

PROJETO DE LEI DO SENADO N° , 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:

“**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 quimio 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,

Senadora LÚCIA VÂNIA