

PARECER Nº , DE 2017

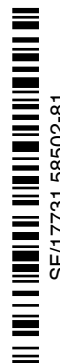
Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 525, de 2013, do Senador Pedro Taques, *que altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para vedar que o prestador de serviço e o profissional de saúde contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde utilize agenda diferenciada para a marcação de consultas, exames e procedimentos ou pratique qualquer discriminação ou diferenciação de prazo de marcação entre o paciente coberto por plano ou seguro e aquele custeado por recursos próprios.*

Relator: Senador **VALDIR RAUPP**

I – RELATÓRIO

Vem, para análise desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS), o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 525, de 2013, do Senador Pedro Taques, *que altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para vedar que o prestador de serviço e o profissional de saúde contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde utilize agenda diferenciada para a marcação de consultas, exames e procedimentos ou pratique qualquer discriminação ou diferenciação de prazo de marcação entre o paciente coberto por plano ou seguro e aquele custeado por recursos próprios.*

O projeto é constituído por dois artigos. O primeiro deles altera a redação do inciso II do art. 18 da Lei nº 9.656, de 1998, de modo a atingir o objetivo descrito na ementa da proposição. Adicionalmente, promove a redução do limite mínimo de idade para que o beneficiário seja privilegiado



SF/17731.58502-81

na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos no âmbito da saúde suplementar, que passa de 65 para 60 anos.

O art. 2º – cláusula de vigência – determina que a lei eventualmente originada da proposição entre em vigor na data de sua publicação.

O autor argumenta, na justificação de sua proposta, que são corriqueiras as situações em que pacientes somente conseguem agendamento com o médico caso se disponham a pagar pela consulta ou procedimento do próprio bolso. Dessa forma, tal discriminação deve ser abolida.

A proposição foi previamente distribuída à Comissão de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle (CMA), onde recebeu parecer pela aprovação. Será agora apreciada por esta CAS, para decisão em caráter terminativo.

Não lhe foram apresentadas emendas.

II – ANÁLISE

A apreciação do PLS nº 525, de 2013, pela CAS justifica-se em razão do inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), que confere à Comissão competência para opinar, quanto ao mérito, sobre proposições que versem sobre proteção e defesa da saúde. A competência para proferir decisão em caráter terminativo sobre a matéria está fundamentada, por sua vez, no inciso I do art. 91 do Risf.

A iniciativa em apreço pretende combater a prática comumente adotada por consultórios médicos e clínicas privadas de oferecer prazos diferenciados para a marcação de consultas, a depender de sua forma de pagamento: se o pagamento for efetuado diretamente pelo paciente ou seu responsável (modalidade denominada *out of pocket* na literatura especializada), há disponibilização de vagas em curto espaço de tempo; se o atendimento for cobrado do plano de saúde, o prazo é muito superior.

Tal prática não é de todo surpreendente, visto que os médicos e demais profissionais de saúde tendem a privilegiar o atendimento aos chamados “pacientes particulares”. Essas consultas são remuneradas por valores muitas vezes superiores àqueles pagos pelas operadoras de planos de

saúde, estimulando os médicos a tentar aumentar o seu percentual de atendimento a esses clientes.

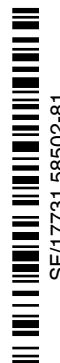
Com efeito, o problema da dificuldade na marcação de consultas, exames e outros procedimentos no âmbito da saúde suplementar é frequente e não mostra sinais de melhora. A principal causa é a baixa remuneração paga pelas operadoras de planos de saúde aos prestadores de serviço, que se sentem desestimulados a atender seus beneficiários.

A nosso ver, contudo, a aprovação do PLS nº 525, de 2013, em nada mudaria essa realidade, visto que nada indica um significativo aumento da oferta de consultas e procedimentos para os beneficiários de planos de saúde decorrente da medida.

Caso a proposição sob análise seja aprovada e convertida em lei, espera-se que os médicos com elevado percentual de pacientes que pagam do próprio bolso deixem de atender os beneficiários de planos de saúde, a fim de não prejudicar sua principal fonte de sustento. Para os médicos que têm poucos clientes "particulares", a adoção da agenda única não vai representar aumento significativo da disponibilidade de vagas para os beneficiários de planos de saúde, pois sua agenda já é majoritariamente ocupada por estes. Tudo continuará como está, exceto para os pacientes que pagam do próprio bolso, que passarão a ter dificuldades na marcação de consultas.

Com efeito, o comando legal proposto impede a adoção de práticas discriminatórias, mas ainda deixa ampla margem de manobra para os profissionais de saúde que atuam no mercado privado. Aqueles que tiverem grande volume de pacientes beneficiários de planos de saúde podem rescindir o contrato com algumas operadoras e, com isso, reduzir a demanda. Alternativamente, podem passar a atender também em outra clínica, que não aceite planos de saúde, a fim de segregar a clientela sem o risco da discriminação e de cometer ato ilícito.

Em resumo, a aprovação do PLS nº 525, de 2013, não resultará, a nosso ver, em significativa melhora do cenário da saúde suplementar no Brasil, marcada pela insatisfação generalizada de beneficiários, operadoras e prestadores de serviço. A demora na marcação de consultas, exames e procedimentos é uma constante e, certamente, não será alterada, visto que os valores pagos aos prestadores pelas operadoras permanecerão pouco convidativos. A medida representará apenas mais um elemento complicador



na já turbulenta relação entre a tríade formada por operadora, beneficiário e prestador de serviço.

Quanto à redução do limite de idade a partir da qual os beneficiários devem ser privilegiados na marcação de consultas, exames e procedimentos, trata-se de mero ajuste às disposições do Estatuto do Idoso, sem qualquer impacto sobre o ordenamento jurídico. Como o Estatuto é posterior à Lei dos Planos de Saúde, atualmente vige a idade por ele determinada, ou seja, sessenta anos.

Os aspectos relativos à constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa da proposição foram detidamente analisados no âmbito de sua apreciação pela CMA, que a julgou formalmente apta a ser incorporada ao ordenamento jurídico pátrio. No entanto, considerando as questões relativas ao mérito do projeto, posicionamo-nos contrariamente à sua aprovação.

III – VOTO

Diante dos argumentos expostos, o voto é pela REJEIÇÃO do Projeto de Lei do Senado nº 525, de 2013.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator

