

PROJETO DE LEI Nº DE 2004.

(Do Sr. INOCÊNCIO OLIVEIRA)

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 desavença 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 de de 2004.

Deputado INOCÊNCIO OLIVEIRA
PFL-PE