



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

Versão para registro histórico

Não passível de alteração

CPI - MÁFIA DAS ÓRTESES E PRÓTESES NO BRASIL			
EVENTO: Audiência Pública	REUNIÃO Nº: 0530/15	DATA: 12/05/2015	
LOCAL: Plenário 12 das Comissões;	INÍCIO: 14h20min	TÉRMINO: 16h37min	PÁGINAS: 51
DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO			
MIGUEL CENDOROGLO NETO - Médico, representante do Hospital Albert Einstein, São Paulo (SP). SILVIA HELENA RONDINA MATEUS - Médica, Diretora-Secretária e Coordenadora da Comissão de Órteses, Próteses e Materiais Especiais, do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo — CREMESP . CYBELLE ASSAD - Médica, representante do Presidente da UNIMED Campinas (SP). SÉRGIO ADRIANO LOUREIRO BERSAN - Médico, representante do Presidente da UNIMED Belo Horizonte (MG).			
SUMÁRIO			
Tomada de depoimentos.			
OBSERVAÇÕES			
Houve exibição de imagens.			



O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Boa tarde.

Havendo número regimental, declaro aberta a 12ª Reunião da Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar a Cartelização na Fixação de Preços e Distribuição de Órteses e Próteses, inclusive, com a Criação de Artificial Direcionamento da Demanda e Captura dos Serviços Médicos por Interesses Privados — Máfia das Órteses e Próteses no Brasil.

Ata. Informo que se encontram à disposição dos Srs. Parlamentares cópias da ata da 11ª Reunião, realizada em 7 de maio de 2015. Indago se há necessidade de leitura da ata. *(Pausa.)*

O SR. DEPUTADO WALNEY ROCHA - Peço dispensa da leitura da ata, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Fica dispensada a leitura da ata por solicitação do Deputado Walney Rocha.

Em discussão a ata. *(Pausa.)*

Não havendo quem queira discutir a ata, submeto-a à votação.

Os Deputados que a aprovam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)*

Aprovada a ata.

Eu gostaria de comunicar aos membros da Comissão, tendo em vista a justificativa do Relator de ter um compromisso inadiável hoje fora da Casa, que solicitei ao Relator-Substituto, Deputado Odorico Monteiro, que fizesse o papel de Relator-Geral. Por isso eu convido o Deputado Odorico Monteiro a sentar-se à mesa.

Expediente. Comunico aos Srs. Deputados o recebimento dos seguintes expedientes: do Deputado Marcelo Belinati, em que solicita escusa de sua ausência na 11ª Reunião, realizada em 7 de maio; do Dr. Daniel Gomes de Oliveira, da Assessoria Jurídica da GEAP, em que indaga se o envio das informações solicitadas, as quais totalizam mais de 24 mil páginas, pode ser feito apenas por meio eletrônico; do Sr. Décio Galdão Soto, representado por seus advogados, em que informa que se encontra fora do Brasil, retorna no dia 15 de maio de 2015, conforme documento anexo, e que permanece à disposição da Comissão. Como o Sr. Décio Galdão Soto seria ouvido amanhã, mas se encontra no exterior, nós deferimos o requerimento. Expediente do Sr. Bruno Garisto Júnior, representado por



seus advogados, em que informa que figura como investigado em inquérito civil público instaurado pelo Ministério Público na cidade de São José do Rio Preto e que, por isso, prestará depoimento na condição de investigado. Por essa razão, teve que contratar advogado, o qual já tem compromissos profissionais com outros clientes nos dias 12 e 13 de maio. Assim, informa estar impossibilitado de comparecer no dia 13 de maio às 14 horas. Coloca-se à disposição da CPI para comparecimento voluntário nos dias 19 ou 20 de maio. Esta Presidência deferiu a solicitação do Sr. Bruno Garisto Júnior. Expediente do Sr. Miguel Iskin, representado por seu advogado, em que requer o adiamento do depoimento, a fim de permitir acesso adequado aos autos do procedimento em curso. Para dar tratamento similar ao tratamento dado ao Sr. Décio Galdão Soto e ao Sr. Bruno Garisto Júnior, todos representantes de empresas de distribuição de órteses e próteses, nós também havemos por bem acatar a solicitação do Sr. Miguel Iskin e adiar a sua audiência, que seria feita no dia de amanhã. Expediente da Sra. Débora Pereira da Silva, representante da Total Medic, informando que deseja contribuir plena e efetivamente com os trabalhos da CPI, prestando informações sobre o real funcionamento do mercado nacional de órteses, próteses e materiais especiais, bem como complementar denúncias embasadas em documentos e provas. Mas, considerando, também, que a peticionária teme por sua própria segurança, de seus sócios e de seus familiares, haja vista que recebera recado no sentido de que deveria ter muito cuidado com as informações a serem prestadas, requer que o seu depoimento seja tomado em caráter absolutamente reservado. Requer-se em atenção ao direito à intimidade, seja a sua imagem totalmente preservada, estendendo a ela as mesmas garantias já concedidas a Giovani Grizotti, repórter da *Rede RBS TV*. Esta Presidência acatou, em parte, as solicitações da Sra. Débora Pereira da Silva e mantém a reunião de amanhã, uma reunião reservada, para a oitiva da Sra. Débora Pereira da Silva. Tendo em vista que, por ser um repórter investigativo, o Sr. Giovani Grizotti, da *Rede Globo de Televisão*, da qual a *RBS TV* é afiliada, esse, sim, deveria preservar o direito de imagem. Então, nós estamos atendendo, em parte, à solicitação da Sra. Débora Pereira da Silva e mantendo a reunião reservada para amanhã.



Ordem do Dia. A presente reunião destina-se à realização de audiência pública para ouvir o Dr. Miguel Cendoroglo Neto, representante do Presidente do Hospital Albert Einstein — solicito ao Dr. Miguel Cendoroglo Neto que tome assento à mesa; a Sra. Silvia Helena Rondina Mateus, representante do Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo — convido a Sra. Silvia Helena a tomar assento à mesa; a Sra. Cybelle Assad, representante do Presidente da UNIMED Campinas — gostaria que a senhora tomasse assento à mesa; e o Sr. Sérgio Adriano Loureiro Bersan, representante do Presidente da UNIMED Belo Horizonte — gostaria de convidá-lo a sentar, também, à mesa.

De antemão, eu já agradeço a todos os convidados, que, de pronto, responderam ao nosso pedido. Todos eles foram convocados. Primeiro, foi o Sr. Miguel Cendoroglo Neto, representante do Hospital Albert Einstein, que tem uma valiosa contribuição a dar a esta CPI, na medida em que fez um trabalho, sobre o qual o Sr. Miguel vai discorrer, a pedido de uma empresa de seguros. Foi demonstrado, ao longo do seu trabalho, que uma grande parcela de pacientes submetidos a cirurgias de coluna vertebral para implantar órtese, quase 70%, poderiam fazer tratamentos alternativos, principalmente com a fisioterapia.

Agradeço à Sra. Silvia Helena Rondina Mateus, representando o CRM de São Paulo. O CRM de São Paulo tomou algumas decisões que são pioneiras entre os CRMs de todo o País. Eu gostaria, também, que a Sra. Silvia discorresse sobre como o CRM está enfrentando essa questão. Houve menções muito elogiosas à posição do CRM de São Paulo, para que os membros da CPI possam ter informações acerca das posições do CRM.

Agradeço, também, à Sra. Cybelle Assad, representante da UNIMED Campinas, e ao Sr. Sérgio Adriano Loureiro Bersan, representante da UNIMED Belo Horizonte, todos eles de uma empresa de medicina que representa os médicos do País. Certamente, eles também têm contribuições valiosas, tendo em vista a oitiva que nós tivemos do Presidente da UNIMED Brasil, Dr. Eudes, na última semana. A oitiva do Sr. Eudes foi fruto de vários requerimentos desta CPI. Todas as UNIMEDs estaduais têm contribuições muito positivas a dar, porque cada uma delas enfrenta essa situação nos seus próprios Estados.



Antes de passar a palavra aos nossos convidados, eu gostaria, mais uma vez, de fazer a leitura dos procedimentos que vão nortear os nossos trabalhos.

A palavra será concedida a cada um dos convidados por 20 minutos, podendo ser prorrogável a pedido dos nossos convidados. Concluídas as apresentações, será concedida a palavra ao Relator e aos Sub-Relatores; em seguida, aos demais Deputados, observada a ordem de inscrição, pelo prazo máximo de 3 minutos, para cada um interpelar o expositor. O convidado somente poderá ser interpelado sobre o assunto de sua exposição.

A lista de inscrição para o debate encontra-se à disposição dos Srs. Deputados na mesa de apoio. É permitida a permuta de inscrição entre os Deputados, mas os que não se encontrarem presentes na hora da chamada perderão a inscrição.

Eu consulto também os Srs. Parlamentares — vamos continuar com o mesmo andamento das sessões anteriores —, como de praxe, se a cada cinco indagações dos Srs. Deputados nós poderemos passar a palavra aos convidados, para que respondam aos questionamentos, sem direito à replica e à tréplica. Solicito, ainda, que sejamos breves, para que todos inscritos possam fazer uso da palavra.

Concedo a palavra, em primeiro lugar, ao Dr. Miguel Cendoroglo Neto, representante do Hospital Albert Einstein.

Dr. Miguel, o senhor disporá de até 20 minutos.

O SR. MIGUEL CENDOROGLO NETO - Primeiro, quero fazer um agradecimento aos membros da CPI, nas pessoas dos Deputados Geraldo Resende e Odorico; cumprimento os colegas Dra. Silvia, Dra. Cybelle Assad e Dr. Sérgio.

Sou Superintendente do Hospital, da área executiva. Sou médico nefrologista. Também sou professor da Universidade Federal de São Paulo, na área de nefrologia. Estou aqui representando o Presidente da instituição, Dr. Cláudio Lottenberg, que pediu desculpas por não poder estar aqui hoje, porque está em uma viagem ao exterior.

(Segue-se exibição de imagens.)

Eu vou mostrar, conforme o Deputado Geraldo Resende mencionou, os dados do nosso programa de segunda opinião em cirurgia de coluna. Esse programa já tem 4 anos de funcionamento. O que nos motivou a começar esse



programa foi o aumento significativo, nos últimos anos, das cirurgias de colunas, com utilização de implantes de alto custo, uma utilização crescente desses implantes; o forte crescimento das despesas, tanto na saúde suplementar como no SUS, das cirurgias de coluna, com impacto nas operadoras de plano de saúde, nos pacientes titulares de planos individuais e pacientes particulares também; uma percepção de indicações desnecessárias dessas cirurgias, assim como uma percepção do aumento do número de complicações cirúrgicas.

Eu não quero ser repetitivo, porque sei que nas audiências anteriores já foi bastante discutido o atual contexto do problema das próteses no Brasil. Já foi mencionada, inclusive, a questão da cirurgia de coluna. Mas nós entendemos que é importante mencionar aqui, nesse cenário, a autonomia do médico para a decisão sobre o procedimento e também a seleção das órteses, próteses e materiais especiais; a percepção de uma baixa adesão a diretrizes médicas para o uso das órteses, próteses e materiais especiais; a percepção, também, de regras insuficientes que disciplinem as relações entre os fornecedores, os médicos e os hospitais, ou talvez a falta de aplicação dessas regras em algumas situações; a percepção de remuneração inadequada para a prestação dos serviços médicos, que talvez seja a origem do problema, e as denúncias de relacionamentos impróprios entre médicos, fornecedores, distribuidores de órteses, próteses e materiais especiais, envolvendo incentivos financeiros para o uso dos implantes, e, particularmente, as denúncias que vemos na mídia no dia a dia.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Dr. Miguel, V.Sa. poderia falar mais próximo ao microfone? Porque está sendo gravado.

O SR. MIGUEL CENDOROGLO NETO - O.k. O processo que nós estabelecemos constou de três grupos com quem nós conversamos e acordamos numa nova forma de trabalhar: primeiramente, com o nosso corpo clínico — e aqui nos referimos aos ortopedistas, aos cirurgiões de coluna da área de ortopedia, de neurocirurgia, mas também reumatologistas, clínicos gerais, fisiatras que costumam fazer a parte clínica desses casos; com os fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais; e com as operadoras de plano de saúde, que eram a fonte — o encaminhamento partia dessas operadoras para recebermos os pacientes.



Na conversa com o corpo clínico, nós buscamos definir diretrizes, a partir das diretrizes das sociedades de especialidade, da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, refletindo sempre as melhores práticas e buscando a Medicina baseada em evidência; a mediação dos honorários médicos adequados para cirurgias e consultas, entre os médicos e as operadoras de planos de saúde — há uma percepção pelos médicos, com o quem conversamos, de que esses honorários não são suficientes, então, preferimos até abrir mão de um pouco da margem do hospital, no sentido de recompor esse honorário médico, para ajudar a desfazer esse ciclo vicioso; e a seleção de uma lista curta de fornecedores de próteses e materiais, o que permitiu também a negociação direta do hospital com esses fornecedores.

Assim, valorizamos a Medicina baseada em evidência, buscou melhor tratamento para o paciente, aquilo que era mais seguro, uma remuneração médica justa e procurou desintermediar a escolha ou a conversa diretamente do médico com o fornecedor.

O nosso cenário de saída era de uma pulverização dos fornecedores. Tínhamos cerca de 20 diferentes fornecedores de cirurgia de coluna, o que dificulta muito o controle, a negociação, o controle inclusive da qualidade. Então, isso levava a falta de padronização, até de questões de segurança, além de aumentar o custo.

Na conversa com os médicos, nós conseguimos reduzir esse número de fornecedores, o que exigiu que eles passassem a trabalhar com um número menor, inclusive concordassem em trabalhar, às vezes, com o fornecedor que não era o habitual deles, reduzindo, assim, de 20 para 6 empresas, num primeiro momento; num segundo momento, a nossa área comercial e de compras conseguiu negociar com os fornecedores, chegando a 6 fornecedores.

Eu não consigo apontar aqui com o *point*, mas ali onde os senhores veem empresa “A”, “B” e “C” são os três fornecedores; nas linhas estão os procedimentos. Temos a redução de custo que o hospital conseguiu para cada uma das listas de materiais para aqueles procedimentos.

Então, essa redução variou de 3% até 68%. Ficou muito próxima a 50% de redução total dos custos.



Junto às operadoras, nós focamos na negociação dos procedimentos e honorários médicos. Primeiramente, estabelecemos quais eram os procedimentos mais comuns, não só os procedimentos cirúrgicos, mas muito importantes também, a fisioterapia e a acupuntura; e os procedimentos classificados como de descompressão e como de artrodese de coluna. Isso cobriu praticamente 95% dos casos, e o restante a gente negociou ponto a ponto, caso a caso, porque existe muita variação na prática médica nessa área.

Os pacientes vinham encaminhados das operadoras de planos de saúde. Começamos com uma e depois outras operadoras fizeram o mesmo acordo e aderiram a esse programa. Então, esses pacientes, tipicamente, passavam no consultório de um médico, ou um neurocirurgião, ou um ortopedista, que indicava a cirurgia de coluna; o paciente, então, recebia uma guia de encaminhamento para pedir autorização à operadora para fazer a cirurgia; a operadora oferecia para esse paciente, nesse momento, a possibilidade de passar no nosso programa; o paciente só passava no programa se ele assinasse voluntariamente um termo de consentimento e adesão para. E isso é importante, para evitarmos qualquer tipo de desvio. Então, o paciente aderiria voluntariamente.

Após a primeira avaliação e confirmação da indicação do tratamento cirúrgico ou não, o paciente podia optar pelo retorno ao médico de origem. Se ele quisesse, se a gente confirmasse a indicação cirúrgica, ele podia voltar para o cirurgião de origem e fazer a cirurgia com ele em outro hospital; ou ele podia escolher participar do nosso programa e ser operado no próprio hospital.

Então, de maio de 2011 até abril de 2015, 4.684 pacientes foram encaminhados, sendo que 2.557 concordaram em participar do nosso programa — 55%; 2.127 não concordaram, voltaram para o médico de origem e para a sua respectiva operadora de plano de saúde. Esse era o fluxo de atendimento.

Então, conforme eu expliquei, quando o paciente era encaminhado pela operadora de plano de saúde para nós, depois de fazer aquela anuência, ele passava por uma avaliação inicial, por um fisiatra ou um ortopedista.

É muito importante aqui ressaltar que nenhum desses médicos que atendem o paciente nessa primeira consulta de triagem faz cirurgia de coluna, porque a gente entende que é importante seguir o princípio de que quem indica não faz a cirurgia.



Se o paciente, nessa primeira consulta, tem a sua indicação cirúrgica confirmada, ele, então, passa pelo nosso grupo de cirurgiões de coluna, que discutem o caso em grupo. É importante essa discussão em pares, para que a gente dilua os vieses de cada um, médicos diferentes têm diferentes condutas. Então, isso dá uma certa uniformização nas condutas. O paciente, então, depois, é alocado para um dos cirurgiões que faz a cirurgia.

Se o paciente — no braço ali do programa de reabilitação — não tinha indicação cirúrgica, então, ele entraria no nosso programa de reabilitação por 1 ou 2 meses, até que tivéssemos certeza de que havia a prescrição correta de reabilitação. Quando ele tivesse melhor, ele voltaria para a rede em que ele seria coberto, em termos de reabilitação, pela sua operadora. Se ele não melhorasse, passaria, então, pelo nosso grupo de cirurgiões de coluna, que avaliariam o caso e veriam se ele teria indicação de cirurgia de coluna, uma vez que ele não estava respondendo ao tratamento mais conservador com fisioterapia.

Depois dessa primeira avaliação da segunda opinião, daqueles 2.557 casos, a gente observou que 1.482 não tinham indicação de cirurgia de coluna; foram, portanto, alocados ao tratamento conservador, ao tratamento com fisioterapia. Isso, na nossa casuística total, representa 58% dos casos. E 1.075 pacientes tinham indicação de cirurgia de coluna confirmada, ou seja, 42%. No começo do nosso programa, essa percentagem de cirurgias de coluna que a gente não confirmou a indicação era maior. Ela chegou a 70%. Com o tempo, talvez por uma mudança de prático, até de *mix* de operadoras que foram aderindo ao nosso programa, isso foi diminuindo um pouco, e hoje é 58%.

Outro dado chamou bastante atenção: temos um pequeno contingente de casos de pacientes que não têm doença de coluna. Às vezes, o paciente tem uma patologia de coluna e não tem indicação cirúrgica. A gente entende que ele tem mais indicação de fazer fisioterapia do que de fazer cirurgia. Mas a gente encontrou casos em que o paciente sequer tinha patologia de coluna, e, às vezes, o que ele tinha, em vez de uma patologia de coluna, era, por exemplo, um problema de cefaleia, de síndrome do impacto no ombro, síndrome de túnel do carpo, e assim por diante. Então, ele tinha patologias em outras áreas do corpo que poderiam confundir o médico no diagnóstico e o fazia pensar que aquilo se tratava de uma patologia de



coluna. A gente também encontrou casos em que o paciente tinha doenças sistêmicas, como, por exemplo, fibromialgia, sacroileíte, síndrome pós-pólio. O paciente tinha dor que parecia ser oriunda da coluna, mas não era, era oriunda de uma doença sistêmica, portanto, o paciente não tinha indicação de cirurgia.

Outro dado importante: além do que entendemos ser uma superindicação cirúrgica, encontramos situações de não conformidade no tipo de cirurgia ou de divergência, digamos assim. O nosso grupo de cirurgiões percebeu que, mesmo quando confirmava a necessidade de cirurgia, o procedimento recomendado pelo médico de origem era de maior complexidade; o paciente era submetido a um procedimento mais extenso, com mais material sendo utilizado e com custo maior. Então, 79% das indicações de cirurgia desses médicos de origem — os 477 pacientes que estão representados ali na tabela — eram de alta complexidade. Estão representadas ali como artrodese não especificada, por exemplo, 188 indicações pelos médicos de origem, contra 22 pelos médicos do time de coluna do Einstein. Quando comparamos com a indicação dos nossos médicos do grupo de coluna do Einstein, a alta complexidade foi indicada só em 35% das cirurgias. Então, também tinha maior complexidade na cirurgia indicada pelo médico de origem, comparado com o nosso time de cirurgiões de coluna.

Dado muito importante é relativo à questão dos desfechos clínicos. Logo de saída, nós montamos um time de enfermeiros que avaliam o paciente a distância, através de ligação telefônica, ou, às vezes, o paciente passa no consultório do médico, e o enfermeiro vai lá e faz essa avaliação pessoalmente. É uma avaliação na qual o enfermeiro aplica escalas, questionários ao paciente, medindo dor — que são esses dois gráficos aqui da esquerda —, funcionalidade ou mobilidade da coluna — que são os gráficos do meio. Os gráficos da direita dizem respeito à qualidade de vida.

Observamos, tanto no tratamento cirúrgico, como no tratamento conservador, o tratamento por fisioterapia, em que os pacientes melhoram a dor — os gráficos estão à esquerda. Naquele gráfico de barras, vemos que há uma redução da dor ao longo do tempo. Essa redução é sustentada até 24 meses de seguimento, da mesma forma no tratamento conservador.



No tratamento cirúrgico — ali em cima, no meio —, a mobilidade melhora ao do tempo e é sustentada, a mesma coisa é para tratamento conservador. A qualidade de vida também melhora de maneira sustentada, tanto no tratamento cirúrgico, como no tratamento conservador. Então, percebemos que não existe diferença na nossa casuística entre os dois tratamentos, o que valida o nosso programa de alguma forma.

É muito importante não esquecer que, além do benefício, do ponto de vista de saúde, de qualidade e de segurança do paciente, há também uma economia para o sistema de saúde. Na medida em que houve uma redução de 58% no volume de indicações cirúrgicas, de 2.557 para 1.075 pacientes, e também uma redução da complexidade, como eu acabei de mostrar, isso representou uma redução ainda mais importante de custos, de 138 milhões de reais para 36 milhões de reais com o tratamento clínico e cirúrgico.

Dessa forma, esse programa de segunda opinião acabou reduzindo de forma relevante os custos para o sistema de saúde aqui representados pelas operadoras.

Era isso, Sr. Presidente. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - O Dr. Miguel já fez a sua exposição e economizou inclusive 5 minutos. Depois, nós vamos passar para os debates.

Concedo a palavra à Dra. Silvia Helena Rondina Mateus, representante do Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. S.Sa. disporá de até 20 minutos.

A SRA. SILVIA HELENA RONDINA MATEUS - Boa tarde a todos.

Inicialmente, eu agradeço o convite na pessoa do Deputado Geraldo Resende e do Deputado Odorico Monteiro, Sub-Relator da Comissão.

(Segue-se exibição de imagens.)

Sou Diretora-Secretária do Conselho Regional de Medicina e também Coordenadora da Comissão de Órteses, Próteses e Materiais Especiais, que nós criamos lá no CREMESP, em São Paulo.

Inicialmente, nós percebemos que estava havendo algum problema pelas denúncias que chegavam ao CREMESP desde 2010. Fizemos uma pesquisa junto com o Datafolha, a fim de conhecer o relacionamento dos médicos com a indústria



de medicamentos, órteses, próteses e equipamentos médicos hospitalares, para revelar a percepção dos médicos sobre a atual relação com a indústria.

Na realidade, não focamos apenas em órteses e próteses; focamos também em medicamentos de modo geral.

Nessa pesquisa, o que é que foi identificado? Inicialmente, que os médicos têm a percepção de que a indústria tem um papel importante na atualização científica, o que nos preocupou muito. Noventa e três por cento dos médicos receberam presentes de pequeno valor — informativos, amostras grátis, revistas científicas, canetas, blocos; 37% receberam presentes mais valiosos, que a gente considera convites para cursos e eventos de educação médica continuada; e 20%, viagens para congressos nacionais e internacionais. Consideramos que essa não é uma prática adequada no relacionamento entre médicos e indústria farmacêutica ou de órteses e próteses, etc.

Também foi identificado que os médicos tinham a percepção de que a relação estava contaminada e já estava ultrapassando os limites éticos em detrimento dos financeiros. Já havia essa percepção dos médicos lá no Estado.

Essa frase que vemos aqui embaixo foi dita por um dos médicos, e o Datafolha anotou. Mas eu acho que é desnecessária, diante de tudo o que a gente está discutindo aqui.

Por fim — esse é o último eslaide da pesquisa —, 51% dos médicos disseram que prefere participar de congressos e cursos de educação continuada sem o patrocínio da indústria; 52% acham que o médico deveria ser proibido de receber qualquer tipo de brinde; 81% acham que o médico poderia trabalhar para a indústria desde que a relação fique às claras; 76% acham que o médico deve ser proibido de vincular a prescrição médica a vantagens materiais ou a apoio financeiro. Isso nos deixou extremamente preocupados, porque aí faltam 24% que acham que pode. É uma coisa que a gente percebe: há problemas de formação ética hoje durante a graduação dos médicos. Inclusive não está aqui, mas 70% dos médicos disseram que já tinham sido abordados pela indústria durante a graduação, ainda na faculdade. Então, é um problema a que nós precisamos prestar atenção.

Trinta e dois por cento acreditavam que o relacionamento dos médicos com a indústria estava fora de controle; quanto a este último, 33% ou souberam ou



presenciaram casos de pressão da indústria sobre médicos: recebimento de comissão, recomendação de procedimentos desnecessários. Este último dado foi o que saiu na reportagem do *Fantástico*: que 33% dos médicos recebiam comissão. Não foi essa a pergunta da pesquisa. A pesquisa perguntou qual era a percepção dos médicos a respeito, não se eles recebiam.

Aqui o que a gente vê de mais comum são palestras seguidas de jantares. E aqui a gente colocou uma charge: um urubu oferecendo um jantar frio.

O que diz o Código de Ética Médica quanto à relação médico/indústria? Eu destaquei alguns artigos para passar para vocês:

“Art. 14. É vedado ao médico praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente.”

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.”

O art. 58 proíbe o exercício mercantilista da medicina.

E estes dois são específicos: *“É vedado ao médico exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza.”*

Em outras palavras, esse artigo diz o seguinte, que o médico não pode vender o que ele prescreve ou obter qualquer tipo de vantagem com a sua prescrição.

E o art. 69:

“Art. 69. Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional.”

Diz a mesma coisa, mas esse é ainda mais específico.



Então, esses são os artigos do Código de Ética Médica que eu acho importantes para esse tema.

Há uma resolução do Conselho Federal, também de 2010, que *“disciplina a prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses e determina a arbitragem de especialista quando houver conflito”*.

Eu vou pular os “considerando”, acho que fica aqui na apresentação para os senhores se assim quiserem consultar, pois essa é praticamente a exposição de motivos da resolução. Então, eu vou pular os “considerando”, e vamos direto para a resolução:

“Art. 1º. Cabe ao médico assistente determinar as características (tipo, matéria-prima, dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais implantáveis, bem como o instrumental compatível, necessário e adequado à execução do procedimento.

Art. 2º. O médico assistente requisitante deve justificar clinicamente a sua indicação, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e as legislações vigentes no País.”

Observem que a autonomia do médico não é ilimitada, ela tem limites. Ela tem como limite as práticas cientificamente reconhecidas; ela tem como limite as legislações vigentes no País. A resolução traz outros limites: a vontade do paciente, muitas vezes, na discussão do tratamento. E a gente considera mais um, que é a responsabilidade social do médico dentro daquele ambiente em que ele está inserido, por exemplo, de não prescrever coisas que estejam fora da possibilidade de custeio, principalmente no SUS.

“Art. 3º. É vedado ao médico assistente requisitante exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos.”

Esse é um dos artigos mais importantes dessa resolução, porque, antes dela, a maioria dos médicos, quando fazia a solicitação de determinadas órteses e próteses, colocava a marca.

“Art. 4º As autorizações ou negativas devem ser acompanhadas de parecer identificado com o nome e



número de inscrição no Conselho Regional de Medicina do médico responsável.

Art. 5º. O médico assistente requisitante pode, quando julgar inadequado ou deficiente o material implantável, bem como o instrumental disponibilizado, recusá-los e oferecer à operadora ou instituição pública pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, regularizados junto à Anvisa e que atendam às características previamente especificadas.”

Quais são os problemas que a gente identifica, não na resolução, mas na prática, depois dessa resolução? Muitos médicos... Muitos não — eu deveria ter dito isso no começo —, felizmente, são muito poucos médicos, diante do número de médicos que nós temos no País, que fazem isso. O que acontece? Eles fazem a descrição de um material que tem alguma característica que só existe naquele. Então, acaba virando exclusividade. Esse é um problema que também vai ter que ser discutido com a ANVISA e, espero, nesta Comissão.

Outra denúncia que a gente recebe lá no Conselho é que desde a primeira solicitação o médico já coloca três marcas — na verdade, às vezes, três distribuidoras — para a operadora procurar o material. Isso é irregular, inadequado, não é isso que a resolução diz.

“Parágrafo único. Nessa circunstância, a recusa deve ser documentada e se o motivo for a deficiência ou o defeito material a documentação deve ser encaminhada pelo médico assistente ou diretor técnico da instituição hospitalar diretamente à Anvisa (...).”

Este é outro problema: as operadoras não cobram dos médicos a notificação de efeito adverso que eles deveriam mandar para a ANVISA por achar que a prótese ou a órtese ou algum material não está adequado por algum problema técnico. Eles não fazem a notificação, e as operadoras não cobram.

“Art. 6º. Caso persista a divergência entre o médico assistente requisitante e a operadora ou instituição



pública, deverá, de comum acordo, ser escolhido um médico especialista na área, para a decisão”.

É a arbitragem.

Aqui eu acho que o mais importante era a questão da indicação das marcas. Eu vou pular essa parte também, senão não vai dar tempo.

Em 2012, o CFM e a AMB assinaram um acordo com a Interfarma para tentar regulamentar algumas normas que, até então, não tinham regulamentação nenhuma: a presença de médicos em eventos a convites da indústria, a relação, o tipo de brinde que poderia ser dado. Antigamente, chegava-se a pagar congresso inclusive para familiares. Isso está colocado aqui. Mas eu também vou pular, porque acho que o mais importante é isso aqui.

A Resolução CREMESP nº 273 foi o que nós fizemos na Comissão, no começo deste ano. Essa resolução já estava sendo feita desde o fim do ano passado e acabou sendo editada em fevereiro. Aqui também tem os “considerando”, que eu vou pular.

“Art. 1º. É vedado ao médico prescrever medicamentos, órteses, próteses e materiais, bem como utilizar métodos diagnósticos baseados em contrapartidas como recebimento de gratificações ou pagamento de inscrições em eventos e viagens, bem como qualquer outra forma de vantagem.”

Nada tão diferente do que já diz o Código de Ética, mas aqui ele está reforçando.

“Art. 2º. O médico referência em sua área de atuação, contratado na condição de consultor ou divulgador ou a serviço de empresa farmacêutica, de órteses, próteses e de materiais, deverá informar por escrito ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo o tempo que atuará nessa condição, bem como o nome da(s) empresa(s) em que prestará serviço.”



Isso é para a gente saber caso chegue alguma coisa lá no Conselho referente a alguém que tenha conflito de interesse na hora em que está tendo um relacionamento mais próximo com a indústria.

“Parágrafo único. Sempre que convidado a ministrar palestra, o médico deverá explicitar quem está patrocinando essa atividade, declarando expressamente o conflito de interesse quando houver, principalmente quando estiver abordando a eficácia terapêutica ou diagnóstica de produto ou medicamento.”

O art. 3º é o que tem dado maior discussão em São Paulo:

Art.. 3º. É vedado ao médico, nos procedimentos que envolverem a colocação ou troca de órteses, próteses e materiais, permitir a entrada na sala cirúrgica de representantes das empresas, exceto quando em função exclusivamente técnica e sem acesso ao campo cirúrgico.”

A gente já recebeu denúncias de que representantes de empresas entravam e faziam a cirurgia no lugar do médico. Essa é uma coisa extremamente grave, que a gente tem que coibir.

“Parágrafo único. Respondem solidariamente pelo cumprimento desta norma os diretores técnicos e clínicos da instituição.”

“Art. 4º. Os diretores técnicos e clínicos dos hospitais são solidariamente responsáveis quanto à normatização dos fluxos e correta utilização das órteses, próteses, materiais, medicamentos e métodos diagnósticos, no âmbito das instituições, cabendo a eles a regulação dentro de cada unidade.”

Isso já está vigendo desde abril no Estado de São Paulo.

Foi criada a Comissão de Órteses, Próteses e Materiais Especiais, que eu coordeno, dentro do Conselho. Todas as denúncias que chegam ao Conselho são encaminhadas para essa Comissão, para sindicância, sendo distribuídas e



discutidas dentro da Comissão. Todas as consultas referentes a esse assunto são encaminhadas para essa Comissão, que responde. Todos os atos da Comissão são homologados pela plenária do Conselho. É assim que a gente está funcionando lá agora.

Algumas reflexões que eu acho importante fazer: há uma cadeia de intermediários na qual o médico é um dos elos. A gente tem, desde os fabricantes até o final, a utilização do procedimento, distribuidores, fornecedores, hospitais e, junto com o médico, alguns cirurgiões-dentistas, os bucomaxilos, outra área que a gente sabe que tem um custo extremamente elevado no campo das órteses e próteses.

Não posso deixar de dizer que nós, enquanto Conselho Regional de Medicina, consideramos que a prática de ganho do hospital em cima de materiais e medicamentos não é, do ponto de vista ético, adequada. Os hospitais devem ganhar em cima de diárias hospitalares, que é o que eles fornecem. A partir do momento em que se ganha em cima disso, acaba tendo, sim — e a gente sabe que existe —, pressão do hospital sobre o médico para utilizar medicamentos de alto custo, para utilizar antibióticos mais caros, para utilizar próteses mais caras, porque eles vão ganhar mais. Então, essa não é uma prática adequada, e isso está institucionalizado.

Felizmente, são poucos os médicos envolvidos nessa prática inadequada. Mas esses poucos envolvidos causam um grande volume de problemas.

Então, são essas práticas que nós precisamos coibir, que nós precisamos punir de forma exemplar, porque isso acaba prejudicando não só a população, mas a própria imagem da categoria médica, mais uma vez.

E, principalmente no SUS, essa prática é perversa, porque a gente já tem um limite baixo de financiamento e o custo com esse tipo de coisa pode limitar mais ainda o acesso da população ao sistema de saúde.

Quais são as propostas que a gente tem discutido no Conselho e que eu trago aqui para a Comissão? A primeira delas é a de precificação, que parece já estar correndo aqui, não é novidade. Mas que isso seja feito em cima do preço-fábrica, porque a gente sabe que existe uma cadeia, tem o preço do distribuidor, o



preço final, o preço com porcentagem, enfim, tem que ser feito em cima do preço-fábrica.

A segunda é a de normatização da nomenclatura. Existem várias próteses que servem para a mesma coisa. Porque numa há uma curvinha de um lado e na outra, do outro lado, mas que não vai ter nenhuma interferência no resultado final, elas acabam tendo nomes diferentes e passam a ser vistas como um produto exclusivo. Isso não deve acontecer. Então, a normatização da nomenclatura também tem que ser feita pelos órgãos governamentais.

E, por fim, a padronização desses materiais — o instrumental tem que ser universal. E aqui eu tenho que abrir um parêntese e dizer que existe uma situação aberrante, principalmente no SUS.

O que acontece? Você tem um hospital público que fez uma licitação e tem um determinado fornecedor. Esse hospital vai implantar uma prótese no paciente daquele fornecedor. Passado um tempo, acaba o contrato, faz-se outra licitação e ganha outro fornecedor. Durante esse outro contrato com o outro fornecedor — e a gente sabe que, de um para o outro, há problemas de diferenças de tamanhos, um é hexagonal, o outro é quadrado, você não consegue utilizá-lo —, o paciente que colocou a prótese na vigência do contrato anterior precisa retirar a prótese e não consegue. Ele acaba ficando com a prótese, aposenta-se por invalidez e fica pendurado no INSS porque no contrato atual não há instrumental compatível com a retirada da prótese. Isso é um absurdo. E a gente tem muitos pacientes nesta situação no País.

Era isso que eu tinha a dizer a vocês. A gente está à disposição. Lembrando que essa resolução do Conselho Regional de São Paulo vige apenas no Estado de São Paulo.

Obrigada.

O SR. DEPUTADO ARNON BEZERRA - Presidente, por favor.

Eu não sei se eu ouvi errado, mas a senhora disse que, em algumas situações, alguém da fábrica faz a cirurgia no lugar do cirurgião?

A SRA. SILVIA HELENA RONDINA MATEUS - É. Mas disso a gente não tem prova; são coisas que nos chegam, que a gente ouve.



O SR. DEPUTADO ARNON BEZERRA - Mas, aí, perdoe-me, Presidente, isso não tinha nem que ser dito.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Está bom.

A SRA. SILVIA HELENA RONDINA MATEUS - São relatos.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Eu agradeço à Dra. Silvia Helena Rondina Mateus pela participação.

Concedo a palavra à Dra. Cybelle Assad, representante do Presidente da UNIMED Campinas.

A SRA. CYBELLE ASSAD - Boa tarde. Em nome do meu Presidente, agradeço à Casa pelo convite para participar deste momento.

Nós vamos falar um pouquinho sobre o assunto. Eu acho que é um assunto bastante delicado. Nós já ouvimos aqui uma ponta, que é o hospital, já ouvimos quem nos regula, que é o CRM, e agora vou falar um pouquinho do lado das operadoras.

Nós sofremos bastante com o que acontece com os valores e esses problemas de OPME, mas quem sofre mais do que nós, embora sejamos a fonte pagadora, somos, de certa forma, gestores do dinheiro de alguns que nos contratam para fazer da melhor maneira possível, cuidar da melhor maneira possível da saúde de cada um.

Eu trouxe alguns exemplos para nós discutirmos, para mostrar de forma mais prática. Eu trouxe alguns casos — a documentação está toda aí — de situações que nós vivemos e que têm um impacto bastante significativo nos nossos custos e, em consequência, no valor do *ticket* médio dos nossos beneficiários.

Nós vivemos uma situação, na UNIMED, entre várias que acontecem — nós não tivemos tempo de levantar todas, desculpem-me por isso —, por exemplo, uma endoprótese torácica, que um paciente nosso foi fazer num hospital em São Paulo. Veio a solicitação de autorização do procedimento, de 106 mil reais. E era a mesma endoprótese, do mesmo fabricante, da mesma distribuidora que já nos fornece em Campinas, onde nós pagamos por essa endoprótese 32 mil reais. Então, um *gap* de 74 mil reais no valor de uma endoprótese.

Outra situação é a de uma prótese de articulação temporomandibular, numa cirurgia de bucomaxilo, em que o primeiro orçamento que nós recebemos foi de 245



mil e, depois de inúmeras negociações, discussões junto ao importador, nós conseguimos pelo preço de 68 mil reais. A diferença é de 176 mil reais do primeiro orçamento para o segundo.

Eu quero explicar que a UNIMED Campinas tem, felizmente, um poder de barganha bastante elevado. Nós temos 830 mil usuários. Então, nós compramos bastante e conseguimos negociar muito isso. Hoje, felizmente, nós conseguimos reduzir bastante os nossos custos com órteses e próteses e medicamentos de alto custo — diga-se aqui quimioterapia — por uma intervenção direta. Nós compramos diretamente e nós distribuímos para os hospitais.

Então, eu hoje consigo gastar, o que já é muito, 4,5% do meu custo assistencial com órteses e próteses. Isso significa para a gente quase 70 milhões de reais, se eu for considerar o meu intercâmbio. Se eu for falar só de Campinas, eu estou falando em quase 50 milhões de reais por ano. Nós conseguimos por um grupo, porque nós temos uma dinâmica muito forte de negociação, temos uma comissão de liminares lá dentro que vai atrás, liga, procura o médico, provoca a segunda opinião, faz junta médica. Então, a gente consegue coibir um pouquinho. As demais cooperativas, segundo estudo da própria Agência Nacional de Saúde, chegam a ter 12% do seu custo assistencial com órteses e próteses.

Então, o que nós estamos vendo hoje é que as pequenas UNIMEDs e as pequenas operadoras vão acabar se fundindo, por absoluta falta de condição, dado o valor, o custo da saúde. Ela não tem preço, mas tem custo.

Então, são é este o número: 4,97. O que significou isso para nós? Nós deixamos de gastar 70 milhões de reais durante o ano de 2014. O que nos atrapalha muito? O fato de nós não termos uma precificação como existe pela CMED no caso dos medicamentos. No caso de órteses e próteses e materiais de insumo hospitalar não existe uma tabela da ANVISA que padronize os preços para nós, que fixe um teto.

Para vocês terem uma ideia, hoje os hospitais nos impõem um contrato no qual o pagamento é feito em cima de uma tabela chamada SIMPRO. Eu não trouxe aqui, mas posso disponibilizar a qualquer momento as variações que existem dos valores entre o que nós realmente conseguimos buscar no mercado e o que custa e o que está padronizado nessas tabelas. É muito mais baixo.



Vou dar alguns exemplos. Eu compro um *stent* farmacológico na UNIMED Campinas por 4 mil reais; o valor na SIMPRO é de 17.990 reais. O meu preço para uma válvula biológica é 9 mil reais; o valor da SIMPRO é 18.500 reais. Um conjunto de cardioversor/desfibrilador, por que nós pagamos 50 mil reais, na SIMPRO, está tabelado a 125 mil. Um dispositivo de embolização pipeline, pelo qual nós pagamos 50.300 reais, está tabelado na SIMPRO por 95 mil reais. E assim há inúmeros exemplos.

A diferença no caso dos materiais de insumo básico chega a ser mais discrepante do que isso. Os cateteres, pelos quais nós pagamos 10 reais, 15 reais, estão, na SIMPRO por 150, 170, 300 reais.

Então, na verdade, de que nós precisamos? De alguma forma, nós precisamos garantir o atendimento com qualidade dos nossos usuários e nós não estamos conseguindo fazê-lo. Contratos feitos dessa forma são muito ruins, para não dizer que são... Acho que eu não tenho nem palavra para dizer, porque é um negócio tão discrepante que... Mas é o que acontece. Todas as operadoras hoje se obrigam a esse tipo de contrato em que o preço dos materiais é regulado pela Tabela SIMPRO.

O que a gente mais pede aqui para esta Câmara, para esta CPI é que, de alguma forma, exista um tabelamento, exista uma padronização de valor, exista uma padronização, como a Dra. Silvia disse, dos materiais — que eles sigam a mesma nomenclatura —, para que a gente possa continuar prestando o nosso serviço da melhor maneira possível. Eu acho que a gente consegue fazer muito boa medicina com um custo muito mais em conta do que esse que está aí.

Eu queria só falar isso. Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Obrigado, Dra. Cybelle Assad, pela participação.

Concedo a palavra ao Dr. Sérgio Adriano Loureiro Bersan, representante do Presidente da UNIMED Belo Horizonte, que dispõe de 20 minutos.

O SR. SÉRGIO ADRIANO LOUREIRO BERSAN - Boa tarde a todos. Agradeço o convite, em nome do nosso Presidente, Dr. Samuel Flam, ao Deputado Geraldo Resende, ao Deputado Odorico Monteiro e aos demais membros desta CPI.



Quero dar-lhes uma noção da UNIMED Belo Horizonte, que é uma cooperativa feita por pessoas para cuidar de pessoas. E esse lema nos guia, inclusive, nas nossas decisões de como a cooperativa se orienta no seu dia a dia.

(Segue-se exibição de imagens.)

São 1 milhão e 273 mil clientes, 5.593 médicos cooperados e 3.945 empregos diretos. A nossa receita bruta é de 3 bilhões e 250 milhões, e o nosso investimento em saúde é de 2 bilhões e 75 milhões — 84% de toda a receita retorna ao sistema de saúde. Nós realizamos em torno de 8 milhões de consultas médicas por ano, 140 mil internações, 24 milhões de exames e 3,6 milhões de terapias — quimioterapias, radioterapias, fisioterapias. Esses são os números com os quais nós lidamos anualmente.

Onde está? A UNIMED Belo Horizonte é composta por 34 Municípios mineiros da Região Metropolitana do Município de Belo Horizonte.

Essa UNIMED, na avaliação da Agência Nacional de Saúde pelo Índice de Desempenho de Saúde Suplementar, aparece com a melhor nota há alguns anos consecutivos na dimensão principal da avaliação da Agência Nacional de Saúde.

Como é composta a rede assistencial da UNIMED Belo Horizonte? São 368 prestadores, entre hospitais, clínicas, laboratórios, fora o nosso contingente de médicos cooperados.

E como é o nosso modelo de regulação de materiais e medicamentos, pauta de OPME desta CPI? Bom, eu trouxe alguns números para nós podermos ver a evolução, desde 2008, do gasto absoluto com materiais e medicamentos, incluindo órteses e próteses. Então, ele vem num crescente e ele se acentuou nos últimos anos, graças à incorporação tecnológica que vem sendo incluída por procedimentos adequados, listados pela Agência Nacional de Saúde.

Agora, quando nós olhamos o gasto com órtese e prótese, eu separei aqui para que nós pudéssemos ver o valor de prótese, em verde, material especial, é geralmente um material, por exemplo, de cirurgias de vídeo. E a gente pode ver que houve um crescimento desde que houve a liberação da cirurgia bariátrica por meio da metodologia de vídeo pela Agência Nacional de Saúde. Então, aquele impacto é decorrente disso e, em verde, as órteses, os parafusos, as placas que nós temos no dia a dia de alguns procedimentos.



E quando nós olhamos a participação percentual em todo o gasto com materiais, vemos que no caso das órteses e próteses ele cresceu significativamente nos últimos 3 anos. Em razão disso, como é que a UNIMED Belo Horizonte vem trabalhando nessa regulação, nessa discussão com a sua rede?

Nós somos uma cooperativa, e a nossa cooperativa tem instâncias, que são os Comitês de Especialidades. Então, todas as especialidades têm seus comitês. Nesses comitês há sempre a presença de um presidente da sociedade referente àquela especialidade e nós fazemos a discussão dos materiais nesses comitês, suportados por uma equipe que faz a avaliação de tecnologia em saúde utilizando evidência científica, e nós incorporamos itens a essa nossa tabela com a aprovação técnica desses Comitês de Especialidades. Com isso é criado um acordo dentro do nosso sistema de atuação, baseado em evidência científica.

A partir daí, desde 2002, nós temos um contrato celebrado com a nossa rede, em que as regras estão claras. Nesse contrato nós incluimos uma lista que nós chamamos Tabela UNIMED BH de Materiais e Medicamentos, porque nós resolvemos que não seríamos pautados por essas publicações que existem hoje no mercado, como citado pela colega, que é a publicação da SIMPRO.

Então, nós fizemos uma lista. Essa lista é sempre acrescida a partir de uma demanda de um médico, consultando o comitê da especialidade com avaliação científica. E esse item passa a fazer parte dessa lista e entra para o contrato dos nossos prestadores.

Os reajustes de diárias e taxas são definidos pelo índice. Há alguns anos nós fizemos um modelo em Belo Horizonte em que nós incentivamos a profissionalização da gestão das unidades hospitalares com o maior programa que houve de incentivo de acreditação e certificação de uma rede em um Município, que foi o de Belo Horizonte. Com isso nós aumentamos o valor das diárias, como bem disse a colega, e fizemos um acordo de que a lista de materiais e medicamentos seria regulada dessa forma.

Ultimamente, nós estamos fazendo uma negociação com a nossa rede para migrar a nossa Tabela UNIMED BH para a Tabela CMED, que é da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, publicada pelo Ministério da Saúde. É uma lista que o Ministério, todo ano, vai atualizando com um reajuste predefinido.



Então, nós estamos negociando com os nossos parceiros a utilização dessa referência a partir de então. A CMED para medicamentos e, quanto aos materiais, nós sempre utilizamos o preço de compra, como disse a colega, com uma margem de 20% nessa operação, sempre pautada por cotação de mercado.

Então, nós utilizamos as ferramentas de mercado para fazer cotação, olhamos o preço e pautamos a nossa tabela. Portanto, o nosso sistema tem um acordo operacional predeterminado dos valores dessas tabelas.

O que é muito importante? Na Medicina há certa previsibilidade, mas alguns itens são exceções que ocorrem no dia a dia. Em todas as exceções identificadas pela equipe de auditoria — isso está previamente acordado com os médicos — nós seguimos as regras da Agência.

Montamos uma Junta Médica em que esses próprios Comitês de Especialidades participam e ali é feita a avaliação: cirurgias de coluna, implantes de marca-passo. E aí nós fazemos uma discussão com esse colega e demandamos o encaminhamento desse procedimento toda vez que o caso está no limite do que é possível a gente ter mais previsão.

Outra coisa muito importante é que nós instituímos, há 10 anos, esse grupo de avaliação de tecnologia. Em Belo Horizonte também foi montado, pela Universidade Federal de Minas Gerais, um núcleo de avaliação de tecnologia de saúde, também seguindo esses mesmos pressupostos. E esse grupo hoje auxilia o sistema público de saúde em demandas da judicialização que foi tratada pelo Presidente da UNIMED do Brasil. Então, muitas vezes, os promotores solicitam a esse núcleo da Universidade Federal de Minas Gerais pareceres técnicos sobre os itens e a partir daí se discute a evidência científica.

Eu expliquei que toda vez, para incluirmos no rol, que a Agência determina uma inclusão no rol e esse item que foi incluído no rol não estava no cálculo atuarial — vamos supor que seja de um material —, por exemplo, a técnica de cirurgia de vídeo, como ele não estava no nosso acordo com a rede, nessas situações a UNIMED Belo Horizonte passa a ser quem compra. Então, em todo item novo que vem ao rol, que não passou pela metodologia dos comitês e que veio via agência, fazemos uma negociação direta com a indústria, não com os distribuidores, e passamos a fornecer para toda a nossa rede, garantindo a margem e a rentabilidade



que ela teria nesse item se ela estivesse comprando. É o que nós chamamos de compra direta junto ao fornecedor.

Nós trouxemos esse assunto para discussão. Nós acreditamos que o modelo de regulação da UNIMED Belo Horizonte, baseado nos Comitês de Especialidades, foi o que permitiu que a Cooperativa chegasse à posição em que ela está hoje como uma empresa muito bem avaliada pela Agência Nacional.

Eu agradeço e vamos ao debate. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Obrigado, Dr. Sérgio Adriano Loureiro Bersan.

Vamos passar aos questionamentos.

Primeiro passamos a palavra ao Deputado Odorico Monteiro, Sub-Relator e hoje no exercício da Relatoria.

Com a palavra o Deputado Odorico Monteiro, do PT do Ceará.

Gostaria que o Secretário me trouxesse a lista de inscrições dos Deputados e Deputadas.

O SR. DEPUTADO ODORICO MONTEIRO - Boa tarde, Sr. Presidente, Sras. e Srs. Deputados. Quero agradecer a todos os convidados, que fizeram exposições importantes para a CPI.

Eu queria tentar traçar um pouco o estado da arte do depoimento de cada um e fazer algumas perguntas.

Eu acho que o Dr. Miguel Neto trouxe questões importantes. Primeiro, eu acho que termos aqui alguém do Hospital Albert Einstein trazendo essa contribuição é muito importante. Ou seja, nós estamos tratando de algo que é sistêmico na saúde no Brasil. Ouvimos aqui os médicos, um hospital de referência e duas operadoras de planos de saúde. E o que percebemos em todas elas é que a CPI por si só já se justifica por estar ouvindo esse conjunto de contribuições. Então, quero aqui ressaltar a relevância de a CPI estar ouvindo esse conjunto de depoimentos.

No depoimento do Hospital Albert Einstein, acho que o importante é nos trazer algo de uma conduta que também deve ser sistêmica no SUS, no sistema de saúde brasileiro, que é trabalhar com a Medicina baseada em evidência. Quando você sai de um casuísmo em que houve uma demanda de 5 mil pacientes e só 2.500 tiveram necessidade do procedimento, você já tem aí a presença da Medicina



baseada em evidência como algo importante. Quero ressaltar essa questão, que eu acho da maior importância.

A outra questão — eu acho que está presente nos vários depoimentos que ouvimos aqui — é quando você separa procedimento de honorário. E nos traz uma coisa importante, na perspectiva de que quem indica não faz o procedimento.

Eu acho que são coisas que foram colocadas na pesquisa e que eu acho que já trazem... Eram alguns questionamentos que já estávamos fazendo e que V.Sa. já respondeu na sua pergunta, que me parecem muito importantes.

Eu queria chamar a atenção — e aí queria que V.Sa. nos dissesse, porque o Albert Einstein faz parte de um programa, um programa importante, instituído à época do Presidente Lula, o PROAD, um programa de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, uma parceria importante do Ministério da Saúde com o conjunto de hospitais de excelência. Eu queria saber se existe alguma iniciativa do PROAD nessa perspectiva de apoio ao SUS na normatização desse tipo de programa.

Outra coisa que não ficou clara: V.Sa. deu um diagnóstico, relatou a experiência, mas não aprofundou as contradições que estavam por trás das questões que foram operacionalizadas. É importante. Eu queria que V.Sa. falasse um pouco dessa questão das contradições, das resistências, se isso produziu denúncia e algumas das motivações. Queria que V.Sa. falasse um pouco sobre isso.

Quanto à exposição da Dra. Sílvia. Aqui, Dra. Sílvia, há uma questão importante que é... Às vezes, eu fico preocupado porque a gente tem sentido, parte da categoria, um pouco de terceirização. *"Não, terceirizo para o SUS; terceirizo para os planos de saúde, terceirizo para os hospitais."* Parece-me que já foi uma iniciativa importante do próprio Conselho Regional de Medicina de São Paulo a edição da Resolução nº 273, deste ano. Quer dizer, já há uma motivação, em função... O mesmo que motivou a CPI motivou o Conselho.

Eu queria que V.Sa. falasse um pouco sobre os procedimentos disciplinares que tramitam no Conselho — quais, a origem. Quais são os procedimentos disciplinares? Eu acho isso importante.

Depois V.Sa. cita o art. 3º e fala um pouco das resistências, das denúncias. Queria que V.Sa. esmiuçasse um pouco mais o nível de resistência.



V.Sa. fala também de denúncias. Quais são essas denúncias? Acho que, se fosse o caso, deveria informar à CPI, e quais os atos que foram oriundos das denúncias.

Eu acho que V.Sa. coloca uma questão extremamente importante, que causou, inclusive, estranheza ao Deputado Arnon, que é a questão de médicos estarem sendo substituídos por empresas. É importante nos comunicar quais foram os médicos, quais são as empresas e quais são os hospitais que aceitaram esse tipo de procedimento. Essa é uma denúncia importante. Nós precisamos apurá-la. Não podemos ficar aqui só na denúncia.

Se V.Sa. não tem isso agora aqui, eu gostaria que fosse depois informado à CPI quais são os médicos que aceitaram a substituição, quais são as empresas que substituíram os médicos em procedimentos cirúrgicos e quais os hospitais que aceitaram esse tipo de substituição. Eu acho que é importante obter essa informação, porque senão fica, nesta CPI, o dito pelo não dito, fica um vazio que pode comprometer...

A Dra. Cybelle, em seu depoimento, trouxe-nos algo extremamente relevante, que é a questão da tabela. A Tabela SIMPRO... V.Sa. nos trouxe dados significativos. Gostaríamos que V.Sa. enviasse para a CPI todo o material de que dispõe.

Eu acho que vale para a UNIMED Campinas tanto como para a UNIMED Belo Horizonte. A UNIMED opera algo que para nós é sempre... Na área da saúde há uma situação interessante, porque o sócio da UNIMED é o médico que faz o procedimento. O que eu estou entendendo aqui é que tanto para a UNIMED de Campinas como para a UNIMED de BH houve um bom comportamento do sócio, um sócio cooperativo — pelo menos é o que eu estou entendendo aqui — porque é sócio da empresa, que é a própria UNIMED. É o que dá trabalho no Conselho Regional de Medicina de São Paulo, com as denúncias que foram feitas.

Então, eu quero ouvir um pouco desse contraditório entre os sócios. Quem falava muito disso era o Gilson Carvalho. Ele dizia assim: *“O grande problema de alguns sócios das UNIMEDs e das Santas Casas é que querem ser sócios ricos de empresa falida”*. Então, quanto a essa harmonização, é importante termos esse depoimento.



Eu queria ter também mais detalhes sobre a tabela SIMPRO, como é a sua prática e como foi feito o controle disso.

Outra pergunta para as duas UNIMEDs: como é a questão da resistência e do nível de denúncias dos sócios — no caso, os médicos das UNIMEDs —; dos parceiros, que são os hospitais; e dos pacientes? Queria saber um pouco o estado da arte dessa questão da convivência de vocês, do processo regulatório, por ausência, inclusive, de marco regulatório. Uma questão que ficou muito clara para nós foi a da precificação. Nós temos que precificar o setor. Eu acho que deve ser uma contribuição da CPI.

Eu queria colocar essas questões como questões mais gerais do estado da arte, que foi mencionado aqui, e passar para os colegas.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Antes da intervenção do Deputado Mário Heringer...

O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER - Por quê? Eu sou o próximo?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Na proposta que V.Exa. vai fazer...

O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER - Sr. Presidente, eu aceito. Eu pulo a fila.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Eu estou sugerindo... Nós temos só seis Deputados e Deputadas inscritos. Estou propondo ouvirmos todos os questionamentos, para que, na rodada final, possamos ouvir todos os convidados.

O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER - Viu como nós ficamos de acordo quando V.Exa. fala? (*Risos.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Conhecendo-o já há algum tempo, previ que V.Exa. iria fazer esse tipo de intervenção.

O primeiro inscrito é o Deputado Jorge Solla. Eu vou passar aos questionamentos.

Vamos ser rigorosos no cumprimento dos 3 minutos para dar oportunidade a todos os inscritos de falarem. Depois, daremos a palavra aos integrantes da Mesa. Eles terão o tempo necessário para responder a todos os questionamentos dos Deputados e da Deputada.



O SR. DEPUTADO JORGE SOLLA - Sr. Presidente, quero parabenizar a todos pelas intervenções. Primeiramente, quanto à apresentação do Miguel... É muito bom reencontrá-lo.

A segunda opinião é algo fundamental no estágio atual da prática médica. Por mais que preservemos a autonomia do profissional, pelo volume de questões relacionadas, pela multiplicidade de escolha e pela relação muito desigual entre usuário, paciente e médico, cada dia mais se busca adotar essa estratégia.

Como Secretário Estadual, tive uma experiência, Miguel: uma fila de espera de cirurgia cardíaca pediátrica de mais de 500 crianças, e o Ministério Público nos cobrando. Nós montamos um serviço de referência e uma parceria com uma filantrópica. Para que os senhores tenham ideia, metade das crianças foi operada e, em relação à outra metade, a indicação foi descartada, mantendo-se o tratamento clínico. Esse é um exemplo.

Só reforçando a provocação feita pelo Odorico, a parceria do Einstein com o SUS nos permitiria, quem sabe, fazer uma experiência interessante: pegar uma fila de espera de procedimentos que demandem OPME de alto custo e buscar uma segunda opinião com profissionais que pudessem ser deslocados para algumas capitais, para se fazer um fluxo. Seria um processo muito interessante e uma grande contribuição que o Einstein poderia dar ao processo de aperfeiçoamento das indicações. Obviamente, teriam uma casuística bem mais ampla do que a clientela específica do Einstein e mais diversificada, do ponto de vista dos serviços, socialmente. E poderia nos ajudar a pensar numa estratégia dessa natureza.

Quanto à apresentação do CRM... Sílvia, meus parabéns. Quero me solidarizar com a sua preocupação, porque 24% dos profissionais considerarem que podem vincular a prescrição a vantagens materiais e financeiras é realmente algo extremamente preocupante e aponta para a percepção de que a formação médica está falhando muito. Espera-se que o profissional pelo menos questione, ou tenha dúvidas, no mínimo, quanto a essa relação. Sr. Presidente, Sr. Relator, vemos que há necessidade de sinalizarmos algo no relatório da CPI em relação à formação profissional e ao ensino médio.

Você trouxe uma coisa importante, Sílvia. Os art. 68 e 69 do Código de Ética Médica têm relação direta com o art. 3º e outros da Resolução do CFM de 1956 e



com a Resolução nº 273, de 2015, do CREMESF. Parabênizo o CREMESF pela iniciativa.

Você não acha que, diante de normas reiteradas nos códigos de ética médica e resoluções dos nossos conselhos federais — no caso, o de São Paulo —, já deveríamos começar a pensar em algo do ponto de vista do Direito, saindo do plano da ética, indo para o plano do Direito, no sentido de criminalizar situações que venham ferir essa conduta? Porque uma coisa é a definição enquanto a conduta é não ética; outra coisa é criminalizar para além da definição da ética.

As propostas também são muito interessantes. Gostei da sua contribuição. Além da precificação... Só para detalhar um pouco mais, a normatização da nomenclatura... Nós tivemos aqui uma apresentação muito boa do Ministro Arthur Chioro, falando sobre esse esforço que a ANVISA vem fazendo. Você acha que, via ANVISA, nós poderíamos buscar esse processo?

Quanto à padronização do instrumental e da OPME, eu fico mais preocupado, porque, como a maior parte é importada, fica muito difícil pensar — pelo menos eu não consegui ainda vislumbrar; peço que você dê uma sinalização — em como poderíamos caminhar na direção dessa padronização, na medida em que a maior parte desses produtos não é fabricada aqui no Brasil. Ou seja, fugiriam das legislações, dos procedimentos.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Conclua, Deputado Jorge.

O SR. DEPUTADO JORGE SOLLÁ - Só para concluir, para descontrar um pouquinho, Deputado Odorico, eu acho que o problema não são os sócios cooperativos, são os sócios cooperativados.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Deputado Áureo, V.Exa. tem até 3 minutos.

O SR. DEPUTADO AUREO - Sr. Presidente, a cada dia, nesta CPI, nós ficamos mais assustados. Dá até medo de ir aos hospitais. Ficamos em pânico quando falamos nessa questão das próteses. Eu estou vivendo uma experiência agora, com a minha avó, que acabou de colocar uma prótese. Eu fiquei querendo saber qual era a marca, como seria, porque ficamos muito assustados com todas essas informações que estamos recebendo.



Uma coisa que me preocupa é a primeira informação que a Dra. Silvia Helena deu. Eu estou com a mesma dúvida do Deputado que fez a pergunta. Existe hoje, é um caso concreto... Você falou sobre a pessoa, no centro cirúrgico, trocar e outra fazer a cirurgia, o representante. Você recebeu alguma informação a esse respeito?

Segunda pergunta: já existe alguma punição pelo Conselho? Quantos médicos estão em processo disciplinar? Quantos médicos estão sendo punidos pelo Conselho de São Paulo?

A terceira pergunta que agora faço é para a UNIMED de Campinas. Ela bota aqui na folha que tem a diferenciação de preço de 257%. Geralmente vocês negociam esses preços com o mesmo fornecedor, quando começam a negociar e há essa baixa de preço; ou cada fornecedor trabalha com pesquisas de mercado, e você tem um fornecedor que lhe entrega esse produto mais barato, sendo da mesma marca; ou esse fornecedor trabalha com a tabela e, à medida que você o aperta, vai caindo o preço? Qual é a prática que o fornecedor está exercendo ao lhe entregar o produto? Indago: você tem o mesmo fornecedor, e ele vende para Campinas com um valor; para o outro operador, com outro valor; para o Governo, com outro valor? Não existe uma prática de preço regulado na empresa dele? É impossível a empresa vender para você um produto e depois vender para o Governo mais caro, ou vender para um plano de saúde mais caro. Seria uma coisa muito absurda, porque nós vamos requisitar essas notas fiscais até junto à Receita para saber essa diferença. Por que o cliente paga essa diferenciação de preço no mesmo produto, e só para clientes diferentes está sendo cobrado?

Fico só nessas perguntas. Estou satisfeito, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Obrigado, Deputado Aureo.

Passo a palavra ao Deputado Adelmo Carneiro Leão. S.Exa. dispõe de até 3 minutos.

O SR. DEPUTADO ADELMO CARNEIRO LEÃO - Sr. Presidente, gostaria de saudar os convidados e convidadas aqui presentes.

A primeira consideração que faço é que, diante das informações que nós já recebemos até hoje, eu entendo que o que se impõe hoje, no País, é auditar o sistema de saúde de modo bastante amplo, em todos os sentidos, em toda a sua



dimensão, como um instrumento adequado de controle da aplicação dos recursos públicos.

Segunda questão. A Silvia fez um comentário de alguém estar substituindo o médico... Talvez até para ajudá-la nesse contexto, eu ouvi em um depoimento — não sei se do Ministro ou de alguém que veio aqui — que, em determinados procedimentos, em função das tecnologias, a empresa impõe que um técnico seu acompanhe o processo. É essa a condição, ou existem algumas condições mesmo em que, em função dessa imposição, o médico acaba sendo substituído nas suas competências e na sua responsabilidade? Talvez eu a ajude um pouco na percepção do que foi colocado aqui.

Outra questão: certamente, todos vocês — os hospitais, os planos de saúde, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo e os demais — devem acompanhar alguns procedimentos que são resultado de imposições judiciais. Nessa lógica da imposição judicial, o que temos visto é que, lamentavelmente, muitas delas vêm associadas à determinação da marca do produto. Vocês têm percebido isso? Têm alguma identidade com esse processo, que efetivamente tem encarecido o nosso sistema de saúde?

Eu sou adepto dessa ideia da segunda opinião. Pensando nesse processo, eu entendo que, se há uma segunda opinião para poder aprimorar o sistema de atendimento dos médicos que são especialistas na área, mais necessária ainda seria a opinião que deve assessorar toda decisão judicial que eventualmente ocorre na realização dos procedimentos, na área da saúde.

Eram essas as considerações que eu gostaria de fazer. Acho que cumpri o prazo da maneira mais rigorosa possível.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Paulo Foletto) - O Deputado Adelmo foi britânico.

A próxima inscrita é a Deputada Gorete Pereira.

A SRA. DEPUTADA GORETE PEREIRA - A Dra. Cybelle, representante da UNIMED de Campinas, falou sobre essa discrepância enorme de 257%. Eu já mandei fazer aqui um requerimento, solicitando ao pessoal do SINPRO que venha para cá. Ele também pode dizer que cobra algo porque também passa dinheiro.



Estão entendendo? Ele repassa alguma coisa para os médicos, para serem indicados os produtos dessa tabela.

Então, esta CPI vai pelo menos nos dar a possibilidade de ter condições, por exemplo... O Presidente da UNIMED de Belo Horizonte falou sobre um grande resultado da UNIMED de lá. Eu vejo que na UNIMED do Ceará os médicos estão cooperando, porque realmente houve um rombo muito grande, um problema muito grande na UNIMED do Ceará. Um *stent* lá custa 7 mil reais — preço de custo —, e o de vocês, 4 mil reais.

Nós temos de fazer alguma coisa aqui. Se esta CPI não der em nada, mas se pelo menos sair uma tabela unificando esses preços e as próprias UNIMEDs, no Brasil, unificarem os preços e termos uma condição melhor, será importante.

Estou requerendo a presença do Presidente da UNIMED do Ceará, para falar do problema de lá — o de vocês tem um grande gerenciamento, todos os dois, e nós estamos com problemas seriíssimos lá —, e de alguém para falar sobre o problema do SINPRO. Estou atrás de mais dois, porque disseram que tenho que chamar quatro pessoas para participar da audiência pública.

Dra. Cybelle, a senhora tem alguém para indicar para vir falar sobre esse procedimento das tabelas? *(Pausa.)*

A SRA. DEPUTADA GORETE PEREIRA - Ela própria, não é? Então, pronto! A senhora se sinta convidada.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Paulo Foletto) - Obrigado, Deputada.

Com a palavra o Dr. Mário.

O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER - Sr. Presidente, senhoras e senhores, eu quero pedir desculpas por não ter podido chegar a tempo de assistir às apresentações do Miguel e da Silvia — permitam-me a intimidade.

Toda vez que eu for fazer alguma intervenção aqui nesta CPI, quero me situar para as pessoas presentes. Eu sou usuário, sou médico, sou cooperado UNIMED, sou administrador hospitalar e já fui administrador de plano de saúde. Eu acho que tenho alguma experiência nesse negócio.

Nós não podemos confundir aqui uma série de informações com o nosso objetivo precípuo. Nosso objetivo precípuo aqui é investigar e punir, se for o caso,



desvios de conduta e de preço, ao se adotar uma indicação médica. Começamos por aí.

Por que estou dizendo isso? Eu acho — concordo plenamente com o Deputado Solla — que a questão da criminalização é fundamental, e o tempo todo eu repito isso. Acho que a única maneira de resolver o problema e padronizar é criminalizar, porque o sujeito, na hora em que estiver com medo, não vai dizer que eu vou botar aquela prótese de titânio, que vem lá de não sei onde e que não precisa ser colocada. Essa é a primeira coisa. Então, na hora em que ele tiver medo ou respeito pela lei, fatalmente vai agir de maneira correta.

Essa questão de a UNIMED unificar, Deputada Gorete, é quase que impossível. Não existe uma UNIMED; são várias UNIMEDs, com um potencial completamente diferente, com recursos completamente diferentes. E uma das grandes dificuldades nas operações é você estar na cidade de Belo Horizonte e atender a uma UNIMED de Carangola, por exemplo, porque as tabelas são diferentes entre elas. E até quem presta o serviço em Belo Horizonte não gosta de prestar o serviço para outra UNIMED menor, porque a outra UNIMED menor não paga, ou tem dificuldade de pagar, ou cria um processo de procrastinação de pagamento.

Isso é uma doideira. É muito difícil pensar em uma solução dessas para a UNIMED Brasil. É uma bela marca, mas não é uma empresa sozinha. Isso tem que ficar muito claro.

Há a questão de misturar próteses e órteses com materiais e insumos convencionais e daí a pouco criminalizar, dizendo que o SIMPRO está errado. Não sei se está certo ou errado, mas temos que parar de misturar determinadas coisas. Se fizerem uma CPI da Máfia de Órteses e Próteses... Presidente, eu quero pedir só mais uns minutos. Eu sei que o meu tempo está acabando, mas me dê, por favor, mais 1 minuto. Se misturarmos as coisas, o que nós vamos fazer é atender a interesses que não são exclusivamente da sociedade, são interesses corporativos também. Hoje, todo mundo sabe... Nós estamos aqui para resolver relações do SUS e também da saúde suplementar. Evidentemente, o que está expresso aqui nesta audiência — pelo menos a parte que eu peguei — é uma relação privada. E nessa relação privada, quando se faz preço e se organiza custo, organiza-se custo para



pagamento de diárias, taxas e insumos, e esses são os principais componentes do preço. Então, quando a pessoa diz que eu não estou recebendo ou que eu estou pagando muito mais por uma coisa, podem ter certeza de que ela está pagando muito menos por outra também, e isso não é explicitado e dito aqui. Por exemplo, diárias e taxas são extremamente baixas, e não fariam ninguém sobreviver com diárias e taxas, quando deveria haver um ganho normal de hotelaria hospitalar — não é hotelaria hotel. Essa também é outra dificuldade.

Com relação ao bom desempenho em Belo Horizonte, eu sou mineiro e tenho de dizer que é um bom desempenho, mas há uma característica peculiar: Belo Horizonte tem uma condição de hegemonia de plano de saúde na nossa cidade. Então, fica muito difícil alguém chegar lá e dizer que vai botar... Eu vou citar o nome de uma empresa: a AMIL. Há 5 ou 6 anos... Não trabalho para a AMIL, não sou empregado da AMIL, mas digo que há 5 ou 6 seis anos ela está tentando entrar em Belo Horizonte e não consegue. Uma das acusações que eu recebi no meu gabinete é que, quando ela chega a um hospital para credenciá-lo, aquele hospital é imediatamente constrangido pela UNIMED: *“Se você vai atender a AMIL, você não vai atender a UNIMED”*.

Eu sou cooperado UNIMED. Estou deixando isso muito claro aqui. Eu estou aqui para discutir essa questão. Ela é muito difícil.

Pergunto rapidamente à Dra. Cibele: Dra. Cibele, os hospitais que fazem um enfrentamento e têm condição de dizer que a tabela SIMPRO é a única que eles atendem são hospitais de nível A, B ou C, na escala de tamanho e competência dos hospitais. É diferente a senhora falar de um hospital da Associação Nacional de Hospitais Privados — ANAHP e de um hospital que atende outro tipo de grupo. Qual é essa proporção? Quando olhamos na tabela... A OPME aumenta em 50%. Eu vou colocar um número redondo: 50% do custo. Mas qual é a proporção do número de cirurgias feitas com OPME e sem OPME? Isso é importante para sabermos o que impacta realmente. Quando se coloca 50%, é muito visível, mas temos que saber o que isso impacta realmente.

Quanto à ideia de adotar uma tabela CMED — eu não conheço a tabela —, pode ser que dê certo em Belo Horizonte, por causa da posição hegemônica da UNIMED, mas com certeza não vai ser uma coisa fácil para o Brasil todo.



Muito obrigado. Era só isso.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Obrigado, Deputado Mário Heringer.

Concedo a palavra ao Deputado Paulo Foletto.

O SR. DEPUTADO PAULO FOLETTO - Sr. Presidente, convidados... Cybelle, você fala em diminuir o custo da UNIMED Campinas, que é muito grande — menor um pouco que o de Belo Horizonte. Conseguiu trazer para menos de 5% o gasto total em OPME. Você consegue fazer o que a Gorete pediu e levar isso para as outras UNIMEDs?

Eu fui presidente de UNIMED pequena. Quando comecei, minha UNIMED tinha 7 mil usuários, e eu a entreguei com 25 mil vidas, 8 anos depois. Desisti do gerenciamento quando começou a pipocar esse problema. Eu não conseguia mais conviver com os colegas que começaram a indicar sem necessidade, operar sem necessidade, para levar os 20% das órteses e próteses. Então, virou uma esculhambação. Saí do sistema.

O ideal seria que Campinas virasse professora, para que pudesse levar a tecnocracia — como ela avançou e evoluiu — para o Ceará conseguir diminuir o preço do *stent* de 7 reais para 4 reais. E aí poderia pagar diária melhor, o procedimento seria melhor, o trabalho médico seria sem corrupção, sem anormalidade, sem esculhambação, sem se apropriar da vida das pessoas, indicando sem necessidade.

Então, esse equilíbrio é fundamental. Campinas e Belo Horizonte, por exemplo, devem servir de modelo. Se nós conseguirmos acertar no sistema UNIMED, poderemos ser modelo para o SUS, porque temos um gerenciamento, as grandes conseguiram um gerenciamento melhor.

Eu sou do Espírito Santo e briguei com Vitória algumas vezes, porque estava sendo explorado. Eu fui para o pau, com a maior, com a mãezona nossa, que recebia os nossos doentes do interior. Em outra ocasião, eu fui ao chefe do Ministério Público do Espírito Santo com a tabela do valor do quimioterápico. O colega comprava, eu consegui a tabela que ele trazia dos Estados Unidos, e quanto ele cobrava do meu cliente, lá na clínica dele do interior, em Vitória. Eu consegui uma parceria com o Ministério Público, consegui audiência, e o dono da clínica só



não saiu preso porque pediu muitas desculpas e falou que não ia mais fazer aquilo. Eu consegui uma parceria com o Ministério Público lá no Espírito Santo, e aí consegui uma melhoria até para Vitória, que não tinha peito para encarar a turma. Como eles são muito organizados e fazem máfia, podia complicar a situação da cooperativa. É complicado esse negócio de o cara ser sócio, dono como a gente, e querer expropriar a cooperativa.

Sérgio, você conseguiu ver, em termos de percentual e volume financeiro, quanto você economizou com a sua organização?

Sílvia, aquela questão da empresa eu já vi acontecer. Quando a turma está fazendo treinamento da prótese nova, porque trocaram a prótese — trocaram uma orelhinha, um parafuso novo; houve até mesmo troca de material —, eles trazem a equipe de técnico, que traz aquela parafernália danada, e um colega para fazer o treinamento. Vem outro médico... Às vezes o cara ficou lá nos Estados Unidos, na Europa. Então, ele vai fazendo o treinamento, o que é até legal. É normal até para que você possa trazer tecnologia com desenvolvimento e qualidade na aplicação. Não sei se é isso. Eu já vi isso acontecer. O sujeito não é do corpo clínico, mas todo mundo sabe que ele está ali trazendo nova tecnologia, para que a cidade aprenda, a região aprenda e isso se dissemine, para que possa ser aproveitado.

Eu acho que a nossa função e missão aqui, Presidente, é ajudar a definir o marco regulatório. A ajuda das UNIMEDs é fundamental, a ajuda do Hospital Albert Einstein é fundamental, numa combinação de ações com a ANVISA e com o SUS, porque 257% de diferença de preço é motivo de cadeia, gente, de punição! Fazenda e polícia têm de botar na cadeia!

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Já que terminaram as inscrições, vamos passar a palavra aos nossos convidados, para que possam responder todos os questionamentos, os do Relator Substituto e os dos demais Deputados. Peço aos senhores convidados que aproveitem a oportunidade para fazer suas considerações finais.

Então, obedecendo à mesma ordem das intervenções, convido o Dr. Miguel Cendoroglo Neto para responder os questionamentos e fazer suas considerações finais.

O SR. MIGUEL CENDOROGLO NETO - Obrigado, Sr. Presidente.



O SR. DEPUTADO ODORICO MONTEIRO - Com esse nome, é conterrâneo da Presidenta, não é?

O SR. MIGUEL CENDOROGLO NETO - O nome é de origem búlgara. *(Riso.)*

O Dr. Odorico e o Dr. Jorge Solla perguntaram sobre a questão do PROAD. Nós temos muito prazer em trabalhar com o PROAD. Faz todo sentido termos programas de alta qualidade.

O nosso maior programa, na verdade, é o de transplantes. Hoje ele funciona como um centro de excelência. Não é exatamente uma segunda opinião, porque já temos todo o encaminhamento bem organizado no SUS, mas faz todo sentido até pelo aprendizado que tivemos com esse programa de segunda opinião. Não aprendemos somente que segunda opinião faz diferença na alta complexidade, mas também que a organização de um centro de excelência para tratar casos de alta complexidade faz todo sentido.

Como nós vimos, muitas vezes o médico pode indicar a cirurgia, talvez não porque ele tenha algum conflito de interesse, mas porque não tem mais nada a fazer no consultório. Muitas vezes ele não tem uma infraestrutura adequada para indicar ao paciente uma fisioterapia ou acupuntura. O que o médico sabe fazer, o que ele pode fazer pelo paciente, às vezes, é a cirurgia. Então, faz sentido.

Para ter um programa PROAD de segunda opinião, no caso de cirurgia de coluna ou de outros procedimentos de alta complexidade, conforme sugeriu o Dr. Jorge Solla, só depende um pouco do Ministério, da demanda que o Ministério aponta, porque é mais importante servirmos ao Ministério e ao Governo.

Quanto à questão das contradições, algumas denúncias foram encaminhadas ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Partiram de sociedades... Acho que há uma denúncia de paciente e uma outra denúncia que partiu de uma câmara técnica de uma sociedade ligada à Associação Paulista de Medicina.

O questionamento que existe é em relação ao fluxo da segunda opinião. O Conselho Regional de Medicina ainda está investigando, ainda está na diligência. Ainda não temos um parecer final. Não existe ainda um posicionamento a respeito dessas dúvidas que surgiram.

É isso. Obrigado.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Com a palavra a Dra. Sílvia Helena Rondina Mateus, para que possa responder aos questionamentos do Relator, dos demais Deputados e da Deputada e, também, fazer suas considerações finais.

A SRA. SÍLVIA HELENA RONDINA MATEUS - Sr. Presidente, vou começar pela questão do art. 3º, que ensejou a discussão aqui — inclusive a questão do representante das empresas dentro das salas de cirurgia.

O que nós procuramos fazer... A gente fala que o assunto é polêmico porque há muitos médicos... A gente não tem nenhuma manifestação por escrito, mas já consultaram se essas pessoas não vão mais poder estar no campo cirúrgico. Eu não sei quantos de vocês, Deputados, são médicos e quantos não são. Eu tenho que explicar que você pode ter alguém dentro da sala de cirurgia, mas no campo cirúrgico só entra quem está operando. Certo? Então, essa é a grande diferença.

O que a gente tem hoje, na prática? A gente sabe que em alguns procedimentos — e isso é prática corrente — existem pessoas ligadas à indústria e aos fabricantes, que entram na sala cirúrgica com função exclusivamente técnica. Às vezes, têm que ver na hora a medida da órtese, da prótese, qual se encaixa, qual não se encaixa. E a gente também sabe — foi exatamente o que o Deputado colocou — que muitas vezes esses técnicos acabam entrando no campo cirúrgico, e é isso que a gente está tentando coibir com a nossa resolução. Não é que ele vai lá e opera no lugar do médico, que o médico sai e ele opera. Não é isso, pelo amor de Deus! (*Riso.*)

O SR. DEPUTADO ARNON BEZERRA - Então, a história foi distorcida ali, e agora a explicação...

A SRA. SÍLVIA HELENA RONDINA MATEUS - É, eu acho que me expressei mal.

O SR. DEPUTADO ARNON BEZERRA - Está certo.

A SRA. SÍLVIA HELENA RONDINA MATEUS - O senhor me desculpe, eu devo ter me expressado mal.

O SR. DEPUTADO ARNON BEZERRA – Porque, em lugar nenhum, nem o cirurgião, nem o dono do hospital vai permitir...

A SRA. SÍLVIA HELENA RONDINA MATEUS - De forma alguma.



O SR. DEPUTADO ARNON BEZERRA - ...que uma pessoa entre...

A SRA. SÍLVIA HELENA RONDINA MATEUS - Não, não foi isso.

O SR. DEPUTADO ARNON BEZERRA - ...para fazer um ato...

A SRA. SÍLVIA HELENA RONDINA MATEUS - Continuando a explicação, muitas vezes eles acabam participando da cirurgia. E às vezes eles operam junto com o médico. O que a gente está querendo coibir é justamente isso. Em São Paulo, o Conselho entende que o médico é a pessoa que tem que ter a capacitação para realizar o procedimento. Ninguém mais tem habilitação para fazer uma cirurgia a não ser o médico.

Então, o que a gente tentou fazer com isso foi ver inclusive se melhora essa relação, que a gente sabe que existe, entre alguns médicos e os representantes das indústrias. Até porque eu acho que é extremamente importante a presença deles, do ponto de vista técnico, mas não dentro do campo cirúrgico. Foi isso. Espero que agora eu tenha conseguido esclarecer e explicar, Deputado.

Então, essa é a questão do art. 3º. A polêmica que surgiu por causa dele foi porque alguns médicos acham que deveriam poder continuar entrando em campo cirúrgico. A gente sabe que há empresas que têm instrumentadores, e o instrumentador pode participar da cirurgia. Em São Paulo, a gente entende que o instrumentador que estiver ligado à indústria não deve participar da cirurgia. É isso.

Foi colocada para a gente a questão das sindicâncias e dos processos, como é o trâmite disso dentro do Conselho Regional de Medicina. Nós recebemos as denúncias. Todas as denúncias caminham para a abertura de uma sindicância, que é um procedimento investigatório. Ao final da investigação — equivale mais ou menos à fase de inquérito policial —, a gente define se ela vai ser arquivada ou se tem indício de infração ética — neste caso, é aberto um processo. Aberto o processo, tem todo o Código de Processo Ético-Profissional, que normatiza todos os procedimentos, com direito a ampla defesa de todo mundo. Ao final do processo, o médico é julgado. A nossa competência é exclusiva sobre os médicos. Os médicos são julgados, podendo ser culpabilizados ou absolvidos. Se forem culpabilizados, cumprirão pena — da pena “a” até a pena “e”. São elas: duas penas confidenciais, uma advertência e uma censura confidencial, que equivalem à pena “a” e “b”; uma censura pública — neste caso, ela é publicada em jornal de grande circulação, no



local onde o médico exerce a Medicina; a suspensão do exercício profissional por até 30 dias; e a cassação do exercício profissional, que sempre vai ter que ser referendada pelo Conselho Federal de Medicina. Então, essas são as penas.

O que há de denúncia já tramitando... As sindicâncias e os processos tramitam de forma sigilosa nos Conselhos, justamente para não expor o paciente, se houver posteriormente uma absolvição. Muitas vezes há prontuários de pacientes dentro do processo, e pelo sigilo médico a gente não pode abrir isso. Isso está normatizado legalmente, não só no Código de Ética, mas também no Código Penal, no Código Civil. A gente tem obrigação de respeitar o sigilo profissional.

As denúncias que vêm chegando, inclusive essas que o Dr. Miguel citou, a partir da criação da comissão, estão tramitando todas dentro da comissão. Está certo? Então, chega muita denúncia de liminares, de solicitação de marca, de procedimentos inadequados, sem indicação. Tudo isso é investigado. O Conselho tem câmaras técnicas de ortopedia, de neurocirurgia, e a gente faz essa discussão dentro das câmaras técnicas para fazer essa avaliação toda. Está certo? É assim que ocorre.

Quanto à pergunta do Deputado Jorge Solla, sobre a criminalização da conduta, eu entendo que essa conduta já se encaixa em muitos tipos penais que existem. Eu acho que se alguém se propõe a fazer uma cirurgia que não tenha indicação, expondo alguém a risco, isso é lesão corporal. Acho que fazer uma lei específica... Pode ser feita. Acho que é bom, reforça, mas, ainda que não seja feita, podemos ver que já tem enquadramento em alguns tipos penais.

Quanto à normatização da nomenclatura, eu sei que o Ministério da Saúde está trabalhando junto com a ANVISA. Isso é uma coisa extremamente positiva, é uma das propostas que a gente trouxe. Nós temos uma comissão que discute isso no Conselho Federal de Medicina, da qual eu também faço parte. A ANVISA e a ANS têm participado. Isso também surgiu lá. A gente sabe que a própria ANS se propôs a fazer esse trabalho junto com a ANVISA e com o Ministério.

Quanto à relação da padronização, eu acho que, hoje, não há tanto material importado, a gente tem muito fabricante nacional. Os colegas que são das operadoras aqui podem, depois, me dizer, porque nessa parte também não sou



técnica. Mas eu acho que tem de haver, sim, uma padronização, pelo menos um instrumental.

Se a gente vai falar em ortopedia, tem de falar em placa, parafuso, chave de fenda, broca. Tem que ter número de broca, tem que ter chave de fenda que dê para tirar todos os parafusos de uma prótese. Entendeu? O que não pode continuar acontecendo é o paciente que precisa tirar uma prótese ficar encostado no INSS, aposentar-se por invalidez por impossibilidade de ter sua prótese retirada. Temos de ver a qualidade de vida dele e o que a gente está fazendo com ele. Tem de haver uma saída. Eu acho que isso é possível. A gente teve padronização de tantas coisas! Por que não disso também? Eu acho que tem de haver uma saída.

Eu já falei das punições que acontecem no Conselho.

Judicialização. Na semana passada, eu estive aqui em Brasília, no 5º Fórum de Direito Médico, realizado na Associação Médica de Brasília, pelo Conselho Federal de Medicina, e numa mesa a gente discutiu isso amplamente.

O que acontece? A gente precisa fazer um trabalho junto aos juízes. Hoje, inclusive, o Conselho Nacional de Justiça fez um fórum de saúde com várias recomendações. Uma delas, que eu lembrei aqui, é a Recomendação nº 31, que diz que os juízes devem procurar conversar com os gestores, procurar se informar tecnicamente, porque eles reconhecem que existe um exagero e que a indústria de liminares — estou colocando isso aqui entre parêntesis — é um dos fatores que vem aumentando demais o custo da medicina, propiciando que o assunto que está sendo discutido aqui fique mais grave ainda.

É preciso fazer um trabalho junto com o Judiciário. O Conselho Nacional de Justiça já está fazendo isso, através de várias recomendações. Não sei se a Casa tem acesso a isso. Eu posso, depois, passar por *e-mail*.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Obrigado, Dra. Silvia.

Eu passo a palavra à Dra. Cybelle Assad, que representa a UNIMED de Campinas, para também dar as respostas aos questionamentos.

A SRA. CYBELLE ASSAD - Eu vou, primeiramente, responder um pouquinho às perguntas do Deputado Odorico. Depois, acho que vou conseguir responder a todos, porque as perguntas são mais ou menos as mesmas. O foco é este: SIMPRO, nota fiscal, essas coisas.



Com relação ao que o senhor me perguntou, Deputado, sobre o bom comportamento dos sócios, hoje na UNIMED Campinas, dada essa série de coisas que nós colocamos lá, como uma comissão que avalia as liminares... Nós temos o núcleo de desenvolvimento humano, e o médico é encaminhado para lá caso tenha alguma conduta não muito correta. Temos ainda as juntas médicas, a segunda opinião. Eu acho que a gente tem conseguido coibir muitas dessas distorções entre solicitação, indicação. O que nós não conseguimos...

O SR. DEPUTADO ODORICO MONTEIRO - A segunda opinião é rotina?

A SRA. CYBELLE ASSAD - É rotina, principalmente nas cirurgias de ortopedia, vascular, que são as que realmente envolvem materiais de alto custo e próteses.

Nós não conseguimos ter alguma ação nas cirurgias de bucomaxilo em que os dentistas são os cirurgiões. Nós não conseguimos regular isso, nem podemos chamá-los para dentro da cooperativa para alguma atitude. Então, a gente sofre com a apresentação de muita liminar, com excesso de pedido de materiais. Isso por conta dos dentistas.

Hoje nós temos um auditor técnico com formação própria ligado à universidade, que consegue dar-nos uma direção no sentido de estar superdimensionada a utilização disso ou daquilo. Mas mesmo assim nós temos bastantes liminares, todas oriundas dessa especialidade. Posso encaminhar todos os dados à CPI, sem problema nenhum.

Agora eu vou procurar responder ao Dr. Aureo, à Deputada Gorete — acho que não está mais aí — e ao Deputado Mário. Ao Deputado Mário vou responder primeiro, porque as perguntas dos outros são mais semelhantes.

Hoje a UNIMED Campinas vive uma situação muito confortável com respeito a isso, porque não usa tabela SIMPRO em nada.

Desde 2000, nós conseguimos fazer um trabalho em que já fizemos essa transição do valor de material e medicamentos para diárias e taxas. Então, eu tenho certeza de que tenho uma diária bem paga, e eu procuro pagar... No medicamento, trabalho com valor de preço/fábrica e um percentual sobre esse valor para o hospital. Os materiais são preço de cotação de mercado mais 15%. E as órteses e



próteses são adquiridas pela UNIMED Campinas, disponibilizadas ao hospital, e o hospital ganha um percentual para que esse material entre lá.

A tabela SIMPRO é uma imposição muito frequente dos hospitais de classe A, B, os hospitais de alto custo e os hospitais de maior padrão. Então, isso é uma coisa que a gente observa muito.

Eu citei aqui os insumos básicos. Sei que não é o fórum, mas isso também é uma coisa que acaba tirando da gente o poder de melhorar não só a diária, mas o honorário médico, porque eu acho que um erro não justifica o outro.

Eu não sei responder-lhe quem nasceu primeiro, se foi o ovo ou se foi a galinha. Não sei se vou pegar porque ganho pouco ou se ganho pouco porque estava pegando. Não justifica. O que eu estou falando não tem justificativa. Caráter é caráter.

O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER - Concordo plenamente com a senhora. Por isso, eu fiz essa intervenção. Desculpe-me, Presidente. É isso mesmo. O grande problema é o tal do impasse. A gente não sabe quem vai dar o primeiro passo para consertar o sistema, porque todo mundo... Nós que estamos no sistema conhecemos os defeitos. Então, na verdade, a gente precisa buscar uma solução — que não seja uma solução que use a posição de força de um determinado segmento. Quando um hospital é muito grande, ele pressiona a operadora.

A SRA. CYBELLE ASSAD - Exatamente.

O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER - Quando a operadora é muito grande, ela pressiona o hospital. Então, fica uma situação muito ruim.

Era só esse comentário.

Obrigado. Você compreendeu perfeitamente a minha intenção.

A SRA. CYBELLE ASSAD - Em relação aos questionamentos do Dr. Aureo, da Dra. Gorete e do Dr. Paulo, eu vou falar um pouquinho da tabela SIMPRO e da questão da compra dos materiais com preços tão divergentes.

Já existe, há 4 ou 5 anos, uma comissão dentro da UNIMED do Brasil que tem esta função: negociar valores de próteses para o Sistema UNIMED.

Então, nós temos várias empresas, vários itens — mais de 100 — de próteses e de materiais de alto custo que já foram negociados dentro desse comitê, desse



grupo de negociação e que as demais UNIMEDs acabam se beneficiando. Mesmo assim, Deputado, o valor é alto — mesmo assim, o valor é alto.

A gente consegue entender que o material que chega em São Paulo, de um fornecedor, um distribuidor que está em São Paulo, talvez, ele não consiga colocar o mesmo material no Nordeste, no Norte, por uma questão de logística. Muitas vezes eles vão com todo o equipamento junto, tem o deslocamento, tem deslocamento de pessoas, a gente entende tudo isso, mas a gente não entende 170%, 180% de diferença de valor.

Então, esse grupo já existe. Não sei se o Dr. Eudes comentou aqui, mas é um grupo que tem beneficiado bastante as UNIMEDs menores e principalmente as Regiões Norte e Nordeste.

Uma outra coisa que V.Exa. me perguntou, Deputado, foi sobre a questão do pagamento das diárias, que foi o que a gente colocou aqui. Quando a gente reduz esse custo, consegue remanejar isso para os hospitais, para que eles recebam melhor. O custo, a gente sabe que esse é alto; hotelaria hospitalar é cara.

A gente tem procurado também esse repasse na questão do honorário. Quando nós conseguimos boas negociações, a gente tem buscado repassar isso em honorário médico.

O senhor tem razão quando fala a respeito da quimioterapia, porque, na UNIMED de Campinas, nós vivemos uma situação exatamente igual, inclusive, há 4 anos, nós demos entrada no Ministério Público com vários processos, das clínicas de lá, exatamente pelo mesmo motivo.

Nós recebíamos um valor, o valor da aquisição era completamente diferente. Hoje, nós temos um serviço próprio de quimioterapia e eu não gasto ainda o que se gastava há 6 anos — não gasto —, e só usando os medicamentos indicados pelos médicos, os medicamentos de referência. Nós não forçamos mudança de prescrição em absolutamente nada.

Não era só uma questão de valor, não é, Deputado? Era uma questão também de utilização, de prescrição de um jeito e utilização de outro. O grande sofrendor disso daí não é a cooperativa, não somos nós, é o usuário.

Era isso que eu queria falar.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Obrigado, Dra. Cybelle Assad.

Passo a palavra ao Dr. Sérgio Adriano Loureiro Bersan.

O SR. SÉRGIO ADRIANO LOUREIRO BERSAN - Bom, inicialmente, o que nós gostaríamos de dizer porque essa discussão... Quando a UNIMED de Campinas traz a discussão de uma tabela de itens, que a apresentação da Associação Nacional dos Hospitais Privados — ANAHP trouxe a discussão sobre a participação de OPME e outros itens de consumo médico, por que isso é importante? Porque esse modelo de pagamento, por itens, que é feito hoje no sistema de saúde suplementar, não é sustentável.

Quando você sai para uma infinidade de itens, de agulha a seringa, a listas de medicamentos por marcas, a tabela e a órtese e prótese, o tempo todo o sistema demanda mais, mais e mais.

O mundo inteiro hoje tem um sistema diferente do nosso. E aí eu vejo uma vantagem até no modelo do sistema, quando ele globaliza esse modelo de pagamento e sai da discussão dos itens, contanto que ele seja feito de uma forma acordada entre as partes. É assim que nós estamos tentando desenvolver, em Belo Horizonte, esse acordo.

Como nós fizemos nos últimos anos? eu acho que isso é muito importante. O nosso contrato com a rede prestadora é acordado com a Associação dos Hospitais de Minas Gerais.

O produto final, cláusula a cláusula, foi aprovado pelas duas partes em mesa de negociação. Quando nós implantamos a nossa tabela UNIMED/BH, nós combinamos que, a partir daquele momento, a UNIMED/BH ia retornar o investimento em diárias, pagando melhor as diárias, num projeto de qualificação de acreditação ONA.

Nós investimos, nos últimos anos, sem pagamento de nenhum item a mais de produção, mais de 100 milhões de reais só em qualificação dessa rede e hoje nós temos a maior concentração orientada por uma cooperativa: hospitais que atendem SUS e outros convênios.

Por quê? O nosso foco é a segurança do paciente. Eu acho que isso é o que importa muito quando nós estamos discutindo a questão das órteses e próteses.



Nós temos é que pensar na segurança do paciente, como isso vai refletir lá na ponta.

Então, só para retificar uma posição que a Deputada Gorete Pereira perguntou: nós não utilizamos tabela simples porque nós acordamos com a nossa rede uma tabela e um modelo. E por que a nossa tabela tem reajuste? Nós temos uma operação de serviços próprios dentro de Belo Horizonte, e ela é responsável por 25% das internações. Então, nós também compramos.

Então, existe uma relação ética no preço, porque, como em Campinas, nós compramos vários itens. Existe uma ferramenta pública chamada bionexo, em que é possível fazer cotações públicas de preços e discutir isso de uma forma muito transparente com a rede, independente da nossa posição.

Outro ponto que eu queria ressaltar, que foi dito aqui, é a questão da incorporação tecnológica. A medicina demanda e precisa de incorporação tecnológica. É como nós chegamos até aqui. A questão é como isso é regulado. E eu quero chamar a atenção: além da ANVISA, que o Deputado Jorge Solla falou, tem um órgão que se chama CONITEC, no Ministério da Saúde, que está atuando ativamente junto com a Agência Nacional de Saúde agora na regulação do rol. É muito importante que essas equipes técnicas participem dessa discussão, para que se dê diretrizes baseadas em evidência científica. É a mesma coisa que quando nós criamos lá o nosso grupo de avaliação tecnológica de uma forma para Belo Horizonte, com os nossos valores, mas o Ministério da Saúde tem uma referência muito importante, que é a CONITEC, nessa situação.

Então, esse modelo de tabela de itens, esse modelo de incorporação tecnológica é fundamental para resolver a questão da órtese e prótese, porque, senão, nós vamos ficar discutindo se o parafuso é de 11 ou 12, que é o que foi dito aqui. Se ele serve para a placa A ou B. E nós não estamos discutindo se o paciente ou beneficiário está saindo com o seu problema resolvido.

A gente considera que essa avaliação de desempenho é importante. Nós estamos construindo hoje com a nossa rede da UNIMED/BH um modelo de avaliação de desempenho focado no cliente, na segurança do paciente. E isso significa aportar recursos. Mas para aportar recursos, nós temos que diminuir o desperdício dessa cadeia produtiva.



Eu acho que é um momento muito rico para o sistema quando nós saímos em discussão sobre um dos pontos dessa cadeia, que é a participação do médico, dos hospitais, das operadoras e o beneficiário nessa questão da órtese e prótese.

Outra pergunta foi: como era essa relação com os médicos? Liminar judicial, ela ocorre. Nós utilizamos, sim, a segunda opinião, mas com os nossos comitês. Então, nós chamamos os médicos das especialidades para fazer uma discussão do caso clínico nesses comitês. E muitas vezes dali é dado outro encaminhamento, como foi o modelo apresentado aqui, por exemplo, encaminhando o paciente para uma fisioterapia ou algum outro tipo de intervenção. Quando isso não ocorre, gera liminar judicial, que é a judicialização. A liminar dessa judicialização nós cumprimos, mas preparamos todo o material técnico, quando isso está previsto ou não, e levamos ao conhecimento da Justiça. Entregamos farta documentação e encaminhamos um profissional médico para poder explicar esses itens.

Só um esclarecimento a respeito daquele valor total dos 50%: aquilo é a participação do que se chama de OPME no gasto total de materiais. A frequência que a gente tem de procedimentos que utilizam esses itens é muito menor do que as seringas, as rotinas que existem na maioria dos procedimentos. Vamos lembrar que nós estamos falando de alta tecnologia, que no SUS chamamos de alta complexidade. Então, é aí que se concentram muito esses itens, como marca-passo, órtese e prótese.

Outro ponto importante para a mudança desse modelo é como as cooperativas e as operadoras poderão mudar quando sairmos dessa lógica de itens e começarmos a fazer uma auditoria assistencial, que olhe lá na ponta o resultado do cliente que ficou internado por mais dias sem necessidade ou por falta de autorização, que eu acho que o sistema precisa.

E quero ressaltar aqui, como fez a colega, a iniciativa da UNIMED do Brasil. Quando a UNIMED do Brasil criou essa CTNPM, tentou criar um valor-teto para Brasil. Então, ela não faz negociação com fornecedor. Ela só faz negociação com a indústria, com distribuidor. Ela só faz negociação com a indústria. E ali ela estabelece um preço que essa indústria garante em todo o território nacional. Foi um ponto de partida. Foi por onde o sistema UNIMED começou, e a gente acha que é uma boa iniciativa que merece ser apoiada por nós. Quando ela fala que às vezes é



caro é porque a nossa capacidade de operação em cima do histórico da UNIMED/BH e da UNIMED/Campinas, no seu modelo de gestão, permitiu que conseguíssemos comprar com preços menores do que esse. Mas para o sistema nacional esse é um fator de economia. E a gente acha que é muito importante reforçá-lo.

Eu acho que eu respondi às perguntas.

Em relação aos médicos cooperados, nós temos o estatuto e o regimento, os quais seguem conforme está previsto. Nesse estatuto e nesse regimento, nós aprovamos, inclusive, as regras para incorporação tecnológica. Então, o cooperado segue essa regra. Nós temos todo um modelo interno acordado em assembleia sobre isso. Quando há algum desvio — e ele pode ocorrer por vários assuntos —, esse profissional é chamado e ele tem a oportunidade de discutir inclusive com os pares sobre esses itens. A questão toda é quando é um profissional fora desse sistema. E aí vem a realidade, como a colega de Campinas trouxe. Isso gera, às vezes, liminar judicial, porque não faz parte do acordo de sócios que existe com os cooperados nesse modelo.

A gente tem que lembrar que, em saúde, há um conceito chamado assimetria da informação: o médico é sabedor muito mais do que a outra ponta. E aí ele é vital nessa orientação dentro do sistema.

O SR. DEPUTADO ODORICO MONTEIRO - Qual é o nível de conflito em relação à segunda opinião e os comitês?

O SR. SÉRGIO ADRIANO LOUREIRO BERSAN - O nosso nível de conflito é baixíssimo, porque sempre são chamados o participante e os demais. Nós sempre chamamos pessoas que são referência. Na constituição dos nossos comitês, que são renovados a cada 2 anos, sempre tem a participação de algum membro da sociedade daquela especialidade. Então, o nível de conflito é muito baixo.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Eu vou passar a palavra, por 1 minuto, para a Dra. Sílvia.

Eu gostaria que os Deputados pudessem permanecer neste minuto aqui, porque temos que tomar uma decisão sobre a audiência de amanhã. É uma deliberação em 1 minuto somente.

Então, com a palavra a Dra. Sílvia.



Deputado Paulo Foletto, por favor, 1 minuto só.

A SRA. SÍLVIA HELENA RONDINA MATEUS - Eu vou só dizer para vocês uma coisa que acabou não ficando clara na minha apresentação, mas que eu acho que é extremamente importante. O médico hoje é um profissional altamente capacitado: são 6 anos de faculdade em período integral, mais 4 anos de residência, no mínimo — a partir de hoje, talvez mais, porque a Comissão Nacional de Residência Médica está mudando as regras de residência. É um tempo muito longo e caríssimo para a formação. Uma das coisas que sem dúvida podem estar piorando essa situação toda que a gente está discutindo aqui são os honorários médicos, que, juntamente com as diárias e taxas hospitalares, são extremamente baixos. Aí a gente tem 2 tipos de olhar: a gente tem o olhar das cooperativas, das quais o cooperado participa, e o olhar das outras operadoras, das quais ele é apenas um credenciado.

Então, eu peço a todos que também se lembrem disso, porque é um dos problemas que a gente tem hoje, principalmente na saúde suplementar, muito grave.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - Eu agradeço a todos os convidados. A gente gostaria de contar com a contribuição dos senhores no sentido de enviarem depois mais alguns subsídios para a nossa Comissão Parlamentar.

Eu gostaria de dizer aos Deputados que eu tomei uma decisão. O Deputado André Fufuca já se encontra aqui, o nosso Relator. Nós tomamos uma decisão hoje, na reunião interna, tendo em vista que a audiência de amanhã seria com as distribuidoras.

O Sr. Bruno Garisto, proprietário da BRUMED Implantes, estava convocado; a Sra. Débora Pereira, Diretora Financeira da Total Medic, estava convocada; o Sr. Décio Galdão Soto, proprietário da ORCIMED estava convocado; e o Sr. Miguel Iskin, Sócio-Gerente da Oscar Iskin estava convocado. Três dos nossos convocados mandaram solicitações, já que tinham algum impedimento. Então, nós tomamos uma decisão igual: vamos postergar a oitiva deles. A Sra. Débora Pereira, Diretora Financeira da Total Medic, mandou uma correspondência dizendo que está disposta a vir e solicitando que a reunião de amanhã pudesse ser reservada, já que ela quer colaborar com o bom andamento dos trabalhos da CPI, prestando informações



sobre o real funcionamento do mercado nacional de órteses, próteses e materiais especiais, bem como complementar denúncias embasadas em documentos e provas. Considerando também que a peticionada teme por sua própria segurança e que prestará informações, ela pediu reunião reservada, como foi feito com o jornalista da *RBS*.

Nós tomamos a decisão e queremos comunicar que vamos fazer essa reunião reservada amanhã, só que na impossibilidade também de preservar o direito à intimidade, ou seja, o direito à imagem. Se nós abrirmos essa possibilidade, daqui a pouco todos os outros vão requerer.

O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER - A audiência é fechada, mas a intimidade, não.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Geraldo Resende) - E vai ser amanhã no Plenário 16.

Eu gostaria de contar, como contamos hoje, com a participação de todos os Deputados e as Deputadas da Comissão.

Agradeço a todos os convidados.

Não havendo mais nada a tratar, declaro encerrada a presente reunião.

Convoco reunião reservada para amanhã, dia 13 de maio, quarta-feira, às 14 horas, no Plenário 16, para a tomada do depoimento da Sra. Débora Pereira da Silva, representante legal da empresa Total Medic.

Muito obrigado a todos, e tenham uma boa tarde.