



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 8.108, DE 2017

(Do Sr. Vaidon Oliveira)

Estabelece prazo para que operadores de planos de saúde e delegatários de serviços de saúde garantam o acesso a serviços e procedimentos de saúde.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-69/2015.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei estabelece prazos aos operadores de planos de saúde e delegatários de serviços públicos de saúde para o acesso a consultas.

Art. 2º A operadora de Plano de Saúde deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos médicos no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;

II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;

V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;

VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;

VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;

IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;

X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;

XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;

XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e

XIV – urgência e emergência: imediato.

Art. 4º A instituição de saúde particular que receber delegação do poder público para a prestação de serviço de saúde deverá garantir o atendimento integral das demandas de consultas no prazo de 30 dias.

Art. 5º Em caso de descumprimento reiterado dos prazos estabelecido nos artigos 3º e 4º, a autorização ou delegação para prestação do respectivo serviço será cassada.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor 180 dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O presente Projeto de Lei tem por finalidade estabelecer prazos máximos para que operadores de planos de saúde e delegatários de serviços públicos de saúde garantam o acesso a serviços e procedimentos médicos.

Quanto aos Planos de Saúde, os prazos estabelecidos por este Projeto de Lei acompanham aqueles já fixados pela Resolução Normativa RN nº 259 da ANS, que define prazos máximos para o atendimento dos consumidores pelos operadores. É fato que mesmo com a regulamentação da agência reguladora, os prazos máximos estão sendo costumeiramente descumpridos pelos operadores de planos de saúde. Daí a necessidade de Legislação para tratar da matéria.

No que se refere aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), levantamento feito pelo Datafolha no Estado de São Paulo mostrou que metade da população enfrenta de um a seis meses para marcar uma consulta. Três em cada dez cidadãos aguardam mais de seis meses e metade deles relata ter ficado mais de um ano na fila. Apenas dois em cada dez pacientes conseguiram marcar uma consulta em até um mês.

O projeto inova, portanto, ao fixar prazo máximo de 30 dias para que delegatários de serviços públicos de saúde, tais quais Organizações Sociais que firmem contratos de gestão como Poder Público, disponibilizem o serviço ao cidadão que os demandar.

Importa ressaltar, que os prazos estabelecidos no projeto visam garantir acesso a pelo menos um prestador de serviço de saúde habilitado para prestar o atendimento solicitado no prazo legal, e não necessariamente a um profissional ou estabelecimento de saúde específico escolhido pelo consumidor.

Pelo acima exposto, solicito o apoio de meus nobres pares para aprovação do presente Projeto de Lei.

Sala das Sessões, 13 de julho de 2017.

Dep. Vaidon Oliveira
DEM/CE

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
 Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
 Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
 Seção de Legislação Citada - SELEC

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 259, DE 17 DE JUNHO DE 2011

Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN n° 23, de 1° de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe os incisos II, XXIV, XXVIII e XXXVII do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea “a” do inciso II do art.86 da Resolução Normativa - RN n° 197, de 16 de julho de 2009; em reunião realizada em 15 de junho de 2011 adota a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I DA DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN n° 23, de 1° de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

§ 1º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se: *(Redação dada pela RN n° 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário oficial da União em 20 de Outubro de 2011, Seção 1, página 45)*

I - Área Geográfica de Abrangência: Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios; *(Acréscido pela RN n° 268, de 02/09/2011)*

II - Área de Atuação do Produto: Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, indicados pela operadora no contrato de acordo com a Área Geográfica de Abrangência; *(Redação dada pela RN n° 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário oficial da União em 20 de Outubro de 2011, Seção 1, página 45)*

III - Município de Demanda: Local da federação onde o beneficiário se encontra no momento em que necessita do serviço ou procedimento; *(Acréscido pela RN n° 268, de 02/09/2011)*

IV - Rede Assistencial: Rede contratada pela operadora de planos privados de assistência á saúde, podendo ser credenciada ou cooperada; *(Acréscido pela RN n° 268, de 02/09/2011)*

V - Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; e *(Acréscido pela RN n° 268, de 02/09/2011)*

VI - Indisponibilidade: ausência, inexistência ou impossibilidade de atendimento nos prazos estabelecidos no art. 3º, considerando-se, inclusive o seu § 2.

§ 2º As regiões de saúde serão objeto de Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e serão divulgadas no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br). *(Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário oficial da União em 20 de Outubro de 2011, Seção 1, página 45)*

CAPÍTULO II DAS GARANTIAS DE ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

Seção I Dos Prazos Máximos Para Atendimento ao beneficiário

Art. 2º A operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;

II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;

V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;

VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;

VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgia-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;

IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;

X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;

XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;

XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e

XIV – urgência e emergência: imediato.

§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

§ 2º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste artigo, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

§ 3º O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

§ 4º Os procedimentos de alta complexidade de que trata o inciso XI são aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no endereço eletrônico da ANS na internet.

§ 5º Os procedimentos de que tratam os incisos IX, X e XII e que se enquadram no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade, obedecerão ao prazo definido no item XI.

.....
.....

FIM DO DOCUMENTO