



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 5.648, DE 2020

(Da Sra. Jéssica Sales)

Trata de acrescentar os artigos 11-A e 11-B à lei 9.656, de 03 de junho de 1998, para definir, primeiro, como prática abusiva, por parte das pessoas jurídicas de direito privado que operem planos de assistência à saúde, a negativa de cobertura de exames ou procedimentos prescritos por médico para preservar a saúde ou a vida do beneficiário, e, segundo, para estabelecer a impossibilidade dos planos privados de assistência à saúde em negarem cobertura de tratamentos, exames ou procedimentos prescritos por médico para preservar a saúde ou a vida do beneficiário, e dá outras providências.

DESPACHO:

APENSE-SE AO PL-4460/2019.

APRECIAÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Artigo 1º. A lei 9.656, de 03 de junho de 1998, passará a vigorar acrescida do artigo 11-A, com a seguinte redação:

"Art. 11-A: Constitui prática abusiva, por parte das pessoas jurídicas de direito privado que operem planos de assistência à saúde, a negativa de cobertura de tratamentos, exames ou procedimentos prescritos por médico para preservar a saúde ou a vida do beneficiário".

Art. 2º. A lei 9.656, de 03 de junho de 1998, passará a vigorar acrescida do artigo 11-B, com a seguinte redação:

"Art. 11-B: É vedado às operadoras de planos de assistência à saúde condicionarem ou negarem cobertura de tratamentos, exames ou procedimentos prescritos por médico para preservar a saúde ou a vida do beneficiário naquelas hipóteses em que não houver expressa ressalva no instrumento contratual quanto à cobertura da doença."

Art. 3º. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A presente proposição legislativa tem por objetivo definir como prática abusiva a negativa, por parte das pessoas jurídicas de direito privado que operem planos de assistência à saúde, de cobertura de tratamentos, exames ou procedimentos prescritos por médico para preservar a saúde ou a vida do beneficiário. Visa, ainda, coibir que as operadoras neguem cobertura de tratamentos, exames ou procedimentos prescritos por médico para preservar a saúde ou a vida do beneficiário naquelas hipóteses em que não houver expressa ressalva no instrumento contratual quanto à cobertura da doença.

Embora os planos de saúde, via de regra, não possam negar tratamento previsto por médico, por consubstanciar tal conduta em prática abusiva e atentatório à dignidade da pessoa humana, tem sido comum verificar-se a recusa de cobertura para alguns tipos de tratamentos, exames ou procedimentos médicos de valores mais elevados, sob o pretexto de que estes tratamentos, exames ou procedimentos não estariam previstos em resolução normativas

da Agência Nacional de Saúde que regulamentam a matéria, ou, ainda, por não haver, nos respectivos instrumentos contratuais, a previsão da obrigatoriedade de cobertura do tratamento, exame ou procedimento prescrito.

Com efeito, a intenção, com o presente projeto de lei, é inverter esta lógica, para que a recusa de cobertura a tratamentos, exames ou procedimentos prescritos por médico passe a ser menos recorrente por parte das operadoras de planos de assistência à saúde, notadamente naquelas situações que envolvam custos financeiros mais elevados.

Deste modo, o acréscimo dos artigos 11-A e 11-B à lei 9.656, de 03 de junho de 1998, busca compatibilizar a letra da lei com o entendimento jurisprudencial pacífico de nossos tribunais, notadamente com a compreensão externalizada pelo Superior Tribunal de Justiça a respeito do tema, senão vejamos:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. TRATAMENTO PRESCRITO POR PROFISSIONAL HABILITADO. RECUSA INDEVIDA. REEMBOLSO DE HONORÁRIOS MÉDICOS. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO INEQUÍVOCA DE QUE O TRATAMENTO ESPECIALIZADO RECOMENDADO AO RECORRENTE PODE SER FEITO, COM A MESMA EFICIÊNCIA, POR PROFISSIONAIS VINCULADOS. GRAVIDADE DO ESTADO DE SAÚDE. REVISÃO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. [...]

2. O Superior Tribunal de Justiça possui entendimento de que o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura. Desse modo, entende-se ser abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento, medicamento ou procedimento imprescindível, prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário. Precedentes.

3. [...]

4. Agravo interno desprovido.

(AgInt no REsp 1453763/ES, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 01/06/2020, DJe 15/06/2020)

Assim, o objetivo da proposição é deixar claro que,

estando a doença coberta pelo contrato, cabe à operadora definir, impor restrições ou recusar cobertura ao tipo de terapêutica e exames indicados por profissional habilitado na busca da cura.

Sala das Sessões, em 24 de dezembro de 2020.

Deputada Jéssica Sales.

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. 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 2408/2001*)

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)

.....

.....

FIM DO DOCUMENTO
