

COMISSÃO SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

PROJETO DE LEI Nº 4.076, DE 2001

Altera a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1995, que “dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde” incluindo os procedimentos preventivos no rol dos serviços a serem oferecidos pelas empresas do setor.

Autor: Deputado HENRIQUE FONTANA

Relator: Deputado RIBAMAR ALVES

VOTO EM SEPARADO DO DEPUTADO DR. PINOTTI

A quantidade de projetos de lei apensados ao principal, o Projeto de Lei n.º 4.076, de 2001 atesta a relevância do tema dos planos e seguros privados de saúde para a população brasileira.

Não obstante entendermos as razões que levaram o ilustre Deputado Ribamar Alves a elaborar seu voto restringindo o elenco de mudanças que as proposições – a principal e as apensadas -,oferecem à Lei n.º 9.656, de 1995, houvermos por bem apresentar uma alternativa que incluia pontos que, a nosso ver, não foram considerados, mas que têm enorme importância a todas as

0D12A47519

partes que interagem no subsistema dos planos e seguros de saúde, em especial, os próprios detentores destes planos e seguros.

Entendemos que a Lei n.º 9.656/95 pode ser alterada de forma a suprir áreas de insuficiência legal nas relações entre usuários, prestadores de serviços e as operadoras dos planos de saúde. Tais insuficiências na lei vigente gera um certo caos no subsistema privado de saúde, que prejudica a todos, em especial, os usuários.

Reconhecemos o enorme trabalho do relator, digno Deputado Ribamar Alves, na elaboração de um substitutivo a partir de um grande número de proposições legislativas. Entretanto, discordamos de algumas propostas contidas no Substitutivo oferecido pelo ilustre relator por entendê-las prejudiciais aos usuários ou inviáveis de realização prática.. Cito dois exemplos:

a) quando o Substitutivo altera o art. 10 da Lei nº 9.656/95, no § 1º condiciona a realização de procedimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como o uso de próteses e órteses para restaurar funções para correção de lesões proveniente de acidente pessoal ou de plástica reconstrutiva, à avaliação por junta médica, composta de representantes da ANS, das operadoras, das sociedades médicas respectivas e dos usuários. Este dispositivo, estabelecendo tais condicionantes, praticamente inviabiliza o usufruto dos procedimentos, aparelhos e dispositivos para restaurar funções pelo usuário. É uma exigência muito complicada e difícil de ser cumprida;

b) quando o Substitutivo propõe a inclusão de um art. 13A para assegurar ao usuário insatisfeito com sua operadora o direito de mobilidade. Mas aqui também as exigências são tantas e tão difíceis que certamente o usuário vai desistir da mobilidade. O artigo proposto condiciona a troca de operadora à comprovação da insatisfação do usuário mediante reclamação acolhida como procedente pelo Poder Judiciário, ou pela ANS, em processo regular. Sei que tal proposta tem origem na CPI dos Planos de Saúde realizada nesta Casa. Mas, convenhamos, um direito que precisa do aval do Poder Judiciário para ser concretizado, não é um direito de fato. Desta forma, a

mobilidade é uma ilusão.

Nesse sentido, oferecemos esse voto em separado no qual propomos, cuidadosamente, por meio de um Substitutivo alternativo, dispositivos que dariam um tratamento legal a uma série de questões que, por falta de regulamentação transtornam as relações entre os agentes e todo o funcionamento do sistema de planos de saúde.

Antes de explicar rapidamente cada uma das propostas, peço licença e um pouco de paciência aos preclaros Colegas, para contextualizar o tema com um pouco da história da sua regulamentação.

Até 22 de agosto de 2003, os planos privados de assistência à saúde contratados antes da edição da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 estavam sendo submetidos à regulação emanada da ANS sobre temas como o reajuste nos preços, interrupção de internações hospitalares sem autorização médica e proibição de rescisões unilaterais, entre outros, com base em dispositivos da mesma Lei.

Em agosto de 2003, uma decisão do STF, em resposta a Ação Direta de Inconstitucionalidade, movida em dezembro de 1998 pela Confederação Nacional de Saúde e Hospitais, Estabelecimentos e Serviços, considerou inconstitucionais os dispositivos da Lei nº 9.656/98 que alcançavam os contratos anteriores à sua publicação. Deste modo, a fiscalização destes contratos poderia ser feita apenas com fundamento nas regras gerais do Código de Defesa do Consumidor-Lei nº 8.078/90, o que deixava as cláusulas contratuais de risco fora de proteção regulatória específica, passando a se constituir uma ameaça permanente à grande maioria dos contratos anteriores à Lei nº 9.656/98.

A Lei nº 9.656/98, em seu Art. 35, estabeleceu as regras gerais para a adaptação dos contratos antigos (aos dispositivos desta Lei), sem perda das garantias já adquiridas, sendo o valor das prestações pecuniárias acrescido na proporção do aumento de cobertura assistencial.

Decorridos mais de oito anos de vigência da lei, constatou-se que um grande número de contratos não passou por esse processo, tendo em

vista que as operadoras, via de regra, não apresentaram interesse de livremente oferecerem propostas de adaptação à Lei nº 9.656/98, principalmente para os contratos coletivos ou empresariais e a ANS não atuou ativamente nessa direção, que interessa a cerca de 18 milhões de usuários.

A adaptação que estava sendo realizada, calculada caso a caso, dificultava muito o acesso à adaptação, uma vez que, a lógica financeira de definição do preço do contrato exigia uma diluição de risco entre o grupo assistido. O resultado era a imposição de um preço bastante mais oneroso ao consumidor do que aquele que se poderia esperar da adaptação simultânea do maior número possível de contratos.

No final de 2003, o Governo Lula apresentou ao Congresso a Medida Provisória nº 148, que atribuía competência à Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS para realizar processo de migração e adaptação dos contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

A Exposição de Motivos do Ministério da Saúde ressaltava a situação em que ficariam os contratos realizados antes da data da vigência da Lei nº 9.656/98 frente à decisão liminar do Supremo Tribunal Federal –STF, em 22 de agosto de 2003.

A MP nº 148/03 tinha, em síntese, o objetivo de autorizar a ANS a regulamentar o processo de adaptação e migração dos planos de saúde à Lei nº 9.656/98, dando-lhe ampla liberdade de atuação.

Destaque-se que a ANS já tinha normatizado os processos de adaptação e migração, em apenas sete dias após a publicação da referida MP, por meio das Resoluções Normativas (RN) nº 63/2003 e nº 64/2003. Estas resoluções determinavam, por exemplo, aumentos de 15% a 25% nas mensalidades e algumas vezes muito mais, além de obrigarem os usuários migrantes a cumprirem acréscimos de até 500% para dez faixas etárias. As operadoras praticam em dobro estes aumentos nas três últimas faixas etárias impondo, dessa forma, grande possibilidade de inadimplência aos idosos. As RNs determinavam também, aos migrantes, o cumprimento de novas carências apesar de todos eles já terem pago seus planos por pelo menos cinco anos e

terem cumpridos as carências definidas na Lei nº 9.656/98.

As resoluções mostravam um clara falta de interesse em solucionar problemas crônicos, que se agravaram com as modificações na Lei nº 9.656/98 que, aprovada depois de oito anos de discussão na Câmara Federal, foi inteiramente reformulada, em curto espaço de tempo, por medidas provisórias (44 reedições) que não chegaram, sequer, a ser discutidas no Congresso Nacional.

A análise dessa MP, da qual fomos relatores, demonstrou problemas complexos e preocupantes nesta área da saúde suplementar, especialmente ao voltarmos os olhos para os usuários, para os prestadores de serviços e para o sistema público de saúde.

O grande interesse despertado pela matéria da MP, bem como suas repercussões nos contratos entre a população e as operadoras de planos privados de assistência à saúde, atendeu aos pressupostos constitucionais de relevância e urgência, dado a importância da questão e a premência em sua melhor resolução.

Acreditamos, no entanto, que a urgência e a relevância da MP nº 148, de 2003 estariam de fato caracterizadas se, nessa oportunidade, algumas modificações necessárias, urgentes e de alta relevância, fossem contempladas na Medida, adequando-a de forma mais completa à Lei nº 9.656/98.

Os migrantes, por exemplo, encontravam os prestadores de serviços – hospitais e trabalhadores de saúde – à beira de um colapso financeiro, sem que a MP, cujo objetivo era atender questões de urgência, lhes oferecesse qualquer socorro. Encontravam também o sistema público de saúde parasitado pelo setor privado, sem o ressarcimento adequado, o que fazia aumentar a demanda reprimida dos usuários do SUS, cada vez mais freqüentado por egressos do sistema suplementar que não conseguiam pagar suas mensalidades.

O caminho – normas que afetavam milhões de brasileiros sendo decididas por apenas duas pessoas, o Ministro e o Presidente da ANS – significava o abandono gradativo à própria sorte, ou ao mercado (o que talvez

seja pior), da saúde da classe média, que já tinha sido obrigada, na investida da globalização, a pagar cada vez mais impostos e a comprar de novo a sua cidadania no mercado.

É, pois, nesse contexto que apresento este substitutivo ao Projeto de Lei nº 4.076, de 2001 e seus apensos, analisando a questão dos planos privados de assistência à saúde com uma visão informada e holística da saúde dos brasileiros. Ciente dos sérios problemas existentes, não poderia deixar de buscar suas soluções, pois isto significaria um desserviço à causa da saúde dos brasileiros para a qual dediquei toda minha vida.

Antes de tudo quero destacar o caráter público dos serviços de saúde prestados pelo setor privado. É indiscutível que as empresas privadas atuam de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, nos termos do Art. 196 e § 10 do Art. 199 da Constituição Federal. Trata-se, pois, de serviço público essencial, que deve ser também regulamentado pelo Poder Público.

Este Substitutivo busca sanar os mais críticos dos problemas que identificamos no subsistema dos planos privados de assistência à saúde, os quais passamos a explicar e justificar as alterações propostas na Lei 9.656, de 1998.

1. Consideramos parcial e equivocada a RDC da ANS que determinou a extinção do cheque caução, entendendo que a nova proposta de contrato entre operadora e prestador de serviço possa equacionar este problema. A única possibilidade de equacioná-lo, sem conseqüências graves aos usuários, é através da manutenção de canais de comunicação permanentes entre a operadora, prestadores e beneficiários. As operadoras, em um único local do país, com um cadastro de todos os seus beneficiários, têm condições de equacionar essa questão com baixo custo e é isso que se deve exigir. A não existência desse serviço deve determinar que a operadora se responsabilize sempre pelos pagamentos de todos os procedimentos que não puderam ter autorização prévia. Isso também consta de recomendação da CPI dos Planos de Saúde.

2. Não se pode conceber que um usuário extremamente

insatisfeito com sua operadora de plano privado de assistência à saúde deva ficar refém dessa operadora. Propomos aqui a possibilidade de o usuário de um plano de saúde insatisfeito com sua operadora mudar de operadora sem que tenha que novamente ficar sem cobertura devido aos prazos de carência. Acordos entre operadoras podem viabilizar tais mudanças. Os custos dos atendimentos na nova operadora seriam amortizados por um fundo, que seria criado pela ANS e cobrado das operadoras durante os períodos de vigência das carências em seus contratos. Uma solução simples como essa daria maior competitividade entre as operadoras e alternativas aos usuários.

3. Nesse mesmo caminho, entendemos que uma operadora pode oferecer produtos que não precisem, necessariamente, conter requisitos de prazos de carência. A cobrança de um agravado, um valor estipulado, poderia viabilizar o contrato de um plano privado de assistência à saúde sem os prazos de carência.

4. Consideramos abusiva a RN nº 63/2003, quando ela define que os valores pagos pela última faixa etária sejam seis vezes maiores que os da primeira, concedendo um aumento de 500%, sobre o qual ainda haverá correção monetária anual. O que ocorreu foi, além de tudo, um uso inadequado do Estatuto do Idoso. Antes dele, esses aumentos eram praticados de forma mais suave até idades superiores (mais de setenta anos). Depois dele, esses aumentos, ao invés de serem eliminados a partir dos 60 anos, foram prensados e concentrados para até 59 anos, com o agravante de serem praticados em dobro nos três últimas faixas etárias. Isso agrava, concretamente a inadimplência dos idosos e sua fuga dos planos de saúde, fato que ocorre cada vez mais com maior frequência. Entendemos que esse percentual não pode ser superior a 300% e que os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária devem ser fixados de forma equitativa e equilibrada pela operadora. Propomos que a variação permitida da primeira para a última faixa etária seja distribuída de modo a não sobrecarregar financeiramente as últimas faixas. Estaria sendo mantido assim o pacto de solidariedade intergeracional, recaindo as variações igualmente sobre os consumidores de todas as idades. Essa regra, além de evitar a penalização do idoso, garantirá às prestadoras de serviço e operadoras boa dose

de flexibilidade para administrarem através de cálculos atuariais a concentração de sinistralidade em determinadas faixas etárias.

5. As reclamações constantes dos prestadores de serviços -hospitais, médicos e demais profissionais da saúde -pelas precárias condições de pagamento e trabalho que lhes são impostas, são problemas graves que a ANS entende que pode equacionar com a padronização de contratos. Entretanto, sempre existem hospitais e profissionais dispostos a aceitar preços menores mas, evidentemente com perda de qualidade e sérios prejuízos aos usuários. Portanto, é indispensável que pelo menos se determine que os reajustes concedidos anualmente às operadoras devem incluir percentuais obrigatórios de reajuste aos prestadores de serviços, pessoas físicas e jurídicas, para que não ocorra defasagem dos valores pagos pelos serviços, com reflexos graves na sua qualidade.

6. Outro bom exemplo das insuficiências da ANS é a questão do ressarcimento ao SUS, por parte das operadoras, devido a serviços prestados aos portadores de planos privados de assistência à saúde. Este ressarcimento, definido no Art. 32 da Lei n.º 9.656/98 jamais foi realizado adequadamente. Usuários dos planos utilizam freqüentemente o sistema público, especialmente para procedimentos de maior complexidade e alto custo. É um direito de todos pois o SUS é universal mas, essas despesas devem ser ressarcidas pelas operadoras para os cofres públicos, por meio de cobranças da ANS. Entretanto, a ANS, nas suas normatizações, exclui, em total desobediência à Lei n.º 9.656/98, o pagamento das ações de maior complexidade e maior custo nos hospitais públicos e privados contratados e conveniados e o resultado é constrangedor: em quatro anos, a ANS ressarciu 45 milhões ao SUS quando um cálculo conservador pressupõe um mínimo de 4 bilhões de reais nesse período. Por outro lado, é notória a preferência que tem sido dada aos usuários dos planos na ocupação de leitos e outras facilidades do SUS, especialmente nos hospitais contratados e conveniados. É urgente e necessária a discussão do ressarcimento dos atendimentos realizados na rede pública e privada contratada pelo SUS aos beneficiários dos planos de saúde. São inúmeras as barreiras que a ANS não consegue superar e que dificultam a concretização das cobranças que poderiam

determinar uma relevante receita adicional ao SUS. A primeira delas consta no parágrafo primeiro do art. 5º da RDC nº 18, de 30 de março de 2000, que proíbe os hospitais argüirem sobre a condição de beneficiário de plano de saúde para proteger o princípio da universalidade. Está informação poderia facilitar o batimento (cruzamento dos dados de identificação dos beneficiários de planos de saúde com os dos usuários do SUS) que é feito através do DATASUS. A ANS, através da RDC 18, de 30 de março de 2000, normatiza o ressarcimento sem obedecer a Lei nº 9.656/98 e não determina a identificação dos atendimentos eletivos e de alto custo da rede contratada e conveniada pelo SUS nos usuários de Planos de Saúde impossibilitando, assim, o ressarcimento desses procedimentos. Além disso, a ANS não cumpre as suas próprias normas porque não identifica também os procedimentos de alto custo dos hospitais públicos não viabilizando o ressarcimento. Com estes fatos, o Ministério da Saúde e os hospitais prestadores deixam de receber a parte que lhes cabe e a fraude é institucionalizada e de alta monta. Um campo próprio para identificar o usuário que tenha plano de saúde e o cadastro completo e atualizado eliminariam as dificuldades que hoje impedem a ANS de cumprir o ressarcimento e proporcionar recursos adicionais significativos para o SUS. A partir dessa situação, proponho uma série de normativas que regulam melhor esta matéria, entre elas a adoção do número do Cartão Nacional de Saúde (do SUS) em todos os cadastros de beneficiários das operadoras, bem como nos registros de atendimentos realizados pelo SUS, dando um prazo de cento e oitenta dias para a implantação de tais registros. Tal providência permitirá, posteriormente ao atendimento, a identificação dos beneficiários dos planos privados de assistência à saúde atendidos pelos prestadores de serviço. Durante o período dado, de cento e oitenta dias, para a implantação destes registros do número do Cartão Nacional de Saúde, proponho que todas as AIHs (autorização de internação hospitalar) e APACs (atendimento de alto custo) contenham informações sobre o número da carteira de identidade do paciente e sobre a sua condição de beneficiário de plano privado de assistência à saúde. Estas informações poderiam ser obtidas no momento da alta para equacionar a preocupação com a universalidade que, de resto, consideramos equivocada. Até hoje a ANS não mantém um cadastro completo e atualizado de beneficiários, operadoras e produtos, como determina a RDC nº 3, de 20 de janeiro de 2000, para possibilitar um “batimento” sem

incorreções, que viabilizaria as cobranças e não determinaria gastos operacionais desnecessários à ANS.

7. A Lei nº 9.656/98 estabelece ainda, através do art.32, que o ressarcimento se dará através de uma Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP) que deve definir valores entre o SUS (mínimos) e os do mercado ou os estabelecidos em contratos entre prestadores de serviços públicos e operadoras para todos os procedimentos. Entretanto, a TUNEP está há anos sem atualização e alguns dos seus preços são inferiores aos do SUS. Não há nem mesmo as atualizações sugeridas periodicamente pelo SIMPRO e BRASÍNDICE, fazendo com que o ressarcimento, quando ocorre, tenha valores muito abaixo do que aqueles de mercado. Uma apuração realizada em setembro de 2003 apontou variação de 10 a 15 vezes menor dos preços TUNEP comparativamente aos preços SIMPRO, o que é injustificável. Neste projeto de lei propomos a elaboração de um índice econômico próprio para monitorar e atualizar os preços de serviços e insumos do setor de saúde suplementar, sua ampla divulgação e reavaliação a da seis meses. Tais providências certamente vão ajudar a ANS a estruturar mecanismos que corrijam e aperfeiçoem o processo do ressarcimento.

8. A carência para atendimentos de urgência ou emergência deve ser de 24 horas, conforme o disposto na letra c, inciso V do artigo 12 e artigo 35, c, da Lei nº 9.656/98. É fundamental a revisão e alteração da Resolução CONSU nº 13, de 4 de novembro de 1998, sobre esse atendimento, pois desde a publicação da referida resolução, as entidades de defesa do consumidor têm se posicionado contrárias aos dispositivos ali previstos, sobretudo referentes aos artigos 3º, parágrafo 1º, e art. 4º, parágrafo único. Isto porque, o plano ambulatorial garante cobertura de urgência e emergência somente para as doze primeiras horas de atendimento. Tal fato é inaceitável pois urgência ou emergência define a necessidade de atendimento para a preservação de vida e não está nunca sujeita a limitação definida por número de horas. A duração do atendimento deve estar vinculada às características que determinam o caráter de emergência. Na prática, as operadoras de planos privados de assistência à saúde têm negado o atendimento aos consumidores

que se encontram nessas situações sempre que estiverem em cumprimento de carência contratual. Ou seja, o posicionamento das operadoras, baseado na Resolução CONSU nº 13/98, tem sido pela negativa da cobertura, nos casos em que o consumidor não tenha cumprido os seis meses de carência. Logo, o entendimento correto dever ser o de que os casos de urgência e emergência devem ser imediatamente atendidos sem imposição de prazo de carência ou tempo de atendimento.

9. Para dirimir problemas e evitar abusos na relação entre as operadoras e os prestadores de serviços, que tem trazidos sérios prejuízos também aos pacientes, sugiro aqui que as transações entre estas partes, relacionadas com o pagamento de serviços sejam realizadas por meio da rede bancária, utilizando-se do recurso de faturas ou de boletos bancários.

10. O prazo que as operadoras têm praticado para pagar os prestadores de serviços tem sido dos mais variados possíveis e, como regra, tem sido muito longo. Tal fato gera um prejuízo notório aos prestadores que têm que cumprir seus compromissos mensais com o pagamento do seu pessoal, dos fornecedores e assim por diante. Para solucionar tal problema, proponho aqui um prazo máximo para pagamento pelas operadoras aos prestadores de serviços contratados, credenciados ou cooperados, pessoas físicas ou jurídicas, de trinta dias, que parece ser um tempo razoável, comumente adotado em transações comerciais, para ambas as partes.

11. Finalmente, propomos uma prazo de cento e oitenta dias para que a ANS apresente um novo regulamento para a elaboração de contratos entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços, especialmente no que se refere aos temas do credenciamento e descredenciamento. Para a elaboração de tal regulamento a ANS deverá ouvir representantes dos prestadores de serviços, das operadoras e dos consumidores.

É importante lembrar que o Projeto de Conversão da MP nº 148/2003 que apresentei no Plenário desta Casa, em fevereiro de 2004, teve o apoio do maior número dos presentes, que discursaram favoravelmente à minha

proposta em sessão retransmitida, ao vivo, pela TV Câmara.

Entretanto, o Governo determinou à sua base na Câmara que derrubasse o Projeto de Conversão e assim foi feito, sob o argumento de que as minhas sugestões seriam objeto de um Projeto de Lei que seria apresentado em, no máximo, noventa dias. Passaram-se três anos e nada aconteceu. Por essa razão apresento, agora, este Substitutivo, lamentando que se perdeu o momento mágico de uma MP que faria vigor, imediatamente, as correções necessárias acordadas e indispensáveis a uma atenção digna e adequada aos usuários dos Planos de Saúde.

Este Substitutivo tem, pois, a intenção de recuperar e apresentar as propostas de aperfeiçoamentos da Lei nº 9.656/98, imprescindíveis para que os brasileiros tenham no setor privado dos planos de saúde um complemento real ao SUS, fundamentado nas concepções estabelecidas pela Constituição Federal.

Nesse sentido, espero o apoio necessário dos Colegas desta Casa Legislativa à aprovação deste Substitutivo, para o bem da saúde de todos os brasileiros.

COMISSÃO SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

SUBSTITUTIVO DO DEPUTADO DR. PINOTTI AO

PROJETO DE LEI Nº 4.076, DE 2001

Altera a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida das seguintes modificações.

“Art. 12-A. Em qualquer das variedades de segmentação previstas no artigo anterior é vedada a exigência de depósito de caução ou de outras modalidades de garantia, como condição de atendimento ou internação de paciente.

§ 1º As operadoras privadas de planos de assistência à

OD12A47519

saúde devem organizar e manter, no prazo máximo de cento e oitenta dias, serviço ininterrupto de atendimento aos prestadores para autorização imediata de internações, exames ou procedimentos.

§ 2º A ausência ou o mau funcionamento do serviço a que se refere o parágrafo anterior implica na presunção de autorização de todo e qualquer objeto da consulta à operadora.

Art. 13-A. É permitida aos detentores de plano privado de assistência à saúde a transferência de contrato de uma operadora a outra e para isso:

I – as operadoras devem realizar acordos para acolhimento do consumidor, sem exigência de novos períodos de carência relacionada a doenças e lesões preexistentes, caso estes já estiverem cumpridos;

II - a ANS constituirá um fundo de remuneração de atendimentos na nova operadora, a partir de um seguro de transferência cobrado às operadoras no período em que vigoram as carências.

Art. 13-B. As operadoras podem oferecer modalidade de contrato de planos privados de assistência à saúde sem exigência de carências, mediante cobrança de agravo específico, devidamente acordado entre as partes e com limite máximo de 300% da mensalidade devida por um período de 24 meses.

Art. 15-A. A variação de preço da contraprestação pecuniária, por faixa etária, estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde não poderá ser superior a 300% do valor entre a primeira e a última faixa.

Parágrafo único. O percentual de aumento previsto no *caput* deve ser distribuído de forma eqüitativa e equilibrada entre as faixas etárias.

Art. 18-A. As relações entre as operadoras e os prestadores

de serviço, pessoas físicas ou jurídicas, devem ser explicitadas em contratos firmados entre as partes, que contenham, entre outros acordos, um índice de reajuste dos valores dos serviços, a ser aplicado sempre que houver aumento das contraprestações pecuniárias dos planos de assistência à saúde, em data-base determinada, conforme o estabelecido na Lei nº 9.656, de 1998.

Art.32.....

§ 2º-A. As operadoras deverão incluir nos seus cadastros de beneficiários o número do Cartão Nacional de Saúde, a ser fornecido pela ANS.

§ 2º-B. Os registros de atendimentos em estabelecimentos do SUS, que identifiquem os usuários, deverão conter o número do Cartão Nacional de Saúde.

§ 2º-C. As operadoras e a ANS deverão implantar a identificação dos pacientes pelo número do Cartão Nacional de Saúde prevista nos parágrafos 2ºA e 2ºB no prazo de cento e oitenta dias após a disponibilização do respectivo cartão pelo Ministério da Saúde.

§ 2º-D. Durante esse prazo, os prestadores de serviços deverão informar, nos registros de autorização de internação hospitalar e de atendimento de alto custo, se o paciente é detentor de um plano de saúde e, nos casos positivos, o nome do operadora e a identificação do plano de saúde do qual é detentor (produto).

§ 2º-E. Estas informações deverão ser obtidas na alta do paciente ou após o seu atendimento ambulatorial.

§ 9º A ANS deverá elaborar índice econômico próprio para monitorar e atualizar preços de serviços e insumos do setor de saúde suplementar constantes da tabela de

0D12A47519

procedimentos específica para o ressarcimento (Tabela Única Nacional de Equivalência de Prodedimentos-TUNEP), no prazo máximo de doze meses.

§ 10º Por sua relevância pública, o índice econômico e as informações constantes da TUNEP devem ser divulgados, de forma que permita seu fácil acesso à população em geral, e serem reavaliados a cada três meses.

Art. 35-C.

I -

II -

§ 1º A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35.(NR)

§ 2º O atendimento de urgência ou emergência conforme o disposto na alínea c, inciso V, do artigo 12 e no artigo 35, alínea c, desta Lei não pode sofrer restrições de limite de tempo à assistência do usuário, até a sua alta médica do atendimento de urgência ou emergência.

Art. 35-N. As operadoras de planos privados de assistência à saúde ficam obrigadas a emitir suas faturas de modo a permitir seu desconto na rede bancária habilitada.

Art. 35-O. O prazo máximo para pagamento pelas operadoras aos prestadores de serviços contratados, credenciados ou cooperados, pessoas físicas ou jurídicas, é de trinta dias, contados a partir da data de apresentação da fatura dos serviços prestados no decorrer de um mês.

Parágrafo único. O prazo limite para que as operadoras de planos de assistência à saúde apresentem as contas em divergência, para que sejam corrigidas em comum acordo com os prestadores é de quinze dias.

Art. 35-P. A ANS apresentará, em prazo de cento e oitenta dias, um novo regulamento para a contratualização que

deve ser feita entre as operadoras e os prestadores de serviço, em especial sobre os temas do credenciamento e do descredenciamento de prestadores, ouvindo representantes das operadoras, dos prestadores de serviços e dos consumidores.”

Art. 2º. Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

Sala da Comissão, em de outubro de 2007

Deputado Dr. Pinotti

0D12A47519