

COMISSÃO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO.

PROJETO DE LEI Nº 3.058, DE 2004.

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde” e dá outras providências.

Autor: Deputado MÁRIO HERINGER

Relator: Deputado FRANCISCO GONÇALVES

I - RELATÓRIO

O Projeto de Lei em epígrafe, de autoria do ilustre Deputado Mário Heringer, visa a alterar a Lei nº 9.656, de 1998, de forma a obrigar as operadoras de planos de assistência à saúde a produzir relatório contendo o valor cobrado pelo prestador de serviços de saúde; o valor reconhecido pela operadora; o resultado da diferença entre o valor cobrado e o reconhecido; e a justificativa para tal diferença.

Dispõe, ainda, que o descumprimento dessas exigências sujeita o infrator às penalidades previstas nos arts. 25 e 27 da aludida Lei, que variam da advertência e multa pecuniária até a inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras.

Em sua justificação, o nobre autor argumenta que a elaboração do relatório proposto dará maior transparência às relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços, o que poderá contribuir para reduzir a sonegação fiscal e a prática de glosas injustificáveis.

Inicialmente, a proposição foi distribuída à Comissão de Seguridade Social e Família e à Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania. No prazo regimental, foi oferecida, naquela comissão de mérito, uma emenda de autoria do ilustre Deputado Osmânio Pereira.

Em 21 de junho do corrente ano, foi deferido requerimento revendo o despacho apostado ao projeto e determinando a inclusão deste egrégio Colegiado e da Comissão de Finanças e Tributação para análise da iniciativa.

Encerrado o prazo regimental, não foram apresentadas, nesta douta Comissão, emendas ao Projeto de Lei nº 3.058, de 2004.

É o relatório.

II - VOTO DO RELATOR

De acordo com informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), existem no Brasil mais de 2 mil empresas operadoras de planos de saúde registradas. Somados os três segmentos que conformam esse mercado – o comercial, o não lucrativo e o exclusivo para funcionários públicos -, estima-se que haja quase 40 milhões de clientes de planos e seguros de saúde no Brasil, ou seja, mais de 20% da população possui alguma forma de cobertura do sistema suplementar.

Em 2002, as empresas do setor faturaram cerca de 23 bilhões de reais, sendo que as cinquenta maiores operadoras concentraram cerca de 77% do total faturado, segundo informações contidas no relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde. Essa CPI destacou, ainda, que o Sistema Único de Saúde (SUS) recebeu neste mesmo ano, do Orçamento Geral da União, quantia similar para prestar assistência a número quatro vezes maior de usuários. Estes dados revelam a dimensão e a relevância do setor para a sociedade brasileira.

O estudo “Perfil dos Médicos no Brasil” mostra que, dentre os problemas apontados na relação entre operadoras e prestadores, as glosas de procedimentos ou medidas terapêuticas – que consistem no não pagamento integral, por parte das operadoras, das despesas do paciente - foram mencionadas por 72% dos profissionais entrevistados como grave interferência na autonomia profissional. Esta questão também foi apontada como fonte de atrito freqüente com os planos de saúde por 49% dos hospitais. Estima-se que, de 2001 a 2002, nos hospitais do Estado do Rio de Janeiro houve aumento médio de glosas de 34%.

Os argumentos das operadoras para essa prática têm sido tanto técnicos como administrativos. Os profissionais de saúde, por sua vez, se ressentem da postura dos planos que questionam a conduta dos médicos e duvidam do diagnóstico, glosando prescrições médicas.

Dentre as principais alegações das operadoras de planos de saúde à aludida CPI citam-se as de que o preço cobrado pelos hospitais por insumos é superior ao valor médio de mercado. Por sua vez, estes denunciam a imposição, por parte dos planos, de pagamentos de materiais com base no menor valor de similares; e a determinação de não pagamento de medicamentos de alto valor prescritos por médico assistente que não faça parte do corpo clínico do hospital. Também foram registradas glosas irregulares e sem justificativa.

Essas últimas acabam por lesar não só o hospital, mas também o consumidor. Em muitos casos, quando a operadora deixa de pagar o hospital, esse estabelecimento desconta o cheque caução do consumidor que passa, assim, a assumir a dívida.

As operadoras alegam, por sua vez, problemas de solvência e liquidez no setor. Dados apresentados à CPI mostram que, em 2002, cerca de 50% de uma amostra de 749 operadoras apresentavam esse tipo de problema. Além disso, segundo dados da Federação Nacional de Seguros Privados (FENASEG), houve um decréscimo do faturamento real das operadoras, entre 2001 e 2002. Informam, ainda, que a sinistralidade está em torno de 80% a 82%, isto é, para cada cem reais recebidos de contraprestação pecuniária, cerca de 82 reais são gastos em despesas médico-hospitalares.

Julgamos que a iniciativa em comento, ao dar maior transparência à relação entre operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e usuários é louvável e oportuna. A elaboração de relatórios com

informações sobre glosas de valores referentes a serviços de assistência à saúde e insumos fortalece o poder regulatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), possibilitando-a resguardar os legítimos interesses das partes envolvidas.

Destaca-se que a Lei 9.656, de 1998, estabelece, de maneira genérica, em seu artigo 20, que as operadoras são obrigadas a fornecer à ANS, periodicamente, todas as informações e estatísticas relativas às suas atividades. Ênfase é dada para dados de natureza cadastral, especialmente aqueles que permitem a identificação dos consumidores, para fins de ressarcimento de serviços prestados no SUS a usuários de planos de saúde. Não há, portanto, provisão clara a respeito das informações que deverão constar do relatório proposto no projeto em comento.

Sendo assim, acreditamos que o instrumento contido pela iniciativa em exame aperfeiçoa a referida Lei e facilita o processo de fiscalização da ANS.

Acatamos, também, a emenda oferecida na Comissão de Seguridade Social e Família, que estabelece a periodicidade para apresentação do relatório de que trata a proposição em tela.

Ante ao exposto, **votamos pela aprovação do Projeto de Lei nº 3.058, de 2004, e da emenda modificativa da Comissão de Seguridade Social e Família.**

Sala da Comissão, em de de 2004.

Deputado FRANCISCO GONÇALVES
Relator