



# SENADO FEDERAL

## PROJETO DE LEI DO SENADO

### Nº 44, DE 2004

**Altera os arts. 10 e 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 incluir os medicamentos utilizados em medicação assistida entre as coberturas obrigatórias.**

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O inciso I do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido da seguinte alínea e parágrafo único:

“Art. 12.

I

c) cobertura de medicamentos, utilizados na forma de medicação assistida, sob prescrição médica.

Parágrafo único. Considera-se “medicação assistida”, para os efeitos desta Lei, um medicamento, fármaco ou substância, com intenção terapêutica, registrado conforme disposto na Lei nº 6.360, de 23-9-76, cuja administração exija um profissional de saúde ou sua supervisão direta, em ambiente hospitalar, ambulatorial ou domiciliar. (NR)”

Art. 2º Esta Lei entra em vigor em cento e oitenta dias a contar da data de sua publicação.

Art. 3º Revoga-se o inciso VI do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

#### **Justificação**

O Brasil é um dos raros países cuja regulamentação de planos e seguros privados de assistência à saúde exclui a assistência farmacêutica de suas coberturas, tanto obrigatórias quanto facultativas.

O desembolso do setor público com a aquisição de medicamentos é da ordem de três e meio a

quatro bilhões de reais anualmente, correspondendo a cerca de dez por cento do total de gastos públicos com a atenção à saúde como um todo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, hoje, praticamente o único comprador e dispensador de hemoterápicos, cefalosporinas e medicamentos para a aids e as hepatites, além de ser importante comprador e fornecedor de anti-hipertensivos, de insulina, de medicamentos para o tratamento do câncer e de outros medicamentos de uso contínuo.

Não sem muita luta, o direito dos usuários do SUS a uma atenção integral à saúde – nela incluída a assistência farmacêutica – tem sido reconhecido e ampliado. Ao contrário, aos usuários de planos de saúde não é reconhecido esse direito: a regulamentação do setor deixou de fora a assistência farmacêutica, isto é, diferentemente de outros países que incluem os medicamentos na cobertura dos planos e seguros privados de saúde, a nossa não reconhece sua relevância nem exige que sejam cobertos os gastos com medicamentos, fora do âmbito da assistência hospitalar.

Esta iniciativa objetiva incluir, na cobertura obrigatória dos planos e seguros de saúde de todas as segmentações, pelo menos os medicamentos utilizados em medicação assistida, corrigindo parcialmente essa falha da regulação dos planos de saúde.

Sala das Sessões, 16 de março de 2004 – Tião Viana, PT/AC.

#### **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 ou seguro-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem ou centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doença e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

I – tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;

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;

VII – fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, observado o disposto no § 1º deste artigo;

VIII – procedimentos odontológicos, salvo o conjunto de serviços voltados à prevenção e manutenção básica da saúde dentária, assim compreendidos a pesquisa, o tratamento e a remoção de focos de infecção dentária, profilaxia de cárie dentária, cirurgia e traumatologia bucomaxilar;

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 do inciso VII podem ser a qualquer tempo revistas e atualizadas pelo CNSP, permanentemente, mediante a devida análise técnico-atuarial.

§ 2º As operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º oferecerão, obrigatoriamente, o plano ou seguro-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo às entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.

**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 perío-

dos 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 respec-

tivo 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:

(À Comissão de Assuntos Sociais – decisão terminativa.)

Publicado no **Diário do Senado Federal** de 17 - 03 - 2004.