



Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos



Câmara dos Deputados

(PL 3466/2004)

PL 3466/2004

Deputado Inocêncio de
Oliveira (PR/PE)

Autor do projeto



Banco de imagens / Câmara

PL 3466/2004

**Deputado Rafael Guerra
(PSDB/MG)**

Relator - Comissão de Seguridade
Social e Família



**Deputado Ronaldo
Dimas (PSDB/TO)**
Relator - Comissão de
Desenvolvimento Econômico,
Indústria e Comércio



Banco de imagens / Câmara

Deputado Nelson Pellegrino (PT/BA)

Relator - Comissão de Constituição e
Justiça e de Cidadania (CCJC)



Manu Dias/ Agecom

PL 3466/2004

**Deputado Jofran
Frejat (PR/DF)**

Relator da Emenda no Plenário



Banco de imagens / Câmara

Associação Médica Brasileira

PL 3466/2004

**Deputado Leonardo
Quintão (PMDB/MG)**
Relator da Emenda no Plenário



Banco de images / Câmarã

A photograph of the National Congress of Brazil, featuring the two towers of the Chamber of Deputies and the dome of the Senate. A large, bold, black stamp with a dashed border reads 'APROVADO'. A rainbow is visible in the sky to the left. The text 'Câmara dos Deputados' and 'PL 3466/2004' is visible in the lower right.

APROVADO

Câmara dos Deputados
PL 3466/2004

PL

39/2007

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

Resumo

Art. 1º Efeito da lei e entendimento;

Art. 2º Edição do Rol de Procedimentos e Serviços Médicos;

Art. 3º Negociação referida pela lei;

Art. 4º Impacto da variação anual;

Art. 5º Constituição de Câmara Técnica;

Art. 6º Data em que a lei entra em vigor.

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 contrataram 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 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 representativas 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 à 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.

PL 39/2007

§ 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.

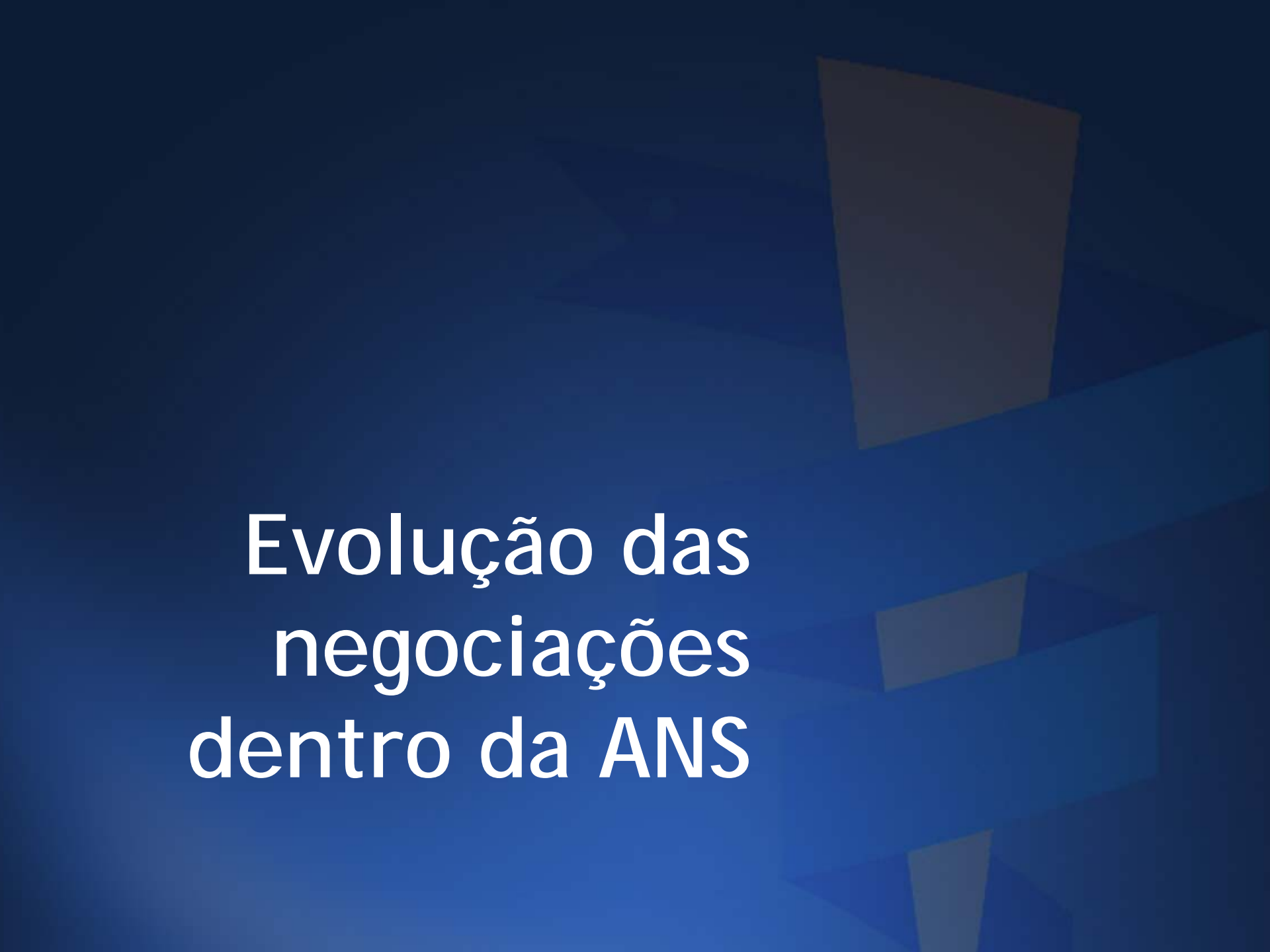
§ 2º Na hipótese de vencido o prazo previsto no inciso I do caput deste artigo, a ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste.

PL 39/2007

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.



Evolução das negociações dentro da ANS

Padrão TISS (Troca de informação em Saúde Suplementar)

- norma instituída pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- estabelece um padrão obrigatório para a troca de informações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos realizados em beneficiários de planos privados de saúde.

Outubro/2005

Resolução Normativa nº 114 (MARCO DO TISS).

Abril de 2007

Instrução Normativa - IN n.º 24

**Criação do Comitê de Padronização das Informações em Saúde
Suplementar pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS
(COPISS)**

COPISS - Composição

Setores representados:

- Agência Nacional de Saúde Suplementar: 3 representantes
- Ministério da Saúde 2 representantes
- Operadoras de planos de saúde: 7 representantes
- Prestadores de serviços de saúde: 9 representantes (Conselho Federal de Medicina; Conselho Federal de Odontologia; Federação Brasileira de Hospitais; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços; Associação Médica Brasileira; Sociedade Brasileira de Patologia Clínica; Colégio Brasileiro de Radiologia; Associação Nacional dos Hospitais Privados; Federação Nacional dos Médicos)
- Entidades de defesa dos consumidores: 1 representante
- Inst. públicas de ensino e pesquisa: 2 representantes

Tarefas do COPISS

- Decidir qual seria o sistema referencial de nomes e códigos dos procedimentos médicos.
- Atualmente, o sistema trabalha com várias tabelas.

Descrição

Lista de Procedimentos Médicos AMB 90

Lista de Procedimentos Médicos AMB 92

Lista de Procedimentos Médicos AMB 96

Lista de Procedimentos Médicos AMB 99

Tabela Brasíndice

CBHPM

Tabela CIEFAS-93

Tabela CIEFAS-2000

Rol de Procedimentos ANS

Tabela de Procedimentos Ambulatoriais SUS

Tabela de Procedimentos Hospitalares SUS

Tabela SIMPRO

Tabela TUNEP

Tabela VRPO

Tabela de Intercâmbio Sistema Uniodonto

Tabela Própria Procedimentos

Tabela Própria Materiais

Tabela Própria Medicamentos

Tabela Própria de Taxas Hospitalares

Tabela Própria de Pacotes

Tabela Própria de Gases Medicinais

Outras Tabelas

Setembro de 2008

Instrução Normativa nº 30/2008
Instituiu a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar.

ATA DO COPISS 1º DE AGOSTO DE 2008

Foi aprovado, por **unanimidade**, que será responsabilidade da **Associação Médica Brasileira (AMB)** definir a codificação e os termos que constituirão a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS)

A AMB será responsável pela manutenção, atualização e divulgação da TUSS referentes a procedimentos médicos, e suas propostas serão encaminhadas a ANS através do COPISS.

A AMB manterá, para este trabalho, uma câmara técnica, sob sua coordenação, composta por representantes nacionais das entidades médicas, das sociedades de especialidades e das entidades representativas de planos de saúde.

INSTRUÇÃO NORMATIVA - IN N° 34, DE 13/02/2009, DA DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL ANS

Dispõe sobre a instituição da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS do Padrão TISS para procedimentos em saúde.

Art. 1º As operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde deverão obrigatoriamente adotar a Terminologia Unificada em Saúde Suplementar (TUSS) para codificação de procedimentos médicos.

§ 1º A Associação Médica Brasileira (AMB) é a entidade responsável por definir a codificação e terminologia dos itens da TUSS para procedimentos médicos, assim como dar manutenção e publicidade à mesma, após aprovação da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do Comitê de Padronização de Informações em Saúde Suplementar (COPISS).

ATA DA REUNIÃO DA CÂMARA TÉCNICA PERMANENTE DA CBHPM, 16/10/2008

1 - A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), será utilizada como referencial em codificação e nomenclatura na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar para procedimentos médicos (TUSS) a ser adotada no sistema de saúde suplementar.

2 - Todos os novos procedimentos a serem introduzidos na TUSS deverão obrigatoriamente ser aprovados por esta câmara técnica.

Ajuste técnico - compatibilização: Rol da ANS, CBHPM e T USS

TISS - COPISS TERMINOLOGIA

CBHPM
3885
procedimentos

RoI ANS
2895
procedimentos

TISS - COPISS TERMINOLOGIA

CBHPM
3885

RoI ANS
2895

TISS - COPISS TERMINOLOGIA

CBHPM
990

COMUNS
2695

Rol
ANS
200

Outros
1200

TISS - COPISS TERMINOLOGIA

CBHPM
4150

Outros
1200

RoI ANS
3082

Outros
600

TISS - COPISS TERMINOLOGIA

TUSS

CBHPM

RoI ANS

Resolução Normativa

RN N° 71

17 de março de 2004

Res. Normativa N°71

Estabelece os requisitos dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde ou seguradoras especializadas em saúde e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.

Res. Normativa N°71

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no art. 3º e nos incisos II e IV do art. 4º da Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, e no art. 1º, § 2º, da Lei nº 10.185 de 12 de fevereiro de 2001, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II do art. 10 da Lei n.º 9.961 de 2000, considerando as diretrizes encaminhadas pela Câmara Técnica de Contratualização e contribuições da Consulta Pública nº 16/2003, de 16 de dezembro de 2003, em reunião realizada em 17 de março de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu Diretor-Presidente determino a sua publicação:

Res. Normativa N°71

Art.1° As operadoras de planos privados de assistência à saúde e as seguradoras especializadas em saúde deverão ajustar as condições de prestação de serviços com profissionais de saúde em consultórios ou com as pessoas jurídicas, mediante instrumentos jurídicos a serem firmados nos termos e condições estabelecidos por esta Resolução Normativa.

Res. Normativa N°71

Art. 2º Os instrumentos jurídicos de que trata esta Resolução Normativa devem estabelecer com clareza e precisão as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, aplicando-se-lhes os princípios da teoria geral dos contratos, no que couber.

Res. Normativa N°71

Parágrafo único. São cláusulas obrigatórias em todo instrumento jurídico as que estabeleçam:

I - qualificação específica:

a) registro da operadora na ANS; e

b) registro do profissional de saúde ou da pessoa jurídica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria SAS n° 376, de 3 de outubro de 2000, e pela Portaria SAS n° 511, 29 de dezembro de 2000;

II - objeto e natureza do ajuste com a descrição de todos os serviços contratados, contendo:

a) definição detalhada do objeto;

b) especialidade(s) e/ou serviço(s) contratado(s);

c) procedimento para o qual o profissional de saúde ou pessoa jurídica são indicados, quando a prestação do serviço não for integral; e,

d) regime de atendimento oferecido pelo profissional de saúde ou pessoa jurídica - hospitalar, ambulatorial e urgência;

Res. Normativa N°71

III - prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços contratados com:

- a) definição de prazos e procedimentos para faturamento e pagamento do serviço prestado;
- b) definição dos valores dos serviços contratados;
- c) rotina para auditoria técnica e administrativa, quando houver;
- d) rotina para habilitação do beneficiário junto ao profissional de saúde ou pessoa jurídica;
- e) atos ou eventos médico-odontológicos, clínicos ou cirúrgicos que necessitam de autorização administrativa da operadora;

IV - vigência dos instrumentos jurídicos:

- a) prazo de início e de duração do acordado;
- b) regras para prorrogação ou renovação.

Res. Normativa N°71

V - critérios e procedimentos para rescisão ou não renovação com vistas à preservação da relação entre profissional de saúde ou pessoa jurídica e paciente, garantindo-se a continuidade do atendimento em outro profissional de saúde ou pessoa jurídica, a saber:

- a) antecedência mínima de 60 dias para a notificação da data pretendida para encerramento da prestação de serviço, quando o prazo de vigência acordado for indeterminado;
- b) nos casos em que o prazo de vigência acordado for determinado, em situações de descumprimento contratual ou em caso de desinteresse pela renovação, a notificação deverá observar antecedência mínima de 30 dias;
- c) inserção das seguintes obrigações a serem observadas a partir da notificação:

Res. Normativa N°71

Item C:

1. manutenção da assistência pelos profissionais de saúde ou pessoa jurídica aos pacientes já cadastrados, até a data estabelecida para encerramento da prestação do serviço;
2. pagamento dessa assistência pela operadora na forma já acordada;
3. identificação formal pelo profissional de saúde ou pessoa jurídica à operadora dos pacientes que se encontrem em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial;
4. comunicação pela operadora aos pacientes identificados na forma do item anterior, garantindo recursos assistenciais necessários à continuidade da sua assistência;
5. disponibilidade do profissional de saúde ou pessoa jurídica em fornecer as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro profissional de saúde, desde que requisitado pelo paciente;

Res. Normativa N°71

VI - informação da produção assistencial, com a obrigação do profissional de saúde ou pessoa jurídica disponibilizar às operadoras contratantes os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, quando requisitados pela ANS, em atendimento ao disposto no inciso XXXI, do art. 4º da Lei nº 9.961 de 2000;

VII - direitos e obrigações, relativos às condições gerais da Lei nº 9.656 de 1998 e às estabelecidas pelo CONSU e pela ANS, contemplando:

- a) a fixação de rotinas para pleno atendimento ao disposto no art. 18 da Lei nº 9.656 de 1998;
- b) a prioridade no atendimento para os casos de urgência ou emergência, assim como às pessoas com sessenta anos de idade ou mais, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos de idade;
- c) os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade;**
- d) a autorização para divulgação do nome do profissional de saúde ou pessoa jurídica contratada;
- e) penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas; e
- f) não discriminação dos pacientes, bem como a vedação de exclusividade na relação contratual.

Res. Normativa N°71

Art. 3° As operadoras, juntamente com os profissionais de saúde ou pessoa jurídica, deverão proceder à revisão de seus instrumentos jurídicos atualmente em vigor, a fim de adaptá-los ao disposto nesta Resolução Normativa, no prazo de cento e oitenta dias, contados da sua vigência.

Parágrafo único Excepcionalmente, quando por motivos de força maior, o registro previsto na alínea 'b', do inciso I, do parágrafo único, do art. 2°, não estiver disponível no prazo disposto no caput deste artigo, a informação deverá ser incorporada em aditivo contratual específico a ser firmado no prazo máximo de trinta dias, contados da data da sua disponibilidade divulgada no sítio www.datasus.gov.br.

Art. 4° Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor - Presidente

Contratos

O Código Civil Brasileiro, no artigo 478, mostra a preocupação com o equilíbrio financeiro dos contratos.

A cláusula de reajustes garante o equilíbrio de condições entre as partes e esta é a essência do contrato.

Conclusão

**Consolidar no texto legal
o que já foi acordado.**



AMB

Associação Médica Brasileira