

São Paulo, 07 de março de 2022.

Posição da AMB sobre proposta do relator da Comissão Especial da Câmara dos Deputados para a alteração da Lei dos Planos de Saúde

A Associação Médica Brasileira (AMB) é uma associação civil de âmbito nacional, com personalidade jurídica e forma federativa, sem finalidade lucrativa e de interesse social, fundada há 70 anos, que congrega médicos em todo o território nacional. Dentre seus objetivos institucionais, destacam-se a atualização científica, a contribuição para a elaboração das políticas de saúde e o aperfeiçoamento do sistema médico assistencial público e privado do país.

A AMB analisou documento que tem circulado extraoficialmente, com proposta do Deputado Hiran Gonçalves, relator da Comissão Especial da Câmara dos Deputados, que analisa o Projeto de Lei nº 7.419/2006 e os cerca de 250 outros projetos a ele apensados que pretendem alterar a Lei nº 9.656/98, responsável por regulamentar os planos de saúde no Brasil.

A AMB avalia que, caso essa proposta seja oficialmente apresentada, poderá representar retrocessos à assistência à saúde suplementar no país.

No final de novembro de 2021, a AMB entregou à Comissão Especial instituída na Câmara dos Deputados um documento¹ com propostas que visam garantir a essência da medicina de qualidade e o adequado atendimento dos pacientes, o qual aproveita para reiterar integralmente.

Mas, infelizmente, a proposta analisada não contempla as solicitações da AMB, que demonstravam a necessidade de previsão de normas mais claras e protetivas aos prestadores de serviço na saúde suplementar, com vistas a garantir: (i) a autonomia do médico; (ii) a definição da CBHPM como referência para honorários profissionais; (iii) o efetivo reajuste à remuneração dos prestadores; (iv) um modelo adequado para a

¹ <https://amb.org.br/noticias/posicionamento-da-amb-sobre-as-alteracoes-a-lei-de-planos-de-saude/>

remuneração do serviço médico; (v) o reembolso obrigatório para consultas médicas; (vi) regras claras para o descredenciamento de médicos, clínicas e laboratórios; e (vii) regras para o controle externo das operadoras de planos de saúde. Também não contempla proposta de previsão legal de respeito às competências dos diferentes profissionais envolvidos na prestação de serviços de saúde.

O documento ainda prevê propostas de alteração à Lei de Plano de Saúde que prejudicam o atendimento adequado e necessário à saúde, em sentido diametralmente oposto às sugestões da AMB, que entende que a lei deve estabelecer o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde como referência básica para cobertura assistencial mínima e deve manter a proibição de comercialização de planos de saúde subsegmentados.

A AMB gostaria de chamar atenção para alguns pontos da proposta:

Extinção do plano referência e redução de coberturas

O documento apresenta proposta de extinguir a obrigatoriedade de comercialização pelas operadoras do chamado “plano referência” – plano de saúde completo com cobertura assistencial médico-ambulatorial, hospitalar e obstétrica, com padrão de enfermaria – definindo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10) como uma referência para a cobertura dos planos de saúde. Além disso, a proposta busca legalizar a taxatividade do Rol da ANS.

A tabela abaixo identifica as propostas de alteração na Lei 9.656/98 e a proposta da AMB:

Lei 9.656/98	Proposta do Relator	Proposta da AMB
Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas	Art. 10. É instituído o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles previstos no art. 35 desta Lei, tendo como referência a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas	Manter a redação original da lei. <i>A AMB entende que deve ser mantida a exigência legal de comercialização do plano-referência pelas operadoras, de ampla cobertura dos tratamentos para todas as doenças da CID-10, bem como que o Rol da ANS seja contemplado pela lei expressamente como referência básica para cobertura assistencial mínima pelos planos de saúde, que não inclui a restrição de direitos dos beneficiários. A AMB defende</i>

estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: (...)	estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: (...)	<i>que o Rol da ANS não pode ser entendido como uma lista taxativa, sendo sim meramente exemplificativa, conforme manifesto organizado em conjunto com outras entidades médicas e de consumidores nesse sentido.</i>
---	---	--

Cobertura de órteses, próteses e materiais especiais

Outra proposta sugere a inclusão na Lei nº 9.656/98 de regras para a cobertura das órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs) relacionados aos atos cirúrgicos. Algumas das regras propostas já constam da [Resolução CFM nº 1.956/2010](#), que determina que cabe ao médico assistente determinar as características (tipo, matéria prima, dimensões) dos OPMEs, bem como o instrumental compatível, necessário e adequado à execução do procedimento.

O normativo do CFM também já impõe a obrigação de o médico indicar às operadoras de planos de saúde pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, regularizados juntos à Anvisa e que atendam às características por ele especificadas. Contudo, o relatório busca criar previsão legal no sentido de que “a operadora deverá instaurar junta médica se discordar das marcas indicadas pelo profissional assistente”. Dadas as regras já existentes, a junta médica viria apenas para tentar negar cobertura do material mais adequado, conforme abaixo:

Lei 9.656/98	Proposta do Relator	Proposta da AMB
<i>Não há disposição nesse sentido.</i>	Art. 10-E. Para a cobertura dos custos das órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs) relacionados aos atos cirúrgicos, devem-se observar os seguintes requisitos, independentemente de outros que sejam determinados pela ANS: (...) I - Cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características das órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs) necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; II – o profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de	Rejeitar proposta de inclusão do parágrafo 1º. <i>A AMB entende que a lei não deve prever a possibilidade de a operadora discordar da cobertura de uma das 3 marcas indicadas pelo médico assistente, o que viola a autonomia do médico e prejudica e atrasa o atendimento do paciente.</i>

	fabricantes diferentes, quando disponíveis, que tenham comprovação técnica, sejam referenciados em práticas baseadas em evidências e estejam regularizados junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária. <u>§1º A operadora deverá instaurar junta médica ou odontológica se discordar das marcas indicadas pelo profissional assistente ou quando o profissional assistente não indicar as três marcas de produtos, quando disponíveis.</u>	
--	---	--

Permissão de subsegmentação do plano ambulatorial

No suposto relatório do Deputado Hiran Gonçalves, há também proposta que prevê a liberação da venda de planos com cobertura reduzida, que cobrem apenas consultas e exames simples, e excluem tratamentos ambulatoriais complexos, como tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, quimioterapia oncológica e radioterapia ambulatorial, hemodiálise e diálise peritoneal e outros tratamentos e procedimentos ambulatoriais considerados de alta complexidade.

Permitir a comercialização de produtos sem cobertura para problemas de saúde prevalentes como doenças respiratórias graves, distúrbios renais, neoplasias, entre outros pode ser extremamente prejudicial aos pacientes beneficiários de planos de saúde, além de “empurrar” para o SUS a cobertura de tratamentos de alto custo.

A AMB entende que deve ser mantida a proibição de comercialização de planos de saúde subsegmentados, ou seja, a vedação da venda de planos de cobertura ambulatorial restrita:

Lei 9.656/98	Proposta do Relator	Proposta da AMB
Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: I - quando incluir atendimento ambulatorial:	Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas. I - quando incluir atendimento ambulatorial: a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado,	Manter a redação original da lei. <i>A AMB entende que deve ser mantida a proibição de comercialização de planos de saúde subsegmentados (possibilidade de comercializar planos de cobertura ambulatorial restrita). Também é contrária à proposta de permitir a cobertura pelos planos de saúde de exames diagnósticos prescritos por profissionais não médicos.</i>

<p>a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;</p> <p>b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;</p> <p>c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes; (...)</p>	<p>em clínicas básicas e especializadas, de caráter preventivo ou curativo, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;</p> <p>b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, de caráter preventivo ou curativo, solicitados pelo médico assistente, exceto as previstas no inciso I-A;</p> <p>c) cobertura dos exames laboratoriais solicitados por nutricionistas exclusivamente necessários à avaliação, à prescrição e à evolução nutricional e dietoterápica do cliente, nos termos de regulamento.</p> <p><u>I-A- quando incluir atendimento ambulatorial complexo:</u></p> <p>a) todas as coberturas do inciso I;</p> <p>b) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes;</p> <p>c) quimioterapia oncológica e radioterapia ambulatorial;</p> <p>d) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;</p> <p>e) demais tratamentos e procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente e considerados de alta complexidade, conforme o regulamento.</p>	
---	--	--

Permissão de cobertura de exames prescritos por profissionais não médicos

A AMB manifesta-se contrária à proposta de permitir a cobertura pelos planos de saúde de exames diagnósticos prescritos por profissionais não médicos. A Lei nº 9.656/98 atualmente determina que os planos de saúde devem cobrir serviços de apoio diagnóstico solicitados pelo médico assistente, o que deve ser mantido.

O respeito ao ato médico, muito além de dizer sobre as competências exclusivas do médico, trata de delinear a atuação de todos os profissionais de saúde por meio de uma política de recursos humanos responsável e funcional. A AMB reconhece a importância de todos os profissionais dedicados a cuidar da saúde do paciente. Cada um deve atuar

guiando-se por sua formação, por meio da qual adquirem conhecimentos e habilidades específicas. É dessa forma que se obtém uma atuação mais eficiente e mais segura na prestação dos serviços e ações de saúde. Abaixo, a ilustração da mudança proposta e posição da AMB:

Lei 9.656/98	Proposta do Relator	Proposta da AMB
<p>Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:</p> <p>I - quando incluir atendimento ambulatorial:</p> <p>a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;</p> <p>b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;</p> <p>c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes; (...)</p>	<p>Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas.</p> <p>I - quando incluir atendimento ambulatorial:</p> <p>a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, de caráter preventivo ou curativo, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;</p> <p>b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, de caráter preventivo ou curativo, solicitados pelo médico assistente, exceto as previstas no inciso I-A;</p> <p>c) <u>cobertura dos exames laboratoriais solicitados por nutricionistas exclusivamente necessários à avaliação, à prescrição e à evolução nutricional e dietoterápica do cliente, nos termos de regulamento.</u></p>	<p>Manter a redação original da lei.</p> <p><i>A AMB é contrária à proposta de permitir a cobertura pelos planos de saúde de exames diagnósticos prescritos por profissionais não médicos.</i></p>

Notificação do consumidor inadimplente

Outra proposta é a de alteração da obrigação da operadora de notificar formalmente o beneficiário acerca da falta de pagamento das mensalidades de seu plano de saúde, de forma a permitir que o consumidor possa ser notificado “por qualquer meio que garanta a ciência da suspensão ou rescisão unilateral do contrato por não-pagamento da mensalidade”.

Abaixo a modificação pretendida:

Lei 9.656/98	Proposta do Relator	Proposta da AMB
<p>Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: (...)</p> <p>II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; (...).</p>	<p>Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: (...)</p> <p>II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; (...)</p> <p>§ 2º <u>A notificação do consumidor inadimplente poderá ser feita por qualquer meio que garanta a ciência da suspensão ou rescisão unilateral do contrato por não-pagamento da mensalidade, que deve ser comprovada de forma inequívoca, inclusive o meio eletrônico, na forma de regulamento.</u></p>	<p>Rejeitar proposta de inclusão do dispositivo.</p> <p><i>A AMB entende que a previsão pode dar margem para as operadoras descumprirem o dever de comunicar adequadamente ao consumidor sobre sua inadimplência e fazer com que percam a oportunidade de sanar seus débitos antes do cancelamento do contrato.</i></p>

Reajuste por faixa etária

O documento propõe ainda que a Lei de Planos de Saúde incorpore regras previstas atualmente na Resolução Normativa ANS nº 63/2003, além de permitir um “parcelamento” do aumento aplicado aos 59 anos, última faixa etária em que é possível reajustar o plano de saúde por idade.

Atualmente, a lei apenas permite o reajuste por faixa etária, sem detalhar as regras para sua imposição, e veda expressamente que esse aumento seja imposto a beneficiários

com mais de 60 anos, em consonância com vedação nesse sentido expressa no Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003).

Essa proposta visa legalizar permissão para que o valor da última faixa etária (59 anos) seja até seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18 anos), o que implica permitir que as operadoras apliquem reajustes de até 500% ao longo das 10 faixas etárias – o que é uma variação exorbitante – e que sejam aplicados aumentos na última faixa etária que podem ultrapassar 100% do valor da mensalidade, inviabilizando a permanência de idosos nos planos de saúde. Ao legalizar altos reajustes aos 59 anos, a proposta inclui a permissão de dividir esse aumento “em cinco parcelas, de 20% cada uma a cada cinco anos”, que serão ainda reajustadas pelo IPCA, o que pode implicar prejuízo ainda maior a depender da forma de aplicação dos percentuais parcelados. Veja abaixo:

Lei 9.656/98	Proposta do Relator	Proposta da AMB
<p>Art. 15. <i>(permite reajuste por faixa etária)</i> Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos.</p>	<p>Art. 15. <i>(permite reajuste por faixa etária)</i> § 1º É vedada a variação a que alude o “caput” para consumidores com mais de sessenta anos de idade, <u>sendo a variação da última faixa etária facultativamente aplicada em parcelas quinquenais</u>, de acordo com o disposto neste artigo. § 2º Para aplicação do reajuste da última faixa etária, a operadora, no momento em que o beneficiário completar 59 (cinquenta e nove) anos, poderá calcular o valor nominal total do reajuste, tomando por base o valor nominal da última mensalidade paga pelo beneficiário na faixa imediatamente anterior, <u>e poderá dividi-lo em cinco parcelas, de 20% (vinte por cento) cada uma, que poderão ser aplicadas, a primeira aos 59 (cinquenta e nove anos), e as demais a cada cinco anos</u>, nos termos de regulamento. § 3º Caso a operadora opte pelo parcelamento, no momento da aplicação da parcela do reajuste a que se refere o §2º deste art., <u>o valor nominal dessa parcela deverá ser corrigido pela variação, no período, do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA,</u></p>	<p>Rejeitar proposta de alteração do parágrafo único e de inclusão dos novos dispositivos.</p> <p><i>A AMB entende que, apesar de em um primeiro momento parecer que o “parcelamento” do reajuste poderia ser interessante por retardar os aumentos, se trata, na prática, de burla ao Estatuto do Idoso, buscando legalizar o reajuste por faixa etária a partir dos 60 anos, gerando aumentos sobre aumentos de forma que dificilmente serão controlados pelos consumidores. Não está como o reajuste será aplicado, sobre qual base, o que pode implicar aumento maior do que o estipulado inicialmente.</i></p>

	<p>publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo.</p> <p>§ 4º A regra do parcelamento do reajuste a que se refere o §2º não se aplica aos beneficiários que já tenham completado 59 (cinquenta e nove) anos na data da vigência desta Lei.</p> <p>§ 5º <u>O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa.</u></p> <p>§ 6º A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa etária não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa etária.</p> <p>§ 7º O percentual de aumento previsto no “caput” deve ser distribuído de forma equitativa e equilibrada entre as faixas.</p>	
--	---	--

Redimensionamento automático de rede credenciada

O documento inclui também proposta de garantir às operadoras a autorização automática do pedido de redimensionamento da rede hospitalar se a ANS não o analisar no prazo de 180 dias. Essa proposta desconsidera por completo que os descredenciamentos unilaterais e arbitrários de médicos e clínicas são alguns dos principais problemas enfrentados pelos prestadores de serviço e consumidores na saúde suplementar, tornando a omissão da ANS benéfica para as operadoras, como destacado abaixo:

Lei 9.656/98	Proposta do Relator	Proposta da AMB
<p>Art. 17. (...)</p> <p>§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando: (...).</p>	<p>Art. 17. (...)</p> <p>§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando: (...)</p> <p>§ 5º A ANS terá o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para analisar o pedido de redimensionamento da rede hospitalar a que se refere o § 4º deste artigo.</p> <p>§ 6º <u>Presume-se concedida a autorização do pedido de redimensionamento da rede hospitalar se a ANS não o</u></p>	<p>Rejeitar proposta de inclusão dos dispositivos.</p> <p><i>A AMB entende que não deve ser incluída a previsão de autorização automática de redimensionamento da rede, que pode beneficiar ou facilitar estratégias de operadoras para descredenciar prestadores por inércia da ANS.</i></p>

	analisar no prazo ao qual alude o § 5º deste artigo.	
--	--	--

Negociação coletiva de cláusulas contratuais entre operadoras e prestadores

Proposta interessante, mas que merece ser mais bem delineada, conforme apontado abaixo, consiste na permissão legal para que confederações sindicais e entidades de classe de âmbito nacional, sob mandato dos seus associados, celebrem acordos com as operadoras acerca das cláusulas contratuais de sua categoria representativa:

Lei 9.656/98	Proposta do Relator	Proposta da AMB
Art. 17-A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço. (...).	Art. 17-A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço. (...) § 2º-A. Fica facultado às confederações sindicais e <u>entidades de classe de âmbito nacional</u> , sob mandato dos seus <u>associados</u> , celebrar acordos com as operadoras de planos privados de assistência à saúde acerca das cláusulas contratuais de sua categoria representativa, observado o previsto no parágrafo anterior e desde que homologadas pela ANS.	Alterar proposta <i>Deixar mais claro que a AMB e suas federadas e sociedades de especialidades tem legitimidade para celebrar acordos com as operadoras acerca dos contratos com os médicos credenciados, referenciados ou cooperados, bastando que haja previsão estatutária para atuação na defesa da categoria médica. Excluir, portanto, a exigência de mandato individual dos associados, sob pena de inviabilizar a negociação.</i>

Modelo de remuneração de prestadores

Há ainda proposta que visa permitir a remuneração de prestadores de serviço na saúde suplementar por meio de “preços globais”, “capitação por região geográfica” ou “lista de pacientes”. A AMB entende que, no atual cenário de má remuneração do profissional médico e prejuízos à assistência adequada à saúde, essa proposta não deve ser incorporada à Lei nº 9.656/98, que deve, na verdade, vetar modelos de remuneração que repassem os riscos dos serviços aos profissionais de saúde e/ou interfiram na autonomia do médico.

A despeito das críticas ao modelo atual (*fee-for-service*, que consiste no pagamento por procedimento realizado), a AMB entende que, mediante valores adequados e menor desigualdade na relação entre médicos e operadoras, ele é ainda o que melhor preserva a autonomia médica.

Abaixo, as alterações propostas:

Lei 9.656/98	Proposta do Relator	Proposta da AMB
<p>Art. 17-A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço. (...).</p>	<p>Art. 17-A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço. (...)</p> <p>§ 2º-B. Para efeitos desta Lei, considera-se <u>remuneração por meio de preços globais</u> aquela que é feita para procedimentos que ofereçam condições de padronização, em razão da baixa variabilidade de utilização dos insumos e serviços. (...)</p> <p>§ 7º Os <u>modelos de remuneração com base na capitação por região geográfica ou por lista de pacientes</u> só poderão ser aplicados isoladamente em programas de prevenção ou promoção da saúde, ou de forma agregada com pagamentos por serviços, para as demais atividades assistenciais.</p>	<p>Rejeitar proposta de inclusão dos dispositivos.</p> <p><i>A AMB entende que não devem ser incluídas as permissões legais de remuneração por “preço global” e outras que podem configurar formas de remuneração ainda mais desfavoráveis aos médicos.</i></p>

Reajuste da remuneração de prestadores

O documento sugere que a Lei nº 9.656/98 contemple expressamente a “livre negociação” entre as partes como forma de reajuste da remuneração de prestadores prevista contratualmente.

Não raro os contratos de credenciamento ou referenciamento estabelecem regras complexas e de difícil compreensão sobre a suposta possibilidade de “livre negociação”

do reajuste, que por óbvio não ocorre diante da ausência de paridade de forças entre operadoras e prestadores, especialmente pequenas clínicas e pessoas físicas.

Outra proposta consiste em definir que o reajuste anual seja aplicado no prazo improrrogável de até 90 (noventa) dias da data do aniversário do contrato, sendo que atualmente a Lei prevê que esse prazo se inicia para todos os prestadores na mesma data: no início de cada ano-calendário (1º de janeiro). Abaixo, as alterações propostas e o posicionamento da AMB:

Lei 9.656/98	Proposta do Relator	Proposta da AMB
<p>Art. 17-A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço. (...).</p> <p>§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário. (...)</p>	<p>Art. 17-A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço. (...)</p> <p>§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de <u>até 90 (noventa) dias da data do aniversário do contrato.</u></p> <p>§ 5º-A <u>O contrato poderá prever o método da livre negociação entre as partes, desde que haja a previsão, de forma clara, do prazo de negociação, meio de demonstração da efetiva ocorrência da negociação, aceite de ambas as partes e efeitos da frustração da negociação.</u></p>	<p>Alterar proposta</p> <p><i>A AMB entende que a Lei nº 9.656/98 deve prever claramente que o contrato deve estabelecer forma de efetivo reajuste dos honorários médicos e dos demais prestadores, que deve garantir a revisão dos valores dos serviços contratados, incluindo a recomposição integral das perdas inflacionárias acrescida de percentual positivo em cada procedimento contratado, bem como um percentual adicional para os médicos com título de especialista. Deve também impor a obrigação da ANS de fiscalizar efetivamente a relação entre as operadoras e os prestadores de serviços, e punir os desvios e irregularidades.</i></p> <p><i>A AMB entende que não deve ser alterada a data base para início do prazo legal para aplicação do reajuste. Essa mudança prejudicará a negociação coletiva de reajustes e dificultará a situação de médicos que possuem diversos contratos de credenciamento diferentes.</i></p>

Acordos por operadoras com problemas econômico-financeiro ou administrativo

Outra proposta busca permitir que as operadoras com problemas econômico-financeiro ou administrativo, que não tenham tido sua liquidação extrajudicial decretada pela ANS, possam firmar acordos com seus credores para suspender a exigibilidade das obrigações vencidas, suspender a fluência do prazo das obrigações ainda não vencidas, deixar de

incidir juros moratórios sobre valores não pagos, entre outros. A AMB discorda desta proposta, como abaixo consignado:

Lei 9.656/98	Proposta do Relator	Proposta da AMB
Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial. (...)	Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer recuperação judicial e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão somente à liquidação extrajudicial. (...) § 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde <u>que não tenham tido sua liquidação extrajudicial decretada poderão firmar acordos com</u> , no mínimo, 2/3 (dois terços) dos seus credores <u>para</u> : I – <u>suspender a exigibilidade das obrigações vencidas</u> ; II – <u>suspender a fluência do prazo das obrigações vincendas anteriormente contraídas</u> ; III – <u>não incidência de juros moratórios</u> ; IV – <u>renegociação de contratos</u> ; V – imposição de obrigações positivas e negativas à operadora.	Rejeitar proposta de inclusão do dispositivo. <i>A AMB entende que a lei não deve prever a possibilidade de que as operadoras, diante da inércia da ANS em decretar sua liquidação, possam simplesmente deixar de pagar os médicos ou descumprir prazos para seus pagamentos.</i>

Alienação de carteiras

Consta do documento proposta que visa a alteração da Lei para definir que a alienação ou leilão das carteiras das operadoras, determinados pela ANS, não implicam sucessão de créditos de qualquer espécie, inclusive os trabalhistas. Ou seja, permite-se a alienação da carteira de beneficiários para nova empresa, ficando na antiga em dificuldades financeiras as dívidas, inclusive trabalhistas, com o que a AMB discorda, nos moldes refletidos a seguir:

Lei 9.656/98	Proposta do Relator	Proposta da AMB
Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da	Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da	Rejeitar proposta de inclusão do dispositivo. <i>A AMB entende que a lei não deve prever a possibilidade de alienação apenas da carteira das operadoras, deixando os créditos trabalhistas e outros na operadora que não terá condições de quitá-los.</i>

<p>carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso. (...)</p>	<p>carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso. (...)</p> <p>§ 6º A <u>alienação ou leilão das carteiras das operadoras de planos de saúde determinados pela ANS não implicam sucessão de créditos de qualquer espécie, inclusive os trabalhistas</u>, que não estejam expressamente compreendidos no ato de alienação.</p>	
--	--	--

Judicialização da saúde suplementar

Por fim, o último ponto de atenção consiste em proposta de inclusão de dispositivo na lei que estabeleça a obrigação de o juiz, antes de analisar pedido liminar em ação judicial que pleiteia cobertura de procedimento ou de produto ou medicamento, requisitar parecer de profissional da saúde, integrante de núcleo de apoio técnico de que disponha o tribunal ou de entidade conveniada, o que cria empecilhos ao acesso à Justiça e não pode ser acatado:

Lei 9.656/98	Proposta do Relator	Proposta da AMB
<p><i>Não há disposição nesse sentido.</i></p>	<p>Art. 35-O. Em demandas nas quais se pleiteie a realização de procedimento em saúde ou o fornecimento de produto para saúde ou medicamento, <u>o juiz deverá, antes de conceder a tutela de urgência, requisitar parecer de profissional da saúde, integrante de núcleo de apoio técnico de que disponha o tribunal ou de entidade conveniada.</u></p>	<p>Rejeitar proposta de inclusão do dispositivo.</p> <p><i>A AMB entende que a lei não deve cercear a concessão de liminares pela Justiça, ainda mais em se tratando de cobertura de tratamentos em que a demora pode colocar em risco à saúde do paciente. Em análises preliminares pela Justiça, deve prevalecer a prescrição do médico assistente, cuja indicação poderá ser analisada de forma adequada durante o processo.</i></p> <p><i>Além disso, a lei deve garantir a isenção dos órgãos de assessoramento técnico do Poder Judiciário, que deve contar com técnicos e organizações dotados de imparcialidade e sem conflitos de interesse.</i></p>

CONCLUSÃO

A AMB entende que as mudanças propostas no documento analisado atendem exclusivamente aos interesses das operadoras de planos de saúde, deixando de lado propostas que visam as demandas de pacientes e de prestadores de serviço.

A AMB reitera que acredita que a Comissão Especial criada para debater o tema, os demais deputados e o Presidente da Câmara dos Deputados, Deputado Arthur Lira, podem fazer um bom trabalho de modo a garantir a essência da medicina de qualidade e o adequado atendimento dos pacientes e, mais uma vez, se coloca à disposição para auxiliar e contribuir na confecção de um relatório que proteja a dignidade e a autonomia do trabalho médico e a sociedade brasileira.



CÉSAR EDUARDO FERNANDES
Presidente



JOSÉ FERNANDO MACEDO
Diretor de Defesa Profissional