



## CÂMARA DOS DEPUTADOS

### PROJETO DE LEI Nº 3.466, de 2004.

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

**Autor:** Deputado INOCÊNCIO DE OLIVEIRA

**Relator:** Deputado RAFAEL GUERRA

#### 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



## CÂMARA DOS DEPUTADOS

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 nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e pela Lei nº 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, pelas 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, estendendo-se também,



## **CÂMARA DOS DEPUTADOS**

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 cinquenta 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,



## **CÂMARA DOS DEPUTADOS**

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 nº 9.656/ 98, e pela Lei nº 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



## **CÂMARA DOS DEPUTADOS**

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 especialíccissimas, 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, manteve, 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 nº 3.466, de 2004, na forma do substitutivo em anexo, o que ajusta, reforça e amplia a abrangência da proposição original.



## **CÂMARA DOS DEPUTADOS**

Sala da Comissão, em      de      de 2004.

**Deputado Rafael Guerra**

**Relator**



## CÂMARA DOS DEPUTADOS

### SUBSTITUTIVO AO PROJETO Nº 3.466, DE 2004

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

**Autor:** Deputado Inocêncio de Oliveira

**Relator:** Deputado. Rafael Guerra

#### **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 nº 3.268, de 30 de setembro de 1.957 e suas alterações;



## CÂMARA DOS DEPUTADOS

- 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 nº 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 frequências 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 nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com seguinte composição:



## CÂMARA DOS DEPUTADOS

- 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 suas 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.



## **CÂMARA DOS DEPUTADOS**

Art. 6º O 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.