

PARECER Nº , DE 2015

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 467, de 2013, de autoria da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH), que *dispõe sobre autoprograma de saúde ou cartão saúde*.

RELATOR: Senador **EDUARDO AMORIM**

I – RELATÓRIO

Vem à Comissão de Assuntos Sociais (CAS), o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 467, de 2013, de autoria da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH), que *dispõe sobre autoprograma de saúde ou cartão saúde*.

O PLS nº 467, de 2013, foi apresentado pela CDH como conclusão do Parecer nº 1.229, de 2013–CDH, proferido sobre a Sugestão (SUG) nº 7, de 2013, patrocinada pela Associação Brasileira de Autoprograma de Saúde (ABRAPs).

A proposição é composta por treze artigos.

O art. 1º submete às disposições da lei que se originar da proposição as pessoas jurídicas de direito privado que operam autoprograma de saúde, definido como a atividade organizada para o fim de facilitar ao consumidor a utilização de produtos ou serviços relacionados à saúde, escolhidos na rede credenciada da operadora, mediante o pagamento do preço previamente acordado.

Define-se como operadora de autoprograma de saúde ou de cartão saúde a pessoa jurídica que instituiu o autoprograma ou cartão saúde, mediante convênios ou contratos com os fornecedores de produtos e com os prestadores de serviços relacionados à saúde de sua rede credenciada (art. 1º, inciso I).

O convênio ou contrato de credenciamento firmado entre a operadora de autoprograma de saúde ou cartão saúde e o fornecedor que integrará a rede credenciada conterá o preço e as demais condições da prestação do serviço ou venda do produto ofertado (art. 1º, inciso VII).

Nos termos do § 1º do art. 1º, o autoprograma de saúde não está subordinado às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde (ANS), por não oferecer plano privado de assistência à saúde, tal como definido pelo § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, e nem garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica.

O § 4º do art. 1º ressalva que poderão ser utilizadas, nos convênios ou contratos firmados entre as operadoras e os fornecedores, tabelas oficiais de valores de produtos, bem como outros preços pactuados livremente, os quais deverão ser informados ao consumidor sempre que solicitado.

Nos termos do art. 2º, o proponente se tornará participante do autoprograma de saúde quando tiver sua proposta aceita pela operadora e efetuar o pagamento da prestação prevista no contrato firmado.

Poderão ser contratados planos familiares, empresariais e coletivos de autoprograma de saúde (art. 2º, § 3º).

Nos termos do § 3º do art. 3º, pelo pagamento que é feito pelo usuário pelos produtos ou serviços que escolher da rede credenciada, não há período de carência, nem limite de idade, nem restrição quanto a doença preexistente, limitação de tempo de tratamento ou internação hospitalar, nem tampouco quanto aos atendimentos de urgência ou emergência.

Conforme o art. 4º, o pagamento aos fornecedores será feito diretamente pelo usuário.

Segundo o art. 5º, deverão constar dos contratos entre as operadoras e os usuários dispositivos que indiquem o prazo de validade e a forma de atualização dos preços dos produtos e serviços ofertados, que devem corresponder aos dos convênios ou contratos firmados entre a operadora e o fornecedor.

Ressalte-se que as operadoras não responderão nem solidária nem subsidiariamente pelos produtos ou serviços contratados pelos usuários junto aos fornecedores da rede credenciada (art. 5º, inciso V).

Caberá ao participante, antes de efetuar a contratação e o pagamento, consultar o fornecedor acerca da existência ou não do produto ou serviço ofertado (art. 5º, inciso VI).

Poderá ocorrer o não atendimento ou a interrupção do tratamento, mesmo que de urgência e emergência, no caso de não pagamento da anuidade à operadora ou do valor do produto ou serviço ao fornecedor (art. 5º, inciso VIII).

A operadora deverá informar aos usuários onde consultar as atualizações periódicas da rede credenciada, bem como acerca dos produtos e serviços que deixarem de ser ofertados por motivo justificado pelos fornecedores (art. 5º, § 2º).

O art. 6º estabelece que devam constar dos convênios ou contratos firmados entre operadoras e fornecedores da rede credenciada dispositivos que indiquem a tabela com os valores que serão cobrados pelos produtos ou serviços oferecidos e a forma de sua atualização, permitida a utilização de tabelas adotadas pelo mercado.

Os convênios ou contratos terão prazo de validade anual, podendo ser renovados (art. 6º, inciso IV).

Os consumidores de diferentes operadoras e os clientes vinculados a planos de saúde não poderão ser discriminados ou atendidos de forma distinta (art. 6º, inciso VII).

A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando-se os casos de emergência ou urgência, assim como pessoas com mais de 65 anos de idade, gestantes, lactantes, lactentes e crianças de até cinco anos (art. 6º, inciso VIII).

É vedado às operadoras impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional (art. 6º, inciso IX).

Nos termos do art. 10, os fornecedores de produtos ou serviços de saúde responderão solidariamente pelos danos que causarem ao consumidor.

De acordo com o art. 11, as operadoras não responderão, nem solidária nem subsidiariamente com os fornecedores, pelos danos que os produtos ou serviços da rede credenciada causarem aos consumidores. As operadoras somente responderão por danos que diretamente causarem aos consumidores, por inexatidão das informações dos contratos, das redes credenciadas, ou desatendimento ao disposto na lei.

Conforme justificção oferecida pela Abraps, a proposição busca regulamentar o sistema de autoprograma de saúde no País, cujo princípio básico é o pagamento direto do usuário ao prestador de serviços de saúde, segundo valores referenciados em tabelas dos conselhos de classe e tabelas nacionais de convênios, previstas em contrato.

Segundo cálculos da própria Abraps, os participantes de autoprogramas de saúde, que hoje somam mais de um milhão de usuários, poderiam alcançar a casa dos vinte milhões de brasileiros, o que contribuiria para desonerar o Sistema Único de Saúde (SUS) e criar uma alternativa aos planos privados de assistência à saúde.

A CAS foi a única comissão designada para opinar sobre o mérito da matéria.

A proposição não recebeu emendas.

II – ANÁLISE

Nos termos do inciso I do parágrafo único do art.102-E do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), as sugestões legislativas que recebem parecer favorável da CDH são transformadas em proposições legislativas e encaminhadas à Mesa, para tramitação, com a oitiva das comissões competentes para o exame de mérito.

Nesse sentido, incumbe à CAS pronunciar-se sobre a matéria, por se tratar de tema relacionado à proteção e defesa da saúde, conforme dispõe o inciso II do art. 100 do Risf.

De acordo com a Abraps, as empresas a ela associadas atuam em um segmento que oferece alternativa aos planos privados de assistência

à saúde e ao Sistema Único de Saúde (SUS), uma “terceira via de saúde no Brasil”, o assim denominado sistema de “Autoprograma de Saúde”.

O princípio básico desse sistema, segundo a Abraps, é o pagamento direto do usuário ao prestador de serviços, em valores referenciados em tabelas. O público-alvo é aquele que não tem condições de pagar pelo atendimento particular ou pelo plano de saúde, ou, ainda, “se vê inseguro em se dirigir aos serviços públicos”.

As entidades médicas, contudo, têm repudiado propostas dessa natureza, por considerá-las antiéticas e prejudiciais ao consumidor.

Com efeito, de acordo com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), os denominados “cartões de desconto” vêm aparecendo e reaparecendo no mercado há mais de uma década, com os mais diferentes nomes e aparências.

Assim, em 6 de novembro de 2002, foi editada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) a Resolução nº 1.649, que considerou antiética a participação de médicos como proprietários, sócios, dirigentes ou consultores de empresas de cartão de descontos. Alguns anos depois, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) editou norma de conteúdo similar, a Resolução nº 77, de 4 de dezembro de 2007, que *dispõe sobre descontos em honorários odontológicos através de cartões de desconto*.

Para o CFM, as empresas operadoras de cartões de desconto são apenas intermediadoras do trabalho médico, sem compromisso solidário de qualidade ou de responsabilidade civil na assistência à saúde e, portanto, expõem o médico a inúmeros riscos legais, além de afrontarem várias disposições do Código de Ética Médica.

Em 2008, o CFM voltou ao tema, publicando a Resolução nº 1.836, de 22 de fevereiro, que veda ao médico o atendimento de pacientes encaminhados por empresas que anunciem ou comercializem planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos.

O novo Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931, de 2009), por seu turno, veda ao médico “estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento, cartões de descontos ou consórcios para procedimentos médicos”.

Além disso, para a entidade, a publicidade desses vários tipos de cartões é enganosa e pode confundir o consumidor, pois dá a entender que se trata de um plano de saúde.

A título de exemplo, no Estado de São Paulo, ao longo de 2011, o Cremesp notificou 575 médicos e diretores médicos de estabelecimentos de saúde que participavam de cartões de descontos em parceria com empresas funerárias, em 95 cidades do estado. As funerárias mantinham esse tipo de procedimento, intermediando consultas e oferecendo cartões de desconto para médicos.

Em janeiro de 2012, as entidades médicas de São Paulo – Cremesp, Associação Paulista de Medicina (APM) e Sindicato dos Médicos de São Paulo (SIMESP) – foram a público denunciar a prática da intermediação de descontos em consultas médicas, conforme serviços comercializados por *sites* na internet.

Em nota, as entidades afirmam que “cresceu nos últimos meses a divulgação de sites que mantêm relação de médicos e prestadores de serviços na área de saúde e oferecem, aos seus associados ou clientes cadastrados, descontos em consultas, mediante guias, cartões de desconto, cartões pré-pagos e outras modalidades”.

Além de chamar a atenção para a infração ao Código de Ética e resoluções do CFM, as entidades médicas condenam o exercício da Medicina como comércio e a concorrência desleal entre médicos, ao mesmo tempo em que alertam a população: o sistema de descontos em consulta não apresenta garantias assistenciais mínimas e não se responsabiliza pela integralidade da saúde do paciente, que fica vulnerável diante de situações que exigem outros encaminhamentos médicos, exames e procedimentos.

O entendimento atual da ANS sobre a questão segue na mesma linha do posicionamento das entidades médicas. Entende a agência reguladora que a participação de operadoras de planos privados na operação de “cartões pré-pagos” e “cartões de desconto” configura risco assistencial grave, vez que não garante continuidade na assistência à saúde, como acontece com os planos de saúde e o próprio SUS. A esse respeito, a ANS editou recentemente – dezembro de 2014 – uma cartilha com informações ao consumidor. Para a Agência é preciso ficar atento a essas modalidades de serviço, que não são planos de saúde e não possuem garantias tais como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que é a

lista de procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde, revista a cada dois anos, e editado pela ANS. Assim, as operadoras de planos de saúde estão proibidas de oferecer esses tipos de produtos ou de se associar a empresas que os oferecem.

Em suma, existe no mercado privado de saúde uma zona cinzenta, na qual vicejam inúmeras iniciativas controversas relacionadas com a assistência à saúde, que assumem várias denominações: cartão pré-pago, cartão de convênio (mediante pagamento de anuidade), autopograma, cartão de desconto, venda de consultas médicas em *sites* etc.

Tais iniciativas, contudo, não configuram um sistema alternativo ao SUS e tampouco aos planos privados, pois não se prestam a oferecer assistência integral à saúde.

Ao contrário, essas iniciativas caracterizam-se por não oferecer garantias assistenciais mínimas ao usuário, especialmente nas situações de maior risco – que são exatamente aquelas em que o custo da assistência médica pode chegar a valores muito elevados – e, na prática, se confundem com os planos de saúde, apesar de não o serem, induzindo em erro o contratante.

Destaque-se, também, que o Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor da Secretaria de Direito Econômico (SDE), na consulta nº 08012.0105838/2005-18, considerou flagrante a ilegalidade dos cartões de desconto, nos seguintes termos:

[...] a interpretação das normas vigentes e a atuação dos órgãos retromencionados a ilegalidade de tais cartões de desconto é flagrante. Os referidos cartões atuam na intermediação de assistência médica já que, de certa forma, custeiam despesas do consumidor com serviços previstos no art. 1º parágrafo 1º da Lei nº 9.656/98, mas em total desconformidade com a Lei nº 9.656/98, pois não garantem as coberturas obrigatórias e não cumprem com outras determinações impostas na legislação de saúde suplementar, não tendo ainda registro junto à ANS.

Portanto, em vista do exposto, e em consideração aos óbices éticos, sanitários e consumeristas apontados pelo CFM, CFO, ANS e SDE, consideramos inoportuna a edição de lei nos termos do projeto ora analisado.

III – VOTO

Em razão do exposto, o voto é pela **rejeição** do Projeto de Lei do Senado nº 467, de 2013.

Sala da Comissão, 8 de julho de 2015

Senador Edison Lobão, Presidente da CAS

Senador Eduardo Amorim, Relator