



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI N° , DE 2019

(Do Sr. VENEZIANO VITAL DO RÉGO)

SF/19821 27365-43

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para garantir que as mulheres que estejam até na 18º semana de gestação que contratem planos de saúde hospitalares com cobertura obstétrica tenham direito a atendimento integral, inclusive à realização de cirurgias, em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional em situações de urgência.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para garantir que as mulheres que estejam até na 18º semana gestacional que contratem planos de saúde hospitalares com cobertura obstétrica tenham direito a atendimento integral, inclusive à realização de cirurgias, em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional em situações de urgência.

Art. 2º O art. 35-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com o acréscimo do seguinte §2º, transformando-se o atual parágrafo único em § 1º:

“Art. 35-C.

.....”

§ 2º As mulheres que estejam até na 18º semana de gestação que contratem planos de saúde hospitalares com cobertura obstétrica têm direito a atendimento integral, inclusive à realização de cirurgias, em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional em situações de urgência". (NR)

Art 3º Esta lei entra em vigor 180 dias após a sua publicação.

SF/19821.27365-43

JUSTIFICAÇÃO

Antes da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998¹, as operadoras de planos de saúde alegavam prejuízo com usuários que, ao se darem conta de que deveriam fazer uma cirurgia ou submeter-se a um tratamento, procuravam se filiar a um plano de saúde para, logo após o término da cirurgia ou tratamento, desfiliarem-se.

Já os usuários apontavam a prática abusiva de operadoras, que impunham prazos de carência muito longos e que procuravam enquadrar diversas moléstias como preexistentes para se eximirem de cobertura dos respectivos tratamentos.

Com a entrada em vigor da Lei nº 9.656, de 1998, parte dessas distorções e abusos foi sanada. Imperou na decisão do legislador a convicção de que entre o lucro da operadora e o direito do usuário deve viger o equilíbrio. Reconheceu-se que as operadoras não são entidades benemerentes e sim privadas e, como tal, buscam legitimamente a lucratividade de suas carteiras, mas também ficou claro que o usuário é a parte fraca da relação e, dessa forma, deve ser protegido contra práticas abusivas e lesões a seus direitos de consumidor.

¹ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm

Nesse contexto, é importante destacar que a Lei nº 9.656, de 1998, prevê exigências mínimas para os contratos de planos de assistência à saúde. Entre elas, destaca-se a limitação do prazo de carência para o uso do plano, em razão de determinadas circunstâncias relacionadas ao contratante. No entanto, algumas dessas limitações legais ainda não são suficientes para garantir determinados direitos da gestante consumidora dos planos de saúde.

A regra atual de carência para gestantes consta do art. 12, V, da Lei nº 9.656, de 1998. Abaixo, transcrevemos o dispositivo:

“Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

(...)

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;*
- c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;”*

A Súmula Normativa nº 25, de 13 de setembro de 2012, explica que:

“QUANTO À COBERTURA ASSISTENCIAL DO PARTO.

1. A beneficiária de plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia tem garantida a cobertura do parto a termo e a internação dele decorrente após cumprir o prazo de carência máximo de 300 (trezentos) dias.

2. Em plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, no que concerne à cobertura do atendimento de urgência relacionada a parto, decorrente de complicações no processo gestacional, observam-se as seguintes peculiaridades:

SF/19821.27365-43



SF/19821 27365-43

2.1 - caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e

2.2 - caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias:

2.2.1 - deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas, excetuando-se o plano referência, cuja cobertura é integral;

2.2.2 - persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;

2.2.3 - uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará à cargo da operadora de planos privados de assistência à saúde; e

2.2.4 - em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.

3. A contratação de plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo beneficiário-pai não garante a cobertura do parto caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou, caso seja beneficiária, não tenha cumprido as carências para parto”.

Esse entendimento é baseado na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 13, de 1998², cujo art. 4º determina que:

“Art. 4º Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou

²

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzAw>


SF/19821 27365-43

com cobertura obstétrica – porém ainda cumprindo período de carência – a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas no art.2º para o plano ambulatorial”.

Vemos, assim, que, de acordo com as normas atualmente vigentes, a mulher que tenha contratado plano da segmentação hospitalar com obstetrícia tem direito a cobertura total do parto após 300 dias, ou, em caso de urgência relacionada ao parto, após 180 dias da assinatura do contrato. Antes disso, ela é amparada, apenas, por 12 horas. Depois desse lapso temporal, cessa a cobertura do plano de assistência à saúde.

Para nós, essa norma é injusta e atenta contra a dignidade da pessoa humana. Acreditamos que as mulheres que estejam comprovadamente grávidas de até 18 semanas e que ingressem nos planos de saúde não devem ter seu direito de atendimento de urgência decorrente da condição gestacional negado ou limitado. Ademais, não podem ser restritas as cirurgias relacionadas ao seu processo gestacional.

Por isso, propomos este Projeto de Lei, com o objetivo de aprimorar a redação da Lei nº 9.656, de 1998, para que seja sanada essa situação de inequidade que atinge as gestantes beneficiárias de planos de saúde com plano de segmentação hospitalar com obstetrícia.

Com a redução da carência relacionada ao processo gestacional, mais mulheres poderão vincular-se aos planos de assistência à saúde, com a certeza de que não serão deixadas à própria sorte nos momentos de maior necessidade.

Sala das Sessões, em _____ de _____ de 2019.

Deputado VENEZIANO VITAL DO RÊGO
(PSB/PB)