



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 352, DE 2011

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 incluir os tratamentos antineoplásicos de uso oral entre as coberturas obrigatórias.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“**Art. 10.**

.....

VI – fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas *c* do inciso I e *g* do inciso II do art. 12;

.....” (NR)

“**Art. 12.**

I –

.....

c) a cobertura de quimioterapia oncológica domiciliar de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes;

II –

.....

g) cobertura para quimioterapia oncológica ambulatorial e domiciliar, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar;

.....” (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

Diferentemente do que ocorria há dez anos, atualmente cerca de quarenta por cento dos tratamentos oncológicos emprega medicamentos de uso domiciliar, em substituição àqueles feitos sob regime de internação hospitalar ou ambulatorial, estimando-se que, daqui a quinze anos, oitenta por cento dos tratamentos oncológicos serão feitos no domicílio do paciente, com medicamentos antineoplásicos de uso oral.

Esses fatos demonstram a importância de esses tratamentos terem cobertura pelos planos de saúde – o que não acontece hoje, transferindo boa parte desses pacientes e de seus custos assistenciais para o Sistema Único de Saúde

O rol vigente de procedimentos de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde é estabelecido por resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar e, apesar das frequentes revisões, não inclui os medicamentos de uso domiciliar, como é o caso dos antineoplásicos mencionados.

Por essa razão entendemos ser necessário alterar a Lei dos Planos de Saúde, nos dispositivos que tratam das coberturas obrigatórias dos planos, para obrigar as operadoras a cobrirem os tratamentos antineoplásicos de uso oral

Sala das Sessões,

Senadora **ANA AMÉLIA**

LEGISLAÇÃO CITADA

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

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; **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

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 dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

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: **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

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, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

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, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

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, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção; **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

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;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência; **(Alínea incluída pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada; **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

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

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação. **(Redação dada pela MPV nº 22.177-44, de 24.8.2001)**

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

(À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa)

Publicado no **DSF**, em 23/062011.