



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 277, DE 2004

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para permitir o oferecimento e a contratação de planos de saúde com coberturas reduzidas.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Os §§ 1º e 2º do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, passam a vigorar com a seguinte redação, renumerando-se os atuais §§ 2º e 3º em vigor:

“Art. 12.

.....
§ 1º É vedada a oferta e a contratação de planos privados de assistência à saúde fora das segmentações de que tratam os incisos I a IV deste artigo e o art. 12-A, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação.

§ 2º Da documentação relativa à contratação de planos privados de assistência à saúde, nas segmentações de que tratam os incisos I a IV deste artigo e o art. 12-A, deverá constar declaração em separado do consumidor de que ele tem conhecimento da existência e da disponibilidade do plano de referência e de que este plano lhe foi oferecido. (NR)”

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

“Art. 12-A. Podem ser oferecidos e contratados, em regime individual ou familiar, planos privados de assistência à saúde com as seguintes segmentações de cobertura:

I – planos de atendimento ambulatorial exclusivo, compreendendo a cobertura de consultas médicas, exames laboratoriais e demais procedimentos de diagnóstico e tratamento, em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, realizados em regime ambulatorial, em número ilimitado, facultada a cobertura de procedimentos realizados em regime de hospital-dia;

II – planos de atendimento hospitalar exclusivo, compreendendo a cobertura de:

a) internações hospitalares em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e em unidades de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;

b) despesas referentes a honorários de profissionais de saúde envolvidos com a assistência;

c) despesas com serviços de hotelaria e de alimentação;

d) exames e procedimentos de diagnóstico e tratamento, de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de químio e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação;

e) taxas, materiais utilizados e remoção do paciente, quando necessária, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato; e

f) despesas de acompanhante, nos casos de paciente menor de dezoito anos, de paciente portador de deficiência ou idoso;

III – planos de assistência odontológica exclusiva, compreendendo a cobertura de:

a) consultas e exames laboratoriais e demais procedimentos de diagnóstico e tratamento solicitados pelo odontólogo assistente;

b) procedimentos preventivos, de dentística e de endodontia;

c) cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

IV – planos de assistência farmacêutica exclusiva, compreendendo a cobertura de medicamentos prescritos por médico ou odontólogo assistente e honorários profissionais de farmacêutico.

§ 1º No oferecimento e contratação de planos de atendimento hospitalar exclusivo a que se refere o inciso II, é facultada a cobertura de procedimentos obstétricos e de gastos com resgate, transporte e remoção de pacientes.

§ 2º No oferecimento e contratação de planos de assistência odontológica exclusiva a que se refere o inciso III, é facultada a cobertura de procedimentos ortodônticos.

§ 3º Os planos de que trata este artigo submetem-se às exigências determinadas pelos incisos V a VII do art. 12.”

Art. 3º Esta lei entra em vigor no prazo de cento e oitenta dias a contar da data de sua publicação.

Justificação

A situação do emprego e da renda dos trabalhadores e das classes médias, principais consumidores de planos privados de assistência à saúde em nosso País, fizeram com que, desde a entrada em vigor da Lei dos Planos de Saúde, o número de beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar tenha se reduzido dos estimados 44 milhões de em 1998 – ano em que a lei foi aprovada – e os atuais 35 milhões.

Sonho antigo da maioria das operadoras de planos de saúde, a subsegmentação foi, mais uma vez, trazida à pauta nas discussões ocorridas durante a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Planos de Saúde, ocorrido em julho do ano passado, como opção para crise no setor.

Para as operadoras, a subsegmentação é uma possibilidade para a saída da crise vivenciada hoje na saúde, uma vez que o oferecimento de planos com coberturas menos amplas atende a um número maior de

pessoas, e pode baratear o produto e torná-lo acessível à realidade da renda do brasileiro.

A proposição que apresento à consideração dos nobres colegas Senadores tem essa perspectiva, ressalvando que se estende essa possibilidade apenas aos planos individuais e familiares, mantendo os planos coletivos empresariais sob o regime da regra antiga.

Do nosso ponto de vista, a oferta de produtos mais baratos permitirá não apenas que um maior número de brasileiros tenha acesso à planos de saúde como poderá significar um passo no sentido de equacionar a crise de insolvência por que passa um setor que é, hoje, essencial para o País.

Sala das Sessões, 5 de outubro de 2004. – **Lúcia Vânia.**

LEGISLAÇÃO CITADA

LEI N° 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

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

.....

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros 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 imitação 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.

Art. 13. Os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Aos planos ou seguros individuais ou familiares, aplicam-se as seguintes disposições:

I – o prazo mínimo de vigência contratual de um ano;

II – são vedadas:

a) a recontagem de carências;

b) a suspensão do contrato e a denúncia unilateral, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, a cada ano de vigência do contrato;

c) a denúncia unilateral durante a ocorrência de internação do titular.

(À Comissão de Assuntos Sociais – decisão terminativa.)

Publicado no Diário do Senado Federal de 06 - 10 - 2004