

POSICIONAMENTO DA AMB **SOBRE AS ALTERAÇÕES À LEI DE 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, com base em seus pilares de atuação que preceituam, entre outros, uma assistência médica digna, respeitosa e resolutiva à cada paciente na sua singularidade e à população de um modo geral, sempre aliada ao exercício qualificado e digno do trabalho médico, vem a público se posicionar sobre algumas questões especialmente sensíveis e importantes aos médicos e, conseqüentemente, aos pacientes, com o objetivo de contribuir para o aprimoramento da legislação em vigor.

Atualmente, está em análise 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, em diversos aspectos diferentes. A AMB acredita que a Comissão Especial instituída na Câmara dos Deputados para debater o tema pode fazer um bom trabalho de modo e garantir a essência da medicina de qualidade e o adequado atendimento dos pacientes.

A Constituição Federal de 1988, além de instituir o Sistema Único de Saúde (SUS) como o sistema público de saúde, também permitiu que a iniciativa privada prestasse serviços de assistência à saúde¹.

O Código de Defesa do Consumidor (CDC), instituído pela Lei nº 8.078/90, é norma principiológica que deve ser obedecida por toda a legislação específica do setor de planos e seguros de saúde. O CDC determina que é vedado exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva² e que são nulas as cláusulas contratuais que estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade³.

¹ Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

² Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas: (...) V - exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva; (...).

³ Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que: (...) IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade; (...) § 1º

A Lei nº 9.656/98 foi importante para direcionar alguns aspectos desse setor, que precisam ser mantidos. Contudo, alguns aperfeiçoamentos são necessários, vez que os conflitos entre, de um lado, pacientes e profissionais de saúde, e de outro, operadoras de planos de saúde, ainda persistem, prejudicando a todos.

A CPI da Covid no Senado Federal escancarou o caos gerado pelo descaso com os médicos e a consequente má prestação de serviços na saúde suplementar ao analisar problemas na assistência prestada durante a pandemia por operadoras de planos de saúde, que se mostraram um dos maiores escândalos médicos na história do Brasil. Esses casos, de evidente gravidade, merecem ser tomados como exemplo para alterações necessárias à Lei nº 9.656/98 na busca de maior proteção aos médicos e demais profissionais de saúde e pacientes.

I) DA NECESSIDADE DE PREVISÃO DE NORMAS MAIS CLARAS E PROTETIVAS AOS PRESTADORES DE SERVIÇO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Inúmeros são os problemas enfrentados pelos prestadores de serviço na saúde suplementar: ausência de reajuste ou reajuste inadequados de honorários médicos; valores pagos aos procedimentos inferiores aos preconizados pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM); utilização de tabelas da AMB antigas e não mais vigentes para a remuneração dos médicos; descredenciamentos unilaterais e arbitrários de médicos e clínicas; imposição de contratos de adesão, sem possibilidade de negociação de suas cláusulas; glosas sem justificativas; limitação no número de procedimentos cuja cobertura pode ser solicitada; exigência de auditorias para a autorização de atos diagnósticos e terapêuticos; entre outras.

Para melhorar este contexto, a relação entre operadoras e prestadores de serviços, e a qualidade da assistência destinada aos pacientes, a AMB traz as seguintes propostas:

a) Garantia da autonomia do médico

A Lei nº 9.656/98 deve garantir expressamente a autonomia do médico em sua atividade profissional. A presença de um intermediário na relação médico-paciente, no caso de uma empresa operadora de plano ou seguro saúde, não pode representar um risco de restrições ao trabalho do médico, tendo como consequência um sério prejuízo ao atendimento resolutivo e de qualidade.

Presume-se exagerada, entre outros casos, a vantagem que: I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence; II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual; III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.

Recentemente, ficou claro o risco que o desrespeito à autonomia dos médicos pode gerar à saúde dos beneficiários, conforme amplamente noticiado pela mídia. Médicos de uma determinada operadora de planos de saúde denunciaram na CPI da Pandemia que não tinham autonomia, recebiam ameaças, eram obrigados a prescrever com “receita pronta” aos pacientes com a covid-19 um “kit de tratamento”, que continham medicamentos comprovadamente sem eficácia contra a doença. E os profissionais que eram contrários a essa determinação sofriam retaliações como redução no número de plantões ou demissões.

Não resta dúvida de que, na legislação de rege os planos de saúde, é preciso que seja explicitada a autonomia do médico na indicação de exames e procedimentos necessários para o melhor esclarecimento diagnóstico e para a adequada orientação terapêutica, assim como vedar qualquer imposição ou prática da operadora que impeçam o médico de definir o melhor tratamento para o seu paciente, respeitadas as melhores práticas e evidências científicas.

O fenômeno da verticalização também preocupa os médicos. Para reduzir custos, as operadoras passaram a ter seus próprios hospitais, clínicas, laboratórios de análises e médicos, passando a exercer um controle perigoso sobre toda a linha de serviço. A verticalização se mostra mais uma ameaça para a autonomia do médico e uma estratégia de mercado em detrimento da qualidade do serviço prestado ao paciente.

A verticalização por vezes vem ainda aliada a outra prática adotada pelas operadoras de planos de saúde que precariza o exercício da medicina: a imposição da contratação de profissionais da área médica como pessoa jurídica (“pejotização”), continuando a impor subordinação aos profissionais. O médico é obrigado a abrir mão de qualquer direito trabalhista e se vê muitas vezes esvaziado de sua autonomia profissional.

Portanto, a AMB entende que a Lei nº 9.656/98 precisa proteger melhor os médicos e demais prestadores de serviço de saúde de modo a garantir-lhes relação adequada com as operadoras e autonomia no atendimento ao paciente, sob pena de sérios prejuízos à assistência à saúde oferecida por este setor.

b) Da definição da CBHPM como referência para honorários profissionais

Um dos objetivos institucionais da AMB consiste na elaboração, atualização, divulgação e recomendação da classificação de procedimentos médicos para prestação de serviços médicos⁴.

⁴ Artigos 1º e 2º, I, II e VI do Estatuto Social da AMB - <https://amb.org.br/estatuto/>

Desde o surgimento dos planos de saúde, durante décadas, cada operadora criava sua própria tabela de códigos e procedimentos, de acordo com seus interesses específicos, sem critérios claros e sem qualquer conceito de hierarquização. A lógica de “remunerar menos” por serviços fundamentais, como a consulta médica, por exemplo, se refletiu na qualidade do atendimento a todos os pacientes e na dignidade do exercício profissional.

Após duros embates com as empresas do setor, que contaram sempre com a participação e a união das principais entidades médicas nacionais (AMB, CFM⁵, FENAM⁶), estaduais e as Sociedades de Especialidade, para cumprir seu objetivo institucional, a AMB criou em 2003 a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), uma lista de procedimentos que contempla todas as especialidades e prevê um padrão mínimo aceitável para a remuneração do exercício profissional.

Estruturada na lógica da hierarquização entre todos os procedimentos médicos, a classificação foi coordenada pela FIPE-USP⁷, discutida entre todas as Sociedades de Especialidade, e codificada, dividindo os procedimentos em quatorze Portes, cada qual com três subdivisões, que até hoje compõem a estrutura fundamental da CBHPM.

Atualmente 54 (cinquenta e quatro) sociedades de especialidades médicas⁸, também de âmbito nacional, que possuem amplo conhecimento técnico-científico sobre a evolução dos procedimentos e tratamentos médicos, são filiadas à AMB e trabalham em conjunto para atualizar constantemente a CBHPM.

Contudo, os honorários dos médicos credenciados às operadoras de planos de saúde continuam sendo pagos com base em tabelas próprias das empresas ou em edições antigas de tabelas da AMB, não mais vigentes. São muito inferiores aos valores propostos pela CBHPM atualizada e sequer reajustados para apenas atualizá-los monetariamente em razão da variação da inflação.

Portanto, a **CBHPM apresenta-se como um parâmetro necessário, que deve ser incorporado pela Lei de Planos de Saúde**, diante da imperiosa necessidade de os médicos brasileiros resgatarem o direito de valorizar o seu trabalho perante o Sistema de Saúde Suplementar.

⁵ Conselho Federal de Medicina.

⁶ Federação Nacional dos Médicos.

⁷ A Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) é um órgão de apoio institucional ao Departamento de Economia da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (USP).

⁸ <https://amb.org.br/sociedades-de-especialidade-filiadas-amb/>

Vale observar que desde 2013⁹, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) passou a utilizar a CBHPM como critério para atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Até hoje, a previsão de procedimentos médicos na CBHPM é um requisito para sua incorporação na saúde suplementar¹⁰.

Também, a CBHPM foi adotada pela ANS, desde 2011, como referencial para nomenclatura e codificação dos procedimentos médicos na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS). A AMB integra o Comitê de Padronização de Informações em Saúde Suplementar (COPISS), instância colegiada da ANS que tem como uma de suas finalidades a de revisar os termos integrantes do componente de representação de conceitos em saúde e analisar as solicitações de inclusões na TUSS.

A utilização da CBHPM pela ANS como parâmetro para a atualização do Rol de e da TUSS são demonstrações claras de sua credibilidade como instrumento de referência para o trabalho médico, essência do setor.

c) Garantia de efetivo reajuste à remuneração dos prestadores

Apesar de a Lei nº 9.656/98, após a alteração promovida pela Lei nº 13.003/2014, prever a necessidade de os contratos entre prestadores e operadoras pactuarem expressamente a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste (art. 17-A, §2º, II), na prática os contratos de credenciamento estabelecem cláusulas confusas, tabelas de valores não informadas e formas de reajuste que não garantem sequer a recomposição inflacionária.

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.

Há contratos que estabelecem reajustes de honorários com base em aberrações, como frações de índices oficiais, como por exemplo 20% do IPCA ou 10% do IGPM. Os índices oficiais de inflação foram criados para demonstrar integralmente a variação dentro do período apurado, aplicar fração de um índice não faz sentido, se não pelo único fato de reduzir os valores dos procedimentos.

A Lei nº 9.656/98 deve prever claramente que o contrato deve estabelecer a forma de efetivo reajuste dos honorários médicos e dos demais prestadores, que consiste

⁹ Nota Técnica nº 26, de 20 de fevereiro de 2013, da Gerência-Geral de Regulação Assistencial da ANS e artigo 7º, X, da Resolução Normativa nº 470/2021 da ANS.

¹⁰ Artigo 7º, inciso X, da Resolução Normativa ANS nº 470/2021.

na revisão dos valores dos serviços contratados, incluindo a recomposição integral das perdas inflacionárias acrescida de percentual positivo em cada procedimento contratado. 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.

d) Garantia de modelo adequado para a remuneração do serviço médico

Acrescente-se a este cenário de má remuneração do profissional médico e prejuízos à assistência adequada à saúde, propostas de novos modelos de remuneração que as operadoras estão implantando.

Até recentemente, o modelo adotado era o denominado *fee-for-service*, que consiste no pagamento por procedimento realizado. Apesar das críticas a este modelo, 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.

Contudo, as operadoras estão implantando modelos de remuneração alternativos, como os chamados “pagamentos por pacote” (*bundled payments*), nos quais o risco do negócio acaba sendo compartilhado com os médicos. Isto porque a operadora propõe um valor fechado para o tratamento e, caso sejam necessários outros procedimentos inicialmente não previstos, em razão de alguma intercorrência, o médico não será remunerado pela realização deles.

Ou seja, claramente há ingerência na autonomia do médico que, em razão do modelo de remuneração, pode se sentir cerceado na adoção dos procedimentos imprevistos inicialmente. O prejuízo para a assistência ao paciente é cristalino, sem falar na dificuldade criada para aqueles com casos graves, para os quais a possibilidade de intercorrências é maior.

Com modelos de remuneração com esta lógica, as operadoras de planos de saúde acabam por dividir o risco inerente aos serviços que propõem prestar aos consumidores com os próprios médicos, que assumem o ônus dos casos mais graves e das imprevisibilidades, aliás, inerentes à recuperação da saúde.

De outro lado, as operadoras repassam aos consumidores o custo dos aumentos de atendimentos, por meio dos reajustes por sinistralidade, aplicados conforme o aumento de utilização de determinado plano de saúde por seus usuários.

Ora, de um lado, os médicos assumem a conta das empresas do setor e, de outro, os pacientes pagam a mais sob a justificativa de equilibrar essas contas. Isto não pode ser

admitido. Vale lembrar que os lucros das operadoras não implicam, nunca, na redução de reajustes das mensalidades ou no aumento da remuneração dos prestadores!

Portanto, **a AMB entende que a Lei nº 9.656/98 precisa vetar modelos de remuneração que repassem os riscos dos serviços aos profissionais de saúde e/ou interfiram na autonomia do médico.**

e) Reembolso obrigatório para consultas médicas

Com base nas normas atuais, a assistência médica fornecida pelos planos de saúde pode ser prestada através do atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos (livre escolha, mediante reembolso); por integrantes de rede credenciada, contratada ou referenciada (exclusivamente por rede credenciada); ou ainda uma mescla dessas duas alternativas (livre escolha + rede credenciada).

Ou seja, se o plano de saúde estabelecer a prestação de serviços através exclusivamente de uma rede de prestadores credenciados, o beneficiário apenas poderá acessar os serviços dentre os integrantes dessa rede, salvo o caso de inexistência de prestador para uma determinada especialidade.

Neste contexto, **a AMB propõe a criação de norma que garanta o reembolso obrigatório para consultas médicas**, uma vez que a confiança na relação médico-paciente é fundamental para a boa prática da medicina. Ao limitar o leque de profissionais ofertados, as empresas impedem que pacientes possam escolher os profissionais de sua confiança.

Dessa forma, a Lei nº 9.656/98 deve permitir que a consulta médica seja feita sempre junto a profissionais médicos de preferência e confiança do paciente, mediante o reembolso dos valores pagos ao médico com base em valores e critérios definidos por cada operadora, que deverá ter como parâmetro mínimo o valor da consulta paga aos seus prestadores credenciados, referenciados ou cooperados.

f) Regras claras para o descredenciamento de médicos, clínicas e laboratórios

A Lei de Planos de Saúde também deve impor regras que proíbam a imposição de contratos de adesão¹¹ pelas operadoras, sem possibilidade de negociação de suas cláusulas pelos prestadores. Não há paridade de forças na negociação entre operadoras e prestadores de serviço que permita à legislação não determinar parâmetros para maior equalização de tais relações.

¹¹ O contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido estabelecidas unilateralmente pela operadora, sem que o prestador possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo.

A AMB entende que a Lei de Planos de Saúde deve prever que esses contratos deverão ser redigidos em termos claros e com caracteres ostensivos e legíveis, de modo a facilitar sua compreensão, bem como que as cláusulas que implicarem limitação de direito do prestador deverão ser redigidas com destaque.

Defende também que a Lei estabeleça a necessidade de aprovação das minutas de contratos pela ANS, através de uma Comissão da qual deve participar, ao menos, o CFM e a AMB, bem como representantes de outras profissões de saúde.

Além disso, é necessário **garantia legal contra os descredenciamentos unilaterais e arbitrários de médicos, clínicas e laboratórios**. A Lei nº 9.656/98, nos parágrafos do seu artigo 17, traz regras expressas para a substituição de hospitais¹², deixando de conferir clara e expressamente a mesma proteção aos prestadores não hospitalares.

Ainda dentro desse contexto, há a necessidade de **definição de critérios claros de qualificação dos prestadores** para evitar que sejam trocados por outros que não são equivalentes.

g) Controle externo das operadoras de planos de saúde

É essencial que a Lei nº 9.656/98 estabeleça uma forma de controle externo das atividades das operadoras, como forma de melhorar a fiscalização, o acompanhamento e o monitoramento das ações dessas empresas.

¹² Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência. § 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o *caput* deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. (...). § 2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. § 3º Excetuam-se do previsto no § 2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor. § 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando: I - nome da entidade a ser excluída; II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão; III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.

Para tanto, a AMB propõe a inclusão na Lei nº 9.656/98 de obrigatoriedade da criação de um Conselho Gestor na estrutura de cada operadora, composto por beneficiários dos planos de saúde, profissionais de saúde da rede de assistência dos planos e gestores, que terá a atribuição de atuar no planejamento, na avaliação, na fiscalização e no controle da execução das políticas e das ações das empresas, semelhante ao previsto na Lei do Município de São Paulo nº 13.325/2002¹³.

Outra proposta é a obrigatoriedade legal da criação do cargo de *ombudsman*, a ser preenchido por profissional indicado pela AMB e CFM, com mandato fixo, que deverá integrar a estrutura de cada operadora e será responsável por receber reclamações, informações ou sugestões relacionadas à atuação dos prestadores de serviços e da operadora aos quais estão vinculados e encaminhá-las aos órgãos internos ou externos (como a ANS, o Ministério Público, os Conselhos Profissionais, e outros), solicitando a adoção de providências e soluções cabíveis. Para a operacionalização dessa proposta, cada operadora deverá remunerar a função e fornecer a estrutura material e equipe adequadas.

II) DA GARANTIA DO ATENDIMENTO ADEQUADO E NECESSÁRIO À SAÚDE

a) Do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde como referência básica para cobertura assistencial mínima e não cerceamento da atuação do médico

Os planos e seguros de saúde privados, regulados pela Lei nº 9.656/98, são definidos como uma prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir a assistência à saúde¹⁴.

A norma do artigo 10¹⁵, da Lei nº 9.656/98 deve ser mantida tal como está atualmente redigida, garantindo a obrigatoriedade de prestação de serviços para o tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (atualmente a CID-10).

¹³ Fonte: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-13325-de-08-de-fevereiro-de-2002/>

¹⁴ Art. 1º (...) I – Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pé ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (...).

¹⁵ 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 enfermagem, 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 estabelecidas no art. 12 desta Lei (...).

Os incisos do artigo 10 dessa Lei preveem expressamente as exceções de cobertura admitidas aos planos e seguros de saúde: tratamento clínico ou cirúrgico experimental; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; tratamentos ilícitos ou antiéticos; e casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

A ANS, no exercício de sua competência legal, passou a editar normas que especificam as regras de cobertura estabelecidas em lei e editar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que consiste em uma lista de procedimentos, exames e tratamentos de cobertura mínima obrigatória pelos planos de saúde. É o que determina a Lei nº 9.961/2000, ao prever que compete à ANS elaborar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656/98¹⁶.

Para que toda a legislação aplicável ao setor seja observada, o Rol da ANS não pode ser entendido como uma lista taxativa, sendo sim meramente exemplificativa. Trata-se da referência básica para cobertura assistencial mínima pelos planos de saúde, que não inclui a restrição de direitos dos beneficiários. Ou seja, o fato de um procedimento não estar previsto nesse Rol não justificaria, por si só, a recusa de sua cobertura.

Vale lembrar que a edição da Lei nº 9.656/98 ocorreu em um contexto de intensa mobilização social pela regulação da garantia das coberturas de planos de saúde, visto que era comum que planos e seguros de saúde excluíssem a cobertura de tratamentos para diversas doenças, como câncer e AIDS¹⁷.

Tanto os tribunais superiores¹⁸ quanto o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP)¹⁹ possuem entendimento jurisprudencial tranquilo pela garantia da cobertura demandada pelos consumidores, independentemente de previsão expressa nessa listagem editada

¹⁶ Art. 4º Compete à ANS: (...) 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; (...).

¹⁷ Comissão parlamentar de inquérito com a finalidade de investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde. Relatório Final. Brasília, novembro de 2003. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/52-legislatura/cpisaude/relatoriofinal.pdf>.

¹⁸ TRETTEL, Daniela B. Planos de saúde na Justiça: o direito à saúde está sendo efetivado? Estudo do posicionamento dos Tribunais Superiores na análise dos conflitos entre usuários e operadoras de planos de saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo – Faculdade de Direito. 2009.

¹⁹ SCHEFFER, Mario César. TRETTEL, Daniela B. KOZAN, Juliana F. Judicialização na saúde suplementar. In. Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar / Organizado por Andréa Carlesso Lozer, Carla Valéria Cazarim Godoy, Fernando Antonio Gomes Leles, Karla Santa Cruz Coelho. – Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2015.

pela Agência, desde que haja fundamentação clínica e indicação médica para sua cobertura.

A AMB defende que Lei nº 9.656/98 deve continuar indicando as únicas exclusões possíveis de cobertura, evitando-se a recusa com base em entendimento inadequado sobre a função do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde em prejuízo dos pacientes, da autonomia do médico e da função do contrato de plano de saúde.

b) Da manutenção da proibição de comercialização de planos de saúde subsegmentados

A norma do artigo 10 da Lei nº 9.656/98, já referida anteriormente, traça a principal diretriz para a cobertura que deve ser fornecida aos beneficiários de planos de saúde, determinando a obrigatoriedade de prestação de serviços para o tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde.

A Lei de Planos de Saúde já prevê a possibilidade de segmentação assistencial dessa cobertura, que pode abranger procedimentos em âmbito: hospitalar; ambulatorial; e/ou obstétrico. A segmentação ambulatorial garante a prestação de serviços de saúde que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais; enquanto a hospitalar cobre a prestação de serviços em regime de internação hospitalar; e a obstétrica abrange a atenção ao parto e a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto.

Portanto, é possível às operadoras comercializar planos com as mais diferentes combinações de segmentação (apenas ambulatorial; apenas hospitalar; hospitalar com obstetrícia; ambulatorial e hospitalar; e ambulatorial e hospitalar com obstetrícia), desde que cumpram a obrigação de comercializar o plano denominado referência, que abrange assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, sendo sua acomodação em enfermaria.

A cobertura na saúde suplementar também pode ser limitada pela abrangência geográfica do plano contratado, ou seja, a Lei nº 9.656/98 permite que o contrato limite os locais onde a operadora do plano de saúde se compromete a oferecer a assistência à saúde – municipal, grupos de municípios, estadual, grupo de estados, nacional.

Contudo, as operadoras vêm, há anos, buscando flexibilizar ainda mais a cobertura que deve ser oferecida pelos planos de saúde, os chamados planos “baratos”, “acessíveis”,

“modulares” ou “customizados”, que deixam de fora os atendimentos mais caros e doenças frequentes como câncer, problemas cardíacos e tantos outros.

A argumentação das operadoras, responsáveis por propostas que lhes permitam legalmente comercializar planos com cobertura limitada, é a necessidade de disponibilizar “planos de saúde acessíveis a um maior número de brasileiros”.

Estes modelos de planos eram amplamente utilizados antes da referida lei e causaram enormes prejuízos aos usuários que, desconhecendo os itens excluídos, precisavam recorrer ao SUS nos momentos em que mais precisavam de atenção, diante de uma doença grave.

A AMB defende a necessidade de manter o modelo atual, garantindo a obrigatoriedade de planos referência, ambulatorial e hospitalar com ou sem obstetrícia, e rejeitando qualquer proposta de planos subsegmentados ou ditos “populares”, que representariam um grave retrocesso.

c) Do respeito às competências dos diferentes profissionais envolvidos na prestação de serviços de saúde

A AMB manifesta-se contrária a propostas legislativas que pretendam alterar a Lei nº 9.656/98 com o objetivo de permitir a cobertura pelos planos de saúde de exames diagnósticos prescritos por profissionais não médicos, como é o caso do Projeto de Lei nº 5.881/2019.

A Lei nº 9.656/98 atualmente determina que os planos de saúde devem cobrir serviços de apoio diagnóstico solicitados pelo médico assistente²⁰, o que deve ser mantido.

E a Resolução Normativa nº 465/2021 da ANS, que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, determina expressamente que os exames e demais procedimentos apenas serão cobertos pelo plano de saúde se solicitados por um médico, ou dentista quando for o caso²¹.

²⁰ 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: (...) b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; (...) II - quando incluir internação hospitalar: (...) d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; (...).

²¹ Art. 6º Os procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e em seus Anexos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais,

Além do mais, a Lei do Ato Médico (Lei nº 12.842/2012) estabelece que é ato privativo do médico a determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico²². Se os exames deverão ser analisados por um médico, responsável por determinar o diagnóstico e apresentar as alternativas terapêuticas ao paciente, por óbvio cabe a esse profissional avaliar a necessidade ou não de sua realização, bem como sua prescrição.

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.

III) DA NECESSIDADE DE MANUTENÇÃO E FORTALECIMENTO DO RESSARCIMENTO DO SUS

O SUS vem suportando, ao longo do tempo, parte da atenção à saúde que deveria ser prestada pelas operadoras de planos de saúde. Especialmente em casos mais graves ou de emergência, onde as dificuldades para acessar o tratamento no setor privado são maiores, os pacientes se veem obrigados a recorrer ao SUS.

O ressarcimento ao SUS, por parte das operadoras que deveriam ter prestado os atendimentos, já está devidamente regulamentado. Porém, na prática, o pagamento é muitas vezes contestado e retardado, com sérios prejuízos ao erário público.

A AMB defende o reforço e o aprimoramento das normas de ressarcimento ao SUS na Lei nº 9.656/98, para garantir que efetivamente os gastos nos serviços públicos, para atendimento de usuários do sistema suplementar de saúde, sejam prontamente ressarcidos.

respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde. § 1º Os procedimentos listados nesta Resolução Normativa e em seus Anexos serão de cobertura obrigatória uma vez solicitados pelo: I - médico assistente; ou II - cirurgião-dentista assistente, quando fizerem parte da segmentação odontológica ou estiverem vinculados ao atendimento odontológico, na forma do art. 4º, inciso I.

²² Art. 4º São atividades privativas do médico: (...) X - determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico; (...) § 1º Diagnóstico nosológico é a determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por, no mínimo, 2 (dois) dos seguintes critérios: I - agente etiológico reconhecido; II - grupo identificável de sinais ou sintomas; III - alterações anatômicas ou psicopatológicas (...).

Sendo essas as contribuições, a AMB consigna o respeito e a esperança no trabalho da Comissão Parlamentar Especial de Planos de Saúde, cujo relatório confia que preservará a autonomia do médico e demais profissionais de saúde e a qualidade da assistência à saúde prestada aos pacientes vinculados às operadoras de planos de saúde.

São Paulo, 23 de novembro de 2021.

Associação Médica Brasileira

Associação Bahiana de Medicina

Associação Catarinense de Medicina

Associação Médica Cearense

Associação Médica de Pernambuco

Associação Médica de Rondônia

Associação Médica de Roraima

Associação Médica de Tocantins

Associação Médica do Acre

Associação Médica do Maranhão

Associação Médica do Mato Grosso do Sul

Associação Médica do Paraná

Associação Médica do Rio Grande do Norte

Associação Médica do Rio Grande do Sul

Associação Paulista de Medicina

Sociedade de Medicina de Alagoas

Sociedade Médica de Sergipe

Academia Brasileira de Neurologia

Associação Brasileira de Alergia e Imunologia

Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular

Associação Brasileira de Medicina de Tráfego

Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação

Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica

Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde

Associação Brasileira de Nutrologia

Associação de Medicina Intensiva Brasileira

Associação Médica Homeopática Brasileira

Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva

Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Colégio Brasileiro de Radiologia

Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Federação Brasileira de Gastroenterologia
Sociedade Brasileira de Anestesiologia
Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular
Sociedade Brasileira de Cardiologia
Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão
Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica
Sociedade Brasileira de Clínica Médica
Sociedade Brasileira de Coloproctologia
Sociedade Brasileira de Dermatologia
Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Sociedade Brasileira de Infectologia
Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear
Sociedade Brasileira de Neurocirurgia
Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
Sociedade Brasileira de Patologia
Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial
Sociedade Brasileira de Pediatria
Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
Sociedade Brasileira de Reumatologia