



C0068280A

CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 9.720, DE 2018

(Do Sr. Célio Silveira)

Acrescenta o artigo 10-C à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, para incluir no rol de procedimentos de cobertura obrigatória a internação domiciliar - home care.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-2934/2004.

APRECIAÇÃO:
Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei acrescenta o artigo 10-C à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, para incluir no rol de procedimentos de cobertura obrigatória a internação hospitalar – home car.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo 10-C:

“Art. 10-C. Cabe às operadoras dos produtos tratados nos incisos I e II e no § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, prestar serviços de internação domiciliar, home care, ao paciente portador de doença crônica ou aguda, desde que indicado por no mínimo 2 (dois) médicos, como o único tratamento possível ou o mais indicado ao paciente.

§ 1º. A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo.” (NR)

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A internação domiciliar, também conhecida como home care, consiste na permissão dada ao paciente, portador de doença crônica ou aguda, de ser internado em sua residência, com cuidado intensivo e multiprofissional, caracterizado pelo deslocamento de uma parte da estrutura hospitalar para o seu lar.

O home care não está previsto no rol dos procedimentos de cobertura obrigatória dos planos de saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tampouco na Lei nº 9.656/98, lei que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. A Agência Reguladora, entretanto, ressalva que não há impedimentos para que os planos de saúde ofereçam a cobertura, tratando-se, deste modo, de uma discricionariedade.

No entanto, para que o paciente não venha a ficar sem atendimento em caso de indicação da internação domiciliar, a ANS determina que, caso o plano de saúde não a autorize, ele deverá manter o paciente internado no hospital até que ele tenha condições de receber alta médica.

Infelizmente, na prática, essa determinação é frequentemente descumprida. Quando o paciente está internado em regime hospitalar, recebe indicação da internação domiciliar e a operadora de saúde recusa a cobertura, ela entende que o usuário do plano está apto para a alta, não mais carecendo de recursos hospitalares. Assim, o paciente recebe uma dupla recusa por parte da operadora e resta desassistido.¹

No entanto, há pacientes que, mesmo não correndo mais risco de morte ou carecendo do ambiente hospitalar, não têm condições de receber alta, pois dependem de recursos e equipamentos médicos, além da prestação de serviços de equipe multiprofissional. Tais necessidades só podem ser supridas em um hospital ou home care.

São muitos os casos em que o paciente necessita do tratamento prolongado domiciliar. Exemplos são pacientes que necessitam de alimentação enteral e aqueles que precisam permanecer em repouso, com suporte para oxigenoterapia. Podemos citar, ainda, aqueles que sofrem sequelas causadas por acidente vascular cerebral, os portadores de Alzheimer ou doença de Parkinson em estágio avançado, entre outras doenças que podem ser tratadas no home care, desde que haja a estrutura adequada de suporte para o paciente.

Diante das reiteradas negativas dos planos de saúde, os segurados têm recorrido ao judiciário na tentativa de terem os seus direitos respeitados. O problema é que, em muitos casos, a demanda judicial demora em torno de 02 anos, e para obter a efetivação do serviço, são expedidas liminares que garantem a cobertura do atendimento durante o trâmite da ação.

Ao negar o atendimento aos beneficiários pagantes do plano de saúde, as operadoras contrariam a indicação médica, fazendo um juízo que não cabe a elas. Aos médicos competem decidirem o melhor procedimento a ser adotado em cada caso.

Portanto, a fim de se dar maior concretude ao direito à saúde, garantia constitucional, e em respeito à dignidade da pessoa humana, propomos a inclusão do serviço de internação domiciliar dentre os procedimentos que devem ser cobertos pelas operadoras de planos de saúde. Para isso, a presente proposição exige a prescrição expressa de pelo menos dois médicos, indicando ser este o único ou mais indicado tratamento do paciente.

¹ ARAÚJO, Rodrigo. Home care é direito do consumidor de planos de saúde. Consultado em: <http://www.acjadvocacia.com.br/blog/homecare-e-direito-do-consumidor-de-planos-de-saude/>

A internação domiciliar não é apenas um desejo do paciente e de seus familiares, mas sim uma indicação médica com o intuito de resguardar a saúde, humanizar a assistência à saúde e propiciar ao beneficiário o tratamento adequado.

Trata-se, portanto, de medida necessária ao aperfeiçoamento da legislação e que será de grande valia aos usuários dos planos de saúde, razão pela qual conto com o apoio dos Ilustres Pares para a aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 07 de março de 2018.

Deputado CÉLIO SILVEIRA
PSDB/GO

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. 3º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

Art. 4º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

Art. 5º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

Art. 6º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

Art. 7º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;

II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;

III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;

IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;

V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;

VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;

VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.

§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º. ([Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. ([Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;

b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;

c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;

d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS. ([Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se: ([“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e ([Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS. ([Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. ([Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial. ([Parágrafo acrescido 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)*

.....

.....

FIM DO DOCUMENTO