CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 3.466-A, DE 2004

(Do Sr. Inocêncio Oliveira)

Estabelece critérios para a edição de lista referencial de honorários médicos, no âmbito nacional, e dá outras providências; tendo parecer da Comissão de Seguridade Social e Família, pela aprovação, com novo substitutivo (relator: DEP. RAFAEL GUERRA). Pendente de pareceres das Comissões de Desenvolvimento Econômico, Indústria e Comércio; e de Constituição e Justiça e de Cidadania.

NOVO DESPACHO:
ÀS COMISSÕES DE:
SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA
DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO
CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54)

APRECIAÇÃO:
Proposição sujeita à apreciação do Plenário

S U M Á R I O

I - Projeto inicial

II - Na Comissão de Seguridade Social e Família:
- parecer do relator
- 1º substitutivo oferecido pelo relator
- complementação de parecer
- 2º substitutivo oferecido pelo relator
- parecer da Comissão

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1° 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 1° de julho de cada ano.

Art. 2° A lista referencial de que trata o art. 1°. 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.

§ 2° 0 acordo de que trata este artigo será precedido de negociações que se iniciarão a partir do dia 1° de junho de cada ano, tendo como referência a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM.

§ 3° Expirado o prazo de 30 (trinta) dias da data prevista no § 1° 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

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

Art. 4° 0 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. 5° 0 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. 6° 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. 7° 0 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. 8° 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.

Cremos 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 COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 1988

TÍTULO III
DA ORGANIZAÇÃO DO ESTADO

.....

CAPÍTULO II
DA UNIÃO

.....

Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

I - direito tributário, financeiro, penitenciário, econômico e urbanístico;

II - orçamento;

III - juntas comerciais;

IV - custas dos serviços forenses;

V - produção e consumo;

VI - florestas, caça, pesca, fauna, conservação da natureza, defesa do solo e dos recursos naturais, proteção do meio ambiente e controle da poluição;

VII - proteção ao patrimônio histórico, cultural, artístico, turístico e paisagístico;

VIII - responsabilidade por dano ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico;

IX - educação, cultura, ensino e desporto;

X - criação, funcionamento e processo do juizado de pequenas causas;

XI - procedimentos em matéria processual;

XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;

XIII - assistência jurídica e defensoria pública;

XIV - proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência;

XV - proteção à infância e à juventude;

XVI - organização, garantias, direitos e deveres das polícias civis.

§ 1º No âmbito da legislação concorrente, a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais.

§ 2º A competência da União para legislar sobre normas gerais não exclui a competência suplementar dos Estados.

§ 3º Inexistindo lei federal sobre normas gerais, os Estados exercerão a competência legislativa plena, para atender a suas peculiaridades.

§ 4º A superveniência de lei federal sobre normas gerais suspende a eficácia da lei estadual, no que lhe for contrário.

CAPÍTULO III
DOS ESTADOS FEDERADOS

Art. 25. Os Estados organizam-se e regem-se pelas Constituições e leis que adotarem, observados os princípios desta Constituição.

§ 1º São reservadas aos Estados as competências que não lhes sejam vedadas por esta Constituição.

§ 2º Cabe aos Estados explorar diretamente, ou mediante concessão, os serviços locais de gás canalizado, na forma da lei, vedada a edição de medida provisória para a sua regulamentação.

** § 2º com redação dada pela Emenda Constitucional nº 5, de 15/08/1995.*

§ 3º Os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de Municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum.

.....

.....

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

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

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.

.....

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

I - RELATÓRIO

A proposição em tela, de autoria do ilustre Deputado Inocêncio de Oliveira, objetiva " o estabelecimento de critérios para a edição de lista referencial de honorários médicos, no âmbito nacional e dá outra providências". Durante a sua tramitação, foi apensado e desapensado o Projeto de Lei n.º 4.732, de 2001, de autoria da eminente Deputado Serafim Venzon, que "dispõe sobre a elaboração de tabela de honorários médicos, odontológicos e de outros profissionais", que recebeu tratamento em separado. Estando a matéria submetida a regime de urgência, nos termos do art. 155 do Regimento Interno, a apresentação de emendas poderá ocorrer em Plenário, conforme prevê o § 4º do art. 120 do mesmo instrumento.

De uma maneira geral, a proposição pretende instrumentar ação do Poder Público, para dirimir o conflito de interesses entre as operadoras de planos e seguros de assistência privada à saúde, os prestadores terceirizados de serviços médicos e os usuários, que atingem, segundo a própria justificativa do autor, trinta e oito milhões de pessoas em todo o País. Para esse efeito, prevê a edição de uma lista referencial de honorários e serviços médicos, a ser homologada e editada, até

1º de julho de cada ano, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a partir de acordo com representantes das operadoras, em nível nacional, e a Comissão de Honorários das Entidade Médicas, representada, entre outros, pelo Conselho Federal de Medicina – CFM. Caso as negociações, que tomarão por base a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, da Associação Médica Brasileira, não cheguem a contento, até trinta dias antes da data-limite, a definição passa para uma Câmara Arbitral, com doze diferentes membros, que incluem representantes do Poder Legislativo, da Advocacia Geral da União e do Ministério Público, do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, das Operadoras e Entidades Médicas, de Entidade de Defesa do Consumidor e de Entidade Especializada em Negociação, Mediação e Arbitragem.

Como desdobramento desta solução, há o estabelecimento de correlação automática, em proporção igual ou superior, entre os reajustamento das mensalidades e prêmios, que as operadoras virem a cobrar dos usuários, e o que vier a ser repassado aos prestadores de serviços médicos. Além disso, fixa-se prazos, procedimentos e condições, para processamento e efetivação de pagamentos das operadoras aos prestadores de serviços.

As medidas administrativas e punitivas, em razão do descumprimento de suas disposições, subordinam-se aos termos da legislação em vigor, ficando a indicação do órgão incumbido da sua aplicação a cargo do Poder Executivo.

Em coerência com o despacho inicial, a matéria situa-se no âmbito da competência deste Órgão Técnico, no que concerne ao mérito, embora haja vertentes de análise que alcancem a esfera de atribuição da Comissão de Desenvolvimento Econômico, Indústria e Comércio, devendo ainda manifestar-se a Comissão de Constituição, Justiça e de Redação, em relação aos pressupostos enunciados no art. 54 do Regimento Interno.

É o Relatório.

II - VOTO DO RELATOR

A evolução dos acontecimentos, relatada pela mídia nos últimos meses, dá conta de ostensiva divergência entre as operadoras do sistema de assistência privada à saúde, regulado pela Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1998, e pela Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e suas respectivas alterações, e os seus

prestadores de serviços, como tal entendidos aqueles contratados, referenciados ou credenciados, em regime de terceirização, pelas entidades de auto-gestão, pelas empresas de medicina de grupo, pela cooperativas médicas e pelas seguradoras que atuam no ramo de seguro-saúde, envolvendo a questão de preço dos serviços.

Mercê de um nível de radicalização poucas vezes observado no Brasil, a situação assumiu contornos dramáticos, pelas suas repercussões no atendimento da população, que viu suspenso o seu acesso às respectivas redes terceirizadas, salvo sob pagamento prévio e posterior solicitação de reembolso às operadoras. Obviamente, o problema não se circunscreve à classe médica, estendo-se também, embora sem tanta veemência, às atividades hospitalares, diagnósticas e terapêuticas, nem sempre situadas, de forma dominante e direta, no espectro da atuação médica.

Um quadro com tamanha amplitude e complexidade acarreta contratempos ao público-alvo do setor, constituído por àqueles, que, pertencendo em sua maioria, à sacrificada classe média, enfrentam crescente dificuldade em arcar com o ônus das suas mensalidades ou prêmios, para que não sejam surpreendidos ou pelo menos possam minimizar despesas de saúde, muitas vezes fortuitas e repentinas. Diante da falta de progresso sensível na sua abordagem ou equacionamento, a tendência, longe de passar pela exaustão dos atores, pode caminhar para o agravamento, e na sua repetição, ensejar uma tal nível de desgaste, que acabará levando ao colapso da saúde privada no Brasil.

O foco visível desse desentendimento, segundo o autor, reside no descompasso entre a prática do pagamento de um valor aviltado para os honorários e serviços médicos, praticamente sem alteração nos últimos doze anos, e a realidade de um patamar de reajustamento das mensalidades e prêmios de planos e seguros privados de saúde, beirando duzentos e cinqüenta por cento, neste mesmo período.

De qualquer modo, isso põe a descoberto a incapacidade jurídica e organizacional dos órgãos competentes de fazerem frente a impasses dessa ordem, o que exige um amplo processo participativo, que aumente o nível de controle social na superação dos problemas e na construção de alternativas viáveis, a cuja responsabilidade naturalmente o Poder Legislativo, as demais instituições, e a sociedade civil organizada não podem se furtar.

Neste sentido, a iniciativa do Deputado Inocêncio de Oliveira traz uma grande contribuição ao debate e ao aprofundamento dessa questão, que, na minha condição de Relator, procurei honrar, enriquecendo e aperfeiçoando a sua proposta inicial, na medida das possibilidades. Para isso, promovi algumas reuniões com representantes das operadoras e das entidades médicas, sobre o qual elaborei substitutivo que me pareceu mais consentâneo com as necessidades.

Como resultado desses antecedentes, tomei como inspiração e ponto de partida, manifestações mais completas, materializadas pela ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo e pela FENASEG – Federação Nacional de Seguros Privados, ao lado de outras mais pontuais e menos detalhadas da UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Dentre as entidades médicas, obtive a colaboração do Conselho Federal de Medicina – CFM, da Federação Nacional dos Médicos e da Associação Médica Brasileira – AMB. Como os interesses envolvidos nesta questão não se restringem ou resumem a estas instituições, procurei colher subsídios em outras áreas, aproveitando da minha vivência profissional e de outros contatos decorrentes de uma longa militância no setor saúde, hoje coroada pela minha condição de Presidente da Frente Parlamentar da Saúde.

Apesar da boa-vontade de que desfrutei, não tenho dúvidas de que a Relatoria deste Projeto de Lei constitui um dos maiores desafios de minha vida, ao qual procurei dar o melhor de mim e que continuarei a fazer, na medida do andamento desta matéria, já que, com certeza, esta terá pela frente muitas outras etapas a vencer. Por essa razão não a considero um produto pronto e acabado, até porque dependerá do crivo dos meus pares.

De início, tomei o cuidado de inserir esta proposição no contexto da atual legislação que trata dos planos e seguros de assistência privada à saúde, fora do qual qualquer tratamento inerente ao assunto perde a consistência e o sentido. Isso significa utilizar da legislação pertinente que regula as atividades das operadoras e disciplina os próprios planos e seguros privados de saúde, além da que estabelece a criação e define competências da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Por isso, trabalhei a nomenclatura, os objetivos, os conceitos e demais tratamentos, de modo a incrementar a eficácia da proposta, remetendo e complementando a Lei n° 9.656/ 98, e pela Lei n° 9.961/00, e suas respectivas

alterações, e reduzindo a margem para eventuais questionamentos, tornando inequívocos a sua aplicação e o seu alcance. Assim, enfatizei a padronização, o aumento da transparência e a racionalidade do processo de discussão de reajustamentos e de atribuição de valoração aos procedimentos serviços, que tornei mais incisivas, como meio de corrigir desvios e dirimir os conflitos. No seguimento, tornei ostensiva a possibilidade desse mecanismo afetar, tanto a clientela dos planos e seguros de saúde privados, como os prestadores de serviços terceirizados de saúde, que propositadamente alarguei, para que contemplasse todas as outras situações paralelas, na área hospitalar, diagnóstica e terapêutica, além daquelas inerentes aos serviços médicos, que enfrentam o mesmo problema de remuneração.

Não vejo outra forma de lidar com o problema, senão direta e frontalmente, apesar de abrir mão, em virtude das resistências, de mecanismos da criação de um órgão natureza arbitral, que substitui por uma Câmara Técnica consultiva, que passa a assumir o papel de Câmara Setorial – mais de acordo com a nossa tradição administrativa –, vinculada a ANS, quando, anualmente, for examinar e se manifestar obrigatoriamente, acerca do Rol de Procedimentos e Serviços Médicos - RPSM e sua respectiva valoração.

Numa variação da sua competência ordinária, já prevista em lei, poderá o Poder Executivo, neste caso, contar com um órgão de características especialícissimas, já que, apenas na circunstância, proferirá decisões de caráter deliberativo, sujeitas à homologação da ANS, que contará com um fórum de apoio, de participação quantitativamente equilibrada, entre os atores naturais desse processo, nestes incluídos os Órgãos Estaduais de Defesa do Consumidor, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC, o Ministério Público e a Ordem dos Advogados do Brasil – OAB. As demais mudanças de composição, com expurgo de representantes do Poder Legislativo e de outros órgãos da União ou do Governo Federal, tencionaram completar esse ajustamento.

No mais, mantive, com alguma adaptação o dispositivo que trata da aplicação de medidas administrativas e punitivas a serem aplicadas nos termos da legislação em vigor, dentro da mesma lógica que norteou todo o restante do conjunto, que torna a ANS peça chave desse conjunto, consolidando e liderando

tudo o que disser respeito a preços, seja de mensalidades e prêmios, seja de honorários.

Concluindo, voto pela aprovação do Projeto de Lei n° 3.466, de 2004, na forma do substitutivo em anexo, o que ajusta, reforça e amplia a abrangência da proposição original.

Sala da Comissão, em 14 de dezembro de 2004.

Deputado Rafael Guerra
Relator

1º SUBSTITUTIVO AO PROJETO N° 3.466, DE 2004

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica instituído o Rol de Procedimentos e Serviços Médicos - RPSM, acompanhado da respectiva valoração, a ser elaborado, revisado e editado anualmente, até 31 de março de cada período, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nos termos do inciso III do art. 4º da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

§ 1º A utilização do RPSM, no âmbito das relação das operadoras e seguros privados de saúde com os profissionais médicos ou empresas prestadoras de serviços de saúde e com a própria ANS, cumprirá aos seguintes objetivos:

a) Padronizar instrumentação de monitoramento da evolução de custos das operadoras de planos e seguros privados de saúde com a assistência à saúde de seus beneficiários ou consumidores;
b) Balizar a política de remuneração dos contratos e a realização de negociações, a intervalos de doze meses, entre as operadoras de planos e seguros privados de saúde e os prestadores de serviços de saúde terceirizados, sejam profissionais médicos ou empresas prestadoras de serviços de saúde;
c) 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;

d) Possibilitar a criação de mecanismos para dirimir conflitos e preservar o equilíbrio dos contratos, evitando prejuízos às partes e assegurando a continuidade do atendimento dos beneficiários ou consumidores, em nível nacional, regional ou municipal.

§ 2º Para efeito desta lei, entende-se como:

a) profissionais médicos, aqueles profissionais legalmente habilitados para o exercício da Medicina, de acordo com a Lei n° 3.268, de 30 de setembro de 1.957 e suas alterações;
b) empresas prestadoras de serviços de saúde, as pessoas jurídicas que tenham como atividade principal a execução de serviços médicos, nos termos da alínea anterior, ou ainda de serviços hospitalares, diagnósticos e terapêuticos;
c) operadoras de planos ou seguros privados de saúde, as pessoas, jurídicas assim classificadas, nos termos da Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1.998, e suas alterações, detentoras de registros definitivos ou não de autorização de funcionamento, expedidos pela ANS, de acordo com a legislação em vigor;
d) beneficiários ou consumidores, aqueles que contratarem Planos ou Seguros Privados de Assistência à Saúde junto às Operadoras aludidas na alínea anterior.

§ 3º O RPSM também poderá ser observado na relação entre os órgãos que integrem o Sistema Único de Saúde – SUS e os profissionais médicos ou empresas prestadoras de serviços de saúde, contratados ou conveniados.

Art. 2º A ANS, na elaboração, revisão e implantação do RPSM, tomará como referência a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, editada pela Associação Médica Brasileira – AMB, além das seguintes diretrizes:

I) O emprego da nomenclatura, códigos e os critérios de hierarquização dos procedimentos e serviços médicos compatíveis com o Rol de Procedimentos Médicos Mínimos a serem cobertos pelos contratos dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, de acordo com as respectivas Resoluções das Diretoria Colegiada da ANS;
II) A aplicação do RPSM nas negociações, a que se refere na alínea b do § 1º do art. 1º desta Lei, em âmbito nacional, regional ou municipal, conforme o caso, deverá ater-se às peculiaridades decorrentes da classificação e segmentação das Operadoras da ANS, sem prejuízo do porte delas e da realidade de mercado nesses diferentes níveis geoeconômicos, dentro da margem de variação de valores não superior a vinte por cento.

Art. 3º Anualmente, antes da edição inicial ou de revisão do RPSM, a ANS publicará resumo dos indicadores de variação dos custos médico-hospitalares, entre os dois períodos anteriores, considerados para esse efeito os custos médios, em nível nacional e regional ao lado das respectivas freqüências de utilização de eventos legalmente cobertos pelos planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 4º O Poder Executivo fica autorizado a constituir Câmara Técnica permanente, de caráter consultivo e de apoio à decisão, nos termos do previsto no inciso VIII, do art. 4º da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com seguinte composição:

I. Quatro representantes do Governo Federal, sendo um do Ministério da Saúde e três da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

II. Quatro representantes de entidades representativas das operadoras dos planos ou seguros privados de saúde, em nível nacional, sendo um do sistema de autogestão – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS , um do sistema de cooperativas médicas – Aliança Cooperativa Nacional UNIMED – Aliança UNIMED, um do sistema de seguro saúde – Federação Nacional de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG e um da sistema de medicina de grupo – Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE;

III. Um representante da Confederação Nacional de Saúde – CNS e três das entidades médicas, sendo um do Conselho Federal de Medicina – CFM, um representante da Federação Nacional dos Médicos – FENAM, um da Associação Médica Brasileira - AMB

IV. Quatro representantes de entidades de defesa e proteção dos direitos e interesses dos beneficiários ou consumidores, sendo um das Promotorias de Defesa do Consumidor dos Ministérios Públicos Estaduais ou do Distrito Federal e Territórios, um do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC, um do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor dos Estados ou do

Distrito Federal e Territórios, e um do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil - OAB .

§ 1º Quando a Câmara Técnica, a que se refere o *caput,* estiver reunida, em oitiva obrigatória, para apreciar e se manifestar sobre a proposta do RPSM, e a respectiva valoração, decorrentes do *caput* do art. 1º desta Lei, atuará como Câmara Setorial, em regime deliberativo, ficando as sua decisões sujeitas à homologação da ANS.

§ 2º Para a organização de seus trabalhos, a Câmara Técnica aprovará Regimento Interno, mediante proposta da ANS, prevendo a aprovação de suas manifestações pela maioria dos presentes, respeitado um quorum mínimo, e a coordenação de um dos Diretores da Agência, a quem incumbirá exercer, em caso de empate, além do voto pessoal o voto de minerva.

Art. 5º Sempre que houver modificação do RPSM que implicar em aumento do custo assistencial ou dos valores dos honorários e serviços médico-hospitalares, respaldada em manifestação conclusiva da Câmara Técnica, mencionada no § 1º do art. 4º, acolhida pela ANS, esta reconhecerá o seu impacto sobre o custo médico-assistenciais das operadoras sobre as contraprestações pecuniárias dos contratos da operadoras com o seus beneficiários ou consumidores.

Parágrafo único Caberá a ANS a divulgação dos percentuais de reajustamento e das correspondentes justificativas, para a sua fixação.

Art. 6º 0 descumprimento do disposto nesta Lei implicará em medidas administrativas e outras punitivas a serem aplicadas, nos termos da legislação vigente, pela ANS, sem prejuízo da edição de atos conjuntos com a Superintendência Nacional de Seguros Privados - SUSEP, quando assim se justificar.

Art. 7º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, produzindo efeitos a partir da data da sua regulamentação, em prazo não superior a 60 (sessenta) dias.

Sala da Comissão, em 14 de dezembro de 2004.

Deputado Rafael Guerra
Relator

COMPLEMENTAÇÃO DE PARECER

Na reunião deliberativa desta Comissão, realizada no dia 14 de dezembro de 2004, após a leitura do meu parecer ao Projeto de Lei nº 3.466/04, foram sugeridas algumas modificações ao substitutivo, que foram acatadas por este Relator: a exclusão do § 3º do artigo 1º e a alteração dos incisos I, II, III e IV do artigo 4º do projeto.

Diante do exposto, votamos pela APROVAÇÃO do Projeto de Lei nº 3.466/04, com o novo substitutivo que apresentamos em anexo.

Sala da Comissão, em 14 de dezembro de 2004.

Deputado **RAFAEL GUERRA**
Relator

2º SUBSTITUTIVO AO PROJETO DE LEI Nº 3466, DE 2004

Institui e estabelece critérios para a edição do "Rol de Procedimentos e Serviços Médicos", e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica instituído o Rol de Procedimentos e Serviços Médicos - RPSM, acompanhado da respectiva valoração, a ser elaborado, revisado e editado anualmente, até 31 de março de cada período, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nos termos do inciso III do art. 4º da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

§ 1º A utilização do RPSM, no âmbito das relação das operadoras e seguros privados de saúde com os profissionais médicos ou empresas prestadoras de serviços de saúde e com a própria ANS, cumprirá aos seguintes objetivos:

a) Padronizar instrumentação de monitoramento da evolução de custos das operadoras de planos e seguros privados de saúde com a assistência à saúde de seus beneficiários ou consumidores;
b) Balizar a política de remuneração dos contratos e a realização de negociações, a intervalos de doze meses, entre as operadoras de planos e seguros privados de saúde e os prestadores de serviços de saúde terceirizados, sejam profissionais médicos ou empresas prestadoras de serviços de saúde;
c) 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;
d) Possibilitar a criação de mecanismos para dirimir conflitos e preservar o equilíbrio dos contratos, evitando prejuízos às partes e assegurando a continuidade do atendimento dos beneficiários ou consumidores, em nível nacional, regional ou municipal.

§ 2º Para efeito desta lei, entende-se como:

a) profissionais médicos, aqueles profissionais legalmente habilitados para o exercício da Medicina, de acordo com a Lei n° 3.268, de 30 de setembro de 1.957 e suas alterações;
b) empresas prestadoras de serviços de saúde, as pessoas jurídicas que tenham como atividade principal a execução de serviços médicos, nos termos da alínea anterior, ou ainda de serviços hospitalares, diagnósticos e terapêuticos;
c) operadoras de planos ou seguros privados de saúde, as pessoas, jurídicas assim classificadas, nos termos da Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1.998, e suas alterações, detentoras de registros definitivos ou não de autorização de funcionamento, expedidos pela ANS, de acordo com a legislação em vigor;
d) beneficiários ou consumidores, aqueles que contratarem Planos ou Seguros Privados de Assistência à Saúde junto às Operadoras aludidas na alínea anterior.

Art. 2º A ANS, na elaboração, revisão e implantação do RPSM, tomará como referência a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, editada pela Associação Médica Brasileira – AMB, além das seguintes diretrizes:

I) O emprego da nomenclatura, códigos e os critérios de hierarquização dos procedimentos e serviços médicos compatíveis com o Rol de Procedimentos Médicos Mínimos a serem cobertos pelos contratos dos

Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, de acordo com as respectivas Resoluções das Diretoria Colegiada da ANS;

II) A aplicação do RPSM nas negociações, a que se refere na alínea b do § 1º do art. 1º desta Lei, em âmbito nacional, regional ou municipal, conforme o caso, deverá ater-se às peculiaridades decorrentes da classificação e segmentação das Operadoras da ANS, sem prejuízo do porte delas e da realidade de mercado nesses diferentes níveis geoeconômicos, dentro da margem de variação de valores não superior a vinte por cento.

Art. 3º Anualmente, antes da edição inicial ou de revisão do RPSM, a ANS publicará resumo dos indicadores de variação dos custos médico-hospitalares, entre os dois períodos anteriores, considerados para esse efeito os custos médios, em nível nacional e regional ao lado das respectivas freqüências de utilização de eventos legalmente cobertos pelos planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 4º O Poder Executivo fica autorizado a constituir Câmara Técnica permanente, de caráter consultivo e de apoio à decisão, nos termos do previsto no inciso VIII, do art. 4º da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com seguinte composição:

I. Quatro representantes do Governo Federal, sendo um do Ministério da Saúde e quatro da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

II. Cinco representantes de entidades representativas das operadoras dos planos ou seguros privados de saúde, em nível nacional, sendo um do sistema de autogestão – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS, um da UNIMED do Brasil, um do sistema de seguro saúde – Federação Nacional de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG, um da sistema de medicina de grupo – Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE, e um da Confederação das Misericórdias do Brasil - CMB;

III. Um representante da Confederação Nacional de Saúde – CNS e quatro das entidades médicas, sendo um do Conselho Federal de

Medicina – CFM, um representante da Federação Nacional dos Médicos – FENAM, um da Associação Médica Brasileira - AMB e um da Federação Brasileira de Hospitais - FBH;

IV. Cinco representantes de entidades de defesa e proteção dos direitos e interesses dos beneficiários ou consumidores, sendo um das Promotorias de Defesa do Consumidor dos Ministérios Públicos Estaduais ou do Distrito Federal e Territórios, um do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC, um do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor dos Estados ou do Distrito Federal e Territórios, um do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil - OAB, e um do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

§ 1º Quando a Câmara Técnica, a que se refere o *caput,* estiver reunida, em oitiva obrigatória, para apreciar e se manifestar sobre a proposta do RPSM, e a respectiva valoração, decorrentes do *caput* do art. 1º desta Lei, atuará como Câmara Setorial, em regime deliberativo, ficando as sua decisões sujeitas à homologação da ANS.

§ 2º Para a organização de seus trabalhos, a Câmara Técnica aprovará Regimento Interno, mediante proposta da ANS, prevendo a aprovação de suas manifestações pela maioria dos presentes, respeitado um quorum mínimo, e a coordenação de um dos Diretores da Agência, a quem incumbirá exercer, em caso de empate, além do voto pessoal o voto de minerva.

Art. 5º Sempre que houver modificação do RPSM que implicar em aumento do custo assistencial ou dos valores dos honorários e serviços médico-hospitalares, respaldada em manifestação conclusiva da Câmara Técnica, mencionada no § 1º do art. 4º, acolhida pela ANS, esta reconhecerá o seu impacto sobre o custo médico-assistenciais das operadoras sobre as contraprestações pecuniárias dos contratos da operadoras com o seus beneficiários ou consumidores.

Parágrafo único Caberá a ANS a divulgação dos percentuais de reajustamento e das correspondentes justificativas, para a sua fixação.

Art. 6º 0 descumprimento do disposto nesta Lei implicará em medidas administrativas e outras punitivas a serem aplicadas, nos termos da legislação vigente, pela ANS, sem prejuízo da edição de atos conjuntos com a Superintendência Nacional de Seguros Privados - SUSEP, quando assim se justificar.

Art. 7º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, produzindo efeitos a partir da data da sua regulamentação, em prazo não superior a 60 (sessenta) dias.

Sala da Comissão, em 14 de dezembro de 2004.

Deputado **RAFAEL GUERRA**
Relator

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Seguridade Social e Família, em reunião ordinária realizada hoje, opinou unanimemente pela aprovação, com substitutivo do Projeto de Lei nº 3.466/2004, nos termos do Parecer do Relator, Deputado Rafael Guerra, que apresentou complementação de voto.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Eduardo Paes - Presidente, Eduardo Barbosa, Dr. Francisco Gonçalves e Selma Schons - Vice-Presidentes, Amauri Gasques, Arnaldo Faria de Sá, Athos Avelino, Benjamin Maranhão, Darcísio Perondi, Elimar Máximo Damasceno, Geraldo Resende, Guilherme Menezes, Henrique Fontana, Hermes Parcianello, Homero Barreto, Jandira Feghali, José Linhares, Manato, Milton Barbosa, Neucimar Fraga, Rafael Guerra, Roberto Gouveia, Sandra Rosado, Saraiva Felipe, Alexandre Cardoso, André Zacharow, Jorge Gomes, Luci Choinacki e Zelinda Novaes.

Sala da Comissão, em 14 de dezembro de 2004.

Deputado EDUARDO PAES
Presidente

FIM DO DOCUMENTO