



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

## **PROJETO DE LEI N.º 3.014, DE 2019**

**(Da Sra. Lídice da Mata e outros)**

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar a obrigatoriedade da cobertura de atendimento domiciliar, independentemente de previsão contratual, quando houver indicação do médico assistente.

**DESPACHO:**

APENSE-SE AO PL-2934/2004.

**APRECIÇÃO:**

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

**PUBLICAÇÃO INICIAL**

Art. 137, caput - RICD

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar a obrigatoriedade da cobertura de atendimento domiciliar, independentemente de previsão contratual, quando houver indicação do médico assistente.

Art. 2º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 12. ....

.....

II - .....

.....

h) cobertura de internação domiciliar, por indicação do médico assistente, nos termos de regulamento.

.....” (NR)

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

## JUSTIFICAÇÃO

Cada vez mais, os especialistas chegam à conclusão de que o tratamento dos pacientes em casa, quando há indicação dos médicos assistentes, pode ser mais eficiente. Se ocorre em substituição à internação hospitalar, o atendimento domiciliar, também chamado de “home care”, contribui para a melhor gestão de leitos hospitalares e uso dos recursos, reduz a superlotação de serviços de urgência e emergência e enseja atendimento mais humano, individualizado<sup>1</sup>.

Em casa, proporciona-se conforto e privacidade ao convalescente. Também se reduzem as chances de infecções. Se isso não bastasse, aumenta-se o vínculo da pessoa em recuperação com a sua família, que tende a apresentar maior adesão ao seu tratamento.

Atualmente, cerca de ¼ da população brasileira tem planos de saúde com cobertura hospitalar. Ou seja: mais de 45 milhões de pessoas dispõem, mensalmente, de fatia considerável dos seus rendimentos para ter garantia de internação, em caso de necessidade de saúde.

No entanto, infelizmente, o Rol mínimo de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não prevê a obrigatoriedade de “home care”, em caso de indicação do médico assistente. Com isso, milhões desses beneficiários que não têm a previsão de atendimento domiciliar no contrato acabam ficando internados em hospitais, mesmo sem indicação para tanto.

Ora, os beneficiários de planos de saúde optam por pagar pela Saúde Suplementar justamente porque esperam ter atendimento condigno e tecnicamente

<sup>1</sup> [http://www.den.uem.br/pet/atividades/Seminarios\\_2012\\_-\\_G3.pdf](http://www.den.uem.br/pet/atividades/Seminarios_2012_-_G3.pdf)

correto nos momentos necessários. Se há indicação do médico assistente para o “home care”, não cabe às operadoras vetar essa decisão, com base em argumentos meramente econômicos.

Como bem disse a Ministra Cármen Lúcia, em decisão histórica de suspensão de uma resolução normativa da ANS que estabelecia patamares altíssimos para a coparticipação em planos de saúde, “saúde não é mercadoria; vida não é negócio; dignidade não é lucro”.

Precisamos, portanto, alterar a legislação, para garantir o “home care” quando os beneficiários de planos de saúde que incluam a segmentação hospitalar tiverem indicação médica nesse sentido. Com base no exposto, pedimos aos nobres pares apoio para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 21 de maio de 2019.

DEPUTADA LÍDICE DA MATA

DEPUTADO DENIS BEZERRA

DEPUTADA ROSANA VALLE

**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. 12. São facultadas a oferta, contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: [\*“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\*](#)

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; [\*\(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)\*](#)

c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes; [\*\(Alínea acrescida pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, publicada no DOU, Edição Extra, de 13/11/2013, em vigor 180 dias após sua publicação\)\*](#)

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; [\(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; [\(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; [\(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e [\(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar; [\(Alínea acrescida pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, publicada no DOU, Edição Extra, de 13/11/2013, em vigor 180 dias após sua publicação\)](#)

III - quando incluir atendimento obstétrico:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção; [\(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

IV - quando incluir atendimento odontológico:

a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;

c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência; [\(Alínea acrescida pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada; [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação. [\*\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)\*](#)

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido. [\*\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)\*](#)

§ 3º [\*\(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)\*](#)

§ 4º As coberturas a que se referem as alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II deste artigo serão objeto de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, revisados periodicamente, ouvidas as sociedades médicas de especialistas da área, publicados pela ANS. [\*\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, publicada no DOU, Edição Extra, de 13/11/2013, em vigor 180 dias após sua publicação\)\*](#)

§ 5º O fornecimento previsto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II deste artigo dar-se-á, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, diretamente ao paciente ou ao seu representante legal, podendo ser realizado de maneira fracionada por ciclo, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. [\*\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, publicada no DOU, Edição Extra, de 13/11/2013, em vigor 180 dias após sua publicação\)\*](#)

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. [\*\(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)\*](#)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o *caput*, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: [\*\(Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)\*](#)

I - a recontagem de carências; [\*\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)\*](#)

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e [\*\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)\*](#)

a) a recontagem de carências;

b) a suspensão do contrato e a denúncia unilateral, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, a cada ano de vigência do contrato;

c) a denúncia unilateral durante a ocorrência de internação do titular.

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular. [\*\(Inciso acrescido dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)\*](#)

.....

**FIM DO DOCUMENTO**