



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 187, DE 2002

Altera o art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para facultar a oferta, contratação e vigência de planos segmentados de assistência farmacêutica.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Acrescente-se ao art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o seguinte inciso V, renumerando-se os demais:

*Art. 12.

V – quando incluir assistência farmacêutica:

a) cobertura de medicamentos para tratamento ambulatorial e hospitalar fornecidos pelo serviço de farmácia do serviço de saúde próprio, contratado, credenciado ou referenciado que prestou assistência médico-odontológica;

b) reembolso, nos limites das obrigações contratuais, de despesas feitas pelo beneficiário, titular ou dependente com medicamentos prescritos por profissional ou serviço de saúde próprio, contratado, credenciado ou referenciado que prestou assistência médico odontológica.

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

Justificação

A assistência farmacêutica é parte essencial da assistência à saúde e, com frequência, seu componente mais caro, em especial nos casos de tratamentos ambulatoriais e domiciliares longos e de doenças crônicas, nos quais se faz necessário o uso contínuo de medicamentos.

Essa situação torna-se mais freqüente e grave entre pacientes idosos – o segmento populacional mais afetado por doenças crônicas e cuja renda provém de benefícios de aposentadoria e pensão.

Em boa parte dos países desenvolvidos, os planos e seguros de saúde incluem a cobertura – total ou parcial – da assistência farmacêutica.

Este projeto de lei tem por objetivo permitir a oferta e a comercialização de planos segmentados de assistência farmacêutica, para suprir a carência de regulamentação nessa área e atender às necessidades de um considerável contingente de usuários de planos de saúde.

Sala das Sessões, 27 de junho de 2002. – **Sebastião Rocha.**

LEGISLAÇÃO CITADA

ANEXADA PELA SUBSECRETARIA DE ATA
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. 1º

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguro privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:

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 e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II – quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, a critério do médico assistente;

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, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;

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

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 no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento

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.

VI – reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;

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

§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no art. 10, deve constar:

I – declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;

II – a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos:

I – de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

II – de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.

(À Comissão de Assuntos Sociais – decisão determinada.)

Publicado no Diário do Senado Federal de 28 - 06 - 2002

Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal – Brasília – DF

(OS:11518/2008)