



SENADO FEDERAL

(*) PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 380, DE 2011

Altera a lei nº 9.961, de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para estabelecer, dentre as competências da Agência, a de definir índices de reajustes dos honorários médicos, procedimentos e eventos em saúde oferecidos pelas operadoras de planos de saúde.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Acrescente-se o seguinte inciso XLIII, ao Art. 4º, da Lei nº 9.961, de 2000:

“I – ...

...

XLIII – homologar e fazer cumprir reajustes de honorários médicos de forma a preservar a mesma proporção dos reajustes das mensalidades dos beneficiários” (NR)

Art. 2º Esta Lei entrará em vigor em 180 dias após sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

As dificuldades encontradas pelos médicos em nosso país são muitas, o que faz desses profissionais verdadeiros heróis anônimos que, em meio às distorções ainda existentes no nosso Sistema Único de Saúde (SUS), que alguns maus gestores ainda persistem em não corrigir, têm a esperança, a força de continuar a trabalhar com dignidade. Esses profissionais, responsáveis por amenizar a dor e o sofrimento humano, hoje sofrem com o atendimento muitas vezes inadequado.

(*) Avulso republicado em 07/07/2011 por omissão da legislação citada.

Quanto à iniciativa privada, em especial, os planos de saúde representam um percentual expressivo daquilo que é destinado à saúde, daquilo que é investido em saúde no nosso País. Hoje, dos 347 mil médicos em atividade, cerca de 170 mil atuam na saúde suplementar. *45429.60922*

É inconcebível que um médico, que dedica anos de sua vida à sua formação e a salvar outras vidas, continue a ganhar de R\$20,00 a R\$40,00 por uma consulta médica e, muitas e muitas vezes, dentro dessa consulta, ainda há o direito de retorno, ou seja, de nova consulta e pouco mais de R\$100,00 por um procedimento cirúrgico, enquanto os planos de saúde faturam milhões e milhões com a atividade de saúde suplementar no Brasil.

Basta lembrar que, em 2010, a soma da movimentação de todos os planos de saúde em atividade no Brasil, cerca de 130 empresas, foi da ordem de R\$70 bilhões. A situação torna-se ainda mais sofrível quando analisamos a política de reajuste adotada por essas empresas.

Sabemos que o reajuste da mensalidade paga pelos segurados é apurado sempre acima da inflação, enquanto os valores pagos a título de honorários médicos sujeitam-se a reajustes inferiores à inflação.

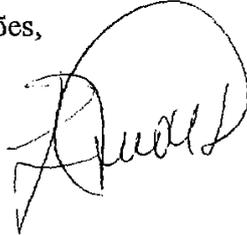
É evidente o descompasso das políticas adotadas pelos planos de saúde com a realidade médica vivenciada pelos 170 mil médicos que atuam na saúde suplementar.

Como médico e parlamentar me solidarizo com as queixas da classe médica em relação à política adotada pelos planos de saúde para o reajuste dos honorários médicos.

Pela relevância social do tema é que proponho eliminar essa perversa distorção garantindo aos médicos o reajuste de seus honorários sempre que houver reajuste das mensalidades dos clientes. É justo e razoável.

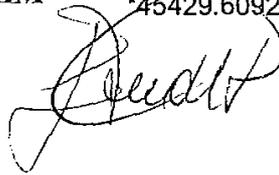
Para tanto, espero merecer o apoio dos ilustres senadores desta respeitada Casa legislativa.

Sala das Sessões,



Senador **EDUARDO AMORIM**

LEI Nº 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000
45429.60922



Sala das Sessões,

Senador **EDUARDO AMORIM**

Legislação citada

LEI Nº 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000.

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

...

Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Art. 4º Compete à ANS:

- I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
- II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
- III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;
- IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
- V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
- VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;

- VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
- IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
- X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
- XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;
- XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;
- XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;
- XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
- XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
- XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
- XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
- XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994;
- XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
- XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;

XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;

XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;

XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil dos operadores de planos privados de assistência à saúde;

XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;

XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;

XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;

XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei.

XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos;

XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira.

XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm - art4

a) conteúdos e modelos assistenciais;

- b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
- c) direção fiscal ou técnica; http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm - art4
- d) liquidação extrajudicial;
- e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
- f) normas de aplicação de penalidades; http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm - art4
- g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;

XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços.

§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.

...

(À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa)

Publicado no **DSF**, de 06/07/2011.