual máximo de reajuste autorizado para planos individuais dependerá de anuência prévia da ANS.”

“Art. 16-A A franquia e os limites financeiros ou o percentual de coparticipação de que trata o inciso VIII do caput do art. 16 deverão ser informados, de forma clara e destacada, no instrumento do contrato e nos materiais publicitários do produto.

§ 1º Na hipótese de o contrato prever coparticipação, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% do valor monetário do procedimento ou evento.

§ 2º O valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um mecanismo financeiro de regulação não poderá ser superior, mensalmente, ao valor da contraprestação pecuniária mensal, e anualmente, ao valor correspondente a 12 (doze) contraprestações pecuniárias.

§ 3º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efetiva utilização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.

§ 4º A operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde não poderá limitar a assistência oferecida em decorrência de se ter atingido o teto de cobrança de coparticipação ou franquia.

§ 5º O regulamento estabelecerá hipóteses de isenção de cobrança de coparticipação e franquia, especialmente para ações preventivas ou de rastreamento de doenças.

§ 6º Fica vedado o estabelecimento de mecanismos financeiros de regulação nas hipóteses de internações psiquiátricas.”

“Art. 16-B. As operadoras deverão disponibilizar unidade de atendimento presencial no mínimo nas capitais dos Estados ou regiões de maior atuação dos seus produtos, ao menos no horário comercial dos dias úteis, desde que atendidos os seguintes critérios:

I – possua concentração de beneficiários superior a 10% (dez por cento) do total de sua carteira; e

II – o número de beneficiários naquela área não seja inferior ao limite de 20.000 (vinte mil).

Parágrafo único. O disposto no caput não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas, as filantrópicas e as autogestões.”

“Art. 16-C. As operadoras deverão disponibilizar atendimento telefônico aos seus beneficiários:

I – durante 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana, nas operadoras de grande porte;

II – nos dias úteis e em horário comercial, nas operadoras de pequeno e médio porte, nas exclusivamente odontológicas e nas filantrópicas, exceto para os casos envolvendo garantia de acesso a coberturas de serviços e procedimentos de urgência e emergência, nos quais deverá haver oferta de canal telefônico para orientação por 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana.

Parágrafo único. O horário comercial respeitará as peculiaridades de cada região, aplicando-se, para tanto, as regras do local onde funcionar o atendimento.”

“Art. 16-D. Em caso de negativa de autorização para realização do procedimento ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, a operadora deverá informar ao beneficiário, detalhadamente, por meio de documento escrito, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento ou serviço, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.”

“Art. 17-B. Fica estabelecido programa permanente de monitoramento da qualidade dos prestadores de serviços na saúde suplementar, destinado a acompanhar indicadores de segurança, eficiência, efetividade, equidade, acesso e satisfação, na forma do regulamento.

Parágrafo único. Os resultados da análise do programa permanente de monitoramento da qualidade dos prestadores de serviços na saúde suplementar serão disponibilizados pela ANS em seu sítio eletrônico, nos termos de regulamento. ”

“Art. 25-A. Antes da instauração ou durante a tramitação do processo administrativo sancionador, quando estiverem presentes os requisitos de verossimilhança das alegações e do perigo de mora, a ANS poderá, cautelarmente, suspender a comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos de assistência à saúde.”

“Art. 35-N. As operadoras de planos privados de assistência à saúde, independentemente do tipo de contratação, deverão informar às pessoas físicas e jurídicas contratantes as taxas de administração e corretagem.

Parágrafo único. O regulamento estabelecerá regras de padronização para a divulgação prevista no caput.”

Art. 4º O art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 4º.

.....

XVII-A - estabelecer as regras dos reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias e das rescisões dos planos privados de assistência à saúde, contratados coletivamente;

.....

XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, inclusive aqueles prestados por operadoras que não visem ao lucro ou que ofereçam planos de assistência à saúde a um grupo fechado de pessoas, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;

.....

XLIV - fiscalizar a qualidade da assistência de saúde prestada:

a) pelas operadoras;

b) pelos prestadores de serviços de saúde, quando no exercício de suas atividades na Saúde Suplementar;

XLV – atuar em estreita cooperação com órgãos do sistema de defesa da concorrência, promovendo o aprimoramento regulatório e incentivando novas práticas de mercado pelos agentes regulados, sempre que houver indícios concretos de condutas potencialmente anticompetitivas;

XLVI – definir o conceito de evidência científica disponível sobre eficácia, efetividade, acurácia e segurança do medicamento, do produto ou do procedimento prescrito para fins de autorização da cobertura, nos termos do disposto no art. 10, § 13, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.” (NR)

Art. 5º O art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 16.

.....

XX – manter plataforma digital com informações relativas ao histórico de saúde dos pacientes atendidos em estabelecimentos de saúde públicos e privados.

.....

§ 4º A plataforma digital de que trata o inciso XX do “caput” deste artigo funcionará mediante a interoperabilidade dos sistemas e terá como objetivo promover a troca de informações entre todos os pontos da rede de atenção à saúde, permitindo a transição e a continuidade do cuidado nos setores públicos e privados.

§ 5º A construção da plataforma digital de que trata o inciso XX do “caput” deverá contar com a participação da Agência Nacional de Saúde Suplementar e demais entidades fiscalizadoras do setor de saúde junto ao Ministério da Saúde para a definição do funcionamento e da gestão da informação no que se refere à assistência privada em saúde.

§ 6º O tratamento dos dados pessoais sensíveis de que trata o parágrafo anterior fica dispensado do consentimento do titular quando indispensável para a tutela de saúde em benefício dos interesses dos titulares de dados, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde responsáveis pelo cuidado dessa assistência ou autoridade sanitária.

§ 7º No âmbito da Saúde Suplementar, as informações constantes da plataforma digital de que trata o inciso XX do “caput” não poderão ser utilizadas para a constatação da existência ou não de doenças e lesões pré-existentes, para fins

de estabelecimento de carência, cobertura parcial temporária ou cobrança de agravo.” (NR)

Art. 6º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), passa a vigorar acrescida do seguinte art. 19-V:

“Art. 19-V. A Lei disporá sobre a criação de um Fundo Nacional composto por recursos públicos e privados para o financiamento de terapias de alto custo vinculadas ao tratamento de doenças raras.”

Art. 7º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação.

Sala da Comissão, em de de 2023.

Deputado DUARTE
Relator

Anexo 1 – Reuniões da Comissão Instalada em 2016

Esta Comissão Especial realizou as seguintes reuniões para o debate dos projetos de lei e apensados:

- Reunião no dia 13 de dezembro de 2016, quando se formalizou a instalação do Colegiado.

- Reunião no dia 14 de dezembro de 2016, data em que foram eleitos o Presidente (Dep. Hiran Gonçalves) e os Vice-Presidentes da Comissão - Dep. Evandro Gussi (Primeiro Vice-Presidente); Dep. Antonio Brito (Segundo Vice-Presidente); e Dep. Andre Abdon (Terceiro Vice-Presidente). Na ocasião, o Dep. Rogerio Marinho foi designado Relator.

- Reunião no dia 31 de maio de 2017, oportunidade em que foi acolhido o roteiro de trabalho e foram aprovados seis requerimentos de audiência pública com representantes de instituições públicas e privadas, além de autoridades nos assuntos ligados a planos de saúde.

- Reunião no dia 6 de junho de 2017. Compareceram: o Senhor Emilio Cesar Zilli, representante da Associação Médica Brasileira; a Senhora Josefa René Santos Patriota, Coordenadora Executiva da Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde – ADUSEPS; o Senhor Wanderley Gomes da Silva, representante do Conselho Nacional de Saúde.

- Reunião no dia 7 de junho de 2017. Compareceram: o Senhor Arthur Luis Mendonça Rollo, Secretário da Secretaria Nacional do Consumidor do Ministério da Justiça; o Senhor José Antonio de Freitas Sestelo, representante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; o Senhor José Claudio Ribeiro Oliveira, Superintendente Jurídico da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas; o Senhor Eduardo de Oliveira, Vice-Presidente da Federação Brasileira de Hospitais – FBH.

- Reunião no dia 20 de junho de 2017. Compareceram: o Senhor Maury Ângelo Bottesini, Desembargador aposentado do Tribunal de Justiça de São Paulo; a Senhora Ana Carolina Navarrete, pesquisadora de saúde e representante do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor Idec; o Senhor José Cechin, Diretor Executivo da Federação Nacional de Saúde

Suplementar (FenaSaúde); o Senhor Marcelo Moncorvo Britto, Vice-Presidente da Confederação Nacional de Saúde (CNS).

- Reunião no dia 28 de junho de 2017. Compareceram: a Senhora Ligia Bahia, Professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro; o Senhor Mário Scheffer, Professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; o Senhor José Cechin, representante da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (Cnseg); o Senhor Waldir Cardoso, Presidente da Federação Médica Brasileira.

- Reunião no dia 4 de julho de 2017. Compareceram: o Senhor Salomão Rodrigues Filho, representante do Conselho Federal de Medicina; o Senhor Leandro Fonseca, Presidente Substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar; o Senhor Francisco Balestrin, Presidente do Conselho de Administração da Associação Nacional dos Hospitais Privados.

- Reunião no dia 12 de julho de 2017. Na ocasião, aprovaram-se três requerimentos de audiência pública para debater o Projeto de Lei nº 7.419, de 2006.

- Reunião no dia 8 de agosto de 2017. Compareceram: o Senhor Helton Freitas, Diretor-Presidente da Unimed; o Senhor Tiago Farina, Diretor Jurídico do Instituto Oncoguia; o Senhor Celso do Amaral Mello Neto, Médico.

- Reunião no dia 23 de agosto de 2017. Compareceram: o Senhor Aderval Paulo Filho, Presidente da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS); o Senhor Geraldo Almeida Lima, do Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (SINOG); O Senhor Egberto Miranda Neto, da Central Nacional das Cooperativas Odontológicas; O Senhor Alessandro Acayaba, Diretor-Presidente da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB); O Senhor Romeu Scofano, Presidente da Unimed-RJ; O Senhor Anderson Luis Coelho, representante do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Anexo 2 – Reuniões da Comissão Instalada em 2021

Esta Comissão Especial realizou as seguintes reuniões para o debate dos projetos de lei e apensados:

- Reunião no dia 26 de maio de 2021. O Presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira, decidiu criar a Comissão Especial destinada a proferir parecer ao Projeto de Lei nº 7.419, de 2006, do Senado Federal, e seus mais de 250 apensados. Aproximadamente um mês depois, designou os seus membros e convocou reunião, que se realizou no dia 6 de julho, ocasião em que foram eleitos, como Presidente e Vice-Presidente da Comissão Especial, respectivamente, a Deputada Dra. Soraya Manato e o Deputado Celso Russomano. A Presidente da Comissão, então, designou-me como Relator.

- Reunião no dia 05 de agosto de 2021. Realizou-se no âmbito desta Comissão reunião extraordinária para a apresentação do Plano de Trabalho.

- Reunião no dia 17 de agosto de 2021. Realizou-se no âmbito desta Comissão reunião deliberativa extraordinária para a apreciação de requerimentos.

- Reunião no dia 18 de agosto de 2021. Discutiu-se cobertura de procedimentos no âmbito da Saúde Suplementar. Compareceram: a Senhora Ana Cristina Marques Martins, Gerente-Geral de Regulação Assistencial da Diretoria de Normas de Habilitação dos Produtos (DIPRO) da ANS; o Senhor Renato Casarotti, da ABRAMGE; a Senhora Vera Valente, Diretora Executiva da FenaSaude; o Senhor Omar Abujamra, da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed); a Senhora Ana Carolina Navarrete, Coordenadora do Programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC).

- Reunião no dia 24 de agosto de 2021. Realizou-se no âmbito desta Comissão reunião deliberativa extraordinária para a apreciação de requerimentos.

- Reunião no dia 25 de agosto de 2021. Além de se votarem requerimentos, discutiram-se os custos para os beneficiários de planos de saúde. Compareceram: a Senhora Danielle Rodrigues, Gerente Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos, da Agência Nacional de Saúde Suplementar; a Senhora Vera Valente, Diretora Executiva da FenaSaúde; o Senhor Rogério Medeiros, da Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB); o Senhor Fabiano de Moraes, da 3ª Câmara de Coordenação e Revisão (Consumidor e Ordem Econômica) do Ministério Público Federal; o Senhor Renato Casarotti, da ABRAMGE; o Senhor Pablo Silva Cesário, Gerente-Executivo de Relacionamento com o Poder Executivo da Confederação Nacional da Indústria (CNI); e a Senhora Ana Carolina Navarrete, Coordenadora do Programa de Saúde do IDEC.

- Reunião no dia 1 de setembro de 2021. Discutiu-se o assunto de prestadores na Saúde Suplementar. Compareceram: o Senhor Gustavo de Barros Macieira, Gerente de Análise Setorial e Contratualização com Prestadores Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS; o Senhor José Fernando Macedo, Diretor de Defesa Profissional da Associação Médica Brasileira; o Senhor Salomão Rodrigues Filho, 2º Tesoureiro do Conselho Federal de Medicina; o Senhor Carlos Fernando da Silva, da Fenam; e o Senhor Wilson Scholnik, Presidente da ABRAMED.

- Reunião no dia 14 de setembro de 2021. Realizou-se no âmbito desta Comissão reunião deliberativa extraordinária para a apreciação de requerimentos.

- Reunião no dia 15 de setembro de 2021. Discutiu-se acerca de procedimentos solicitados e consultas realizadas por profissionais não-médicos. Compareceram: o Senhor Fernando David Perazzoli, representante do Ministério da Saúde; a Senhora Ana Cristina Marques Martins, Gerente-Geral de Regulação Assistencial da ANS; o Senhor Sandro Leal Alves, Superintendente de Estudos e Projetos Especiais da FenaSaude; o Senhor Frederico Borges, Superintendente de Relações Institucionais e Governamentais da ABRAMGE; a Senhora Aline Silva de Aguiar, representante do Conselho Federal de Nutrição; a Senhora Raquel Milani, representante da

Federação Nacional dos Nutricionistas; o Senhor Anderson Luís Coelho, representante do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; o Senhor Carlos Alberto Eilert, 2º Vice-Presidente do Conselho Federal de Educação Física; e a Senhora Ana Carolina Navarrete, Coordenadora do Programa de Saúde do IDEC.

- Reunião no dia 22 de setembro de 2021. Discutiram-se regras contratuais dos planos de saúde. Compareceram: a Senhora Fabrícia Goltara Vasconcellos Faedrich, Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos da ANS; o Senhor Sandro Leal Alves, da FenaSaúde; o Senhor Fabiano de Moraes, da 3ª Câmara de Coordenação e Revisão (Consumidor e Ordem Econômica) do Ministério Público Federal; o Senhor Matheus Zuliane Falcão, Analista de Saúde do IDEC; a Senhora Nathália Pompeu, Superintendente Jurídica da ABRAMGE; o Senhor José Fernando Simão, do Instituto Brasileiro de Direito Contratual (IBDCONT); e o Senhor Fernando Rodrigues Martins, do Instituto Brasileiro de Direito do Consumidor (BRASILCON).

- Reunião no dia 16 de novembro de 2021. Realizou-se no âmbito desta Comissão reunião deliberativa extraordinária para a apreciação de requerimentos.

- Reunião no dia 17 de novembro de 2021. Discutiram-se adequações legais aos planos de saúde, em especial aos odontológicos. Compareceram: a Senhora Fabrícia Goltara Vasconcellos Faedrich, a Senhora Tainá Leandro, da ANS; o Senhor Sandro Leal Alves, da FenaSaúde; o Senhor Roberto Cury, do Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (SINOG); o Senhor Fernando Fialho Versignassi, da Associação Brasileira de Empresas de Odontologia (ABEO); o Senhor Ricardo Martinez Camolesi e o Senhor Clésio Guimarães, do Conselho Federal de Odontologia o Senhor Egberto Miranda Silva Neto, da Central Nacional das Cooperativas Odontológicas (UNIODONTO do Brasil); e a Senhora Ana Carolina Navarrete, do IDEC.