

OF/PRES/AMB/165/2023

São Paulo, 27 de setembro de 2023.

Ao Excelentíssimo Senhor  
Deputado Federal

**Assunto: Posicionamento da AMB sobre o Parecer Preliminar de Plenário (PRLP n. 1 PLEN) – PL nº 7.419/2006 e apensos.**

Senhor Deputado,

A **Associação Médica Brasileira – AMB**, associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/ME sob nº 61.413.605/0001-07, com sede na Rua São Carlos do Pinhal, 324, Bela Vista, São Paulo, SP, CEP 01333-903, neste ato representada por seu Presidente, Dr. César Eduardo Fernandes, seu Diretor de Assuntos Parlamentares, Dr. Luciano Gonçalves De Souza Carvalho, vem, através do presente, manifestar seu posicionamento sobre o Parecer Preliminar de Plenário (PRLP n. 1 PLEN) que trata do Projeto de Lei nº 7.419/2006 e apensos.

Por meio de criteriosa análise do referido Parecer apresentado no dia 12/09/2023, especialmente quanto às propostas de alteração que afetam os médicos que atendem aos beneficiários de planos de saúde, a **AMB** considera positivas algumas alterações, dentre elas:

- (i) a inclusão do parágrafo 7º ao artigo 17-A, com a determinação para a ANS criar uma normativa que regule as glosas – um dos principais problemas dos médicos com as operadoras apontado pela AMB em seu posicionamento já entregue ao Relator;
- (ii) a inclusão do inciso IV ao artigo 18, com a proibição expressa de restrição à liberdade do exercício profissional do prestador credenciado – o que protege os médicos e demais prestadores de serviço de saúde de modo a garantir autonomia no atendimento ao paciente; e

(iii) a inclusão da alínea “b” ao inciso VI do artigo 12, com a garantia de reembolso ao consumidor que quiser seguir tratamento indispensável à sobrevivência ou incolumidade com médico que for descredenciado durante o tratamento.

Contudo, a **AMB constatou que o Substitutivo proposto contém propostas de alteração que podem prejudicar a atuação dos médicos no atendimento a beneficiários de planos de saúde e, conseqüentemente, a qualidade da assistência médica.**

Sendo assim, pretendendo colaborar para a elucidação de Vossa Excelência e dos demais Deputados desta Casa, a AMB destaca as propostas de alteração **que precisam ser reavaliadas e excluídas do Substitutivo** que será levado à apreciação do Plenário da Câmara dos Deputados.

### **I) A inclusão do inciso I do parágrafo 14 ao artigo 10 e a potencial limitação da garantia de cobertura de procedimentos não previstos no Rol.**

O Substitutivo apresentado no PRLP n. 1 PLEN propõe a inclusão do inciso I do parágrafo 14 ao artigo 10 da Lei 9.656/98, com a seguinte redação:

*“§ 14. **Caberá à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS:***

*I – **definir, por meio de regulamento, o conceito de evidência científica disponível sobre eficácia, efetividade, acurácia e segurança do medicamento, do produto ou do procedimento prescrito para fins de autorização da cobertura, nos termos do disposto no § 13 deste artigo;**”*

A alteração proposta pelo Substitutivo pretende delegar à ANS a função de “definir o conceito de evidência científica “para fins de autorização da cobertura”. O conceito de evidência científica, contudo, está devidamente delineado pela literatura e consiste na existência de “provas”, normalmente artigos e pesquisas, que comprovem a eficácia de determinado tratamento. E quem tem a expertise para avaliar a existência de evidências científicas dos tratamentos médicos são os profissionais e as sociedades médicas.

Delegar para a ANS essa função, ainda que a Agência se assessore para tanto, não tem sentido e pode gerar sérios desvios na escolha do melhor tratamento e no atendimento à saúde da população.

Além disso, também esbarra na natureza do rol de procedimentos de cobertura obrigatório, o Rol da ANS, que atualmente é referência básica, admitindo-se a cobertura de procedimentos outros, desde que preenchidos os requisitos trazidos pela lei (rol não taxativo).

Como deve ser no caso de saúde, não resta mais dúvida de que as operadoras de assistência à saúde são obrigadas a oferecer cobertura de exames ou tratamentos que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Vale transcrever a atual redação da Lei nº 9.656/95:

*“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, exceto:*

*§ 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação.*

*(...)*

*§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde. (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)*

*§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura DEVERÁ ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que: (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)*

*I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; OU (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)*

*II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais. (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)*

Assim, na prática, caso o beneficiário de plano de saúde precise se submeter a tratamento não previsto no Rol da ANS, cabe ao seu médico prescrever o tratamento e emitir um relatório justificando a necessidade do tratamento e apontando as evidências científicas e plano terapêutico. Isso é suficiente – e assim deve continuar – para que a operadora deva cobrir o tratamento.

**II) A inclusão da alínea “d” ao inciso I do artigo 12 e os problemas relacionados à autorização da cobertura de exames solicitados diretamente por profissionais não médicos em regime ambulatorial.**

O Substitutivo apresentado no PRLP n. 1 PLEN também propõe a inclusão da alínea “d” ao inciso I do artigo 12 da Lei 9.656/98, com a seguinte redação:

*“d) cobertura dos exames laboratoriais solicitados por nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, desde que sejam necessários para a avaliação de condutas de suas áreas de atuação, de acordo com as necessidades do paciente, respeitadas as diretrizes de utilização e as determinações ou os limites dos respectivos Conselhos Profissionais acerca da finalidade específica da solicitação, nos termos de regulamento;”*

Caso essa proposta seja aprovada, os planos de saúde que incluam a cobertura de atendimento ambulatorial serão obrigados a cobrir exames laboratoriais solicitados diretamente 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<sup>1</sup>, 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 caso<sup>2</sup>.

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 nosológico<sup>3</sup>. Se os exames deverão ser analisados por um médico, responsável por determinar o

---

<sup>1</sup> 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; (...).

<sup>2</sup> 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, 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.

<sup>3</sup> 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 (...).

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.

As operadoras frequentemente justificam os altos reajustes anuais dos planos de saúde em razão do aumento da sinistralidade, que considera, dentre outros, o aumento da realização de exames. A partir do momento em que profissionais não médicos forem autorizados a solicitar exames, certamente a demanda pela sua realização aumentará exponencialmente, sem falar na repetição de mesmos exames, o que levará certamente a um aumento ainda maior dos valores das mensalidades.

O médico é o profissional qualificado para, após criteriosa avaliação clínica do paciente, filtrar e definir quais exames são essenciais e indispensáveis para a definição do seu diagnóstico e tratamento, e deve continuar fazendo este gerenciamento.

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) A inclusão de parágrafo 2º ao artigo 18 e o estabelecimento de obrigação da ANS de fiscalizar a adequação das solicitações médicas.**

Ainda, o Substitutivo apresentado no PRLP n. 1 PLEN sugere a inclusão de parágrafo 2º ao artigo 18 da Lei 9.656/98 e o estabelecimento de obrigação da ANS de fiscalizar a adequação das solicitações médicas, com a seguinte redação:

*“§ 2º A Agência Nacional de Saúde Suplementar deverá desenvolver mecanismos para **fiscalizar a adequação das solicitações por médico** assistente de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos e a sua conformação com os protocolos e recomendações estabelecidos pelas sociedades de especialidades e amplamente divulgados em seus portais. ”*

De acordo com a Lei 9.961/00, Lei de criação da ANS, a Agência é órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde (artigo 1º). A finalidade institucional da ANS é “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” (artigo 3º).

As atribuições legais da Agência estão dispostas no artigo 4º, onde fica cristalino que não lhe compete, ainda que indiretamente, disciplinar a conduta dos profissionais médicos, assim como não lhe foi dado poder para interferir na relação médico-paciente.

Por sua vez, a Lei 3.268/57 dispõe, em seu artigo 2º, que “O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente”. E, na alínea “c” de seu artigo 15, estabelece que é atribuição dos Conselhos Regionais fiscalizar o exercício da profissão de médico.

O Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.222/2018, estabelece como princípio fundamental que compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e da sociedade. E seu artigo 20 proíbe ao médico “permitir que interesses pecuniários (...) do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde, interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade”.

Caso o médico indique a realização de algum tratamento ou exame que não tenha fundamento em evidências científicas, sua conduta poderá configurar infração ética e ele poderá ser investigado e apenado pelo Conselho Regional de Medicina perante o qual está inscrito.

Portanto, a competência legal para fiscalizar a adequação das solicitações feitas por médico é dos Conselhos de Medicina. Delegar à ANS a fiscalização da adequação das solicitações médicas exorbita suas competências legais e invade competência exclusiva dos Conselhos de Medicina, razão pela qual a sugestão de alteração legislativa proposta desvirtua as regras legais de competência atualmente existentes.

Além disso, resta ainda considerar diversos aspectos de extrema relevância que ainda não foram contempladas no Substitutivo e merecem ser reavaliadas e nele inseridas, conforme posicionamento da AMB já entregue à V. Sa., mas novamente anexo, especialmente os seguintes:

**(i) Definição de referência para honorários profissionais:** inclusão, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, de parâmetros referenciais para valores de honorários devidos pela realização de cada procedimento, como forma de evitar que cada operadora estabeleça sua própria tabela de códigos e procedimentos, de acordo

com seus interesses específicos, sem critérios claros e sem qualquer conceito de hierarquização. Trata-se de uma demanda bastante antiga dos profissionais médicos que se submetem a tabelas de honorários irrisórios e congeladas no tempo. Uma referência mínima de valores indicada no próprio Rol de Procedimentos, certamente contribuiria para diminuir a desigualdade nesta relação e para o melhor atendimento aos pacientes.

**(ii) Garantia de efetivo reajuste à remuneração dos prestadores:** é necessária a inclusão na Lei nº 9.656/98 de previsão clara de que o contrato com os prestadores de serviços deve estabelecer a forma de efetivo reajuste dos honorários médicos, que consiste na revisão dos valores dos serviços contratados, incluindo, a cada ano, a recomposição integral das perdas inflacionárias acrescida de percentual positivo em cada procedimento contratado. Essa alteração visaria impedir que contratos de credenciamento ou referenciamento estabeleçam regras sobre a suposta possibilidade de “livre negociação” do reajuste ou reajustes de honorários com base em aberrações, como frações de índices oficiais.

**(iii) Garantia legal contra os descredenciamentos unilaterais e arbitrários de médicos e clínicas e definição de critérios claros de qualificação dos prestadores:** a Lei nº 9.656/98, nos parágrafos do seu artigo 17, traz regras expressas para a substituição de hospitais<sup>4</sup>, deixando de conferir clara e expressamente a mesma proteção aos demais prestadores, como os médicos. Ainda dentro desse contexto, há a necessidade de definir legalmente critérios claros de qualificação dos prestadores para evitar que sejam trocados por outros que não são equivalentes.

---

<sup>4</sup> 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.

**(iv) Garantia de possibilidade de negociação coletiva de reajuste, valores de remuneração e cláusulas contratuais:** como não há paridade de forças na negociação entre operadoras e os prestadores de serviço, especialmente médicos e clínicas, é necessário que a legislação estabeleça parâmetros para maior equalização de tais relações, como a permissão de negociação coletiva de reajustes, valores de remuneração e cláusulas contratuais por meio sindicatos, entidades de classe e associações de prestadores.

Por todo o exposto, a **AMB** reitera que acredita que V. Sa., na qualidade de Relator das propostas de alteração à Lei de Planos de Saúde, pode **reavaliar o Substitutivo e considerar as demandas dos médicos que não foram nele contempladas, estando as principais acima expostas, bem como excluir, conforme ora tratado, as seguintes propostas de alterações:**

- (i) a inclusão do inciso I do parágrafo 14 ao artigo 10, em razão do risco de limitação da garantia de cobertura de procedimentos não previstos no Rol;
- (ii) a inclusão da alínea “d” ao inciso I do artigo 12, que autoriza a cobertura de exames solicitados por profissionais não médicos em regime ambulatorial;
- (iii) a inclusão de parágrafo 2º ao artigo 18, por ser absolutamente descabido que a ANS usurpe competência exclusiva dos Conselhos de Medicina de fiscalizar a atuação do médico.

A **AMB** se coloca à disposição para auxiliar e contribuir na para que a Lei nº 9.656/98 seja melhorada de forma que proteja a dignidade e a autonomia do trabalho médico e a sociedade brasileira.

Com votos de elevada estima e consideração,



LUCIANO GONÇALVES DE SOUZA CARVALHO  
Diretor de Assuntos Parlamentares



CÉSAR EDUARDO FERNANDES  
Presidente