



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 358, DE 2012

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que *dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde*, para determinar que os índices de reajuste das mensalidades dos planos de saúde sejam aplicados à remuneração por consultas médicas.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 18-A:

“Art. 18-A. Qualquer reajuste das contraprestações pecuniárias pagas pelos beneficiários dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implicará majoração, em idêntico percentual, dos valores pagos pelas operadoras aos prestadores de serviço a título de remuneração por consulta médica.”

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

JUSTIFICAÇÃO

O número de beneficiários de planos de saúde no País cresceu expressivamente ao longo da última década, de acordo com a publicação *Foco – Saúde Suplementar*, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Houve duplicação do mercado de planos de saúde, com fortalecimento econômico de muitas operadoras. Diante dessas evidências, poder-se-ia concluir que as operadoras de planos de saúde oferecem serviços de excepcional qualidade e, com isso, atraem cada vez mais clientes.

O crescimento do volume de adesões a planos de saúde deve ser atribuído, contudo, ao aumento do poder aquisitivo da população e à deterioração dos serviços públicos de saúde, e não à qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde suplementar. Os crescentes índices de reclamações contra planos de saúde corroboram essa afirmação.

Certamente contribui para a baixa qualidade do atendimento oferecido pelos planos a insatisfação dos médicos com a remuneração e com o tratamento a eles dispensados pelas operadoras. É difícil trabalhar com entusiasmo mediante a remuneração irrisória atualmente oferecida pelas operadoras.

Com efeito, a relação entre médicos e operadoras deteriorou-se a tal ponto que, nos últimos anos, aqueles organizaram inúmeras paralisações de âmbito nacional, com grande adesão da classe médica ao movimento. Os profissionais cobram aumentos regulares nos honorários e melhores condições de trabalho. Nada mais justo, considerando que as mensalidades dos planos de saúde não param de subir, inclusive em índices superiores aos da inflação, enquanto a remuneração por consultas está praticamente congelada há anos.

A fim de tentar equilibrar a relação entre médicos e operadoras, entendo ser razoável que os reajustes aplicados às mensalidades dos planos sejam integralmente repassados à remuneração paga pelas consultas médicas.

É o que proponho no projeto de lei ora submetido ao Congresso Nacional. Considerando a relevância do tema, espero contar com o apoio dos Pares para sua aprovação.

Sala das Sessões,

Senador **VITAL DO RÊGO**

LEGISLAÇÃO CITADA

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.

Texto compilado

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

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

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

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

~~III - a manutenção de relacionamento de contratação ou credenciamento com quantas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde desejar, sendo expressamente vedado impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.~~

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

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

Art. 19. As pessoas jurídicas que, na data de vigência desta Lei, já atuavam como operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde terão o prazo de cento e oitenta dias, contado da expedição das normas pelo CNSP, para requererem a sua autorização de funcionamento.

Parágrafo único. O não cumprimento do disposto no *caput* deste artigo implica o pagamento de multa diária fixada pelo CNSP e aplicada pela SUSEP às operadoras de planos e seguros de que trata esta Lei.

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

Publicado no **DSF**, em 11/10/2012