



# SENADO FEDERAL

## PROJETO DE LEI DO SENADO

### Nº 330, 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 obrigar as operadoras de planos de saúde a garantir atendimento de emergência em hospitais de grande porte e estabelecer multa pelo descumprimento da medida.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

**Art. 1º** O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido dos seguintes parágrafos:

**“Art. 12. ....**

**.....**

§ 4º Para fins de cumprimento da exigência prevista na alínea c do inciso V do *caput* deste artigo, deverá ser colocado à disposição do beneficiário o atendimento em hospital de grande porte.

§ 5º O descumprimento do disposto no § 4º será sancionado com aplicação de multa no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) à operadora, por cada evento em que for negada a cobertura assistencial, sem prejuízo de outras sanções aplicáveis.” (NR)

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

## JUSTIFICAÇÃO

A mais recente edição da publicação *Foco – Saúde Suplementar*, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mostra crescimento sustentado do número de beneficiários de planos de saúde no País ao longo da última década. O mercado de planos de saúde quase dobrou de tamanho, exibindo também aumento do percentual da população coberta. A análise superficial dessa evolução numérica pode sugerir que as operadoras de planos de saúde têm oferecido produtos cada vez melhores e, com isso, despertado o interesse de uma quantidade crescente de consumidores.

No entanto, a realidade é que a expansão do mercado de planos de saúde deveu-se exclusivamente ao aumento do poder aquisitivo da população, de um lado, e à deterioração dos serviços públicos de saúde, de outro. As pessoas aderem a um plano de saúde por absoluta necessidade, e não como uma opção realmente livre e esclarecida. A significativa elevação dos índices de reclamação dos beneficiários junto à ANS corrobora essa afirmação. Por isso, é necessário aprimorar a regulação dos planos de saúde, para proteger os interesses da população e também das operadoras idôneas. Afinal, um mercado desregulado e distorcido não interessa a nenhuma das partes.

Um dos problemas que mais frequentemente tem chegado ao meu conhecimento é a recusa de cobertura de atendimento de emergência durante o período de carência do contrato de planos novos, em flagrante desrespeito à Lei dos Planos de Saúde. Os pacientes ou seus familiares são forçados a buscar o auxílio do Poder Judiciário em face da negativa das operadoras, o que nem sempre é factível em momentos de angústia provocados pela doença. O atraso no atendimento, derivado dos entraves burocráticos criados pelas operadoras, pode resultar em sofrimento, morte ou sequelas desnecessárias para muitos pacientes.

Outro sério problema relativo ao atendimento médico de emergência é o descredenciamento de serviços mais qualificados, deixando como opções aos beneficiários apenas hospitais e clínicas de pequeno porte, sem a estrutura e os recursos necessários para o manejo dos casos mais graves. Ou seja, as operadoras formalmente oferecem o atendimento de emergência, mas, na prática, os beneficiários estão desassistidos.

Dessa forma, propomos o endurecimento das normas aplicáveis ao atendimento de emergência, estabelecendo multa para o descumprimento do dispositivo legal relativo ao período de carência e exigindo que o atendimento seja prestado em hospital de grande porte.

Considerando a relevância do tema, esperamos contar com o apoio de nossos Pares para a aprovação do projeto de lei que ora apresentamos.

Sala das Sessões,

Senador **VITAL DO RÊGO**

*LEGISLAÇÃO CITADA*

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.**

Texto compilado

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

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

~~b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;~~

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - quando incluir internação hospitalar:

~~a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;~~

~~b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, a critério do médico assistente;~~

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

~~d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;~~

~~e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;~~

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

### III - quando incluir atendimento obstétrico:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

~~b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento;~~

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - quando incluir atendimento odontológico:

a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;

c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~VI - reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;~~

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

~~§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro referência, mencionado no art. 10, deve constar:~~

~~I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;~~

~~II - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.~~

~~§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos:~~

~~I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;~~

~~II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.~~

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

*(À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa)*

Publicado no **DSF**, em 05/09/2012.