

Minuta

**PARECER N° , DE 2023**

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei nº 2.708, de 2019, do Senador Romário, 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, para tornar obrigatória a cobertura de internação domiciliar pós-hospitalar, no plano-referência e no plano que inclua internação hospitalar.*

Relator: Senador **FLÁVIO ARNS****I – RELATÓRIO**

Vem ao exame desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para decisão em caráter terminativo, o Projeto de Lei (PL) nº 2.708, de 2019, do Senador Romário, que altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), a fim de tornar obrigatória a cobertura de assistência domiciliar decorrente de internação hospitalar, chamada de “internação pós-hospitalar”, no plano-referência e no plano que inclua internação hospitalar.

Seu art. 1º altera o inciso I do *caput* do art. 1º daquele diploma legal, para incluir a expressão “domiciliar pós-hospitalar” entre as relacionadas para o plano privado de assistência à saúde. Já o art. 2º da proposição dá nova redação ao *caput* e ao inciso VI do art. 10. Inclui a expressão “ou domiciliar pós-hospitalar” no *caput* e substitui o trecho “ressalvado o disposto nas alíneas ‘c’ do inciso I e ‘g’ do inciso II do art. 12” por “não inserido na modalidade de internação domiciliar pós-hospitalar prevista no inciso II do art. 12 desta Lei” no inciso VI.



Esse dispositivo do PL nº 2.708, de 2019, promove ainda o acréscimo de um § 5º ao art. 10 da Lei dos Planos de Saúde, de modo a determinar que a internação domiciliar pós-hospitalar ocorrerá somente por indicação médica e com a expressa concordância do paciente ou de sua família.

Por sua vez, o art. 3º dá nova redação ao *caput* do inciso II do art. 12 da Lei dos Planos de Saúde e a suas alíneas “a”, “c”, “d”, “e” e “f”, a fim de adaptar o texto normativo vigente à proposta de incluir a internação domiciliar pós-hospitalar.

Por fim, o art. 4º constitui a cláusula de vigência, estabelecida para iniciar-se cento e oitenta dias após a data de publicação da lei originada do PL.

De acordo com o autor da proposição, a assistência domiciliar já integra a assistência prestada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme determina a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Todavia, no âmbito da saúde suplementar, não há dispositivo equivalente. A despeito desse vácuo legislativo, a assistência domiciliar já é oferecida pelas operadoras de planos de saúde e seguradoras.

Ainda segundo o autor, beneficiam-se dessa modalidade, em caráter permanente, pacientes em fase avançada ou terminal de doenças crônico-degenerativas e os que apresentam sequelas motoras, neurológicas, cognitivas ou sensoriais, condições que acarretam drástica limitação e implicam necessidade de acompanhamento constante.

Por fim, enfatiza o autor que a internação domiciliar é economicamente vantajosa, pois as despesas de um paciente chegam a ser 60% menores que na internação hospitalar. Ele cita estimativas de que a oxigenoterapia, por exemplo, tem redução de custo da ordem de 40% e a internação em hospitais de alto custo demanda entre quatro a cinco mil reais por dia, enquanto a internação em casa demanda de quatrocentos a quinhentos reais.

A proposição foi distribuída exclusivamente para a CAS, que decidirá em caráter terminativo, e não foi objeto de emendas.



## II – ANÁLISE

Nos termos do inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal, compete à CAS deliberar sobre o mérito do PL nº 2.708, de 2019, por ele versar sobre proteção e defesa da saúde. Além disso, como a decisão sobre a matéria incumbe exclusivamente a esta Comissão e tem caráter terminativo, cabe a ela examinar a constitucionalidade, a juridicidade, a regimentalidade e a técnica legislativa da proposição.

No tocante à constitucionalidade, a proteção e defesa da saúde é matéria sobre a qual compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente, conforme dispõe o art. 24, inciso XII, da Constituição Federal. Por sua vez, o art. 48 da Carta Magna atribui competência ao Congresso Nacional para dispor sobre matéria de competência da União. Da mesma forma, a proposição não trata de matéria especificada nas alíneas do inciso II do § 1º do art. 61 da Constituição. Não há, portanto, vício de constitucionalidade.

Não foram identificados, tampouco, óbices de natureza jurídica, regimental ou de técnica legislativa que impeçam a aprovação do projeto.

Em relação ao mérito, cabe salientar que a atenção domiciliar já está devidamente prevista como forma de assistência a ser prestada pelo SUS, conforme determina o art. 19-I do Título II, Capítulo VI – Do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar, da Lei nº 8.080, de 1990, que foi inserido pela Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. É de se notar que esse dispositivo incumbe ao SUS a prestação de atenção domiciliar de forma ampla, referindo-se a “atendimento” e “internação” domiciliares, ou seja, inclui, respectivamente, ações ou procedimentos característicos do regime ambulatorial e do regime hospitalar, como a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar.

Com relação à saúde suplementar, não existe obrigatoriedade de oferecimento da atenção domiciliar por parte das operadoras de planos ou seguros privados de saúde. A Resolução Normativa (RN) nº 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que *atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016,*



apenas prevê as condições a serem seguidas no caso de a operadora oferecer esse tipo de serviço, mas não obriga a que o serviço seja ofertado.

Com efeito, no Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019, da ANS, publicado em 17 de maio de 2019, a Agência afirma que “as operadoras não estão obrigadas a oferecer qualquer tipo de Atenção Domiciliar como parte da cobertura mínima obrigatória a ser garantida pelos planos novos e pelos planos antigos adaptados”.

Apesar de não haver obrigatoriedade, muitas operadoras de planos de saúde privados já oferecem a internação domiciliar a seus beneficiários. Entre aquelas que não oferecem o serviço, muitas tiveram de prover esse tipo de cuidado em decorrência de decisões favoráveis a beneficiários que demandaram esse tipo de atenção judicialmente.

Em relação ao funcionamento e à fiscalização da atenção domiciliar, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) editou, em 26 de janeiro de 2006, a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, que *dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar*. O regulamento determina que as normas nele contidas são de cumprimento obrigatório por todos os serviços, públicos ou privados, que prestam atenção domiciliar, que abrange tanto a assistência de caráter ambulatorial quanto a de caráter hospitalar executadas no domicílio.

A RDC referida também estabelece critérios a serem observados quando da inclusão de pacientes para a internação domiciliar, como as condições mínimas exigidas do domicílio para que seja viabilizada a instalação do leito e dos equipamentos, bem como o acesso fácil de veículos e a existência de meios de comunicação.

Há ainda que mencionar outras normas infralegais sobre a matéria, emanadas dos conselhos fiscalizadores do exercício de algumas profissões de saúde, que tratam da atenção domiciliar no âmbito de atuação dos respectivos profissionais. No caso da atividade médica, o Conselho Federal de Medicina (CFM) editou a Resolução nº 1.668, de 3 de junho de 2003, que *dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência*. No âmbito da enfermagem, a atividade é regulada pela Resolução nº 270, de 2002, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).



Vê-se, portanto, que, apesar de a matéria já estar amplamente regulada no ordenamento jurídico brasileiro, não existe obrigatoriedade legal da cobertura da internação domiciliar pós-hospitalar por parte das operadoras de planos de saúde. Daí a importância do PL nº 2.078, de 2019.

Ressalte-se que, ao instituir a obrigatoriedade de cobertura dessa modalidade assistencial, o projeto busca promover a integralidade da atenção à saúde no âmbito da saúde suplementar, equiparando-a ao que já é oferecido pelo SUS.

Os pacientes que podem se beneficiar da internação domiciliar são aqueles com doenças ou agravos incuráveis ou de longa evolução, em estado clínico estabilizado, mas que ainda demandam cuidados prestados por equipe multiprofissional de saúde. É o caso dos portadores de sequelas graves de acidente vascular encefálico; de doenças em estágio terminal; de demência senil; de doença pulmonar obstrutiva crônica avançada; e de sequelas de traumatismos graves.

Não por acaso, é modalidade de assistência já oferecida por muitas operadoras e em franca ascensão em todo o mundo. Trata-se da continuação, no espaço doméstico, do tratamento até então ministrado em ambiente nosocomial.

Cumpramos ressaltar o cuidado despendido pelo autor com a técnica legislativa na elaboração da proposição, promovendo alterações em diversos dispositivos da Lei dos Planos de Saúde, a fim de harmonizar as novas disposições com o conteúdo normativo vigente. Como resultado, a vinculação entre a assistência domiciliar e a internação hospitalar prévia ficou bastante clara no diploma legal, com algumas ressalvas de que trataremos adiante.

Importante apontar, contudo, que seria recomendável o estabelecimento de limites de abrangência geográfica específicos para essa cobertura adicional, a fim de não a tornar economicamente inviável. Afinal, se o beneficiário reside em local afastado, de difícil acesso, é praticamente impossível prover assistência domiciliar permanente de qualidade. Nesse caso, é mais prudente que ele seja mantido no ambiente nosocomial.

Outra questão a ser considerada é a redação conferida ao inciso VI do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998. Esse dispositivo exclui da cobertura obrigatória dos planos de saúde o fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar. No entanto, a Lei nº 12.880, de 2013, acrescentou



uma ressalva quanto ao tratamento oncológico nos planos ambulatoriais e nos hospitalares.

O PL nº 2.708, de 2019, retira essa ressalva do dispositivo, provavelmente por lapso do autor, determinando que é devida apenas a cobertura dos medicamentos para tratamento domiciliar inseridos na modalidade de assistência domiciliar pós-hospitalar. Dessa forma, é fundamental a recomposição da ressalva, a fim de evitar interpretações legais desfavoráveis e preservar o direito dos beneficiários de planos de saúde submetidos a tratamento oncológico.

Também merece correção a numeração do § 5º a ser acrescentado ao art. 10 da Lei dos Planos de Saúde. Ocorre que, desde a apresentação do PL nº 2.708, de 2019, houve a superveniência da Lei nº 14.307, de 3 de março de 2022, que *altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da saúde suplementar*. Esse diploma legal acrescentou alguns parágrafos no referido art. 10, de modo que o parágrafo a ser inserido pelo PL deve ser renumerado como § 12, para evitar a revogação inadvertida do atual § 5º.

Em relação ao inciso II do art. 12, consideramos prejudicial acrescentar a expressão “ou internação domiciliar pós-hospitalar”, conforme faz o PL. Esse acréscimo deixa margem à interpretação de que o oferecimento da cobertura para a internação pós-hospitalar é opcional para as operadoras (em função da conjunção “ou”), enquanto a ideia subjacente à proposição é tornar sua oferta obrigatória **sempre que o plano incluir internação hospitalar**. Julgamos apropriado, portanto, manter a redação atual do *caput* do inciso, de modo que a internação domiciliar pós-hospitalar seja necessariamente incluída em todos os planos que oferecerem internação hospitalar.

Por fim, em relação à redação dada à alínea “e” do inciso II do art. 12 da Lei dos Planos de Saúde, opinamos pela reformulação do texto, de modo a deixar explícito que o transporte do paciente do hospital para seu domicílio e vice-versa somente deve ser obrigatoriamente coberto pela operadora nos casos de internação domiciliar pós-hospitalar, que é o objeto do PL nº 2.708, de 2019.

### III – VOTO

Em vista do exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei nº 2.708, de 2019, com as seguintes emendas:



**EMENDA Nº -CAS**

Dê-se a seguinte redação ao inciso VI do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, nos termos do art. 2º do PL nº 2.708, de 2019:

“Art. 10.....

.....

VI – fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar não inserido na modalidade de internação domiciliar pós-hospitalar, ressalvado o disposto nas alíneas ‘c’ do inciso I e ‘g’ do inciso II do art. 12 desta Lei;

.....” (NR)

**EMENDA Nº -CAS**

Renumere-se como § 12 o § 5º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, nos termos do art. 2º do PL nº 2.708, de 2019.

**EMENDA Nº -CAS**

Suprima-se a expressão “ou internação domiciliar pós-hospitalar” do inciso II do *caput* do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, nos termos do art. 3º do PL nº 2.708, de 2019.

**EMENDA Nº -CAS**

Dê-se a seguinte redação à alínea “e” do inciso II do *caput* do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, nos termos do art. 3º do PL nº 2.708, de 2019:

“Art. 12.....

.....

II – .....

.....

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária ou prescrita, para outro estabelecimento hospitalar, e, no caso de internação domiciliar pós-hospitalar, do estabelecimento hospitalar para o domicílio ou do domicílio para o estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

..... ” (NR)

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator