



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 71, DE 2003 **(Do Sr. Arlindo Chinaglia)**

“Dispõe sobre o reembolso, ao Poder Público, de valores correspondentes a seguro-saúde e outras modalidades de medicina de grupo referentes a beneficiários atendidos, gratuitamente, na rede pública e no setor privado conveniado ou contratado. “

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE:

SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA;
FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO (ART. 54);
CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE REDAÇÃO (ART. 54)

APRECIAÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões—Art. 24, II

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, *caput* - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Artigo 1º. A gratuidade da assistência ambulatorial e hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, é vinculada ao indivíduo, vedando-se-lhe a cobrança de despesas e taxas, a qualquer título.

Artigo 2º Nos termos do disposto no artigo 1º, a assistência gratuita ao indivíduo beneficiário de seguro-saúde ou de outra modalidade assistencial de medicina de grupo, implica o reembolso ao Poder Público, pela sociedade seguradora ou entidade congênere, de despesas com o atendimento ambulatorial e hospitalar prestado ao segurado ou beneficiário do seguro ou plano de saúde, nos termos do artigo 130, do Decreto-Lei 73, de 21 de novembro de 1966.

Parágrafo único. O reembolso das despesas com o atendimento ao beneficiário de seguro-saúde ou outra modalidade assistencial de medicina de grupo ficará limitado ao valor do procedimento assistencial estipulado em tabela do Sistema Único de Saúde, desde que este valor não seja superior àquele fixado no contrato de seguro ou plano de saúde do paciente.

Artigo 3º. Para o recebimento do valor devido nos termos do artigo 2º, serão adotados os seguintes procedimentos, tanto pelas unidades de saúde da administração direta, indireta e fundacional, como pelos estabelecimentos do setor privado conveniados ou contratados no âmbito do SUS:

I – registro, na ficha de atendimento do paciente, da condição de beneficiário de seguro-saúde ou outra modalidade assistencial de medicina de grupo, com os dados que permitam identificar a entidade seguradora; e

II – assinatura, pelo paciente, ou seu representante ou membro da família, de documento comprobatório da assistência ambulatorial ou hospitalar recebida.

Artigo 4º. Para o efeito de reembolso de despesas pela sociedade seguradora ou congênere, o dirigente da unidade ou entidade de saúde da administração direta,

indireta e fundacional da União, do Estado e do Município, depois da liberação do paciente, emitirá documento hábil destinado à entidade seguradora, com descrição dos procedimentos assistenciais realizados e respectivos custos, acompanhado dos documentos mencionados nos incisos I e II do art. 3º.

Artigo 5º. O valor do reembolso das despesas será efetuado pela sociedade seguradora ou congênere ao fundo de saúde nacional, estadual ou municipal, e será aplicado exclusivamente em ações e serviços de saúde.

Parágrafo único. No caso das entidades de assistência à saúde da administração indireta ou fundacional da União, do Estado ou do Município, a receita de que trata este artigo será repassada regularmente, pelo fundo de saúde, à entidade prestadora da assistência, que terá gestão própria sobre essa receita.

Artigo 6º. Quando a assistência ambulatorial ou hospitalar for prestada por estabelecimento privado integrante, por convênio ou contrato, do Sistema Único de Saúde, o dirigente do estabelecimento fará, ao dirigente do SUS que firmou o convênio ou contrato, a comunicação da assistência prestada, com os elementos previstos no artigo 3º, para que a autoridade pública promova as medidas referidas no artigo 4º.

Artigo 7º. A receita gerada, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo reembolso de despesas previsto nesta lei, será considerada recurso de outras fontes para o financiamento do sistema.

Artigo 8º. Observada a legislação federal que regula os seguros privados e fixa os limites da cobertura dos riscos de assistência ambulatorial ou hospitalar atribuída às entidades seguradoras, fica o dirigente nacional do Sistema Único de Saúde autorizado a estabelecer condições para a adequada aplicação desta lei.

Artigo 9º. Constituirá violação do princípio constitucional da igualdade de tratamento, a concessão de preferência para o atendimento de beneficiário de seguro saúde ou outra modalidade assistencial de medicina de grupo, aplicando-se ao infrator as sanções administrativas previstas no estatuto dos servidores públicos e legislação correlata.

Artigo 10º. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

O Decreto-Lei Federal nº 73/66, que regula os seguros privados, ao determinar, no seu artigo 130, que a sociedade seguradora pague, ao prestatante do atendimento médico e hospitalar, pessoa física ou jurídica, a assistência ao seu segurado, não fez nenhuma restrição à pessoa jurídica(se pública ou privada), além de ter assegurado a livre escolha do médico e do hospital.

Os indivíduos que mantêm contrato com as sociedades que atuam no ramo do seguro-saúde e os de entidades que praticam outras modalidades da chamada medicina de grupo(cooperativas, planos de saúde, etc.) pagam elevadas mensalidades, mas, quase sempre, desconhecem a extensão de seus direitos e não recebem a desejada e necessária contraprestação objeto do seguro ou do plano assistencial. Tanto que, ao necessitarem de atendimento de emergência e o contrato de seguro-saúde ou de outra modalidade assistencial não favorecem o atendimento imediato e mais conveniente, socorrem-se eles das unidades de saúde da rede pública ou do setor privado conveniado ou contratado pelos órgãos do Sistema Único de Saúde.

Hoje cerca de 40% dos recursos do Sistema Único de Saúde são gastos em procedimentos de alto risco, que representam apenas 3% do total de atendimento de clientela majoritariamente (cerca de 80%) coberta pelo setor privado supletivo.

Como se vê, as empresas privadas oneram o poder público, ao deixarem de cumprir com bom atendimento aos pacientes: as patologias mais complexas e que custam caro, são atendidas na rede pública e/ou conveniada. Trata-se, por consequência, de uma diminuição das verbas do SUS que deveriam ser destinadas à promoção e recuperação da saúde de pessoas necessitadas.

Em alguns Estados, como o do Rio de Janeiro, o ressarcimento das despesas médico-hospitalares custeadas pelo Poder Público, do indivíduo que tem seguro-saúde ou outra modalidade assistencial privada, foi assegurado na própria Constituição: “As empresas privadas prestadoras de serviços de assistência médica, administradoras de planos de saúde, deverão ressarcir o Estado e os Municípios das despesas com o atendimento dos segurados respectivos em unidades de saúde pertencentes ao Poder Público estadual ou municipal”. (Art. 301 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro).

No Estado de São Paulo existe a Lei 9058, de 29.12.94 que dispõe sobre a obrigatoriedade do reembolso, ao Poder Público, pelas seguradoras.

Assim, este Projeto de Lei – além de realizar justiça, evitando o enriquecimento sem causa das seguradoras e congêneres – visa propiciar à União, aos Estados e aos Municípios recursos adicionais para a melhoria do sistema de saúde, que hoje se encontra sucateado, com reflexos na qualidade da atenção à saúde da população.

Quanto à sua base constitucional e à conformidade com a legislação infraconstitucional baixada pela União, o Projeto de Lei se acha perfeitamente fundamentado, pois, não infringe a garantia de gratuidade das ações e serviços de assistência médico-hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde, prevista na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080, de 19/09/90, art. 43), pois está cobrando das sociedades seguradoras e não do indivíduo, e fazendo cumprir o disposto no artigo 130 do Decreto-Lei nº 73/66.

Sala das Sessões em 18 de fevereiro de 2003

Deputado Arlindo Clinaglia

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

DECRETO-LEI Nº 73, DE 21 DE NOVEMBRO DE 1966.

DISPÕE SOBRE O SISTEMA NACIONAL DE
SEGUROS PRIVADOS, REGULA AS OPERAÇÕES
DE SEGUROS E RESSEGUROS E DÁ OUTRAS
PROVIDÊNCIAS.

.....
CAPÍTULO XII
DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS.

Seção I
Do Seguro Saúde
.....

Art. 130. A garantia do Seguro-Saúde consistirá no pagamento em dinheiro, efetuado pela Sociedade Seguradora, à pessoa física ou jurídica prestante da assistência médico-hospitalar ao segurado.

§ 1º A cobertura do Seguro-Saúde ficará sujeita ao regime de franquia, de acordo com os critérios fixados pelo CNSP.

§ 2º A livre escolha do médico e do hospital é condição obrigatória nos contratos referidos no artigo anterior.

Art. 131. Para os efeitos do art.130 deste Decreto-lei, o CNSP estabelecerá tabelas de honorários médico-hospitalares e fixará percentuais de participação obrigatória dos segurados nos sinistros.

§ 1º Na elaboração das tabelas, o CNSP observará a média regional dos honorários e a renda média dos pacientes, incluindo a possibilidade da ampliação voluntária da cobertura pelo acréscimo do prêmio.

§ 2º Na fixação das percentagens de participação, o CNSP levará em conta os índices salariais dos segurados e seus encargos familiares.

.....

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

DISPÕE SOBRE AS CONDIÇÕES PARA A
 PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA
 SAÚDE, A ORGANIZAÇÃO E O FUNCIONAMENTO
 DOS SERVIÇOS CORRESPONDENTES, E DÁ
 OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

.....

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

.....

FIM DO DOCUMENTO
