



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 1.696-B, DE 2003

(Do Sr. Geraldo Resende)

Altera o parágrafo 2º do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, a qual dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; tendo pareceres: da Comissão de Seguridade Social e Família, pela aprovação deste, com emenda, e pela rejeição da emenda apresentada na Comissão (relatora: DEP. JANDIRA FEGHALI); e da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa deste, da emenda apresentada e da emenda adotada pela Comissão de Seguridade Social e Família (relator: DEP. JOSÉ DIVINO).

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE:

SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE REDAÇÃO (ART. 54 RICD)

APRECIÇÃO:

Proposição sujeita à apreciação conclusiva pelas comissões - Art. 24, II

S U M Á R I O

- I - Projeto Inicial
- II - Na Comissão de Seguridade Social e Família
 - emenda apresentada ao projeto
 - parecer vencedor
 - emenda oferecida pela relatora
 - parecer da comissão
 - voto em separado
- III – Na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania:
 - parecer do relator
 - parecer da Comissão

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O parágrafo 2º do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.12.....

§ 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.

III – de planejamento familiar, desta forma compreendidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos”. **NR.**

Art. 2º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação

JUSTIFICAÇÃO

O Sistema Único de Saúde, por intermédio do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher tem buscado a implementação dos direitos de autonomia reprodutiva conquistados pela população brasileira a partir da promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988. Ali estão estabelecidas as diretrizes a serem obedecidas pelo legislador ordinário, que não deve vincular direito e acesso aos serviços de planejamento familiar às políticas de controle demográfico. Entre estas diretrizes figura, claramente, a liberdade de decisão do casal e a responsabilidade em prover recursos educacionais e científicos para o exercício deste direito.

Para regular este aspecto da Constituição Federal, surgiu a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Nesta Lei encontra-se expresso, no tocante à implementação das ações de planejamento familiar no art.6º que: “ as ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde”.

Consta, entretanto, que boa parte dos planos e seguros privados de saúde não fornecem qualquer método de concepção ou contracepção, remetendo frequentemente ao Sistema Único de Saúde até mesmo procedimentos de baixa ou média complexidade, sem o devido ressarcimento.

As políticas de promoção do acesso ao planejamento familiar são de realização progressiva. O atendimento de um direito social, como é o acesso aos métodos de concepção e contracepção, sempre é confrontado por demandas múltiplas e crescentes.

Em face de restrições operacionais e orçamentárias, muitas vezes alguns insumos e procedimentos não estão disponíveis na rede do Sistema Único de Saúde. Assim, consideramos que os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde deve orientar-se também para o atendimento da demanda da atenção ao planejamento familiar.

Por julgar oportuna e justa a iniciativa sob exame, entendendo que se faz necessário compatibilizar o interesse dos usuários dos Planos e Seguros de Saúde com direitos assegurados na Constituição Federal, legalizados no teor da Lei n.º 9263/96 e na Portaria n.º 048/99 do Ministério da Saúde; contamos com a colaboração dos ilustres pares para o aperfeiçoamento desta proposta e conseqüente aprovação.

Sala das Sessões, em 14 de agosto de 2003.

Deputado GERALDO RESENDE - PPS/MS

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 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 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 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. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

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.

***Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001**

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

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

"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:

I -

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II -

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;

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;

.....
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;

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

III.....

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;

V -

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

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;

.....
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.

§ 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." (NR)

"Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei 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. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências;

Art 6º Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001.

Art 7º Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Art 8º Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

Pedro Malan

José Serra

Pedro Parente

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

CAPÍTULO I DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

.....

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PORTARIA Nº 048 DE 11 DE FEVEREIRO DE 1999.

Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o disposto no Artigo 6º e Parágrafo Único e Artigo 10 da Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, publicada no Diário Oficial nº 010, de 15 de janeiro de 1996 e Diário Oficial nº 159, de 20 de agosto de 1997, que regula o parágrafo 7º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências, e

Considerando a necessidade de estabelecer normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização para execução dessas ações pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art.1º – Incluir nos Grupos de Procedimentos da Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS os seguintes códigos de procedimentos:

1 - no Grupo de Procedimentos Cirurgia Obstétrica III - código 35.100.03-6 o procedimento 35.082.01.1 – Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores/Risco de Vida.

2 - no Grupo de Procedimentos Cirurgia Obstétrica V - código 35.100.05-2 o procedimento 35.083.01.8– Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores/Risco de Vida com Atendimento RN na Sala de Parto.

3 - no Grupo de Procedimentos Cirurgia Obstétrica VII - código 35.100.07-9 o procedimento 35.084.01.4 – Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores/Risco de Vida em Hospitais Amigo da Criança.

4 - no Grupo de Procedimentos Cirurgia Obstétrica IX - código 35.100.09-5 o procedimento 35.085.01.0 – Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores em gestante de alto risco.

Art. 2º – Manter, no Grupo de Procedimentos Cirurgia de Trompas II - código 34.104.02.0, da Tabela SIH/SUS, o procedimento: 34.022.04.0 – Laqueadura Tubária

Art. 3º – Manter, no Grupo de Procedimentos Cirurgia do Cordão Espermatóico III – código 31.109.03-9, da Tabela do SIH/SUS, o procedimento vasectomia parcial ou completa – código 31.005.09-8.

Art. 4º –De acordo com o disposto no Artigo 10 da Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o parágrafo 7º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências; somente é permitida a esterilização voluntária sob as seguintes condições:

I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, a pessoa interessada, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce.

II – em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

III - a esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada por laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio de histerectomia e ooforectomia.

IV - será obrigatório constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Parágrafo Único – É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Neste caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Art 5º - Cabe aos gestores estaduais e municipais de saúde, em condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (NOB-96), procederem ao credenciamento das unidades de saúde para a realização dos procedimentos de Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores / Risco de Vida, Laqueadura Tubária e Vasectomia, conforme modelo em anexo.

Parágrafo Único - No âmbito do Sistema Único de Saúde somente poderão realizar esterilização cirúrgica as instituições que atenderem aos seguintes critérios:

I – estar autorizada pelo gestor estadual ou municipal;

II - oferecer todas as opções de meios e métodos contraceptivos reversíveis, e

III – comprovar a existência de médico capacitado para realização do ato.

Art. 6º – Os gestores estaduais e municipais de saúde deverão encaminhar ao Departamento de Análise da Produção dos Serviços de Saúde / DAPS / SAS, cópia da portaria de credenciamento das unidades no prazo de 05 dias a contar da publicação em Diário Oficial, para cumprimento dos efeitos desta Portaria, permanecendo a ficha em poder do gestor.

Art. 7º – Na cobrança destes procedimentos por meio da AIH, deverá ser obrigatoriamente utilizado o código Z30.2 esterilização, da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10ª Revisão.

Art. 8º – É obrigatório o preenchimento da ficha de registro individual de notificação de esterilização, modelo em anexo, quando da realização dos procedimentos Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores / Risco de Vida, Laqueadura Tubária e Vasectomia, devendo a mesma ser arquivada junto ao prontuário do paciente.

Art. 9º– A Secretaria de Assistência à Saúde/SAS normatizará, em portaria específica, o preenchimento da AIH, nos casos dos procedimentos relativos aos artigos 1º e 2º , bem como as formas de operacionalização.

Art. 10 – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Portaria GS/SAS/MS nº 144, de 20 de novembro de 1997, publicada no DO nº 227, de 24 de novembro de 1997.

RENILSON REHEM DE SOUZA

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

EMENDA SUPRESSIVA

Suprima-se o item III, do art. 1º Projeto de Lei nº 1696.

Justificativa

Planejamento Familiar não deve constituir objeto de planos de saúde. Não constitui agravo à saúde a ser coberto por quem contrata um plano de saúde.

Por outro lado a inclusão de 'Planejamento Familiar' em cobertura de planos de saúde por certo irá onerar o contribuinte sem nenhum benefício para sua saúde pessoal.

DATA: 11/09/2003

DEPUTADO ELIMAR MÁXIMO DAMASCENO

PARECER VENCEDOR

I - RELATÓRIO

O Projeto de Lei acima epigrafado, de autoria da Deputado Geraldo Resende, propõe a inclusão de dispositivo na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatória a cobertura de atendimento de planejamento familiar pelos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.

O dep. Manato apresentou parecer pela rejeição do Projeto e da emenda a ele apresentada, alegando discordar de “que para garantir esse direito sejam imputadas mais obrigações aos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde. A inclusão desse serviço representa um incremento nos custos desses Planos e Seguros e, conseqüentemente, aumento dos gastos dos usuários, que muitas vezes já enfrentam dificuldades para arcar com o ônus dessa assistência privada à saúde”.

O relator alega ainda que:

“Os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde não podem ter o papel de substituir o Estado em termos de políticas públicas de saúde. Não é porque essas políticas na área do planejamento familiar estão insuficientes para o atendimento da demanda existente e não conseguem garantir o acesso a todos os métodos e procedimentos de concepção e contracepção que se vai transferir esse encargo para o setor privado, conferindo-lhe a obrigatoriedade de prestar esse tipo de atenção”.

Foi apresentada uma emenda supressiva, de autoria do Dep. Elimar Máximo Damasceno, suprimindo o inciso III do art. 1º.

A proposição foi encaminhada para exame de mérito a esta Comissão de Seguridade Social e Família, em caráter conclusivo, e deverá seguir para análise de constitucionalidade e regimentalidade por parte da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação.

Este é o relatório.

II – VOTO DA RELATORA

Na reunião deliberativa desta Comissão, realizada no dia 11 de Maio de 2005, após a rejeição do parecer do Deputado Manato ao Projeto de Lei nº 1.696/03, pela Comissão de Seguridade Social e Família, fui designada a relatora do vencido.

Ficou acordado entre os membros que seria dada nova redação ao inciso III do art. 1º do referido projeto.

Diante do exposto, votamos pela APROVAÇÃO do Projeto de Lei nº 1.696, de 2003, e da emenda em anexo, e pela rejeição da emenda apresentada na comissão.

Sala da Comissão, em 11 de maio de 2005.

Deputada JANDIRA FEGHALI
Relatora

EMENDA MODIFICATIVA 01

"Art.1º....."

III – de planejamento familiar."

Sala da Comissão, em 11 de maio de 2005.

Deputada JANDIRA FEGHALI
Relatora

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Seguridade Social e Família, em reunião ordinária realizada hoje, aprovou o Projeto de Lei nº 1.696/2003, com emenda, e rejeitou a emenda apresentada na Comissão, nos termos do Parecer Vencedor da Relatora, Deputada Jandira Feghali, contra o voto do Deputado Manato, cujo parecer passou a constituir voto em separado.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Dr. Benedito Dias - Presidente, Guilherme Menezes e Almerinda de Carvalho - Vice-Presidentes, Amauri Gasques, Benjamin Maranhão, Darcísio Perondi, Dr. Francisco Gonçalves, Eduardo Barbosa, Geraldo Thadeu, Henrique Fontana, Jandira Feghali, Manato, Rafael Guerra, Roberto Gouveia, Suely Campos, Teté Bezerra, Thaís Barbosa, Ana Alencar, Geraldo Resende, Jorge Gomes, Osmânio Pereira, Sandra Rosado, Telma de Souza e Vanderlei Assis.

Sala da Comissão, em 11 de maio de 2005.

Deputado DR. BENEDITO DIAS
Presidente

VOTO EM SEPARADO

I – RELATÓRIO

Pelo Projeto acima ementado, o Deputado Geraldo Resende propõe a inclusão de dispositivo na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatória a cobertura de atendimento de planejamento familiar pelos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde. Esse atendimento deve compreender todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos.

Justifica o Autor que a Constituição Federal consagrou o planejamento familiar enquanto um direito que deve ser livremente exercido pelo casal. Refere que as políticas de promoção do acesso ao planejamento familiar são de realização progressiva e, em face das dificuldades orçamentárias, nem sempre todos os insumos ou procedimentos estão disponíveis no Sistema Único de Saúde. Assim, considera justo que os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde garantam esse tipo de atendimento aos seus usuários.

Foi apresentada uma emenda supressiva, por parte do Deputado Elimar Máximo Damasceno. A emenda visa à retirar justamente o inciso III que o Projeto busca incorporar ao § 2º do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

A Proposição foi encaminhada para exame de mérito a esta Comissão de Seguridade Social e Família, em caráter conclusivo, e deverá seguir

para análise de constitucionalidade e regimentalidade por parte da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação.

II - VOTO DO RELATOR

Entendemos a preocupação do Autor da matéria, que é a de propiciar o acesso ao métodos e técnicas de planejamento familiar, tanto as de concepção quanto as de contracepção, já que esse é um direito do cidadão.

No entanto, discordamos que para garantir esse direito sejam imputadas mais obrigações aos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde - PSPAS. A inclusão desse serviço representa um incremento nos custos desses Planos e Seguros e, conseqüentemente, aumento dos gastos dos usuários, que muitas vezes já enfrentam dificuldades para arcar com o ônus dessa assistência privada à saúde.

Os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde não podem ter o papel de substituir o Estado em termos de políticas públicas de saúde. Não é porque essas políticas na área do planejamento familiar estão insuficientes para o atendimento da demanda existente e não conseguem garantir o acesso a todos os métodos e procedimentos de concepção e contracepção que se vai transferir esse encargo para o setor privado, conferindo-lhe a obrigatoriedade de prestar esse tipo de atenção.

Cremos que a garantia de acesso a todos os métodos e procedimentos cientificamente aceitos de concepção e de contracepção envolve uma assistência médica de alto custo, que pode onerar e até comprometer a prestação dos serviços por parte dos PSPAS.

O seguro-referência de assistência à saúde, previsto no art. 10 da Lei que se pretende alterar, é um seguro que visa a garantir uma cobertura básica para atender aos problemas constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e exclui algumas situações consideradas não essenciais, como a inseminação artificial e, por analogia, outros métodos similares e de alto custo.

Julgamos que as ações de planejamento familiar não devam ser obrigatoriamente constantes do seguro-referência de assistência à saúde, pelo

que votamos pela rejeição do Projeto de Lei nº 1.696, de 2003, e da emenda a ele apresentada.

Sala da Comissão, em 20 de janeiro de 2003.

Deputado Manato
Relator

COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA

I – RELATÓRIO

O projeto de lei acima referido, de autoria do ilustre Deputado Geraldo Rezende, visa a alterar a redação do § 2º do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, a qual dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, estatuinto ser obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de emergência, urgência e de planejamento familiar.

A proposição foi distribuída para julgamento de mérito à Comissão de Seguridade Social e Família, ocasião em que recebeu uma emenda, de autoria do Deputado Elimar Máximo Damasceno, suprimindo o inciso III do projeto original que tratava do planejamento familiar.

Nessa Comissão, o parecer do Relator desaprovando o projeto foi rejeitado, sendo consignado como voto em separado, tendo ficado a Deputada Jandira Feghali incumbida da redação do vencido.

Ao final, a Comissão de Seguridade Social e Família rejeitou a emenda do Deputado Elimar Máximo Damasceno e aprovou o projeto de lei com uma emenda modificativa ao inciso III do seu art. 1º, que mantém a expressão: “*de planejamento familiar*” e exclui o restante da frase, qual seja, “*desta forma compreendidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos*”.

O projeto e suas emendas encontram-se ora sob a análise desta Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania para que, nos termos do art. 54, I, do RICD, exerça o juízo de sua exclusiva competência.

É o relatório.

II - VOTO DO RELATOR

Consoante o Regimento Interno da Câmara dos Deputados, compete a esta CCJC manifestar-se quanto à constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa das proposições.

Estão satisfeitos os mandamentos dos artigos 22, I e 61 da Lei Maior não ocorrendo, pois, vício constitucional. Lado outro, elas não contrariam Princípio Geral de Direito, de onde decorre a juridicidade de seus mandamentos.

Quanto à técnica legislativa, estão o projeto original e as emendas a ele apresentadas conformadas ao que prescreve a Lei Complementar n.º 95/98, que disciplina o processo de elaboração das leis.

Face ao exposto, voto pela constitucionalidade, juridicidade, regimentalidade e boa técnica redacional e legislativa do Projeto de Lei n.º 1.696, de 2.003, e das emendas apresentadas pelo Deputado Elimar Máximo Dasmaceno e pela Comissão de Seguridade Social e Família.

Sala da Comissão, em 30 de junho de 2005 .

Deputado JOSÉ DIVINO
Relator

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, em reunião ordinária realizada hoje, opinou unanimemente pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa do Projeto de Lei nº 1.696-A/2003 e das emendas, uma apresentada e a outra adotada pela Comissão de Seguridade Social e Família, nos termos do Parecer do Relator, Deputado José Divino.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Antonio Carlos Biscaia - Presidente, José Mentor e Roberto Magalhães - Vice-Presidentes, Almir Moura, Antonio Cruz, Benedito de Lira, Bosco Costa, Cleonânicio Fonseca, Darci Coelho, Edmar Moreira, Edna Macedo, Inaldo Leitão, Jamil Murad, João Almeida, João Paulo Cunha, José Divino, José Eduardo Cardozo, Jutahy Junior, Luiz Eduardo Greenhalgh, Marcelo Ortiz, Nelson Pellegrino, Nelson Trad, Paulo Afonso, Paulo Magalhães, Professor Luizinho, Reginaldo Germano, Sandra Rosado, Sérgio Miranda, Sigmaringa Seixas, Vilmar Rocha, Zulaiê Cobra, Almeida de Jesus, André de Paula, Celso Russomanno, Colbert Martins, Fernando Coruja, João Fontes, Léo Alcântara, Leonardo Picciani, Luciano Zica, Luiz Alberto, Mauro Benevides, Moroni Torgan, Onyx Lorenzoni, Pauderney Avelino, Pedro Irujo, Ricardo Barros e Rubens Otoni.

Sala da Comissão, em 6 de outubro de 2005.

Deputado ANTONIO CARLOS BISCAIA
Presidente

FIM DO DOCUMENTO
