



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

## **PROJETO DE LEI N.º 2.698, DE 2019** **(Do Sr. Valtenir Pereira)**

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o reembolso de despesas efetuadas no exterior de beneficiários cujos contratos previrem o reembolso das despesas efetuadas com prestadores não participantes da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada.

**DESPACHO:**

APENSE-SE À(AO) PL-71/2003.

**APRECIÇÃO:**

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 reembolso de despesas efetuadas no exterior de beneficiários cujos contratos previrem o reembolso das despesas efetuadas com prestadores não participantes da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada.

Art. 2º O art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com o acréscimo do seguinte §5º:

“Art. 10 .....

.....

.....

§ 5º Não se aplica o disposto no *caput* acerca dos tratamentos realizados exclusivamente no Brasil aos beneficiários cujos contratos previrem o reembolso das despesas efetuadas com prestadores não participantes da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, que também terão direito ao reembolso das despesas realizadas no exterior, se os serviços ou procedimentos que originaram as despesas estiverem contemplados na cobertura mínima prevista pela ANS para a sua respectiva segmentação, independentemente de previsão contratual nesse sentido.” (NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor no prazo de cento e oitenta dias, a partir da data de sua publicação.

## JUSTIFICAÇÃO

Recentemente, o Superior Tribunal de Justiça entendeu que, de acordo com a Lei nº 9.656, de 1998, as operadoras de planos de saúde não têm obrigação de arcar com os custos dos exames realizados fora do Brasil<sup>1</sup>. A partir dessa decisão, refletimos sobre o assunto e percebemos que, de fato, é preciso modificar a Lei de Planos de Saúde para corrigir essa situação.

Hoje, a legislação permite que os planos de saúde ofereçam tanto uma rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, para atendimento dos beneficiários, quanto a possibilidade de reembolso de despesas realizadas em prestadores de sua livre escolha. Tudo isso é explicitado no contrato firmado com o consumidor.

1

[http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/pt\\_BR/Comunica%C3%A7%C3%A3o/noticias/Not%C3%ADcias/Plano-de-sa%C3%BAde-n%C3%A3o-tem-obriga%C3%A7%C3%A3o-de-arcar-com-exame-realizado-fora-do-Brasil](http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/pt_BR/Comunica%C3%A7%C3%A3o/noticias/Not%C3%ADcias/Plano-de-sa%C3%BAde-n%C3%A3o-tem-obriga%C3%A7%C3%A3o-de-arcar-com-exame-realizado-fora-do-Brasil)

Quando é feita a opção pela livre escolha de prestadores, o reembolso é efetuado nos limites das regras contratuais. Assim, o contrato pode determinar que o reembolso seja integral, de modo que o beneficiário receba o valor total que pagou pelo serviço ou procedimento, ou pode estabelecer uma tabela de reembolso, na qual constará um valor pré-estabelecido para cada situação.

No caso desses contratos que preveem o reembolso, em regra, existe o limite de realização dos procedimentos no País, uma vez que o padrão estabelecido na Lei nº 9.656, de 1998, é de tratamento efetivado exclusivamente no Brasil. Consideramos, no entanto, que esta norma deveria ser modificada, para garantir que todo beneficiário cujo contrato previr o reembolso das despesas também tenha direito ao reembolso das despesas realizadas no exterior, se os serviços ou procedimentos que originaram as despesas estiverem contemplados na cobertura mínima prevista pela ANS para a sua respectiva segmentação.

Não estamos propondo nada excepcional. Não queremos que a operadora custeie um tratamento ilícito, antiético ou não reconhecido pelas autoridades competentes. O procedimento, para ser pago, terá de ser contemplado no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS. Por isso, já terá passado por toda as avaliações de custo-benefício, eficácia e segurança. A única inovação é que, se aprovado este PL, onde quer que o beneficiário esteja, ele não estará desamparado.

É preciso destacar que esse tipo de reembolso tampouco representará um impacto imprevisto pelas operadoras, pois o contrato já prevê que o consumidor terá direito à restituição das despesas efetuada e qual a forma de compensação (integral ou por tabela pré-fixada).

Diante de todo o exposto, em defesa dos beneficiários de planos de saúde, solicitamos apoio dos nobres pares para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 08 de maio de 2019.

Deputado VALTENIR PEREIRA

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

**LEI Nº 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. 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 enfermagem, 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

peessoas 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. (“Caput” do artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)

§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação referida no *caput* deste artigo. (Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)

§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. (Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)

§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no *caput* e no § 1º deste artigo. (Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)

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, publicada no DOU de 3/12/2012, em vigor 180 dias após a publicação)

Art. 10-C. Os produtos de que tratam o inciso I do *caput* e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio. (Artigo acrescido pela Lei nº 13.819, de 26/4/2019, publicada no DOU de 29/4/2019, em vigor 90 dias após a publicação)

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**