

PROJETO DE LEI DO SENADO N° , DE 2017

Altera o art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que *dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde*, para tornar obrigatório o fornecimento de extrato detalhado dos valores de todos os procedimentos realizados e do tratamento prestado a paciente internado com a cobertura de plano privado de assistência à saúde.

SF/17997.37004-40

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 6º:

“Art. 12.
.....

§ 6º Ao término de qualquer período de internação hospitalar, será fornecido ao consumidor, pelos prestadores de serviço e pela entidade hospitalar, extrato detalhado dos valores de todos os itens cobertos pelos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e previstos nas alíneas dos incisos II e III do *caput* deste artigo.” (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos noventa dias de sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

Nosso Código de Direitos do Consumidor (CDC) elenca, entre os direitos básicos do consumidor, *a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço* (art. 6º,

inciso III). Isto é, todo cidadão deve ter amplo acesso ao conhecimento dos custos de quaisquer serviços a ele prestados.

No campo da saúde, especificamente nos casos de internações cobertas pelos planos privados de assistência à saúde, essa determinação não é adequadamente cumprida. Na ocasião da alta hospitalar, o paciente recebe detalhamento dos procedimentos a que foi submetido e dos medicamentos que lhe foram administrados, mas não tem acesso ao extrato com os valores de pagamento que é enviado diretamente à administradora do plano de saúde.

Além de ser um direito de todo cidadão, como consumidor, conhecer esses valores, é ainda mais fundamental nos planos de saúde com mecanismos de coparticipação, que é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização do procedimento. Nos planos em que há coparticipação, além de pagar a mensalidade, o beneficiário arca com parte do valor de alguns procedimentos.

Dados fornecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) indicam que 33% dos planos privados de saúde comercializados utilizam os mecanismos de coparticipação ou franquia, abrangendo 50% dos beneficiários desses planos.

Assim, o objetivo desta proposta é dar transparência aos valores dos pagamentos efetuados pelos planos de saúde aos estabelecimentos conveniados e às parcelas pagas pelos consumidores coparticipantes. Considerando a relevância do tema, esperamos contar com o apoio de nossos Pares para a sua aprovação.

Sala das Sessões,

Senador GLADSON CAMELI

SF/17997.37004-40
|||||