



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DA CÂMARA

Nº 39, DE 2007

(Nº 3.466/2004, na Casa de Origem)

Estabelece critérios para a edição do Rol de Procedimentos e Serviços Médicos - RPSM e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Para efeito desta Lei, entende-se como:

I - profissionais de saúde aqueles profissionais legalmente habilitados para o exercício da medicina, de acordo com a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, e suas alterações;

II - pessoas jurídicas prestadoras de serviços de saúde aquelas que tenham como atividade principal a execução de procedimentos médicos, nos termos do inciso I deste artigo;

III - operadoras de planos ou seguros privados de saúde as pessoas jurídicas assim classificadas, nos termos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas alterações, e da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, detentoras de registros, definitivos ou não, de autorização de funcionamento, expedidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, de acordo com a legislação em vigor;

IV - beneficiários ou consumidores aqueles que contratarem planos ou seguros privados de saúde, individuais ou coletivos, perante as operadoras, incluídas as entidades de autogestão, ou seguradoras aludidas no inciso III deste artigo.

Art. 2º A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na forma do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, elaborará, implantará e, sendo necessário, revisará o Rol de Procedimentos e Serviços Médicos - RPSM, que será editado anualmente após o término de negociação entre as operadoras de planos e seguros privados de saúde com profissionais médicos e ou pessoas jurídicas prestadoras de serviços de saúde até o dia 31 de março de cada ano-calendário.

§ 1º O RPSM tomará como referência a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM, editada pela Associação Médica Brasileira, mediante consenso na câmara técnica de que trata o art. 5º desta Lei.

§ 2º O emprego da nomenclatura, dos códigos e dos critérios técnicos de hierarquização da complexidade de procedimentos e eventos médicos no RPSM deverá ser compatível com o rol de coberturas mínimas dos contratos de planos e seguros privados de saúde.

§ 3º O RPSM será utilizado, no âmbito da relação das operadoras de planos e seguros privados de saúde com os profissionais médicos ou pessoas jurídicas prestadoras de serviços de saúde e com a própria ANS, com os seguintes objetivos:

I - acompanhar a evolução de custo das operadoras de planos e seguros privados de saúde com a assistência à saúde de seus beneficiários e consumidores;

II - balizar a política de remuneração dos contratos e a realização de negociações acordadas entre as entidades re-

presentativas das operadoras de planos e seguros privados de saúde e dos profissionais médicos, de modo a preservar a qualidade dos serviços, a compatibilidade da remuneração e a capacidade econômica do usuário, respeitado o princípio da equidade;

III - aumentar a racionalidade do reajustamento das mensalidades e dos prêmios das operadoras, a partir de um trabalho de acompanhamento e de avaliação da realidade do setor pelos órgãos competentes, em favor da transparência e da confiabilidade do processo;

IV - possibilitar a criação, na ANS, de mecanismos para dirimir conflitos, facilitar a negociação e preservar o equilíbrio dos contratos, evitando prejuízo às partes e assegurando a continuidade do atendimento dos beneficiários ou consumidores, em âmbito nacional ou estadual.

§ 4º Para a edição anual do RPSM, será levado em conta, na negociação e na decisão da ANS, quando for o caso, o resumo dos indicadores de variação de custos diretos de assistência à saúde entre os 2 (dois) períodos anteriores, considerados para esse efeito os custos médios em âmbito nacional e estadual, ao lado das respectivas frequências de utilização, em procedimentos e eventos cobertos pelos contratos dos planos e seguros privados de saúde.

Art. 3º A negociação a que se refere o § 4º do art. 2º desta Lei tem como objetivo a realização de acordo entre as partes e:

I - será realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, no início de cada ano-calendário;

II - será em âmbito nacional ou estadual, conforme o caso;

III - consistirá, dentre outros aspectos, no estabelecimento de critérios normativos, em relação ao credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços às operadoras, classificação, valores e complexidade dos procedimentos, rotinas de faturamento, pagamento e critérios de reajuste;

IV - deverá ater-se às peculiaridades decorrentes da classificação e segmentação das operadoras de planos e seguradoras privadas de saúde da ANS, dentro de uma margem de variação estabelecida na negociação que não signifique a perda de qualidade dos serviços e remuneração justa, respeitada a legislação vigente;

V - terá os custos operacionais dos procedimentos médicos negociados separadamente dos honorários médicos.

§ 1º A ANS examinará a legalidade do acordo feito entre as partes, preservando, em qualquer hipótese, a estrita observância do § 4º do art. 173 da Constituição Federal, eliminando, se porventura existirem, as vedações constantes do art. 20 e seguintes da Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994.

§ 2º Na hipótese de vencido o prazo previsto no inciso I do caput deste artigo, a ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste.

Art. 4º Para fins do disposto no inciso XVII do caput do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a ANS considerará o impacto da variação anual dos valores pagos pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos prestadores de serviços pelos procedimentos previstos na negociação do RPSM em seus custos operacionais e assistenciais.

Art. 5º A ANS deverá constituir, na forma da legislação vigente, câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas para o adequado cumprimento desta Lei.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

PROJETO DE LEI ORIGINAL Nº 3.466, DE 2004

Estabelece critérios para a edição de lista referencial de honorários médicos, no âmbito nacional, e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º A lista referencial de honorários e serviços para os procedimentos médicos a serem adotados pelos médicos e pelas instituições de saúde privadas, filantrópicas e outras, bem como, pelas Operadoras de Planos e Seguros de Saúde que mantêm convênios e contratos no âmbito nacional, regional ou local será editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a partir do dia 1º de julho de cada ano.

Art. 2º A lista referencial de que trata o art. 1º, será homologada pela ANS.

§ 1º Para a sua edição deverá haver um acordo entre as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e de Seguros Privados de assistência à Saúde, representadas pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE e pela Federação Nacional dos Seguros Privados e de Capitalização - FENASEG, e a Comissão de Honorários das Entidades Médicas, representada pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, entre outros a serem definidos pela regulamentação.

§ 2º O acordo de que trata este artigo será precedido de negociações que se iniciarão a partir do dia 1º de junho de cada ano, tendo como referência a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM.

§ 3º Expirado o prazo de 30 (trinta) dias da data prevista no § 1º deste artigo, não havendo consenso entre as partes, a definição dos valores será feita por uma Câmara Arbitral, formada por 12 (doze) membros, indicados pelos seguintes órgãos e instituições:

I - Câmara dos Deputados e o Senado Federal: Dois representantes

II - Advocacia Geral da União: um representante

III - Entidades Médicas (CFM/AMB): dois representantes;

IV - Operadoras de Saúde: (ABRAMGE/FENASEG): dois representantes;

V - Ministério Público: um representante;

VI - Ministério da Saúde: um representante;

VII - Conselho Nacional de Saúde: um representante;

VIII - Entidade de Defesa do Consumidor na área dos Planos e Seguros de Saúde: um representante;

IX - Entidade especializada em Negociação, Mediação e Arbitragem: um representante.

Art. 3º Sempre que houver reajuste dos valores cobrados pelas Operadoras de Planos e Seguros de Saúde ao consumidor, haverá igual ou superior reajuste a ser repassado aos prestadores de serviços médicos.

Art. 4º O prazo máximo para pagamento dos honorários e serviços médicos pelas Operadoras de Planos e Seguros de Saúde aos profissionais e entidades hospitalares contratados ou credenciados é de 30 (trinta) dias, a partir da data da apresentação da fatura, com desconto na rede bancária oficial.

Art. 5º O prazo limite para que as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde apresentem as contas em divergência, para que sejam corrigidas em comum acordo com os prestadores, é de 15 (quinze) dias.

Art. 6º Todo procedimento previamente autorizado pelas operadoras de Planos de Assistência à Saúde, depois de realizado, será considerado dívida líquida e certa, não cabendo, para esses casos, os recursos de glosa ou suspensão de pagamentos.

Art. 7º O descumprimento do disposto nesta Lei implicará em medidas administrativas e outras punitivas a serem aplicadas, nos termos da legislação vigente, por órgão indicado pelo Poder Executivo.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação, produzindo efeitos após a regulamentação.

JUSTIFICATIVA

Toda dissensão entre operadoras e prestadores de serviços no plano de saúde em relação aos preços praticados afeta o usuário, chegando a prejudicar usuários de seguradoras, pela suspensão do atendimento médico ou cobrança das consultas diretamente dos usuários em vários estados.

Em que pese os esforços da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para regulamentar as relações entre empresas e médicos, o impasse ainda está longe de ser solucionado. Os médicos alegam que as empresas de planos de saúde se recusa de adotar uma nova tabela de procedimentos com preços atualizados e as empresas garantem à impossibilidade de reajustamento de preços, porque a planilha de custo não suporta e as mensalidades são controladas pelo governo.

Segundo informações do Conselho Federal de Medicina, durante os últimos doze anos, as remunerações dos 5.000 procedimentos médicos por parte dessas empresas não apresentaram nenhum realinhamento de valores, além da discrepância dos valores praticados entre essas operadoras. Dando como exemplo a consulta, em que os médicos recebem valores entre R\$ 15,00 a R\$ 29,00 por atendimento. Alega também, que os planos de saúde deram aumentos exorbitantes aos usuários, chegando a 250% para o mesmo período.

São 38 milhões de usuários de planos de saúde e das demais empresas ligadas ao Sistema da Saúde suplementar que estão no meio dessa discórdia, assistindo o processo de deterioração da qualidade da assistência à saúde e o maior comprometimento do salário com despesas médica.

Para superar esse impasse que coloca em cheque o futuro da saúde privada, com ganho para a sociedade em geral, é preciso que todos os atores envolvidos na questão – governo, prestadores de serviços, operadoras, fornecedores e sociedade – dêem sua contribuição.

Como não existem regras sobre a questão na Lei Federal Nº 9.656, de 03 de junho de 1998 – Lei de Planos de Saúde e na Admissibilidade de intervenção do Estado no domínio econômico com o fim de "assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social", apresentamos proposição que visa estabelecer critérios para a edição de lista referencial de honorários médicos, matéria inserta nas esferas de competência legislativa concorrente – art. 24 da CF/88.

Creemos que dessa forma estaremos contribuindo decisivamente para o fortalecimento do controle social nessa área tão problemática e a melhoria da assistência à saúde no Brasil.

Ante a relevância e oportunidade da matéria, esperamos contar com o apoio de nossos ilustres pares no Congresso Nacional para sua aprovação.

Sala das Sessões, em 5 de maio de 2004.

**Deputado INOCÊNCIO OLIVEIRA
PFL-PE**

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA SECRETARIA-GERAL DA MESA

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

.....

Art. 173. Ressalvados os casos previstos nesta Constituição, a exploração direta de atividade econômica pelo Estado só será permitida quando necessária aos imperativos da segurança nacional ou a relevante interesse coletivo, conforme definidos em lei.

.....

§ 4º - A lei reprimirá o abuso do poder econômico que vise à dominação dos mercados, à eliminação da concorrência e ao aumento arbitrário dos lucros.

.....

LEI Nº 3.268, DE 30 DE SETEMBRO DE 1957.

Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências.

.....

LEI Nº 8.884, DE 11 DE JUNHO DE 1994.

Transforma o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) em Autarquia, dispõe sobre a prevenção e a repressão às infrações contra a ordem econômica e dá outras providências.

.....

Art. 20. Constituem infração da ordem econômica, independentemente de culpa, os atos sob qualquer forma manifestados, que tenham por objeto ou possam produzir os seguintes efeitos, ainda que não sejam alcançados:

I - limitar, falsear ou de qualquer forma prejudicar a livre concorrência ou a livre iniciativa;

II - dominar mercado relevante de bens ou serviços;

III - aumentar arbitrariamente os lucros;

IV - exercer de forma abusiva posição dominante.

§ 1º A conquista de mercado resultante de processo natural fundado na maior eficiência de agente econômico em relação a seus competidores não caracteriza o ilícito previsto no inciso II.

§ 2º Ocorre posição dominante quando uma empresa ou grupo de empresas controla parcela substancial de mercado relevante, como fornecedor, intermediário, adquirente ou financiador de um produto, serviço ou tecnologia a ele relativa.

§ 3º A posição dominante a que se refere o parágrafo anterior é presumida quando a empresa ou grupo de empresas controla 20% (vinte por cento) de mercado relevante, podendo este percentual ser alterado pelo Cade para setores específicos da economia. Redação dada pela Lei nº 9.069, de 29.6.95)

.....

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.

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

.....

LEI Nº 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000.

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

.....

Art. 4º Compete à ANS:

.....

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de acordo com parâmetros e diretrizes gerais fixados conjuntamente pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde; (Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24.8.2001)

.....

LEI Nº 10.185, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2001.

Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

.....

(À Comissão de Assuntos Sociais)

Publicado no **Diário do Senado Federal** de 15/06/2007

Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal – Brasília – DF

(OS:13307/2007)