

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

PARECER Nº **0722/2022**

O. S. Nº **0722/2022**

EMENTA: Referente ao **Projeto de Lei (PL) nº 165/2020**, que “Veda a diferenciação no atendimento médico que especifica, e dá outras providências.”

AUTOR: Deputado Valdir Barranco

APENSADO Referente ao Projeto de Lei (PL) nº 879/2020, que “Dispõe sobre a proibição de agenda diferenciada para a marcação de consultas, exames e outros procedimentos, entre os pacientes cobertos por planos ou seguros privados de assistência à saúde e os pacientes custeados com recursos próprios.” - Deputado Silvio Fávero.

Relator (a): Deputado (a) DV. GIMENEZ.

I – Relatório:

Submete-se a esta Comissão o **PROJETO DE LEI (PL) N.º 165/2020**, de autoria do Deputado Valdir Barranco, que “Veda a diferenciação no atendimento médico que especifica, e dá outras providências.”

A iniciativa em epígrafe foi recebida e registrada pela Secretaria de Serviços Legislativos, por meio do Processo nº 305/2020, Protocolo nº 1526/2020, lida 14.ª Sessão Ordinária (05/03/2020), recebeu ficha técnica emitida pela Secretaria de Serviços Legislativos, informando não que não foi identificada nenhuma proposição em tramitação ou norma jurídica que tratam de matéria idêntica ou semelhante, e foi colocada em pauta no período de 10/03/2020 a 17/03/2020.

Em 06/04/2020, os autos foram recebidos pelo Núcleo Social, conforme artigo 360, inciso III, alínea “b” do Regimento Interno e em 06/04/2020 foram enviados à Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social, para análise e emissão de novo parecer quanto ao mérito da iniciativa.

Em 13/07/2022 foi apensado o Projeto de Lei nº 879/2020, que “Dispõe sobre a proibição de agenda diferenciada para a marcação de consultas, exames e outros procedimentos, entre os pacientes cobertos por planos ou seguros privados de assistência à saúde e os pacientes custeados com recursos próprios”, de autoria do Deputado Silvio Fávero.

Em apertada síntese, é o relatório.

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

II – Análise

Cabe a esta Comissão, dar parecer quanto ao mérito a todas as proposições que visem regular a previdência e a assistência social no seu mais amplo sentido, bem como, sobre todos os assuntos que com ela tenham referências contidas no Artigo 369, inciso IV, alínea “a” do Regimento Interno desta Casa de Leis.

Analizados os aspectos formais, a proposição se insere no rol de competência exclusiva do Parlamento Estadual, especificamente no artigo 26, XXVIII da Constituição do Estado de Mato Grosso - Promulgada em 05 de outubro de 1989 - D.O. 18/10/1989.

No que diz respeito à tramitação e abordagem do tema, o Regimento Interno prevê dois casos: no primeiro, verifica-se a existência de lei que trate especificamente do tema abordado, se confirmada o projeto será arquivado. No segundo, a existência de projetos semelhantes tramitando, se houver, a propositura deverá ser apensada.

No tocante a análise acima, a proposição deve ser avaliada sob três enfoques: oportunidade, conveniência e relevância social.

Oportuno é o ato administrativo que compõe os pressupostos de fato e de direito. O pressuposto de direito é uma disposição legal que a estrutura disponibiliza e o pressuposto de fato são os acontecimentos que levam a administração à prática.

Um ato é conveniente, quando seu conteúdo jurídico produz resultado que atenda a finalidade pretendida que é a satisfação ao interesse público e relevância social.

O interesse público refere-se ao “bem geral”, segue um conceito central para política, a democracia e a natureza do próprio governo; já a relevância social é justamente a verificação da importância da proposta para a vida da população.

O **Projeto de Lei nº 165/2020** tem como objetivo vedar a diferenciação no atendimento médico que especifica. De acordo com a propositura os profissionais de Saúde no Estado de Mato Grosso ficam vedados de manter agendas diferenciadas entre pacientes de planos de saúde ou seguro privativo e pacientes particulares, conforme **análise e justificativas** do PL que embasarão o **parecer**. Vejamos:

Art. 1º É vedada, no Estado de Mato Grosso, a utilização por profissionais de saúde de agendas diferenciadas e qualquer discriminação ou diferenciação de prazo de agendamento de atendimento entre o paciente consumidor de plano ou seguro

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

privado de assistência à saúde e o paciente custeado por recursos próprios.

Art. 2º O não cumprimento do disposto nesta Lei sujeita o infrator às sanções previstas nos arts. 56 a 60 da Lei federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 - Código de Defesa do Consumidor.

Art. 3º Os profissionais da Saúde no Estado de MATO GROSSO, em relação ao disposto nesta Lei, ficam sujeitos à fiscalização prevista no art. 55 do Código de Defesa do Consumidor.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Em sua justificativa, o nobre autor argumenta que:

A presente proposição proíbe que profissionais de saúde concedam atendimento privilegiado a pacientes particulares em relação aos pacientes que se utilizam de plano, ou seguro privado de saúde.

Ou seja, veda a utilização de agendas diferenciadas para consumidores cobertos por plano de saúde. É notório que a fixação de agendas diferenciadas para usuários de planos de saúde é abusiva e viola direitos dos consumidores.

Uma vez que o fornecedor decida conveniar-se como prestador de serviços a determinado plano ou seguro de saúde, deve arcar com os custos desse sistema, pois o profissional liberal é quem assume os ônus de sua atividade lucrativa. Note-se que em contrapartida a eventual menor valor recebido, o profissional aumenta o fluxo de clientes em decorrência do convênio com o plano de saúde, o que lhe é proveitoso.

E, assim sendo, não pode discriminar os consumidores, por uma decisão sua, que lhe afigurou vantajosa. Isso corrobora a oportunidade e a conveniência de vedar a forma específica de discriminação que trata sobre o projeto, pelos motivos acima, e pela relevância da matéria, solicito a aprovação dos ilustres pares.

Conforme o autor do projeto, o não cumprimento do disposto nesta Lei sujeita o infrator às sanções previstas nos arts. 56 a 60 da Lei Federal nº 8078, de 11 de setembro de 1990- Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido, o projeto de lei em comento tem por finalidade combater atos frequentemente adotados por consultórios e clínicas privadas a oferecer prazos diferentes para marcação de consultas de acordo com a forma de pagamento, o que pode afetar no agravamento da doença e diminuir a possibilidade de cura.

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

O artigo publicado no site Jus.com, de autoria de Rafael Leandro Arantes Ribeiro, **“Limites éticos e legais à diferenciação de atendimentos médicos a pacientes particulares e custeados por planos de saúde”**¹, faz uma análise jurídica na qual trata da (Im)possibilidade de limitação de números de atendimentos custeados por planos de saúde. Contratualização na saúde suplementar. Manifestação ética do CFM. Lei n.º 9.656/98. Parecer CFM n.º 07/2000

O artigo, visa promover a devida ponderação sobre a possibilidade ou não de diferenciação de horários e limitação de agendas para atendimentos médicos custeados por planos de saúde ou de forma particular pelo próprio paciente.

A matéria em debate possui relevância jurídica e prática, pois pode ser causadora de conflitos jurídicos e éticos na relação do médico com seus pacientes em razão de prática adotada informalmente por determinados profissionais de limitar o número de consultas e o horário de atendimento como medida tendente a driblar os efeitos danosos decorrentes da má remuneração paga pelos planos de saúde pelos procedimentos médicos.

Por sua vez, também foi analisada a recente alteração da Lei n.º 9.656/98 que definiu como obrigatória a contratualização da saúde suplementar, o que cria oportunidade para o médico limitar dias e horários específicos em que estará à disposição do vínculo contratual que possui com a operadora de plano de saúde, lhe permitindo, em tese, promover diferenciação de agendas de atendimento.

Todavia, como se passa a expor, caso não haja previsão contratual específica, a restrição do número de vagas para pacientes oriundos de convênios médicos, privilegiando pacientes particulares, sob a argumentação de baixa remuneração, é atitude eticamente reprovável, pois o direito do médico de escolher a quem prestar os seus serviços não comporta discriminação de qualquer natureza.

Ocorre que a lei 9.656/98 não possuía uma redação muito clara sobre a relação jurídica a ser estabelecida entre o médico e a operadora de plano de saúde, situação que gerava desequilíbrios, principalmente no que se refere ao pagamento dos honorários médicos.

Para resolver tal situação, em 22 de dezembro, entrou em vigor a Lei Federal 13.003/14, que alterou a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998,

¹ <https://jus.com.br/artigos/47555/limites-eticos-e-legais-a-diferenciacao-de-atendimentos-medicos-a-pacientes-particulares-e-custeados-por-planos-de-saude>

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

visando tornar mais claras as regras sobre a relação médico e plano de saúde.

“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.

§ 1º São alcançados pelas disposições do caput os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar os serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 1º e 35-F desta Lei, no âmbito de planos privados de assistência à saúde.

§ 2º O contrato de que trata o caput deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;

II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;

III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;

IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;

V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

A inovação legislativa vem sendo considerada um importante marco histórico para a categoria, pois contribui de forma significativa para a manutenção dos direitos e deveres dos profissionais médicos, haja vista ter estabelecido a chamada **contratualização**, que é:

A formalização de relações pactuadas entre gestores e prestadores estabelecendo obrigações recíprocas. Pressupõe a definição de demandas e objetivos, metas qualitativas e quantitativas, obrigações e

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

responsabilidades de cada parte envolvida, bem como a definição de critérios e instrumentos de monitoramento e avaliação de resultados.

Portanto, não se pode deixar de considerar que a relação entre o médico e a operado de plano de saúde é essencialmente contratual, razão pela qual, uma vez formalizado o ajuste entre as partes não pode o médico simplesmente ignorar os preceitos contratuais para determinar a composição de sua agenda de atendimento.

Nesse contexto, cabe destacar, ainda, o teor do art. 18 da já citada Lei dos Planos de Saúde (9.656/98), o qual traz regras claras quanto à impossibilidade de o consumidor de operadora de plano de saúde, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, poder ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano. Transcrevemos o dispositivo:

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos: (Redação dada pela Lei nº 13.003, de 2014)

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

Por sua vez, o Parecer CFM n.º 07/2000 é claro quando estabelece que não é ético ao médico impor discriminação de pacientes custeados pelos planos de saúde. Pela relevância da matéria, cumpre colacionar o inteiro teor do Parecer, qual seja:

A Cooperativa de Trabalho Médico Unimed-Fortaleza, através de seu presidente dr. Darival Bringel de Olinda, encaminhou a este Conselho Federal de Medicina consulta que tem por motivação, segundo afirma em sua correspondência, as constantes reclamações oriundas de usuários em decorrência de possíveis discriminações por parte de alguns cooperados que privilegiariam os pacientes particulares em detrimento dos usuários da cooperativa.

De forma a tornar bastante explícito o conteúdo de sua consulta, o presidente da Unimed-Fortaleza faz as seguintes indagações:

1. É ético e regular o médico dividir o seu horário de atendimento entre usuários de planos de saúde e pacientes particulares, restringindo o tempo para atendimento dos primeiros?

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

2. Tal divisão e discriminação de horários se constitui em discriminação de pacientes?

E a resposta a tais perguntas foram incisivas:

Diversos são os dispositivos do Código de Ética Médica (CEM) que podem ser evocados na análise da questão suscitada pela consulta. Diversos são os dispositivos do Código de Ética Médica (CEM) que podem ser evocados na análise da questão suscitada pela consulta.

Em seu artigo primeiro, o CEM diz ser a Medicina uma profissão a serviço do ser humano e da coletividade, devendo ser exercida sem discriminação de qualquer natureza. Com iguais enfoques, existem os artigos 9º e 47 que dizem, *in verbis*:

Art. 9º - A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.

Concluindo, a nova ordem na prática médica não mais contempla a clássica tríade médico-paciente, mas sim uma tríade constituída pelo médico, o paciente e o plano de saúde. Tal situação implica, para o médico, novos compromissos, os quais interferem nas suas atividades diárias.

As questões daí provenientes são: em que nível ocorre estes novos compromissos; qual a extensão e, principalmente, como podem interferir na relação médico-paciente.

Tal conclusão espelha, de forma exemplar, um raciocínio sofista, com subversão do silogismo lógico, ao se partir de premissas verdadeiras para se alcançar uma conclusão falsa.

Vejamos como isso se dá. O direito de o médico pactuar a forma como oferece os seus serviços aos convênios não se confunde com a sua obrigação para com os pacientes que o procuram.

O médico pode recusar-se a ser conveniado ou cooperado com base no entendimento de que é mal remunerado. No entanto, uma vez acordada a sua participação no quadro de médicos referenciados, este argumento não mais pode ser utilizado para discriminar pacientes.

O paciente que procura ajuda médica traz como maior riqueza a sua humanidade – a qual e por si só basta e é suficiente

Considerando a análise realizada sobre o tema e que os dois projetos tratam do mesmo assunto,

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Analizados os aspectos formais, as proposições se inserem no rol de competência exclusiva do Parlamento Estadual, especificamente no artigo 26, XXVIII da Constituição do Estado de Mato Grosso - Promulgada em 05 de outubro de 1989 - D.O. 18/10/1989.

Ao fazer a análise dos dois projetos, constatamos que tratam do mesmo tema e, portanto, respeito à tramitação e abordagem do tema, o Regimento Interno prevê dois casos: no primeiro, verifica-se a existência de lei que trate especificamente do tema abordado, se confirmada o projeto será arquivado. No segundo, a existência de projetos semelhantes tramitando, se houver, a propositura deverá ser apensada.

Como os projetos se enquadram na segunda opção do Regimento (a existência de projetos semelhantes tramitando, se houver, a propositura deverá ser apensada) e analisados os aspectos formais e as razões elencadas, quanto ao **mérito** a Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social manifesta-se pela **aprovação do Projeto de Lei (PL) nº 165/2020**, de autoria do Deputado VALDIR BARRANCO, lido na 14ª Sessão Ordinária (05/03/2020) ficando rejeitado o PL Nº 879/2020, de autoria do Deputado Silvio Fávero, lido em 06/10/2020, ao PL Nº 165/2020.

É o parecer.

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

III – Voto do Relator

PARECER Nº **0722/2022**

O. S. Nº **0722/2022**

EMENTA: Referente ao **Projeto de Lei (PL) nº 165/2020**, que “Veda a diferenciação no atendimento médico que especifica, e dá outras providências.”

AUTOR: Deputado Valdir Barranco

APENSADO Referente ao Projeto de Lei (PL) nº 879/2020, que “Dispõe sobre a proibição de agenda diferenciada para a marcação de consultas, exames e outros procedimentos, entre os pacientes cobertos por planos ou seguros privados de assistência à saúde e os pacientes custeados com recursos próprios.” - Deputado Silvio Fávero.

Concluindo, a nova ordem na prática médica não mais contempla a clássica tríade médico-paciente, mas sim uma tríade constituída pelo médico, o paciente e o plano de saúde. Tal situação implica, para o médico, novos compromissos, os quais interferem nas suas atividades diárias.

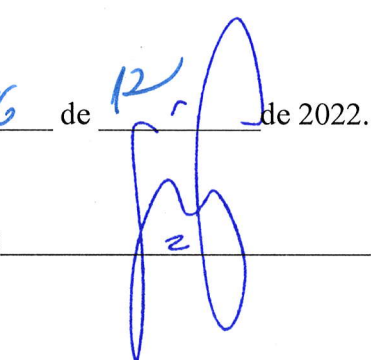
O médico pode recusar-se a ser conveniado ou cooperado com base no entendimento de que é mal remunerado. No entanto, uma vez acordada a sua participação no quadro de médicos referenciados, este argumento não mais pode ser utilizado para discriminar pacientes.

O paciente que procura ajuda médica traz como maior riqueza a sua humanidade – a qual e por si só basta e é suficiente

Pelas razões expostas, quanto ao mérito, analisados os aspectos formais e as razões elencadas, posiciono-me pela **aprovação** do **PROJETO DE LEI (PL) nº 165/2020**, de autoria do Deputado VALDIR BARRANCO, lido na 14ª Sessão Ordinária (05/03/2020), restando **rejeitado** o Projeto de Lei (PL) nº 879/2020, de autoria do Deputado SILVIO FÁVERO, apensado em 13/07/2020, que trata de assunto idêntico, por força do artigo 194, § único e do artigo 195 do Regimento Interno desta Casa de Leis.

SPMD/NUS/CSPAS/ALMT, em 06 de 12 de 2022.


Francisco Xavier da Cunha Filho
Consultor do Núcleo Social
Matrícula 41117

RELATOR: 



Secretaria Parlamentar da Mesa Diretora

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

IV - FOLHA DE VOTAÇÃO - SISTEMA DE DELIBERAÇÃO REMOTA:

NUCLEO SOCIAL

FLS. 20

RUB. G.A.

REUNIÃO:	☒ 5ª ORDINÁRIA	☐ 1ª EXTRAORDINÁRIA	DATA/HORÁRIO:	06/12/2022 10H00.
PROPOSIÇÃO:	PL Nº 165/2020.			
AUTORIA:	Deputado VALDIR BARRANCO.			
APENSAMENTO:	PL Nº 879/2020.			
ANEXOS:	.			
VOTO DO RELATOR:	Pelas razões expostas, quanto ao mérito, voto favorável à aprovação do Projeto de Lei (PL) nº 165/2020, ficando rejeitado o Projeto de Lei (PL) nº 879/2020, que foi apensado.			

SISTEMA ELETRÔNICO DE DELIBERAÇÃO REMOTA (VIDEOCONFERÊNCIA)

MEMBROS TITULARES	ASSINATURAS	RELATOR	VOTAÇÃO	
DR. JOÃO Vice-Presidente		☐	☒ COM O RELATOR(SIM)	☒ PRESENCIAL
			☐ CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	☐ REMOTO
DR. GIMENEZ Presidente		☒	☒ COM O RELATOR(SIM)	☒ PRESENCIAL
			☐ CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	☐ REMOTO
DR. EUGÊNIO		☐	☐ COM O RELATOR(SIM)	☐ PRESENCIAL
			☐ CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	☐ REMOTO
LÚDIO CABRAL		☐	☐ COM O RELATOR(SIM)	☐ PRESENCIAL
			☐ CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	☐ REMOTO
WILSON SANTOS		☐	☐ COM O RELATOR(SIM)	☐ PRESENCIAL
			☐ CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	☐ REMOTO

MEMBROS SUPLENTE	ASSINATURAS	RELATOR	VOTAÇÃO	
PAULO ARAÚJO		☐	☐ COM O RELATOR(SIM)	☐ PRESENCIAL
			☐ CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	☐ REMOTO
XUXU DAL MOLIN		☐	☐ COM O RELATOR(SIM)	☐ PRESENCIAL
			☐ CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	☐ REMOTO
FAISSAL		☐	☐ COM O RELATOR(SIM)	☐ PRESENCIAL
			☐ CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	☐ REMOTO
DELEGADO CLAUDINE		☐	☒ COM O RELATOR(SIM)	☒ PRESENCIAL
			☐ CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	☐ REMOTO
SEBASTIÃO REZENDE		☐	☐ COM O RELATOR(SIM)	☐ PRESENCIAL
			☐ CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	☐ REMOTO

OBSERVAÇÃO:

V - ENCAMINHA-SE À SECRETARIA PARLAMENTAR DA MESA DIRETORA:

Certifico que foi designado o Deputado Dr. Gimenez para relatar a presente matéria.

Sendo o RESULTADO FINAL da proposição: ☒ APROVADO ☐ REJEITADO

FRANCISCO XAVIER DA CUNHA FILHO
Consultor Legislativo do Núcleo Social

GLAUCIA MARIA DE CAMPOS ALVES
Secretária da Comissão Permanente