



Câmara dos Deputados

**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

# **PROJETO DE LEI N.º 9.701, DE 2018**

**(Da Sra. Laura Carneiro)**

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o tratamento da obesidade no âmbito dos planos privados de assistência à saúde.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-805/2011.

**APRECIAÇÃO:**  
Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

## **PUBLICAÇÃO INICIAL**

**Art. 137, caput - RICD**

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o tratamento da obesidade no âmbito dos planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com o acréscimo dos seguintes artigos:

“Art. 10-C. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei custear a internação de indivíduos com obesidade mórbida ou obesidade relacionada a comorbidades em estabelecimento de saúde médico especializado em emagrecimento, desde que haja indicação do médico assistente.”

“Art. 10-D. Nos casos em que houver indicação médica para o tratamento cirúrgico do indivíduo com obesidade, em conformidade com os critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina, os procedimentos serão realizados, sempre que clinicamente possível e por decisão do médico assistente, por videolaparoscopia, ou pela via menos invasiva possível.”

Art. 3º Esta Lei entra em vigor decorridos cento e oitenta dias da sua publicação.

## JUSTIFICAÇÃO

A obesidade é uma doença crônica que se caracteriza pelo excesso de gordura no organismo. Para detectá-la, o método mais comumente utilizado fundamenta-se na gravidade do excesso de peso, que é aferido pelo Índice de Massa Corporal (IMC). No Brasil, há cada ano, aumenta o número de pessoas obesas. A pesquisa Vigitel 2016 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico)<sup>1</sup> demonstrou que 53,8% dos brasileiros têm excesso de peso e que 18,9% são obesos.

Por ser resultado da combinação de diversas causas, como as comportamentais (alimentação, uso de medicamentos, sedentarismo) e as genéticas, essa moléstia é um complexo problema de Saúde Pública. Se não bastasse o fato de, por si só, representar uma enfermidade, ainda está relacionada a alguns tipos de neoplasias, doenças cardiovasculares, refluxo gástrico, doenças hepáticas, diabetes

---

<sup>1</sup> <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf>

tipo 2, entre outras<sup>2</sup>.

No campo da Saúde Suplementar, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde<sup>3</sup> mais recente, veiculado pela Resolução Normativa nº 428, de 7 de novembro de 2017<sup>4</sup>, estabelece, em seus anexos, que é obrigada a realização de alguns procedimentos para o tratamento de obesidade, como a colocação de banda gástrica e a gastroplastia. Não prevê, todavia, a obrigatoriedade da internação em clínicas especializadas em emagrecimento.

É preciso destacar, no entanto, que, embora o rol mínimo preveja diversos tratamentos cirúrgicos para essa doença, pesquisas recentes demonstram que o tratamento clínico intensivo multidisciplinar, feito por endocrinologistas, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos pode ser bem mais eficaz do que a cirurgia. Estudo<sup>5</sup> nesse sentido, de autoria do endocrinologista Flávio Cadegiani, foi apresentado, em 2015, na “Obesity Week” (congresso mundial sobre obesidade).

O Poder Judiciário já se atentou para isso e, recentemente, a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu<sup>6</sup> que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a custear a internação de pacientes com obesidade grave em hospitais ou clínicas especializadas em emagrecimento, caso esta seja a indicação do médico, ainda que não haja previsão contratual para tal cobertura. O Colegiado entendeu que “havendo indicação médica para tratamento de obesidade mórbida ou severa por meio de internação em clínica de emagrecimento, não cabe à operadora negar a cobertura sob o argumento de que o tratamento não seria adequado ao paciente, ou que não teria previsão contratual, visto que tal terapêutica, como último recurso, é fundamental à sobrevida do usuário, inclusive com a diminuição das complicações e doenças dela decorrentes, não se configurando simples procedimento estético ou emagrecedor”.

---

<sup>2</sup> [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd12.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd12.pdf)

<sup>3</sup> O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde. Essa cobertura mínima obrigatória é válida para planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e é revista a cada dois anos.

<sup>4</sup> <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==>

<sup>5</sup> <https://veja.abril.com.br/saude/obesidade-tratamento-clinico-e-mais-eficaz-que-cirurgia/>

<sup>6</sup>

[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=78839772&num\\_registro=201602377357&data=20171218&tipo=5&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=78839772&num_registro=201602377357&data=20171218&tipo=5&formato=PDF)

Ressaltamos que, quando mencionamos clínicas de emagrecimento, não pensamos em tratamentos de cunho estético realizado em SPAs, clínicas de repouso ou estâncias hidrominerais. Esse tipo de tratamento não deve ser coberto pelas operadoras, em obediência ao art. 10, IV, da Lei nº 9.656, de 1998. Referimo-nos a tratamentos prescritos por médicos, realizados em estabelecimentos de saúde multidisciplinares.

Há situações, todavia, em que, por insucesso de todas as outras terapias disponíveis, a cirurgia se torna inevitável. Nesses casos, é preciso estabelecer, em Lei, que os procedimentos sejam feitos, de preferência, da forma menos invasiva possível.

Atualmente, as cirurgias para a obesidade custeadas pelas operadoras de planos de saúde podem ser feitas por via laparotômica, ou seja, com abertura do abdômen, ou por videolaparoscopia, com pequenas incisões, de meio a um centímetro cada. Essa segunda técnica, muito menos invasiva, ocasiona menor trauma cirúrgico, menos sangramento durante a cirurgia, menor dor pós-operatória e um retorno mais rápido às atividades habituais. Ademais, reduz o risco de infecções, de deformidade por cicatrizes e a ocorrência de aderências pós-operatórias<sup>7</sup>.

Diante do exposto, concluímos que, embora o STJ tenha se pronunciado no sentido de que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a custear o tratamento de obesidade em clínica de emagrecimento, é preciso que essa garantia seja elevada ao “status” legal, para que não seja mais passível de questionamento.

Apontamos, também, que é necessário evidenciar, na Lei, que, quando inevitável, o tratamento cirúrgico da obesidade tem de ser o mais confortável e seguro para o paciente. Dessa forma, sempre que clinicamente possível e a critério do médico assistente, a operadora tem de custear o procedimento menos invasivo possível.

Nós, como Representantes do Povo, temos de garantir que as operadoras proporcionem aos seus respectivos consumidores o melhor tratamento,

---

<sup>7</sup><http://www.abc.med.br/p/exames-e-procedimentos/563097/laparotomia+versus+laparoscopia+o+que+sao+como+sao+feitas+quais+as+vantagens+e+desvantagens.htm>

entre os disponíveis e indicáveis para cada situação. Essas instituições, que se dispõem a proporcionar o custeio do atendimento à saúde dos seus usuários em troca de uma contraprestação pecuniária mensal, têm o dever de oferecer atendimento condigno e eficaz aos beneficiários de planos. É por isso que peço aos nobres pares apoio para a aprovação deste PL.

Sala das Sessões, em 06 de março de 2018.

**Deputada Federal LAURA CARNEIRO**

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**

Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
Seção de Legislação Citada - SELEC

**LEI N° 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**

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

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (*“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (*Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; (*Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. (*Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

#### Art. 2º ([Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

---

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: ([“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; ([Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; ([Inciso com redação dada pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, publicada no DOU, Edição Extra, de 13/11/2013, em vigor 180 dias após sua publicação](#))

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e ([Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

VIII - ([Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#)) ([Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018](#))

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. ([Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. ([Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001](#))

Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. ([Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 \(cento e oitenta\) dias de sua publicação oficial](#))

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. ([“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. ([Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

.....  
.....

## RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 428, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2017

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.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso III do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea “a” do inciso II do art. 30 da Resolução Regimental – RR nº 1, de 17 de março de 2017, em reunião realizada em 23 de outubro de 2017, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

## **CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

### **Seção I Do Objeto**

**Art. 1º** Esta Resolução Normativa – RN atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Parágrafo único. Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade – PAC, definido, para fins de cobertura, como procedimentos extraídos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, identificado no Anexo I, que pode ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em Resolução específica.

**Art. 2º** As operadoras de planos de assistência à saúde poderão oferecer cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta - RN e em seus Anexos, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde.

.....  
.....

**FIM DO DOCUMENTO**