



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 313, DE 2014

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para disciplinar a hipótese de tratamento experimental como justificativa à negativa de cobertura por planos de saúde.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 5º:

“**Art. 10**

.....

§ 5º Não configura a exceção prevista no inciso I do *caput* o tratamento que tenha comprovação científica de sua eficácia e seja eleito pelo médico assistente como o mais adequado à preservação da integridade física e ao completo restabelecimento do paciente.” (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Compete a todo médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e utilizar o melhor do progresso científico em benefício do paciente. Portanto, é seu direito, e dever, indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

Por essas razões, nenhuma disposição normativa do hospital ou instituição pública ou privada em que trabalha pode limitar a escolha dos meios para diagnóstico e tratamento, desde que cientificamente reconhecidos, salvo quando em benefício do paciente.

Outrossim, é vedado que interesses do financiador da assistência à saúde, seja ele público ou privado, interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Em relação à terapêutica experimental, a sua utilização é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal, desde que adequadamente esclarecidos sobre a situação e as possíveis consequências.

Tais disposições do novo Código de Ética Médica (Resolução nº 1.931, de 17/09/ 2009, do Conselho Federal de Medicina), contudo, ainda são objeto de disputa, sobretudo no que tange às restrições impostas por operadoras de planos de saúde a determinados tipos de tratamento, por elas considerados experimentais em razão de utilizarem métodos mais modernos do que os usualmente indicados. Por isso, essas questões têm sido frequentemente levadas aos tribunais.

Um exemplo é a recente decisão do **Superior Tribunal de Justiça** no Recurso Especial nº 1.320.805 – SP, de 5 de dezembro de 2013, reformando acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo que, acolhendo as alegações da operadora do plano de saúde, rejeitara sentença que reconhecia a ilegalidade da exclusão de cobertura de utilização de técnica robótica em paciente com câncer, ao argumento de que ela seria de natureza experimental.

O procedimento chegou a ser autorizado pela operadora, mas, realizada a cirurgia, a cobertura foi negada por ter sido executada com o auxílio de um robô. No entanto, segundo o médico encarregado do caso, esse equipamento era indispensável para evitar a formação de metástases, ou seja, a disseminação do câncer para outros órgãos.

As alegações da operadora do plano não convenceram a Ministra Maria Isabel Gallotti, relatora do caso, que afirmou que tratamento experimental não se confunde com modernidade de técnica cirúrgica.

Segundo ela, o “tratamento experimental é aquele em que não há comprovação médico-científica de sua eficácia, e não o procedimento que, a despeito de efetivado com a utilização de equipamentos modernos, é reconhecido pela ciência e escolhido pelo médico como o método mais adequado à preservação da integridade física e ao completo restabelecimento do paciente”.

Ou seja, o paciente beneficiário de plano de saúde tem direito à utilização da técnica mais moderna disponível nos hospitais credenciados, desde que indicada pelo médico que o assiste.

De fato, é o médico, e não o plano de saúde, o responsável pela orientação terapêutica. O plano não pode estabelecer o tipo de tratamento a ser utilizado. Desse modo, não pode o paciente consumidor de plano de saúde ser impedido de receber tratamento com o método mais moderno disponível sob a alegação burocrática de que se trata de procedimento experimental.

Assim, para dirimir qualquer insegurança jurídica que ainda paire sobre a questão, elaboramos este projeto de lei para alterar o art. 10 da Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e disciplinar a hipótese do tratamento experimental como justificativa à negativa de cobertura por planos de saúde.

Sala das Sessões,

Senador MARCELO CRIVELLA

*LEGISLAÇÃO CITADA***LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

“.....

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: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; (Redação dada pela Medida Provisória nº. 2.177-44, de 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;(Redação dada pela Lei nº 12.880, de 2013) (Vigência)

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Incluído pela Lei nº 10.223, de 2001)

(À Comissão de Assuntos Sociais; em decisão terminativa)

Publicado no **DSF**, de 6/11/2014