

# PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , 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.



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

