



## CÂMARA DOS DEPUTADOS

# PROJETO DE LEI N.º 3.058-A, DE 2004 (Do Sr. Mário Heringer)

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; tendo parecer da Comissão de Desenvolvimento Econômico, Indústria e Comércio pela aprovação deste e da emenda apresentada na Comissão de Seguridade Social e Família (relator: DEP. DR. FRANCISCO GONÇALVES).

**DESPACHO:**

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

**APRECIAÇÃO:**

Proposição sujeita à apreciação conclusiva pelas Comissões - art. 24, II

## S U M Á R I O

- I - Projeto inicial
- II - Na Comissão de Seguridade Social e Família:
  - emenda apresentada na Comissão
- III - Na Comissão de Desenvolvimento Econômico, Indústria e Comércio:
  - parecer do relator
  - parecer da Comissão

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Acrescente-se o art. 35-N à Lei 9.656, de 3 de junho de 1988, com a seguinte redação:

“Art. 35-N. As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde ficam obrigadas a emitir relatório completo, na forma do disposto no § 1º deste artigo, no ato do reembolso ou pagamento previsto no art. 1º, inciso I desta Lei.

§ 1º O relatório a que se refere o *caput* deve discriminar:

- I – O valor cobrado pelo prestador;
- II – O valor reconhecido pela Operadora;
- III – O resultado da diferença entre os valores referidos nos incisos I e II deste parágrafo;
- IV – A justificativa da diferença de que trata o inciso III deste parágrafo, identificando os valores referentes a:

- a) Glosa;
- b) Tributos retidos;
- c) Erro;
- d) Outra causa, com obrigatoriedade discriminação da mesma.

§ 2º A emissão do relatório de que trata o *caput* deve ser isenta de condicionalidades, direta e gratuita.

§ 3º O descumprimento do disposto neste artigo incorrerá nas penalidades previstas nos arts. 25 e 27 desta Lei”.

Art. 2º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

## **Justificativa**

O Projeto de Lei que ora submetemos à avaliação dos nobres pares desta Casa visa aperfeiçoar a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 2003, no que respeita ao instrumento formal que comprova o pagamento por parte das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde aos profissionais das áreas médica e odontológica, bem assim às entidades hospitalares e aos centros diagnósticos que lhes prestam serviços.

A inexistência de determinação legal para regulamentar a comprovação e a discriminação dos pagamentos realizados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde contribui diretamente para a sonegação fiscal e para a prática da realização de glosas lineares injustificáveis.

Acreditamos que a aprovação do presente Projeto de Lei dará maior transparência às relações comerciais entre Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e prestadores, reduzindo as injustiças atualmente existentes nessa relação, bem como os riscos relativos à sonegação fiscal.

Esperamos contar com o apoio dos nobres colegas para a mais célere aprovação da presente matéria.

Sala das Sessões, 04 de março de 2004.

Deputado Mário Heringer

PDT/MG

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA  
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**

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

Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei sujeitam a operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde;

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras;

Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias referidas no inciso VII do art. 3º.

Art. 27. As multas serão fixadas pelo CNSP e aplicadas pela SUSEP, em função da gravidade da infração, até o limite de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 19 desta Lei.

Parágrafo único. As multas constituir-se-ão em receitas da SUSEP.

Art. 28. Das decisões da SUSEP caberá recurso ao CNSP, no prazo de quinze dias, contado a partir do recebimento da intimação.

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada ao consumidor com contrato já em curso a possibilidade de optar pelo sistema previsto nesta Lei.

Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

\* Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/08/2001.

#### **MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001**

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

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

.....  
IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;

.....  
VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)

"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata

esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)

"Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)

"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.

"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.

§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.

§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.

§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adaptação dos contratos de que trata este artigo." (NR)

"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;

II - aprovar o contrato de gestão da ANS;

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

- a) aspectos econômico-financeiros;
  - b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
  - c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
  - d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
  - e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
- V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)

"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado: (composição: vide Dec.4.044, de 6.12.2001)

- I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
- II - da Saúde;
- III - da Fazenda;
- IV - da Justiça; e

V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.

§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.

§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.

§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.

§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.

§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.

§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.

§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)

"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35." (NR)

"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei." (NR)

"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;

II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;

IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:

I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;

III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;

IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;

V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.

§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)

"Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)

"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990." (NR)

"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em consequência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)

"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)

"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do

exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)

"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)

"Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores." (NR)

Art. 2º Os arts. 3º, 5º, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998, resguardada às pessoas jurídicas de que trata o art. 1º a data limite de 31 de dezembro de 1998 para adaptação ao que dispõem os arts. 14, 17, 30 e 31.

Art. 3º O Poder Executivo fará publicar no Diário Oficial da União, no prazo de trinta dias, após a conversão desta Medida Provisória em lei, texto consolidado da Lei nº 9.656, de 1998.

.....  
.....

# COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA



CÂMARA DOS DEPUTADOS

## APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

### ETIQUETA

data	proposição <i>Projeto de Lei da Câmara nº 3058/2004</i>			
autor <b>Deputado Osmânia Pereira</b>			nº do prontuário	
1 <input type="checkbox"/> Supressiva	2. <input checked="" type="checkbox"/> substitutiva	3. <input checked="" type="checkbox"/> modificativa	4. <input checked="" type="checkbox"/> aditiva	5. <input checked="" type="checkbox"/> substitutivo global
Página	Artigo 35N	Parágrafo	Inciso	Alínea
<b>TEXTO / JUSTIFICAÇÃO</b>				
<b>EMENDA MODIFICATIVA</b>				
<p>Dê-se ao artigo 35-N e §1º do Projeto, a seguinte redação:</p> <p><b>“Artigo 35-N</b> As Operadoras de Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde ficam obrigadas a emitir semestralmente relatórios completos, na forma do disposto no §1º deste artigo, dos pagamentos ou reembolsos previstos no artigo 1º, inciso I, desta Lei, em favor dos prestadores de serviços de saúde, integrantes de sua rede credenciada ou referenciada.</p> <p>§1º O relatório a que se refere o “caput” deve discriminar, referente ao período de apuração previsto neste artigo, o seguinte:</p> <p>I – O valor cobrado pelo prestador;      II – O valor efetivamente pago pela Operadora;      III – A justificativa do resultado das eventuais diferenças entre valores de que tratam os incisos I e II deste Parágrafo.”</p>				
<b><u>JUSTIFICATIVA</u></b>				
<p>Apesar da boa intenção do autor do Projeto de Lei nº 3058, de 2004, a realidade é que, no setor de operação de Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, são praticados, anualmente, mais de 400 milhões de procedimentos médicos – ambulatoriais e hospitalares, realizados pela rede credenciada e referenciada das mencionadas operadoras.</p> <p>Se aprovado o Projeto, tal qual foi proposto, ou seja, o fornecimento de um relatório completo, com os dados ali indicados, a cada pagamento de fatura do prestador, o custo burocrático disso seria inimaginável, com impacto direto nos preços dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, em detrimento do consumidor.</p> <p>Portanto, mantendo o princípio do fornecimento do relatório pretendido pelo autor do Projeto, modifica-se a sua periodicidade e sintetizando-se os dados exigidos.</p>				
PARLAMENTAR				

## COMISSÃO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO

### 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 Osmânia Pereira.

Em 21 de junho do corrente ano, foi deferido requerimento revendo o despacho aposto 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 dourada 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 cinqüenta 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 mostraram 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 resarcimento 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 09 de novembro de 2004.

Deputado FRANCISCO GONÇALVES  
Relator

### **III - PARECER DA COMISSÃO**

A Comissão de Desenvolvimento Econômico, Indústria e Comércio, em reunião ordinária realizada hoje, aprovou unanimemente o Projeto de Lei nº 3.058/2004, e a emenda apresentada na Comissão de Seguridade Social e Família, nos termos do Parecer do Relator, Deputado Dr. Francisco Gonçalves.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Gonzaga Mota - Presidente, Dr. Benedito Dias, Almeida de Jesus e Reginaldo Lopes - Vice-Presidentes, Carlos Eduardo Cadoca, Durval Orlato, Edson Ezequiel, Fernando de Fabinho, Gerson Gabrielli, Jorge Boeira, Léo Alcântara, Osório Adriano, Reinaldo Betão, Ronaldo Dimas, Sergio Caiado, Vittorio Medioli, Odílio Balbinotti.

Sala da Comissão, em 1 de dezembro de 2004.

Deputado GONZAGA MOTA  
Presidente

**FIM DO DOCUMENTO**