

PARECER Nº , DE 2013

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 229, de 2013, do Senador Gim, que altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatória a cobertura da internação domiciliar e da assistência em regime de hospital-dia, pelo plano-referência e pela segmentação que inclua internação hospitalar.

RELATORA: Senadora ANA AMÉLIA

I – RELATÓRIO

Submete-se ao exame da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), em caráter terminativo, o Projeto de Lei do Senado nº 229, de 2013, de autoria do Senador Gim, que propõe alterar a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 – Lei dos Planos de Saúde –, a fim de tornar obrigatória a cobertura da internação domiciliar e da assistência em regime de hospital-dia. A alteração proposta afeta o plano-referência e a segmentação de plano que inclua internação hospitalar.

O art. 1º do projeto altera o inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, cuja redação vigente define plano privado de assistência à saúde e especifica os regimes em que deve ser prestada a assistência. A redação proposta acrescenta a assistência médica em regime ambulatorial, de hospital-dia e de internação domiciliar.

O art. 10 da Lei dos Planos de Saúde também é objeto de alterações propostas pelo art. 2º do projeto com as seguintes finalidades:

- 1) acrescentar, na definição de plano-referência dada pelo *caput* do artigo, a cobertura da assistência prestada nos regimes de hospital-dia e de internação domiciliar;
- 2) alterar o inciso VI, cuja redação vigente, combinada com o disposto no final do *caput* do artigo, desobriga as operadoras de fornecer medicamentos para tratamento domiciliar. A redação proposta mantém a desobrigação apenas para os medicamentos para tratamento domiciliar fora do regime de internação domiciliar;
- 3) acrescentar § 5º ao artigo, com a finalidade de estabelecer que a internação domiciliar fica sujeita a indicação médica e a expressa concordância do paciente ou de seu familiar, consignada em termo de consentimento informado.

O art. 3º do projeto altera a redação de alíneas do inciso II do art. 12 da Lei dos Planos de Saúde, para determinar que a segmentação de plano que inclua internação hospitalar deve prever a cobertura de assistência nos regimes de hospital-dia e de internação domiciliar. Ademais, o artigo acrescenta a alínea “g” ao inciso, para tornar obrigatória a cobertura de despesas com cuidador de paciente em internação domiciliar, caso não haja previsão contratual em contrário.

Por fim, o art. 4º do PLS nº 229, de 2013, estabelece que a lei dele originada entre em vigor após decorridos 180 dias da data de sua publicação.

O Senador Gim justifica o projeto com o argumento de que a internação domiciliar é modalidade de assistência à saúde que pode beneficiar tanto os pacientes quanto as operadoras de planos de saúde. O autor acrescenta que, embora já prevista no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a internação domiciliar ainda não é de cobertura obrigatória na saúde suplementar. Dessa maneira, o Senador considera importante alterar a Lei dos Planos de Saúde, com a finalidade de explicitar a obrigatoriedade. Considera importante, também, explicitar a obrigatoriedade de cobertura da assistência no regime de hospital-dia.

A proposição foi distribuída apenas à Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para decisão em caráter terminativo, e não foi objeto de emendas.

II – ANÁLISE

A teor do que estabelece o inciso II do art. 100 do Regimento Interno desta Casa, compete à CAS opinar sobre o mérito de proposições que digam respeito à proteção e defesa da saúde, matéria objeto do PLS nº 229, de 2013. Por se tratar de decisão em caráter terminativo, devem ser analisados, também, os aspectos relativos à constitucionalidade, à juridicidade e à 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. Outrossim, 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, também, óbices de natureza jurídica ou de técnica legislativa que impeçam a aprovação do projeto.

No mérito, considero que o PLS 229, de 2013, deve ser aprovado, pois torna obrigatória a cobertura, por operadoras de planos privados de assistência à saúde, de dois regimes assistenciais – o hospital-dia e a internação domiciliar – de suma importância para a melhoria da qualidade de vida de um grande número de pacientes portadores de doenças ou de agravos à saúde incuráveis ou de longa evolução.

Ao instituir a obrigatoriedade de cobertura dessas modalidades assistenciais, o projeto busca alcançar a integralidade da atenção à saúde no âmbito da saúde suplementar. No âmbito do SUS, a assistência, inclusive farmacêutica, deve ser integral, conforme determina a alínea “d” do inciso I do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da

Saúde, que instituiu o SUS. Nesse aspecto, a Lei nº 8.080, de 1990, apenas ratifica o que determina o inciso II do art. 198 da Constituição Federal.

A integralidade na assistência à saúde ainda não é realidade na saúde suplementar, pois a Lei dos Planos de Saúde obriga a cobertura tão somente do que é nela especificado. Entretanto, a especificação de coberturas contida nessa lei é de caráter geral, conforme cabe fazer uma norma legal. A discriminação dos procedimentos de cobertura obrigatória é objeto de normas infralegais e deve levar em conta os aspectos técnicos e os diversos fatores envolvidos na atenção à saúde. A própria Lei nº 9.656, de 1998, determina, no § 4º do art. 10, que a amplitude das coberturas do plano-referência será definida por normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Como o próprio nome indica, esse plano é a referência, no tocante à amplitude de coberturas, para a segmentação do produto que inclui internação hospitalar.

O art. 4º, inciso III, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que criou a ANS, ratifica a determinação da Lei dos Planos de Saúde ao estabelecer que compete à Agência *elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades*. Daí a adequação do PLS nº 229, de 2013, aos preceitos constitucionais e jurídicos concernentes à regulamentação da matéria. O projeto não especifica procedimentos, mas, sim, modalidades assistenciais que passarão a ser de cobertura obrigatória por planos de saúde. Os procedimentos de cobertura obrigatória, bem como as situações, entre elas o estado clínico dos pacientes, em que a internação domiciliar e o hospital-dia serão disponibilizados aos beneficiários serão objeto de regulamento.

Os pacientes que podem se beneficiar da internação domiciliar são aqueles portadores de doenças ou agravos à saúde 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 tipo Alzheimer; de enfisema pulmonar avançado; e de sequelas de traumatismos graves.

O atendimento em regime de hospital-dia, por sua vez, é prestado aos pacientes que podem deambular ou ser levados a um serviço de saúde para procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, clínicos ou terapêuticos que requeiram permanência por período máximo de doze horas, conforme estabelece o art. 2º da Portaria MS/GM nº 44, de 10 de janeiro de 2001, do Ministério da Saúde. Dentre esses procedimentos, destacam-se a quimioterapia; as atividades de suporte terapêutico, a exemplo da terapia ocupacional de pacientes portadores de transtornos mentais; cirurgias de pequeno e médio porte; a hemodiálise; alguns exames de imagem; e alguns procedimentos hemoterápicos.

No âmbito do SUS, ambas as modalidades assistenciais – internação domiciliar e hospital-dia – são objetos de normas infralegais do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Conselho Federal de Medicina (CFM). Na saúde suplementar, a matéria é tratada pela Resolução Normativa (RN) nº 211, de 11 de janeiro de 2010, da ANS, cujo art. 18 torna obrigatória a cobertura de atendimento em regime de hospital-dia apenas para transtornos mentais, embora o inciso X do mesmo artigo determine a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos típicos da assistência nesse regime.

No caso da internação domiciliar, o art. 13 da RN/ANS nº 211, de 2010, deixa claro que a oferta dessa modalidade assistencial, em substituição à internação hospitalar, é opcional.

Em resumo, a internação domiciliar e o atendimento em regime de hospital-dia são modalidades de atenção à saúde que poderão beneficiar milhares, quiçá milhões de brasileiras e brasileiros que, por infortúnio, são ou serão dependentes de cuidados contínuos ou especiais proporcionados por equipe multiprofissional de saúde.

Diante da importância da medida proposta pelo PLS nº 229, de 2013 – explicitar na lei a obrigatoriedade de cobertura dessas modalidades assistenciais –, o projeto merece o apoio desta Comissão.

III – VOTO

Pelo exposto, o voto é pela constitucionalidade, juridicidade, regimentalidade e, no mérito, pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 229 de 2013.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora