



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

TRANSCRIÇÃO *IPSIS VERBIS*

CPI - PLANOS DE SAÚDE

CPI - PLANOS DE SAÚDE		
EVENTO: Audiência Pública	Nº: 1560/2003	DATA: 15/9/2003
INÍCIO: 14h23min	TÉRMINO: 17h52min	DURAÇÃO: 3h29min
TEMPO DE GRAVAÇÃO: 3h36min	PÁGINAS: 68	QUARTOS: 42

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO

NILSON LUIZ MAY - Presidente da Federação das Cooperativas Médicas do Rio Grande do Sul LTDA — UNIMED.

JORGE GUILHERME ROBINSON - Representante da Federação das Cooperativas Médicas do Rio Grande do Sul — UNIMED-RS.

PAULO DE ARGOLLO MENDES - Presidente do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul — SIMERS.

LUIZ AUGUSTO PEREIRA - Vice-Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul.

JÚLIO DORNELLES DE MATOS - Presidente do Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos — SINDIBERF.

BEN HUR GODOLPHIN - Presidente do Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Sul.

PAULO VALÉRIO DAL PAI MORAES - Representante do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul.

SUMÁRIO: Tomada de depoimentos.

OBSERVAÇÕES

- Há exibição de imagens.
- Há expressão ininteligível.
- Há orador não identificado.



CÂMARA DOS DEPUTADOS - DETAQ

COM REDAÇÃO FINAL

Nome: CPI - Planos de Saúde

CPI - Planos de Saúde

Número: 1560/03

TRANSCRIÇÃO *IPSIS VERBIS*

Data: 15/09/03

- Há intervenção inaudível.
- Audiência realizada na Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Há pessoas de pé, nossa sala é um pouco menor do que poderia ser, mas podemos ocupar todas as cadeiras da lateral. Então, podem ficar à vontade. Os convidados a participar da CPI — Dr. Júlio Dornelles, Dr. Paulo de Argollo Mendes, Dr. Luiz Augusto Pereira, Dr. Nilson May, Dr. Ben Hur — podem ocupar essas cadeiras aqui, para que possamos liberar esses lugares. Ao cumprimentá-los, eu gostaria de abrir mais esta audiência pública da nossa Comissão Parlamentar de Inquérito que investiga o Sistema de Saúde Suplementar do nosso País. Só para que os senhores tenham uma idéia, estamos trabalhando há aproximadamente 60 dias. Temos provavelmente mais 60 dias de trabalho pela frente. Quero apresentar o Deputado Dr. Ribamar Alves, Relator da nossa CPI. O objetivo desta CPI é exatamente aprofundar um diagnóstico sobre esse Sistema de Saúde Suplementar. Hoje, apesar de haver alguma controvérsia em torno desse número, algo em torno de 36 milhões de brasileiros e brasileiras pagam por um plano de saúde. Estima-se que esse mercado acumule um faturamento anual de 23 milhões de reais. Para que se tenha um termo de comparação do significado desse número, o orçamento inteiro do Governo Federal para o Ministério da Saúde deste ano deverá ficar em torno de 29 milhões de reais, algo em torno desse valor. Então, dá para se dizer que o mercado de saúde suplementar movimenta quase que o mesmo valor ou um valor muito próximo do valor do orçamento federal da área de Saúde. É evidente que se quisermos fazer o cálculo do total de recursos públicos disponíveis para a Saúde, devemos somar a isto o orçamento dos Governos estaduais e dos Governos municipais. Nós temos afirmado — eu, como Presidente da CPI, e também o nosso Relator — que a nossa CPI se caracteriza por uma grande prioridade, que é aprofundar o diagnóstico para compreender melhor os problemas que esse setor enfrenta. Evidentemente, a partir desse diagnóstico, isso na linguagem do nosso Relator, que cunhou essa linguagem médica, disse que estamos na fase do diagnóstico, na anamnese, de ouvir a queixa dos pacientes, dos usuários, dos prestadores de serviços e também daqueles que vendem planos de saúde, das empresas de plano de saúde. Esse sistema é composto, como todos sabem, de 3 partes inicialmente. De um lado, as empresas que vendem planos de saúde. E aqui temos especificações dentro dessas empresas. Temos aquelas que estão representadas na FENASEG, a Federação



Nacional de Seguradoras, que são os chamados seguros de saúde, especialmente os bancos que atuam nessa área. Temos a ABRAMGE, que é a Associação Brasileira de Medicina de Grupo, que representa o segundo grupo. Temos as cooperativas, onde a UNIMED exerce um papel muito forte no País inteiro. Hoje vamos ouvir aqui a Federação das UNIMEDs do Estado Rio Grande do Sul. E temos o que se chama autogestão, que são grupos que se organizam dentro das empresas ou grupos dos setores da sociedade, os sindicatos etc., onde se organizam de forma autogestionária, como diz o nome, um grupo de cidadãos que organizam plano de saúde. A outra ponta do triângulo é a ponta dos profissionais de saúde que atendem os pacientes, especialmente os médicos, odontólogos, demais profissionais, nutricionistas, como os que estão aqui. Conversei há pouco com o Conselho Regional de Nutrição. Todos os profissionais que atuam na área de Saúde, todos os hospitais, clínicas, laboratórios que atendem a esse sistema. E, na terceira ponta, temos o usuários, os pacientes, aqueles que pagam pelos planos de saúde. O que nos levou a lutar durante 3 anos no Congresso Nacional pela instalação desta CPI foi exatamente a constatação de que o volume de conflitos neste mercado é crescente. Temos diversos tipos de situações conflituosas. Algumas vamos ouvir aqui, seguramente, e em cima daquilo que ouvirmos, ao final da CPI, certamente vamos poder aprofundar um pouco melhor questões do diagnóstico que já temos feito até este momento. Já tenho adiantado a partir de 2 semanas para cá, em todos os lugares que temos ido... A CPI está fazendo 5 ou 6 audiências públicas regionalizadas. A primeira foi no Estado do Paraná, a segunda, no Estado de São Paulo, a terceira aqui, no Rio Grande do Sul, depois vamos ter seguramente no Estado do Rio de Janeiro, em Pernambuco e provavelmente no Estado do Maranhão. E já tenho adiantado que uma das questões que está consolidada para nós que estamos presidindo, para a maioria, senão a totalidade dos Deputados que compõe a CPI, o nosso Relator, é que vamos fazer uma proposta de alteração da lei que regula os planos de saúde. Entendemos que a lei trouxe avanços, porque antes da lei que foi votada há 5 anos, tínhamos um sistema sem nenhum marco regulatório. Evidentemente, isso trazia problemas mais sérios do que os que enfrentamos hoje. Mas também entendemos que esta lei, ao longo desses 5 anos, deu para diagnosticar que ela tem lacunas importantes que devem ser corrigidas.



Outro bloco de decisões que pretendemos concluir, sem detalhá-las nessa abertura da nossa audiência pública, é uma proposta concreta de aperfeiçoamento do funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Essa agência, aqueles que são envolvidos com a área conhecem, os que não são não conhecem tanto. Estamos aqui acompanhados pela imprensa do Estado. Essa agência foi estruturada há 3 anos, se não me engano, com a exclusiva responsabilidade de regular e fiscalizar o Sistema de Saúde Suplementar. Essa é a finalidade dessa agência. E nós também temos detectado ao longo destes 2 meses de trabalho que essa agência está deixando a desejar no cumprimento do seu papel dentro do Sistema de Saúde Suplementar. Por fim, o terceiro bloco de decisões da CPI seguramente caminhará no sentido de encaminhar um relatório consistente ao Ministério Público para que se instaure o devido inquérito para aprofundar a investigação e, eventualmente, se comprovada qualquer situação irregular, evidentemente, gerar a punição de um ou outro setor, ou cidadão, ou empresa, ou qualquer circunstância que a CPI freqüente, alguém que de fato que tenha evidências de descumprimento de lei. Vamos, então, nesse terceiro bloco, encaminhar essas decisões ao Ministério Público. Temos também dito uma frase no sentido de que a nossa CPI não se caracteriza por uma CPI de cunho policiaisco. Ela se identifica com a idéia de ouvir todas as partes, aprofundar o diagnóstico e tomar decisões concretas para mexer nesse setor. Então, quero agradecer a presença a todos que aqui estão. Nós vamos ouvir, como eu anunciava antes, o Dr. Argollo, que é o Presidente do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul; Dr. Luiz Augusto Pereira, que é o Vice-Presidente do CREMERS e neste momento está representando e respondendo pela Presidência do CREMERS; o Dr. Júlio Dornelles de Matos, que representa aqui o Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos; Dr. Nilson May, Presidente da Federação das Cooperativas da UNIMED; e o Dr. Ben Hur, do Conselho Regional de Odontologia. Nós também queremos dizer para outros cidadãos e cidadãs do nosso Estado que aqui estão que aqueles que quiserem utilizar a palavra, alguma entidade que não esteja contemplada nesta pauta inicial que eu apresentei, é só se dirigir à secretária dos nossos trabalhos, uma servidora pública federal, da Câmara Federal — aliás, aproveito para fazer um elogio público aqui no meu Estado —, a Carla, que tem tido



um trabalho absolutamente qualificado, coordenando a nossa CPI. Então, é só pedir a palavra a ela, e vamos tentar compor aqui dentro dos nossos horários. A nossa idéia é que esta audiência pública se encerre, o mais tardar, às 17h30. Registro a presença do Sr. Paulo Valério Dal Pai Moraes, Coordenador do Centro de Apoio Operacional de Defesa do Consumidor, do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, que, se quiser, depois de ouvirmos os 5 convidados, também vai usar a palavra, com toda a certeza. Se quiser, pode tomar assento aqui conosco. Podemos fazer um sorteio para ver a ordem. Vou convidar para fazer uso da palavra o Dr. Nilson May, Presidente da Federação das Cooperativas Médicas da UNIMED, pelo prazo de 15 minutos, solicitando a todos os nossos convidados que, se puderem, utilizem um pouco menos do que os 15 minutos. Talvez isso facilite, mas acho que temos condição de dar conta desse tempo. Então, com a palavra o Dr. May. Pode tomar assento aqui, à esquerda do nosso Relator.

O SR. NILSON LUIZ MAY - Deputado Henrique Fontana, Presidente da CPI que realiza esta audiência pública aqui no Rio Grande do Sul, Sr. Relator da mesma CPI, nós, que representamos, como Presidente da Federação das UNIMEDs do Rio Grande do Sul, esse setor do cooperativismo médico, prestando serviços médico-hospitalares de forma geral, representado também pelos seus outros núcleos, o Sistema UNIMED aqui no Estado, gostaríamos, Deputado Henrique Fontana — e isso foi comunicado, acredito que a minha presença aqui tenha até alterado um pouco a sua Ordem do Dia —, que o Dr. Jorge Guilherme Robinson, que está aqui, médico formado há quase 30 anos e que há 12 anos é dirigente da nossa UNIMED Vales do Taquari e Rio Pardo, com sede em Lajeado, uma das mais prósperas aqui do nosso Estado, que atua como diretor da Federação das UNIMEDs do Rio Grande do Sul e que tem formação em gestão de cooperativas e administração, representasse a Federação e todo o Sistema UNIMED aqui do Rio Grande do Sul nesta manifestação, porque nós temos um sistema de representatividade onde cada um dos nossos diretores, nossos dirigentes, tem as suas áreas de desenvolvimento, que melhor atende aos desígnios e aos efeitos que certamente ele saberá, melhor do que eu, apresentar aqui. De toda forma, ficamos em conjunto no plenário, na mesa, para poder auxiliá-lo e auxiliar também em qualquer momento em que for necessário algum tipo de inquirição ou de resposta,



junto com os demais companheiros aqui presentes nesta CPI. Então, eu pediria ao Dr. Robinson que tomasse assento e fizesse toda a manifestação já preparada.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - O Dr. Robinson, então, pode sentar aqui ao lado do nosso Relator e tem a palavra por 15 minutos.

O SR. JORGE GUILHERME ROBINSON - Boa-tarde a todos. Estou indicado pela Federação das UNIMEDs do Rio Grande do Sul para representar aqui 30 cooperativas singulares que compõem o sistema no Estado. Nós congregamos 12 mil médicos no Rio Grande do Sul e entendemos, sem querer ser pretensioso, que também estamos aqui e queremos estar aqui representando os interesses dos nossos 1,2 milhão de usuários no Rio Grande do Sul. Da mesma maneira que temos ouvido o Deputado Fontana preocupado com aqueles usuários que estão comprando planos de saúde e não têm a garantia de que vão poder continuar pagando esse plano, essa é a nossa preocupação diária no Sistema UNIMED. Então, nós entendemos que estamos aqui também representando não só o interesse de operadoras e cooperativas de saúde, mas o interesse dos nossos usuários, porque na verdade eles depositaram em nós a sua confiança e as suas poupanças, para que a gente possa gerir esses recursos e prover uma assistência médica, quando eles precisarem. Isso pode ser amanhã, ou no ano que vem, ou daqui a 30 anos. E isso o Sistema UNIMED tem feito pelo Rio Grande do Sul há 32 anos, e no Brasil, há 36 anos; temos garantido assistência médica. Então, consideramos que também estamos aqui defendendo os interesses dos nossos usuários, porque, na verdade, uma administradora de planos de saúde funciona como um fundo. Nós administramos um fundo em que mensalmente aportam as mensalidades dos nossos usuários e ali temos de dar toda a cobertura que for necessária. Diferentemente do segmento seguro, que contrata um valor determinado e ilimitado para cobertura de assistência e se ele não for suficiente o usuário tem de complementar esse valor, os planos de saúde se diferenciam por garantir a assistência, não importa o valor que seja, sem limite de custo. Na minha UNIMED, que é uma UNIMED de porte médio, com 95 mil usuários, nós pagamos este ano uma conta de 500 mil reais, em Porto Alegre — para vocês terem idéia do que pode custar a assistência médico-hospitalar. As operadoras que não têm essa visão de estarem representando os seus usuários já estão fora do mercado. Prova disso é



que existiam 4 mil operadoras no momento da edição da lei, em junho de 1998, e hoje a Agência Nacional informa que elas já são menos de 1 mil e 500 empresas atuando no mercado. As outras desapareceram porque não tinham realmente condições de atuar no mercado e não têm essa visão do cliente. Então, a nossa responsabilidade como operadora é muito grande. Temos de recolher esses valores mensalmente. Os sinistros são ao acaso. Nós não temos controle absolutamente sobre sinistros, números de consultas, números de internações, número de exames que os médicos solicitam, as cirurgias que eles indicam, os procedimentos. Nós não temos controle nenhum sobre 90% do custo da nossa operadora. Nós controlamos apenas 10%, que é a parte administrativa: os nossos funcionários, água, luz, telefone, *marketing*. Esses são 10%. O nosso poder é restrito a isso. E o resto está nas mãos, na caneta do médico e de outros profissionais que se envolvem na prestação dos serviços. Então, a responsabilidade é muito grande. E o primeiro ponto que eu queria salientar é que aquelas pessoas que acham que as operadoras e os usuários dos planos de saúde estão em lados opostos não estão entendendo o processo. Na verdade, estamos do mesmo lado. O nosso interesse é mútuo. Se nós não temos clientes, não temos vazão social nem capacidade econômica de continuar existindo. Pesquisa recente da Capital Consult mostrou que 50% dessas 1 mil e 500 operadoras que restaram no mercado estão com sérios problemas financeiros para cumprir seus compromissos diários. Eram 4 mil, sobraram 1 mil e 500 e metade delas estão com problemas. E qual é o problema? O problema é que a lei dos planos de saúde veio tardiamente — ela já deveria ter vindo antes. E ela veio, fundamentalmente, para defender os interesses dos usuários. Num curto prazo, ela padronizou os tipos de contratos e impediu a venda enganosa. As pessoas compravam um contrato, um plano e, quando iam utilizar, as coberturas não eram aquelas que elas pensavam; ou, então, a empresa não tinha idoneidade econômica, capacidade econômica — a pessoa contribuía 10, 15, 20 anos e, quando ia utilizar o plano, não tinha médico nem hospital para atender, porque a empresa não estava mantendo os pagamentos em dia. Então, nós entendemos que a lei é positiva. Ela veio para proteger o consumidor que estava totalmente desprotegido, nesses 2 aspectos. Mas talvez o perfeccionismo, o protecionismo exagerado do consumidor acabou criando uma situação de complicação para isso



daí, porque a lei estabeleceu coberturas muito amplas e sem instrumentos de controle de custos e de limites, nesses insumos utilizados na assistência médica. Para vocês terem uma idéia, num plano ambulatorial, que não dá direito a internações, hoje, a operadora de plano de saúde tem que dar cobertura também para cirurgia oftalmológica, para hemoterapia, transfusão de sangue, para hemodiálise. Um tratamento de hemodiálise custa 1 mil e 800 reais por mês. Quem contribui com 30 reais por mês, em um mês, gasta 5 anos de contribuição. A média para se conseguir transplante de rim é 3 anos. E, nesse período, o usuário vai gastar. *(Pausa.)* Bom, em um mês, nós gastamos 5 anos de contribuição; e 60 anos, em 1 ano, só com a hemodiálise. A radioterapia e a quimioterapia também. O tratamento de radioquimioterapia pode custar em torno de 90 mil reais. Para quem contribui com 30 reais por mês, isso significa que, em 1 ano — que é o tempo que dura um período de radioterapia — ou 6 meses, ele vai gastar a sua contribuição de 250 anos. Então, tem de haver proteção ao consumidor, mas tem de haver critérios, porque o nosso ramo está na lei como saúde suplementar. Eu fui olhar, hoje de manhã, no Aurélio: suplementar é o que acrescenta algo ou que supre deficiências, que seria esse algo e essas deficiências que o Sistema Único de Saúde não consegue fornecer. Mas a lei está moldada para na verdade ser um ramo substituto da saúde e não um suplementar. Então, o que está acontecendo também paralelamente a isso é que alguns fornecedores de insumos, sabendo agora desse modelo da lei — e que as operadoras são obrigadas a fornecer tudo o que for solicitado pelo médico, sem limite, sem especificação de material nem nada —, são partes da cadeia que fornece os insumos que compõem os custos do plano de saúde. Eles estão superfaturando, especialmente na área de medicamentos, materiais, órgãos de próteses e implantes. Eles substituem uma prótese por uma outra que tem a mesma função, só que ela triplica de preço. Ele substitui um marcapasso, que hoje estava custando 33 mil reais, e ele passa a custar 102 mil reais. E não há nenhum tipo de controle sobre isso aí. Há o controle apenas da ANVISA — Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que diz que o aparelho funciona. Ele tecnicamente é eficiente e funciona, mas não há nenhum tipo de controle sobre o preço desses insumos. Então, isso é primordial para as operadoras de plano de saúde. Como nós não temos limite, nós precisamos ter, de alguma



forma, a proteção da lei e da Agência Nacional de Saúde, que controle alguns desses custos que compõem o preço final. É esse o primeiro problema que nós apontaríamos, porque as pessoas não estão conseguindo pagar o plano, porque o plano ficou muito caro, há muitas coberturas. Ainda por cima, em algumas coberturas está havendo superfaturamento. Então, a nossa primeira proposta, dentro do tempo exíguo que nós temos, é que a CPI sugerisse para a Agência Nacional de Saúde que isso fosse lei, que fosse criada uma câmara técnica, rigorosa, especializada, dentro da própria Agência Nacional de Saúde, para que todos esses novos equipamentos materiais que são introduzidos na assistência à saúde — além de passar por aquela análise da sua tecnologia, da sua eficiência — tivessem uma análise se o benefício que está trazendo em relação àquilo que está substituindo existe e se esse custo compensa esse benefício. Aquela intenção inicial de passar, não sei se todos sabem isso, mas a intenção inicial, quando foi feita a lei, se falava em número em torno de 40 a 44 milhões de usuários de planos de saúde no Brasil. E a intenção do Governo era que passasse a ser 60 milhões. Que isso desonerasse o SUS e que ficassem menos pessoas. E com aquele dinheiro que já existe no SUS, que é limitado, que essas pessoas pudessem ser mais atendidas. E a lei não fez isso; ela fez o efeito contrário. Ela reduziu o número de usuários — como o Deputado falou — para 35 milhões. Quer dizer, ela não está cumprindo com seus objetivos; pelo contrário, ela está tirando pessoas que antes não oneravam o SUS e devolvendo essas pessoas para o SUS.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Cinco minutos, Dr. Jorge.

O SR. JORGE GUILHERME ROBINSON - Pois não. Por outro lado, a atuação da Agência Nacional tem sido muito simplista nisso aí. A Agência Nacional simplesmente está congelando preços dos planos de saúde. E isso, dentro daquela perspectiva que estamos administrando a poupança das pessoas, quando a operadora vai mal, as pessoas vão mal. E, vamos dizer assim, não havendo controle nos custos, não adianta, lá na ponta, fazer com que o reajuste anual — que está previsto no contrato — não seja aplicado. Quer dizer, não se consegue recuperar nem os índices inflacionários. Isso aí vai recair em cima da remuneração das pessoas envolvidas. Vai diminuir a qualidade do atendimento e vai colocar em risco,



como está colocando em risco, a saúde de muitas UNIMEDs. Eu até estou aqui emblematicamente representando a Federação, porque a minha UNIMED é a UNIMED modelo no Estado. Nós temos um sistema de gestão que funciona muito bem, com ISO, com troféu bronze, no PGQP. Então, isso não é choro da incompetência dizendo: “*Não, sejam mais competentes*”. Nós, do Sistema UNIMED, nos consideramos bastante competentes e bastante comprometidos, mas há partes da lei que não estão nos ajudando. E essa é uma delas. Então, nós acreditamos que a Agência Nacional, em vez de querer limitar os reajustes anuais, ela nos ajude e faça o controle dos custos dos insumos que repercutem sobre nós. O segundo aspecto é o aspecto do que a lei está oferecendo, é o aspecto que muitas pessoas não gostam de ouvir falar em segmentação ou modulação. Passados 5 anos, da mesma forma que o Deputado Fontana citou e que a gente já tem uma experiência, nós entendemos que não é necessário voltar ao modelo antigo que deixava o consumidor desprotegido, sem saber o que ele estava comprando, sem saber o que ele precisava comprar realmente e sem saber quanto ele deveria pagar por isso. Mas nós entendemos que é possível hoje criar um plano básico que atenda a todas as necessidades de assistência médica das pessoas naquilo que for necessário, mas flexibilizar algumas coberturas. Que tipos de coberturas a gente pode flexibilizar? A gente pode flexibilizar aquelas coberturas que se sobrepõem umas às outras. Temos que fazer uma análise criteriosa. Quais são as coberturas de alto custo que realmente trazem uma vantagem? Por exemplo, a ressonância magnética é um tope de linha, custa 800 reais um exame. Ela, poucas vezes, é melhor que uma tomografia, que pode custar 200 reais; e, algumas vezes, não é melhor que um raio X, que custa 20 reais. Então, eu acho que, dentro dessa perspectiva de que nós queremos mais pessoas na saúde suplementar, não basta só controlar custos, isso serve para o modelo atual, mas há que criar também uma opção para aquelas pessoas que querem gastar um pouquinho menos. Eu tenho um carro 2.0, todo completo, não tem teto solar, tem ABS, tem *air bag*. A minha filha tem um 1.0, tem direção hidráulica, ar condicionado. E nós vamos para todos os lugares igualmente. Acho que essa é uma comparação — me permito, mas não quero ser grosseiro na comparação —, e os planos também podem ser assim. Existe uma segmentação do regional, até do municipal, mas isso não é suficiente. A assistência médica no



Município custa tão caro como na grande capital. E talvez um outro aspecto também que tem sido muito ouvido são as grandes operadoras que trabalham em grandes cidades. Aqui, em Porto Alegre, o poder aquisitivo é 3, 4 a 5 vezes maior do que no interior do Estado. Então, há pessoas que ainda podem comprar esse plano de saúde da UNIMED ou seja lá o que for. Mas lá, no interior, não tem. Lá, tem o plano do hospital, tem o filantrópico lá. Aqui, ele é mais limitado. E ele pode dar uma assistência completa, garantida — melhor do que a que o SUS está dando, se houver esse tipo de flexibilização, pelo plano básico. Essa é nossa segunda proposta, com algumas flexibilizações, naqueles tipos de cobertura em que há uma superposição de alto custo e uma de baixo custo, sem a necessária vantagem do benefício.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Um minuto, Dr. Jorge.

O SR. JORGE GUILHERME ROBINSON - Perfeito, obrigado. O terceiro, se ouviu muito falar em queixas do usuários contra as operadoras de planos de saúde. A análise que eu faço nesse tipo de queixa — e isso estava previsto pelas pessoas que fizeram a lei —, neste momento, é que elas são mais em relação aos planos antigos, em relação a coberturas que não estão previstas no contrato ou não estão bem claras no contrato. Se tem prótese ou se não tem; se determinado aparelho é prótese ou não é. É um tipo de discussão que bate mais nos PROCONs. É ali no PROCON e no Judiciário que isso deve ser resolvido, enquanto as outras queixas com relação aos regulamentados não estão voltadas geralmente para a cobertura — entende? Então, não é o problema da lei que está afastando as pessoas, o que está afastando as pessoas é o preço mesmo. As queixas em relação aos planos regulamentados são queixas em relação ao reajuste. As pessoas não podem continuar pagando o plano. Em relação a isso, nós temos a terceira e última proposta, que se crie um índice de controle dos custos — da mesma forma que existe o CUB, que é o Custo Unitário Básico da Construção — para seguir um índice e que meça a variação dos insumos. E não é só a variação dos insumos que já estão hoje fazendo parte da assistência médica, mas a variação dos insumos que são agregados continuamente à assistência médica. E a assistência médica é diferente dos outros ramos de negócio. Quando se cria uma nova tecnologia no comércio e na indústria, é para diminuir custo; na medicina, não, quando se cria uma



nova tecnologia, se aumenta custo, porque está na mão de monopólios que fazem superfaturamento e exploração disso. Em relação a isso, já existe um grupo de trabalho da UNIMED Federação, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a UFRGS — se não me engano, a faculdade de Administração e Economia. Já estão desenvolvendo o projeto desse índice, para não ficar a Agência Nacional dizendo que não é IGPM, não é IPC, e tira do ar um índice. Vocês sabem que a Agência Nacional diz que o reajuste de planos deve ser de 9.29%. Ela fez uma média das grandes empresas, que conseguiram um reajuste de 13% com as operadoras. Ela partiu do princípio de que se as grandes empresas conseguem 13%, elas têm grande poder de barganha. Então, ela tirou 25%, aleatoriamente, chegou a 9,29%, que deve ser dado de reajuste nos planos familiares. Mas é um erro, parte de uma premissa errada. A massa das empresas é gente de 18 a 45 anos saudável e trabalhando. Se não estiver saudável e trabalhando, já estaria na rua.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Para concluir, Doutor.

O SR. JORGE GUILHERME ROBINSON - Enquanto nos planos familiares é o contrário, é uma massa de 45, 80 a 90 anos. Então, isso está criando um gargalo, um estrangulamento. E ficam essas 3 propostas aí. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado. Eu queria passar, de imediato, a palavra ao Presidente do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, Dr. Paulo de Argollo Mendes.

O SR. PAULO DE ARGOLLO MENDES - Sr. Presidente, senhores componentes da Mesa, Sra. Vereadora, senhores do Plenário, a posição do Sindicato Médico a respeito da questão dos planos de saúde tem sido explicitada com muita frequência, em todos os ambientes, inclusive através da imprensa. Aqui eu acho que seria importante — já que não foi colocado, ou pelo menos não vi que tenha sido com devido grifo —, acho que a primeira providência é estabelecer uma distinção muito clara entre a cooperativa médica e os demais planos de saúde. Acho que esta é uma distinção que temos que ter com muita clareza, porque não se trata, em absoluto, da mesma coisa. As cooperativas, em especial, a UNIMED, são “empresas”, entre aspas, constituídas por conglomerado de profissionais que se reúnem em assembléia geral e tomam suas decisões sempre em assembléia geral, cujo comando é eleito pelos próprios profissionais. Então, não existe a figura do



lucro no sistema cooperativo. E o próprio sistema, por funcionar através de assembleias e por decisões coletivas, já tem em si mesmo a maneira de solucionar os impasses. É completamente diferente esse sistema de funcionamento do que nós consideramos as demais empresas, estas, sim, empresas que fazem intermediação lucrativa do trabalho médico. Nós, inclusive, consideramos a UNIMED como alternativa ética à intermediação lucrativa do trabalho médico. O Sindicato Médico tem-se posicionado sempre contrário à intermediação lucrativa, até porque o Código de Ética Médica prevê que do trabalho médico deve se beneficiar aquele que recebe o atendimento, o paciente, por receber esse atendimento, e o médico, que deve receber a justa remuneração pelo seu trabalho. E não deve haver agenciador, intermediário e atravessador. De maneira que nós entendemos que a alternativa ética para a intermediação lucrativa do trabalho médico são realmente as cooperativas. Então, o sindicato tem sempre se posicionado nesse sentido, e entendemos que há uma clara linha divisória entre esses 2 sistemas. Isto posto, acho que devemos analisar como tem-se dado esta relação. Como as empresas que fazem intermediação lucrativa do trabalho médico têm restringido muito intensamente o número dos seus credenciados, têm demonstrado pouco interesse em fazer uma grande ampliação deste quadro, resulta que os médicos que trabalham com uma determinada operadora de plano de saúde têm um grande movimento restrito a esta operadora. E isto é ruim para todos, porque o médico passa a ter um vínculo de dependência com esta operadora. Isto é uma coisa muito ruim. A nossa proposta tem sido sempre que haja a possibilidade de credenciamento universal, isto é, que haja uma possibilidade de que qualquer médico possa credenciar-se livremente junto a qualquer operadora. E nós entendemos que isso traria — e isso já apresento como sugestão — a possibilidade de que, havendo um maior número de médicos credenciados junto a cada operadora de plano de saúde, isto signifique, primeiro, para o paciente, a maior possibilidade de alternativas, o princípio da livre escolha, e, para a cada médico, uma maior liberdade no exercício da sua profissão, porque se ele se sentir de alguma forma pressionado por uma operadora de plano de saúde, ele não terá o temor de ser excluído, porque poderá contar com muitas outras operadoras. Quer dizer, se uma operadora A entender que ele está solicitando muitos exames, ou dando muito atestado, ou tendo qualquer tipo



de conduta que ela entenda prejudicial ao seus interesses econômicos, ele não se sentirá ameaçado, porque contará com vários outros planos de saúde, para os quais estará prestando atendimento. Quando, ao contrário, o médico fica na mão de uma única empresa prestadora de plano de saúde, ele fica de certa forma dependendo economicamente desta empresa, o que é uma situação que não é ideal, por todas as razões. Quanto ao universo UNIMED, a UNIMED já prega, em princípio, o princípio da livre adesão, que nós partilhamos. Então, essa seria uma outra questão. Em terceiro lugar, o nosso entendimento é o de que as operadoras de plano de saúde devem ter uma mais clara apresentação da sua planilha de custos, porque senão fica sempre esta discussão. Deve haver uma maior transparência, porque fica sempre essa discussão, sempre as operadoras de plano de saúde alegando que estão com muitas dificuldades e os médicos sem receber qualquer repasse dos reajustes que são feitos pelas operadoras de planos de saúde. Nós até entendemos que como a Agência Nacional de Saúde Suplementar tem sido muito pródiga em determinar novas atribuições e novos compromissos para os planos de saúde e tem sido extremamente cautelosa quando se trata de autorizar reajustes, as operadoras de plano de saúde têm as mesmas dificuldades. Além do que a inflação na área médica é realmente muito maior do que a inflação comum, dados os grandes avanços tecnológicos que estão permanentemente ocorrendo na área médica. Quer dizer, a todo momento se agregam novas tecnologias, que vêm com valores sempre maiores. Agora tudo isso não justifica que absolutamente não se faça nenhum repasse num País que continua tendo inflações significativas e aumentos muito grandes justamente nos insumos que o médico necessita, inclusive no seu consultório. Se pegarmos estes últimos 7 anos e verificarmos o que subiu — o telefone, a luz, o aluguel, no caso do médico pagar aluguel, enfim, encargos de secretária, salário etc. —, vamos ter uma medida de quanto o médico foi penalizado ao ter reajuste zero por parte dos planos de saúde. Então, esta é outra questão que precisamos ter com muita clareza. Há necessidade que haja transparência na planilha de custo dos planos de saúde, para que se possa estabelecer uma negociação que seja pelo menos razoável e que hoje absolutamente não ocorre. Eu acho que num primeiro momento seriam as considerações que gostaria de fazer. Permaneço à disposição. Obrigado.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Agradeço a participação ao Dr. Paulo de Argollo Mendes. Quero destacar a presença da Vereadora Maria Celeste, de Porto Alegre. Quero convidar para fazer uso da palavra o Dr. Luiz Augusto Pereira, representando o Conselho Regional de Medicina do nosso Estado. Peço ao nosso Relator que assuma a Presidência dos trabalhos por 5 minutos.

O SR. LUIZ AUGUSTO PEREIRA - Em primeiro lugar, antes de o Dr. Henrique Fontana se afastar por 5 minutos, gostaria de agradecer, o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, o convite para participar desta audiência pública e dizer que é uma satisfação para o Conselho Regional de Medicina, que há muito tempo vem apoiando esta CPI. O Conselho Regional de Medicina se faz sempre representar pelo seu Presidente, Dr. Marco Antônio Becker, mas, no impedimento, eu, como Vice-Presidente, estou aqui, com muita satisfação, representando o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, que é o órgão que fiscaliza o exercício profissional do médico. É redobrada a nossa satisfação quando este grupo que está no Conselho Regional de Medicina foi reeleito para conduzir os trabalhos do Conselho Regional de Medicina por mais 5 anos. Saúdo aqui também o representante e Relator da Câmara dos Deputados, o nosso Deputado Dr. Ribamar Alves. É uma satisfação do Conselho estar aqui representando os médicos do Estado do Rio Grande do Sul. Somos 21 médicos em atividade no Estado do Rio Grande do Sul. A proposta desta CPI, fundamentalmente, já foi relatada, que é propor alterações na legislação do plano, a Lei nº 9.656, com o que nós concordamos plenamente; identificar e propor punições às empresas que descumprem a lei — concordamos plenamente com isso; sugerir mudanças na atuação da Agência de Saúde Suplementar, o Conselho Regional concorda plenamente. Enfim, o Deputado Fontana diz: aprofundar o diagnóstico para compreender melhor o setor. Parece que é esta a intenção de todos nós, principalmente não permitir abusos contra os consumidores e também contra os prestadores de serviços, especialmente os profissionais médicos que aqui represento. Investigar as denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde. Para prestar esclarecimento sobre o tema e, como já disse, representando 22 mil médicos, o primeiro questionamento que se faz é com relação aos reajustes concedidos às operadoras



de planos de saúde que não foram repassados aos médicos e hospitais. Esses reajustes concedidos, realmente já foi citado aqui, nós queremos que a CPI verifique mais de perto essa questão das planilhas de custos e verifique realmente se indevidamente o nome dos prestadores de serviço não estão sendo utilizados para que se aumente indevidamente os valores cobrados nos planos de saúde. Nós sabemos que planos foram reajustados desde 94, mais de 245% alguns planos. Os custos operacionais dos consultórios dos médicos, em trabalho realizado, chegam a em torno de 200% e os reajustes repassados aos profissionais são pequenos ou inexistentes. Segundo a pesquisa Data Folha, de conhecimento de muitos, 93% dos médicos afirmam haver interferência dos planos de saúde em seu trabalho. Nós queremos também averiguar com profundidade isso. Setenta e dois por cento dos médicos são pressionados a não atender pacientes com doenças preexistentes. Isso é um levantamento, uma pesquisa feita pela Data Folha. *“Pressão das operadoras para alta precoce. Restrição a pedidos de exame e outros procedimentos. Descredenciamento, caso o médico não cumpra determinações do plano.”* Quer dizer, então, que além dessa questão de honorários defasados, praticamente há 8 anos, há inserção de outros pontos importantes para o correto desenvolvimento do sistema suplementar. Nós também, de acordo com o posicionamento já exteriorizado aqui, buscamos o credenciamento universal para os profissionais médicos, mas um credenciamento em que possam ser cobradas estas coisas, o livre exercício da profissão. Em resumo, garantir a não interferência no exercício profissional. Gostaria de destacar que a Lei nº 9.656 regulou a relação entre as empresas e usuários, mas não normatizou a relação entre os médicos e os planos. É preciso aprofundar essa questão. É preciso que a CPI, também com relação às prestadoras de serviço, faça cada vez mais uma aliança com a população para a pressão ser maior, porque assim como está realmente não pode continuar, com essa interferência no exercício profissional. Proposta, consideração, opinião dada aqui como subsídio à CPI: agilização da Comissão dentro da Agência Nacional de Saúde Suplementar para acompanhar a discussão de honorários profissionais. Já existe uma Câmara Técnica de Assuntos Médicos dentro da Agência, mas ela não está funcionando de forma adequada. Segundo a resolução da ANS, as operadoras de planos de saúde terão de firmar contrato regulando a prestação de serviços e a remuneração devida com



revisão anual dos valores. É preciso, além de fazer essa reavaliação, recompondo com essa revisão, também recompor as perdas, também garantir os pagamentos, que não devem mais ser atrasados. Há um longo trabalho a ser feito dentro da Agência Nacional de Saúde. Se existe essa Câmara Técnica de Assuntos Médicos, ela tem de ser eficiente e eficaz para obter resultados concretos em benefício não só dos profissionais, mas em benefício da saúde da população. A Agência Nacional de Saúde Suplementar tem-se mostrado incompetente para regular o setor — isso não sou eu que estou dizendo, mas o próprio Deputado Rafael Guerra, Presidente da Frente Parlamentar de Saúde, assim tem-se expressado na imprensa. A Agência Nacional de Saúde deve ser reformulada. Essa também é nossa visão, e já foi dito pelo Presidente da CPI que também há essa idéia de propor uma reformulação na Agência Nacional de Saúde. A Lei nº 9.656 deve ser aperfeiçoada — isso também foi dito pelo Deputado Henrique Fontana —, pois não normatizou, no caso específico com relação a nós, médicos, a relação médicos ou profissionais de saúde com os planos. Agora algo mais concreto com relação à participação dos médicos: a adoção das diretrizes de procedimentos médicos, AMB/CFM, no sistema de saúde suplementar. Aqueles que acompanham as diretrizes de procedimentos AMB/CFM, há parâmetros mais homogêneos da conduta médica, busca racionalizar a indicação da conduta médica com redução de custos e atua também como instrumento de atualização profissional. A adoção das diretrizes é um assunto importante. Mas além da adoção das diretrizes também propomos adoção, no sistema de saúde suplementar, da classificação brasileira hierarquizada de procedimentos médicos. Essa classificação, sem dúvida alguma, corrige distorções de inúmeras tabelas próprias já existentes. A Câmara Técnica de Contratualização tem de atuar na relação médico-operadoras. Já existe uma câmara na Agência Nacional de Saúde denominada Câmara Técnica de Contratualização, que não está atuando devidamente. Contratos unilaterais e cláusulas abusivas de obrigações estabelecidas pelas operadoras têm sido impostas aos profissionais. Mais celeridade na Câmara Técnica de Assuntos Médicos, já referida. Termos referentes à relação médico-operadoras têm de ser regulamentados. Glosa sem justificativa. Interferência no exercício profissional. Descredenciamento imotivado, provocando, com isso, restrição de direitos de paciente. Em suma, dano ao próprio paciente. Há algo sobre



o que deve ser feito uma grande reflexão — isso foi retirado do encontro da Associação Médica Brasileira — e que eu trago como proposta de reflexão. Nós precisamos aqui, em conjunto, buscar soluções para essas dificuldades. Foi salientado um item importante. Eu ouvi o Dr. Júlio Matos, no início desta audiência pública, comentando as dificuldades de se receber serviços prestados, principalmente de previdências estatuais. Há uma proposta de inclusão dos institutos de assistência médica de direito público como subordinados às leis e resoluções que regem as operadoras de planos de saúde. Não sabemos se isso é possível legalmente, juridicamente, mas o que não pode é continuar havendo esses abusos por parte dessas autarquias; os profissionais e os hospitais prestam serviços e não recebem pelos serviços prestados ou recebem com muita dificuldade. Esses institutos são autarquias que prestam assistência médica aos servidores públicos e eles não são atingidos pelas leis do planos de saúde, ou melhor, não são regulados por elas. Eu não quero me estender muito nesse primeiro momento. Desejamos que possamos ter uma aliança de todos para corrigir as distorções existentes, cada vez mais por meio do controle social que se faz necessário. E esse controle social não é feito por nenhum segmento da sociedade, mas por todos nós, entidades fiscalizadoras do exercício profissional, que fazemos parte desse controle social e por isso estamos inseridos nesta audiência pública. Queremos colaborar para que possamos proporcionar não só assistência à população, mas assistência de qualidade. Hoje o paradigma é, sem dúvida, excelência dos serviços prestados. E não se presta excelência de serviços sem o reconhecimento do valor dos trabalhos dos hospitais, dos profissionais da área da saúde. É isso o que o Conselho deseja debater nesta audiência pública.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Ribamar Alves) - Agradecemos ao Dr. Luiz Augusto Pereira, representante do Presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul. Convido o Dr. Júlio Dornelles de Matos, Presidente do Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos, para fazer uso da palavra pelo prazo de 15 minutos, prorrogáveis, se necessário.

O SR. JÚLIO DORNELLES DE MATOS - Sr. Relator, Deputado Dr. Ribamar Alves, Sr. Presidente da CPI, Deputado Henrique Fontana, que não se encontra neste momento, demais autoridades presentes, inicialmente, em nome do segmento



hospitalar filantrópico do Estado do Rio Grande do Sul, gostaria de agradecer o convite e dizer que representamos aqui 239 hospitais sem fins lucrativos do Estado, os quais dispõem de 25 mil leitos, sendo 18 mil destinados ao Sistema Único de Saúde e 7 mil ao Sistema Suplementar de Saúde. Das 700 mil internações que ocorrem por ano no Estado, o segmento hospitalar filantrópico que ora representamos responde por 550 mil, portanto, praticamente 70% da responsabilidade de atendimento na área hospitalar. Empregamos 55 mil trabalhadores e temos uma relação extremamente adversa, começando com o Sistema Único de Saúde, a quem, como já dissemos, destinamos mais de 60% da nossa capacidade instalada. Para cada 100 reais de custos que temos na assistência de um paciente do Sistema Único de Saúde, em média o SUS cobre 55 reais. Os 45 reais que faltam nós buscamos das fontes alternativas, ou seja, da saúde suplementar vigente no nosso meio. Portanto, nós estaremos falando na tarde de hoje de um sistema de saúde que, para o segmento hospitalar, especialmente o filantrópico, é vital. Dentro desse sistema suplementar no Estado do Rio Grande do Sul, afora o SUS, o nosso principal cliente é o Instituto de Previdência do Estado, que responde por 35% da nossa demanda suplementar. O Instituto de Previdência do Estado detém em torno de 1 milhão de beneficiários, 10% da população gaúcha e tem, com relação aos hospitais, não só filantrópicos, mas todo o segmento hospitalar do Estado, uma relação também extremamente adversa, pela inadimplência. O normal, o natural, por parte do Instituto de Previdência do Estado, nos dias de hoje, é de 4 meses de atraso por serviços prestados. Especialmente em clínicas e laboratórios, esse prazo é muito maior. E o nosso terceiro e mais importante cliente — registrando primeiro o SUS; segundo, o Instituto de Previdência — é o Sistema UNIMED. Registramos o Sistema UNIMED como grandes parceiros do segmento hospitalar filantrópico nos dias de hoje. Conjuntamente com os demais planos de saúde, sustentam a saúde pública no Estado do Rio Grande do Sul. E acredito que onde há relações iguais a essa no País também seja da mesma forma. Portanto, a saúde suplementar aqui no Estado do Rio Grande do Sul é fundamental para a saúde pública do Estado. Além dessa importância, porque ela subsidia o sistema público de saúde, como dissemos antes, ela também estabelece outros benefícios ao Sistema Único de Saúde, além do subsídio, além da sustentação, do equilíbrio



econômico e financeiro das nossas organizações. Ao atendermos em parte da nossa capacidade instalada a saúde suplementar, convênios privados, como denominados, se estabelece também para o segmento SUS o mesmo grau de exigibilidade, e exigibilidade na qualificação dos profissionais, exigibilidade em tecnologias, em ambientes físicos e assim por diante. Portanto, também por isto, o segmento suplementar, no nosso entendimento, é absolutamente imprescindível no nosso meio. No entanto, entendemos que, a partir da edição que regulou esse sistema suplementar, a relação com os prestadores de serviços teve melhorias, mas requer — e já foi dito inicialmente aqui pelo Presidente desta CPI — aperfeiçoamentos. Nós entendemos, por exemplo, que para fins de País deveria existir um modelo contratual único, o que hoje não existe. Hoje há uma diversidade de contratos das mais variadas formas, cada plano de saúde normalmente tenta impor o seu modelo de contrato, e o prestador de serviço, por sua vez, que trata com diversos planos, tende a se adaptar a isto, o que é muito complicado na linha da burocracia, na linha da recepção, muitíssimo difícil para cada paciente, para cada plano uma linha de tratamento documental e assim por diante. Então, nós entendemos que seria fundamental se nós tivéssemos um modelo único contratual no País que regulasse. Assim como a ANS 42, a Resolução 42 estabelece algumas cláusulas obrigatórias aos contratos, por que não um modelo de contrato padrão para o País? Acho que isso viria facilitar em muito as nossas relações de atendimento. Uma outra questão que nós entendemos como fundamental a ser regulada — já foi falada aqui — é a necessidade de, além de conveniar com os hospitais, conveniar também com os profissionais, com os médicos especialmente, porque na grande maioria das vezes os planos tentam, através dos hospitais, também resolver a situação de atendimento do corpo clínico e, na maioria das vezes, os corpos clínicos são profissionais autônomos, logo, pleno exercício de seu direito em atender ou não. Então, subscrevemos as propostas de credenciamento universal, opção dos profissionais em participar desses planos de saúde, entendemos como fundamental isto. Uma outra questão que para nós seria fundamental é a questão das adequações de valores. Como já foi dito aqui, houve concessões de reajustes às operadoras de sistemas de saúde os quais não foram repassados aos prestadores, e nós temos aí, especialmente nos últimos 5 anos, os prestadores de serviço da área hospitalar,



conjugadamente com o segmento médico, praticamente, na grande maioria dos planos, zero de reajuste. E muitos desses planos exigindo do prestador de serviço readequações em coeficientes de honorários, em valores de diárias e assim por diante, o que traz exatamente ao contrário dos interesses dos prestadores de serviço, que seria rever os custos; estamos revendo-os, diminuindo, estabelecendo reduções nas margens de resultados que, como dissemos no início, são fundamentais para o subsídio que o segmento hospitalar e filantrópico, especialmente, aporta ao Sistema Único de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul. Então, adequações de valores, termos mecanismos e também subscrevemos aqui a proposição de estabelecermos um índice de preços, de custos, para o segmento de saúde no Brasil como fundamental daqui para frente. E, por último, para não nos alongarmos também, com o cuidado que os demais oradores tiveram, queríamos sugerir, Presidente Fontana, Relator Ribamar, que o segmento saúde suplementar, sabendo das restrições de orçamentos públicos para a área da saúde, sabendo que aquela disposição constitucional que garante ao cidadão brasileiro universalidade, a integralidade, a gratuidade na assistência que prestamos e que isto, através do orçamento público, está extremamente equidistante de ser atingido... Hoje os profissionais da área da saúde, sejam eles os hospitais, os médicos, os demais prestadores, os demais profissionais que prestam serviços, cada um, são os grandes sustentáculos do sistema, subsidiando com seus esforços o sistema público de saúde. Que houvesse a grandeza de todos em entender que essa disposição constitucional é impraticável para 100% dos cidadãos brasileiros, mas que nós pudéssemos, dentro desse sistema de saúde suplementar, criar, com o apoio de operadoras que têm experiência nisso e com o apoio especialmente da rede hospitalar filantrópica brasileira que se segue em 2 mil e 600 hospitais — esses hospitais estão dispostos a isso —, que se possam estabelecer alternativas de planos sociais de saúde, onde, em parceria, operadores e segmentos de prestadores de serviços pudessem desenvolver uma alternativa para uma massa da população brasileira que não tem como hoje bancar um plano privado de saúde, mas através de um plano social estabelecido em rede de prestadores e com parceiros, operadores de plano de saúde, pudesse ser viabilizado a preços



aceitáveis, admissíveis à população brasileira. Seriam essas as nossas considerações iniciais.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, Dr. Júlio Matos. Passo a palavra ao Dr. Ben Hur Godolphin, Presidente do Conselho Federal de Odontologia. Reitero que aqueles que quiserem utilizar a palavra é só solicitar aqui inscrição junto a nossa Secretária Carla.

O SR. BEN HUR GODOLPHIN - Eu peço licença par ficar onde estou.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Fique à vontade.

O SR. BEN HUR GODOLPHIN - Temos algum material impresso para projetar. Então, se os Deputados quiserem olhar lá, mas vou começar pelo fim, porque muitos pontos aqui já foram colocados pelos profissionais que me antecederam. Gostaria de dizer que gostei muito da apresentação do Dr. Argollo, como também do Dr. Luiz Augusto Pereira. Gostaria até de fazer minhas as palavras deles. Então, desses assuntos não vou falar mais. Vou trazer apenas uma contribuição que montamos aqui, começando pelo fim, onde se faz sugestões para o controle da qualidade do atendimento de saúde, promovido pelos planos de saúde, do ponto de vista, no que tange à odontologia, porque aqui estou representando a odontologia. (*Segue-se exibição de imagens.*) Então, a sugestão que se faz é a seguinte: tendo em vista que toda a intermediação de serviços em saúde no Brasil seja realizada pelo Poder Público ou instituições nacionais por ele autorizadas, como, por exemplo, aqui foi citado o sistema cooperativo, porque é um sistema que não visa lucro e tem mais chance de trazer um excelente serviço à população, então, que a intermediação do serviço seja realizada pelo Poder Público ou instituições, de tal modo como a Constituição nacional verdadeiramente seja cumprida no que diz à saúde, que é um direito do cidadão e um dever do Estado. Na realidade, ao criar a Lei 9.656, o Estado tirou de si essa responsabilidade e entregou para pessoas outras, para que, então, pudessem prestar o serviço de saúde à população mediante pagamento. Então, na realidade, o Estado está se furtando de cumprir com a sua obrigação. Agora, as operadoras de plano de saúde praticamente nada acrescentaram até hoje para a melhoria do serviço de saúde, porque não melhoraram esse serviço. Agem unicamente como atravessadores, intermediadores legalizados, colocando-se entre o prestador e o tomador de serviço de saúde,



visando unicamente o lucro e prejudicando a família brasileira, que, na verdade, é quem custeia essa atividade extremamente lucrativa. Como bem o Deputado falou, são 23 bilhões de reais que a família brasileira mantém funcionando, e não está recebendo de volta todo o recurso, toda a prestação de serviço que deveria ter. Então, eu penso que isso está errado desde a sua colocação. Então, como se colocou a iniciativa privada, o que aconteceu? Uma quantidade muito grande de empresas resolveu entrar nesse mercado e lutam acirradamente por esse butim, que são esses milhões de reais que são colocados ali. E o que acontece? Como são muitas empresas, então têm que arcar com a gerência, com a administração dessa intermediação. Então, essa gerência da administração é que é altamente dispendiosa. Então, o que faz a Lei nº 9.656 hoje? Faz com que ninguém esteja satisfeito: nem o usuário, nem o prestador de serviço, nem a própria operadora do plano de saúde, que gostaria que o usuário tivesse menos recurso, tivesse menos direito, como foi cabalmente colocado aqui, agora, por aquele que representou a Federação das UNIMEDs. Então, todo mundo está insatisfeito. Então, talvez seja preciso equacionar esse problema para que se torne mais econômico, no sentido da gerência, e assim, quem sabe, prestar realmente um serviço para a população brasileira. A família brasileira realmente merece, com esses 35 milhões de pessoas. É claro que é muito mais do que isso, porque nós somos 170 milhões de brasileiros. Agora, passando adiante, foi falado aqui a respeito da ANS. A Agência Nacional de Saúde age de uma maneira que não se compreende exatamente como pode ser isso. Então, eu sugeriria que a ANS seja obrigada, venha obedecer a lei e faça a exigência da condição de inscrição prévia dos conselhos profissionais de medicina e odontologia para fins de registro na Agência, conforme já previsto pela Lei nº 9.656, no seu art. 8º, pois atualmente a ANS autoriza operações de planos médicos odontológicos por empresas não inscritas nos respectivos conselhos profissionais, o que impede esses de exercer a sua atribuição legal de fiscalização dos exercícios regulares das profissões mencionadas, conforme legislação que criou as respectivas profissões. E como os planos de saúde não se sentem obrigados a se inscreverem, então se furtam à fiscalização dessas autarquias públicas que estão organizadas exatamente para isso, para fiscalizarem os serviços. Então, a importância da inscrição das operadoras de planos nos conselhos é evidente na medida em que



intermediam o trabalho desses profissionais exercendo e interferindo na atividades desses quando: comercializam o produto, referenciando profissionais; mantêm profissionais contratados com o fim de auditar o trabalho ou prescrições realizadas pelos seus reais credenciados que atendem os pacientes; descredenciam profissionais, interferindo no atendimento prestado por esses aos pacientes conveniados; fazendo publicidade muitas vezes enganosa, entre outras. Então, uma das coisas que a gente mais vê é exatamente a questão da publicidade enganosa, que as grandes empresas e pequenas empresas fazem constantemente, iludindo, então, o tomador de que vai ter excelentes serviços a preços irrisórios. Na verdade, é o que não acontece. E para que nesse butim de 23 milhões de reais essas operadoras fiquem com a parte do leão, então, os outros ficam com menos recebimento. Então, eu acho que a ANS poderia estabelecer parceria, a ANS e os conselhos profissionais da área da saúde, com a finalidade de exercer a fiscalização sobre a qualidade dos serviços em saúde oferecidos pelos planos, uma vez que os conselhos são entidades autárquicas legais, organizadas e estruturadas para exercerem a fiscalização dos exercícios de suas profissões, reunindo, assim, o potencial dessas instituições em favor da melhor qualidade na prestação do serviço de saúde. Uma sugestão quarta: o controle pela ANS da propaganda dos planos de saúde, por ser o meio mais imediato e evidente de se avaliar a seriedade dos planos que, normalmente, apelam para a propaganda enganosa, além de outras formas de controle que a ANS possa ter. E também seria necessário que se estabelecesse uma tabela de preços mínimos profissionais para exames, consultas e procedimentos médicos e odontológicos a serem operados pelas operadoras de planos de saúde. Então, visando unicamente o lucro, se toma os profissionais e se paga o mínimo possível para eles, para que, então, prestem o serviço, certamente, de qualidade inferior ao que a população está merecendo. Então, é preciso fazer alguma coisa nesse sentido. Eu gostaria de passar algumas imagens aqui de propaganda que considero propaganda enganosa, principalmente porque nós estamos aqui na frente do Procurador de Justiça. Então, vejam essa empresa: “15% de desconto de tarifa, promoção familiar”. Fala ali: “Plano odontológico grátis por um ano”. É evidente que não pode dar plano odontológico grátis. Certamente, o valor está embutido na prestação que eles cobram. Então, está usando propaganda



enganosa para enganar a população. Aqui, recentemente, foi lançado, em Porto Alegre, a ODONTOUNIMED, infelizmente, está fazendo uma coisa como essa. Eu, inclusive, sou tomador da UNIMED. Sou tomador e estou muito satisfeito com o meu plano de saúde da UNIMED. Mas, no que tange à odontologia, eu acho que houve um erro crasso. Inclusive, nós cientificamos a ODONTOUNIMED e ela já retirou essa propaganda que estava no *site* dela. Mas, vejam, eles estão dizendo aqui embaixo, no terceiro parágrafo: *“Neste local os nossos clientes poderão realizar diversos procedimentos odontológicos mediante o pagamento de 15 reais por atendimento”*. O que é uma coisa completamente absurda fazer isso. Num salão de beleza, a manicure de qualidade cobra 15 reais. O que essa pessoa fez para se habilitar a pintar as unhas de alguém que vai durar uma semana a unha pintada, por quinze reais? Então, a ODONTOUNIMED está mostrando o valor da odontologia. Então, como fica um dentista que cobra 80 reais, 100 reais, 50 reais o seu procedimento, se a ODONTOUNIMED diz que custa 15 reais? Como é que a pessoa vai trabalhar? Então, está roubando? O que está acontecendo? Então, isso é de uma grande infelicidade. Felizmente, a ODONTOUNIMED já tirou isso do *site* dela e está utilizando, inclusive, o cartão ODONTOUNIMED que, inclusive, está proscrito pela Agência Nacional de Saúde, está proscrito. Ela, inclusive, está dizendo que multa quem se valer de cartões. Então, vejam esta outra empresa aqui, é uma empresa que, inclusive, contratava dentista graças à pleora que existe hoje de cirurgiões dentistas, em virtude do número grande de faculdades, como também existem em outras profissões. O excesso de profissionais no mercado que não têm como trabalhar, então, se submetem a trabalhar por valores irrisórios, que, inclusive, essa empresa nem sequer pagava, não contratava, não pagava esses dentistas, que depois se queixavam no Conselho a respeito disso, prestando um péssimo serviço para a população e também não pagando o dentista, mas, naturalmente, auferindo lucros. E quando se vai em cima de uma empresa dessa, ela simplesmente fecha e abre outra, devido à facilidade que tem. Essa lei de planos de saúde está favorecendo que aconteça esse tipo de coisa. Então, veja aqui: *“O mais novo plano, a partir de 16,90 reais”*. *“Plano odontológico emergente: 16,90 reais”*. Aqui é mais um plano oferecendo aparelhos ortodônticos. Mas aqui não está mostrando preços. Então, a maioria desses planos oferece ortodontia a preços irrisórios. Aqui está:



25,20 reais. O tratamento ortodôntico é um dos tratamentos mais difíceis, mais custosos, porque é muito fácil se instalar um aparelho ortodôntico, mas realizar um tratamento ortodôntico é uma coisa extremamente complicada. Obviamente que nunca essa pessoa vai ser tratada. As pessoas vão lá, na ilusão de que vão ser tratadas, colocam o aparelho na boca, e nunca serão tratadas por um valor tão irrisório. Esse outro, aqui, mostra 17 reais, e por assim adiante. Então, eu acho que nós já podemos parar com isso, já podemos interromper essa projeção. Então, aqui fica essa nossa mensagem. Estamos aqui abertos ao diálogo e ao que a Comissão entender que deve nos perguntar e pedir a nossa colaboração. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Queremos agradecer a contribuição aos nossos cinco convidados, que, seguramente, trouxeram informações importantes para a nossa CPI. Nós vamos ouvir o Dr. Paulo Valério Dal Pai, depois o Léo Cristiano Horn, depois o nosso Relator e depois eu.

O SR. PAULO VALÉRIO DAL PAI MORAES - Boa-tarde a todos. As minhas homenagens ao Deputado Henrique Fontana, ao Deputado Ribamar Alves também, as minhas homenagens aos demais senhores e senhoras aqui presentes. Eu queria referir que estou aqui designado pelo Procurador-Geral de Justiça, Dr. Roberto Bandeira Pereira, que pediu que entrássemos em contato com o Presidente da CPI para que colocássemos o Ministério Público do Rio Grande do Sul à disposição para aquilo que fosse necessário. Então, eu gostaria de prestar alguns esclarecimentos sobre a nossa possibilidade de auxílio a esta CPI, mas antes fazer algumas reflexões importantes de quem já trabalha há muito tempo com esse tipo de questão. Temos alguma experiência que talvez possa ser útil. A primeira reflexão importante diz respeito ao fato de que temos uma lei muito nova, estamos ainda nos acomodando a essa nova realidade normativa. Então, é natural que ocorram algumas divergências quanto aos nossos preceitos que foram lançados. Pelo menos aqui já foi referido que houve grandes avanços. Se tínhamos um número perto de 4 mil operadoras no mercado e hoje estamos com mil e alguma coisa, me parece que isso seja bastante salutar porque, sem dúvida, um grande número de aventureiros foi excluído desse mercado, que é um mercado importante, porque diz respeito à vida, é um mercado essencial para a sobrevivência da humanidade. Então, me parece que já foi muito benéfica a legislação nesse particular. A legislação traz uma



série de exigências, inclusive econômico-financeiras, para que as empresas possam se instalar. E isso, então, já vai eliminar bastante os aventureiros, e que fiquem no mercado aqueles que têm condições de prestar um serviço com qualidade e de maneira profissional. Outra reflexão importante diz respeito a um chamamento, a um alerta, a uma reflexão em torno da questão da saúde, principalmente dos planos de saúde, tendo em vista a observação de outros ramos da atividade, porque não quero fazer nenhuma comparação irresponsável, mas observamos isso, principalmente, no ramo bancário. As empresas, de um modo geral, se pautam por uma filosofia, em princípio necessária até, de observar o custo e o lucro. Não estou querendo dizer que isso seja uma realidade desse setor, mas existe uma tendência profissionalizante no sentido de que se pautem as empresas para a sua sobrevivência pelo lucro e pelo custo. Se observou isso durante muitos anos na atividade bancária, e o resultado disso, tendo em vista muitos relacionamentos entre consumidores e bancos, o resultado foi um grande prejuízo, grandes máculas aos consumidores. A consequência desse relacionamento instável foi que o Poder Judiciário passou a gravar de maneira muito intensa em suas decisões um posicionamento mais benéfico para os consumidores e, em alguns momentos, até exageradamente benéfico para os consumidores, tendo em vista que do lado oposto havia uma força muito intensa que prejudicava os consumidores. Então, é um alerta, uma reflexão que se faz neste ramo dos planos de saúde, porque, evidente, estamos tratando de grandes empresas de planos de saúde. Devem-se pautar pelo custo e pelo lucro, mas não podemos esquecer que estamos tratando de saúde, que é um bem essencial para a sobrevivência, e está consubstanciado esse bem no art. 1º da Constituição, quando trata do princípio da dignidade da pessoa humana. Então, uma reflexão em torno desse tema. Que tipo de trabalho o Ministério Público pode realizar? Nós só temos condições de realizar trabalhos em nível coletivo, por expressa determinação do art. 127 da Constituição Federal. Então, os promotores de justiça não têm condições de trabalhar em nível individual, recebendo reclamações e entrando com ações para a garantia de direitos individuais, só trabalhamos na garantia de direitos coletivos. Trabalhamos, portanto, quanto a contratos que são trazidos ao Ministério Público, quando existem cláusulas abusivas. Procuramos conversar com as operadoras, porque sempre somos pautados pela harmonização.



Antes de qualquer demanda, procuramos resolver em nível extrajudicial, causando o menor nível de atrito possível. Então, temos feito uma depuração de muitos contratos. Já trabalhamos em parceria — agora, não sei se foi com o sindicato médico —, já trabalhamos em parceria com o sindicato de odontologia, que fez várias representações ao Ministério Público — foi o conselho? —, tendo em vista que empresas estavam atuando no mercado sem registro no conselho. Então, abrimos vários expedientes para a proteção do setor médico de odontologia. E assim, de certa forma, estimulamos esses órgãos, essas entidades para que se regularizassem no conselho e, assim, harmonizássemos o mercado de consumo nessa área da odontologia. Mas o que passou aqui, perpassou a fala de vários dos expositores anteriores foi um tema bastante complexo que me parece foi veiculado por quase todos aqui e que também é um tema que me parece que deveria receber uma importância, uma prioridade por parte desta Comissão, desta CPI, que é o aspecto, e este já há muito debatido e muito discutimos e conversamos com o Dr. (*ininteligível*), que está aqui... Nós, do Ministério Público, sempre tentamos resolver em nível extrajudicial. Mas quando isso não é possível, somos obrigados a levar ao Poder Judiciário, porque é o Poder Judiciário que vai dizer qual a lei aplicável. Não quer dizer que estejamos brigando uns com os outros, mas estamos levando ao Poder Judiciário para que ele, então, regule qual a questão que será a lei para o caso concreto. Então, foi veiculada aqui uma questão que diz respeito à chamada, e já famosa, unimilitância que a UNIMED tem estimulado que exista. Nós, do Ministério Público, infelizmente, não podemos resolver com as UNIMEDs de maneira extrajudicial. O que podemos referir aqui é que o nosso nível de litígio judicial diz respeito a esse tema da unimilitância, quando alguns médicos representaram o Ministério Público reclamando da sua falta de liberdade para trabalhar para várias operadoras de planos de saúde ao mesmo tempo. Esses médicos referiam que estavam recebendo cartas, documentos das suas UNIMEDs, dizendo que eles deveriam se descredenciar dessas outras operadoras e ficar apenas com a UNIMED. Isso, em princípio, não nos pareceu adequado, porque está, inclusive, nas leis dos médicos que eles têm a liberdade de escolher para quem eles desejam trabalhar. E eles, ali, estariam recebendo algum tipo de imposição com a qual eles não concordavam. Com base nessas reclamações, que não dizem respeito apenas a



Porto Alegre, isso acontece em todo o Brasil, isso é um tema, isso é uma divergência que está acontecendo em todo o Brasil, o Ministério Público tem tentado várias ações coletivas de consumo para o fim de que esses profissionais médicos tenham a sua liberdade garantida e possam, assim, trabalhar para aquelas operadoras que desejarem. É importante essa referência, porque nós não podemos ter uma operadora só no mercado. Eu ouvi uma informação aqui de que no Estado do Rio Grande do Sul nós tínhamos 22 mil médicos. E ouvi uma outra informação de que 12 mil desses médicos estariam vinculados a UNIMEDs. Então, isso é um sinal, um alerta importante. Nós tínhamos mais da metade do mercado dos prestadores de serviços médicos vinculados à UNIMED. Isso é um dado interessante. Por que não podemos ter apenas uma operadora ou um operador no mercado de consumo? Por uma questão de mercado evidente. Se houver apenas um operador, ele, certamente, imporá aquele preço e aquela qualidade que melhor lhe aprouver. Então, é salutar e está dentro dos princípios da ordem econômica, no art. 170 da Constituição Federal, o princípio da livre concorrência. Então, isso é um tema controverso. Não estou querendo declinar aqui que o Ministério Público esteja com a razão ou o outro lado. É um tema que está em juízo, em vários tribunais do Brasil. Houve várias decisões contrariamente às pretensões do Ministério Público, principalmente aqui, no Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, e houve decisões também, semana retrasada ou passada, na região de Rio Grande, uma decisão da Justiça Federal, que, inclusive, analisava esse tema. E houve um deferimento judicial, não sei se já foi cassado, no sentido de que a unimilitância não seria adequada ao mercado de consumo. Então, este é um tema bastante controverso, que, me parece, mereceria atenção para que, afinal de contas, nós possamos resolver essa área de atrito, porque a UNIMED, como se viu, é uma empresa, como alguém colocou, — entre aspas —, “que tem a sua necessidade”. São empresas importantes, contribuem, como nós vimos, com uma parcela substancial para a defesa da cidadania do Rio Grande do Sul. Isso não pode ser esquecido. São temas que merecem uma discussão branda, mas uma discussão mais profunda, para que nós, então, possamos contribuir para esta CPI e ela possa se valer de todos esses elementos que estão circundando o tema da saúde e dos planos de saúde. Então, não quero me alongar, mas gostaria de deixar aqui a palavra no sentido de que viemos para contribuir, para harmonizar e para



colocar o Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul a serviço desta CPI. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado. Eu agradeço ao orador. Antes, então, de passar aqui para a lista de inscrição, vamos passar a palavra ao nosso Relator, depois ao Presidente. A audiência pública continua. Nós vamos fazer aqui um conjunto, se tivermos mais demanda — por enquanto, temos duas —, de inscrições de 3 a 5 minutos, para que as pessoas que queiram colocar alguma situação possam usar a palavra. Deputado Ribamar Alves.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Sr. Presidente, Sras. e Srs. convidados, ouvintes, em primeiro lugar, é uma honra estar aqui em Porto Alegre. Vindo lá do Maranhão, no outro extremo, é uma honra poder conviver com esse grande Deputado, companheiro e amigo de longas batalhas na Câmara dos Deputados, em Brasília, Henrique Fontana, que, com a sensibilidade que eu já percebi e captei nessa nossa convivência, conseguiu, com trabalho árduo e difícil, não apenas as assinaturas para poder implantar a CPI, porque assinatura não é difícil de colher, é até fácil, mas também que ela fosse uma das 5 CPIs em funcionamento naquela Casa. Sabemos que os problemas do Brasil são tantos e tamanhos, que, com certeza, existem mais de 20 demandas, mas só podem funcionar 5 CPIs. Somente uma pessoa com o gabarito do Deputado Henrique Fontana, que goza de um conceito muito grande naquela Casa, pela importância do tema por ele abordado, pela sua persistência e sua perseverança, poderia conseguir implantar a CPI. Eu tenho a honra e o orgulho de, neste meu primeiro mandato de Deputado Federal, ser o Relator desta que eu considero a mais importante das CPIs na Casa, uma vez que ela mexe não com os brios da pessoa, mas com aquilo que há de mais sagrado no ser humano, que é a sua vida. São 36 milhões de vidas envolvidas nesse processo de saúde suplementar. Se estivesse tudo bem, com certeza, a CPI não estaria funcionando, pois não haveria sequer um motivo. Pelos problemas inerentes que aqui foram discutidos, nós, que temos participado das audiências em Brasília e nos Estados, sentimos que os problemas são os mesmos. Muda apenas a região, muda apenas a naturalidade. Mas todos aqueles problemas detectados pelo IDEC, que deram origem ao documento da CPI, estão sendo consubstanciados, reforçados e corroborados por onde nós andamos e por onde nós



somos chamados a proferir uma palestra ou a intermediar, relatar, ou falar alguma coisa sobre a CPI. Eu estive quinta-feira passada em Porto Alegre, na Câmara de Vereadores, fazendo uma palestra sobre a CPI dos Planos de Saúde, principalmente no que tange à questão da ADIN, da liminar que foi julgada no Supremo e que deu validade, dentro da lei, segundo decisão dos Ministros, ao fato de aos planos antigos não serem deferidos pela Lei 9.656. E lá os problemas também são os mesmos. A preocupação das pessoas, principalmente da melhor idade, é como se comportariam os planos, uma vez que eles podem usar e abusar, se assim o desejarem, haja vista que a lei lhes dá essas garantias. Mas aí vem uma lei maior, que é a lei da vida. Eu acredito nessa lei da vida. Bem disse o Dr. Luiz Fux, ex-Desembargador e Ministro do Superior Tribunal de Justiça, que, a convite do nosso Presidente, proferiu uma palestra na CPI, numa audiência pública, que não acredita que nenhum juiz neste País viraria um paciente de uma UTI ou de uma internação, desde que isso fosse provocado, porque a lei escrita é uma lei funcional, até constitucional. Mas existe uma lei superior à lei escrita, que é a lei da sobrevivência, a lei da vida, a lei da humanidade. E há, de certa forma, publicamente, já relatado, falado e propalado pela imprensa, um acordo entre a Agência Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde, através de Humberto Costa, que tem sido muito sensível, principalmente no momento em que ele também está trabalhando no sentido de fazer melhorias na saúde suplementar, com força suplementar, acordos patrocinados pelo Ministro e pelo Ministério junto com a Agência Nacional de Saúde e todos os atores envolvidos no processo, de que as operadoras se comprometeriam a não mexer em nada relativo aos planos antigos até que houvesse uma reformulação na lei ou mesmo um *modus operandi* de como fazer essa migração, que é um dos temas que nós temos que tratar e que abordar com bastante competência e bom senso. Porque, graças a Deus — eu disse isso e digo sempre —, houve dois momentos importantes no julgamento liminar dessa ADIN, que tem o lado bom e o lado ruim. O lado ruim é que, infelizmente, as pessoas vão ter que se sujeitar à lei antiga, é a lei; e o lado bom é que aconteceu isso agora, no âmbito da CPI e no âmbito do fórum, onde nós temos a condição de estudar, aprofundar, sugerir uma proposta que seja coerente, concernente com o momento político e econômico do País, e que possa haver a migração do plano antigo para o novo sem que haja prejuízo para nenhum dos entes



envolvidos, e, sim, o benefício daquele que eu acho que é o único responsável pela existência dos planos de saúde, que é o objeto, o objetivo e o bem maior, que é o usuário. Esse temos que proteger de qualquer forma, porque sem ele, como aqui foi dito pelo dirigente da UNIMED, não existe plano de saúde. A operadora só existe em função dele. E a função também da existência, que, infelizmente, nós temos de falar, não é coisa nova. Também não vamos mais cair nessa de heranças malditas, já cansamos de falar dessa herança que temos herdado, mas 500 anos de dominação de direito não se mudam de uma hora para outra. Infelizmente, as políticas no Brasil nunca foram voltadas para o social. Sempre foram feitas para o beneficiamento de algo ou de alguém. Algo sempre estava por trás quando se propunham modificações na lei, quando se propunha fazer alguma coisa. Quando se implantou o SUS... Eu falo de cátedra, porque eu sou proprietário de um pequeno hospital no interior do Maranhão. Então, eu sou também um prestador. E na minha cidade não existe rede pública, só existe rede privada, são 8 hospitais privados na cidade. Eu fui para a rua, e eu era Presidente da Associação Médica da minha cidade, na época, e Delegado do Conselho Regional de Medicina, o que sou até hoje, porque ainda não tomou posse a nova diretoria, porque eu não concorri desta vez. E eu fui para a rua lutar pela descentralização da saúde, pelo Sistema Único de Saúde, na época o SUDS. Me chamavam de doido: *“Como é que tu vais fazer um negócio desses? Tu és da rede privada e vai lutar por saúde pública?”* Porque eu só acredito que possa haver melhoria na qualidade de vida do cidadão se todos tiverem oportunidade. E quem tem que cuidar da saúde pública é o público, quem tem que cuidar da saúde pública é o Governo. Pela falta de ação do Governo, há necessidade da saúde suplementar. Aqueles que podem um pouco mais, que não vão se sujeitar a ficar naquelas filas quilométricas humilhantes, como na minha cidade, no interior do Maranhão, uma cidade de 70 mil habitantes, pólo regional, no setor de marcação de consultas, a fila é quilométrica. As pessoas chegam às 3 horas da manhã, às vezes, à meia-noite, sujeitando-se a assaltos, às avarias da vida, às intempéries da vida, à chuva da madrugada — lá é muito quente de dia, mas de noite esfria um pouco —, e vão ser atendidos lá por volta de meio-dia. E, agora, mudaram o horário de atendimento para a tarde, as pessoas vão sofrer muito mais, é sede, é fome. São pessoas humildes, e sujeitam-se a assaltos, porque, da mesma forma que tem violência



urbana, lá também já chegou a violência. É muito grande a violência, é muito assalto. Tudo isso por quê? Em busca de uma consulta, porque não pode pagar um plano de saúde. E aqueles que podem pagar um pouquinho, ajudam, como aqui foi dito, a desonerar o sistema de saúde pública, porque o público, infelizmente, não está sendo bem-feito no País. Nem a consulta, nem o exame, nem o atendimento médico. Sempre digo o seguinte: os planos de saúde estão se arriscando a transformar-se em um “SUSão”, em um SUS maior um pouquinho. Como é a consulta do plano de saúde hoje? Hoje, um médico, para atender a um plano de saúde, tem que atender 40, 50 pessoas por dia, porque é aviltante o que se paga para o prestador, para o médico, não só na Odontologia. Minha esposa é ortodontista, graças a Deus ela não faz essa propaganda, mas realmente você falou muito sério, as propagandas enganosas que tem em todos os setores. E é uma forma aviltante como se paga o valor da consulta, o valor do atendimento médico. A gente se submete a atender 40, 50 pessoas, quanto a Organização Mundial de Saúde preconiza que 16 é o atendimento limítrofe para que um médico possa atender nos horários, com 8 horas de trabalho, em um turno de trabalho diário. E o paciente do SUS? O médico do SUS, que ganha 2 reais e 4 centavos em uma consulta simples, hoje passou a ganhar 7 e 50 em uma consulta especializada, mas no público passou... agora, somente agora, e de julho do ano passado, no privado. Ele tem que atender 100 pessoas por dia. E eu sempre digo que uma consulta do SUS é da seguinte forma: o médico está sentado no *bureau*, o paciente chega e senta, ele está de cabeça baixa escrevendo. O paciente percebe que ele está escrevendo uma receita e diz: “*Mas, doutor, eu nem disse o que eu estou sentindo e o senhor já está fazendo a receita*”. Aí, ele olha: “*Oh, desculpa, eu nem percebi que o senhor tinha sentado. Essa aqui não é a sua receita não, é do próximo, a sua já está pronta, pegue*”. É assim que é a consulta do SUS, infelizmente. Então, se finge que se trabalha e se finge que se recebe dinheiro também. E por esses motivos é que nós não podemos de forma alguma, como não quer o Ministro, como não queremos nós, nem eu nem o Deputado Henrique Fontana, dar tom policialesco à CPI, porque nós queremos fazer uma grande coisa pelo País: diagnosticar. Vamos fazer um grande diagnóstico do que existe de errado e do que existe de certo, para aprofundarmos nesse diagnóstico e propormos a melhor terapêutica possível para



salvar o sistema de saúde suplementar do País, porque ele é responsável também pela sobrevivência de milhares de médicos, que, mesmo ganhando mal, ainda sobrevivem unicamente através do Sistema Suplementar de Saúde. Sem ele, ele não teria nem renda, porque não teria quem gerenciasse esses recursos para ele. Portanto, não é nosso interesse, em nenhum momento, refazer, promover uma quebradeira nem uma caça às bruxas, tanto que a nossa CPI não tem holofote. Ninguém nunca mandou prender ninguém, porque não é do nosso feitio, até porque nós temos uma responsabilidade social muito grande, de fazer com que esse Governo socialista que aí está possa ter as contribuições necessárias para desenvolver o grande projeto de transformação do País. Dentro do que ouvi aqui, eu não tenho nem muito o que inquirir, não tenho o que perguntar. Foram muito bem-feitas as explanações. Eu tenho que parabenizar o Rio Grande do Sul pela competência como estão sendo expostos aqui os problemas da saúde suplementar e dizer apenas que, das sugestões que aqui foram feitas... Ou melhor, antes, uma das coisas que nós temos achado em todas as nossas reuniões é que sempre cai em um lugar comum: a vala comum dos problemas é a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Todo mundo corre, corre, corre, cai na Agência. Corre, corre, corre, cai na Agência. Foi perguntado sobre a questão das planilhas. Vamos procurar as planilhas. O Deputado Mário Heringer, que era para ter vindo, não pôde vir porque houve uma convocação extraordinária hoje à noite pelo Presidente da Casa, fez um requerimento solicitando as planilhas de custos para a Agência Nacional de Saúde. Ela não mandou. Eu, pessoalmente, em um novo requerimento, solicitei especificamente, mas a Agência nunca nos mandou as planilhas de custos para que nós pudéssemos averiguar como funcionam, para podermos aprofundar por que tinha reajuste para as operadoras, por que não tem para os prestadores e por que há queixa das operadoras de que não estão ganhando suficiente para manter os planos funcionando. Como é que nós vamos poder dizer que elas estão falando a verdade ou se estão falando inverdades se nós não temos os dados na mão, concretos, para analisarmos? Nós vamos poder dirimir essas dúvidas na próxima audiência com o Dr. Januário. Foi um requerimento meu também que ele viesse. Inclusive até não o convidei, fiz convocação mesmo, fiz convocando, não foi convidando para vir. Os outros, todo mundo é convidado, os que estiveram aqui



foram convidados, mas lá nós fizemos uma convocação, para a gente ver o que está acontecendo de errado. Por que não manda? Está escondendo alguma coisa? Existe algo de errado? Há Governadores que não têm caixa preta, não têm caixa 2, não têm não sei o quê, mas nós não estamos culpando ninguém, queremos apenas diagnosticar. E, dentro do diagnóstico, nós já observamos algumas coisas importantes para modificações neste País, e aqui foi muito bem relatado. Essa questão... Vou começar do atendimento: o paciente, quando chega no hospital, apresenta a carteira na recepção, a atendente vai e olha: é da UNIMED. Procura nas pastas lá o formulário da UNIMED. Aí, vem o outro e diz que é da AMIL. Ela vai em um monte de pastas lá e procura da AMIL. Aí, vem outro, diz que é da CASSI, aí, ela vai, procura um monte de pastas. Não existe um formulário único. Isso aí já facilitaria o atendimento, porque a atendente teria mais tempo até para tratar melhor aquela pessoa que vinha ao consultório. A questão do contrato único. Eu também sofro, como disse o prestador. Os contratos são os mais diversificados possíveis e imagináveis. Um prestador nos pagam a tabela cheia, outras querem pagar com 80%, outras só querem pagar 70%, outras querem não sei o quê, outras querem isso e aquilo outro. Então, tem que haver também uma padronização no contrato, para que facilite a todos nós sabermos o que está sendo feito e como está sendo feito. Uma das coisas também que nós temos que ver é essa questão do cheque-caução. É ruim para a pessoa que chega na urgência, com mal-estar, 2 horas da manhã, mas como vai também o prestador garantir que aquela pessoa está em dia? Quem vai se responsabilizar pelo pagamento dele se ele não estiver no plano ainda? Porque a carteira pode estar com ele, mas ele pode ter sido excluído do plano; era um empregado que saiu do emprego, não tem mais, mas continua com a carteira, ou não está pagando o plano há não sei quantos meses e foi excluído. Então, vamos sugerir também que haja um plantão 24 horas com senha imediata, porque acaba esse problema. Chegou na portaria do hospital, está aqui o cartão, pronto, passou a senha imediata, 24 horas. Alguns planos já fazem isso. Não são todos, existem muitas operadoras... O próprio IDEC detectou isso, o próprio PROCON detecta também essas coisas. Existem planos que estão funcionando bem. Não vamos generalizar. Separar o joio do trigo é nossa função aqui. Uma outra questão de que se queixam muito — no meu próprio hospital eu sofro muito com isso — é a questão



do protocolo médico. Tem que haver um protocolo médico. Na Sociedade Brasileira de Cardiologia, da qual faço parte, foram criados protocolos médicos para as patologias. Nós sabemos que existem as variantes. O paciente pode complicar, você pode modificar a terapêutica, mas, para cada patologia existe uma determinante, existe uma forma de se proceder. A questão dos exames, nós sabemos também que muitos prestadores... Vai uma crítica também aos prestadores: é que, muitas das vezes, o paciente chega com uma pneumonia, e, ao invés de um simples raio X, que custa 20 reais, como aqui foi falado pelo Presidente da UNIMED, ele pede uma tomografia, que custa 200. Então, tem que haver uma câmara técnica para poder saber se aquele aparelho é... Determinado equipamento que veio para o Brasil, importado, porque o americano nos impõe, com prêmios, aqueles experimentos, experimentam na gente os inventos deles, se aquilo vai realmente tornar obsoleto aquele outro equipamento e assim evitar os gastos desnecessários. Uma das questões que temos que ver também com as operadoras é que elas paguem para os prestadores um preço justo pela hotelaria. Pagam um preço injusto, e o que acontece? Acontece que, durante uma cirurgia, o prestador vai e injeta 10 pacotes de gaze em uma cirurgia, mas bota 20; se gasta 10 soros, bota 20. Por quê? Ele vai compensar uma perda que ele está tendo ali. Aí, vem a figura do auditor. O auditor vem e glosa. Nós estamos inclusive já fazendo, eu particularmente já estou fazendo, não sei se o Presidente lembra, foi uma sugestão dele a gente verificar se os auditores estavam ganhando porcentagem sobre a glosa. Em uma determinada audiência, se não me engano, com o Presidente do Conselho Federal de Medicina, houve essa queixa muito contundente do Dr. Edson e foi falado isso lá. E eu estou vendo, já analisando, porque existe uma questão muito grave, que é a questão da auditoria médica. Primeiro, a auditoria é contratada pela operadora, ela vai, ele a glosa de duas maneiras, ou glosa porque existe um exagero ou glosa, muitas das vezes, para não haver o pagamento, porque aí você vai impor o recurso, e esse recurso demora 2, 3, 4 meses, 5 meses, 6 meses, até um ano para ser pago de novo. E quem vai analisar esse recurso? O próprio auditor que glosou. Então, como é que ele vai rever uma coisa que ele mesmo fez? Então, pretendemos também sugerir no relatório final que tenhamos no âmbito estadual uma câmara de recursos que seja neutra para evitar. Primeiro, saber se é abuso por parte do prestador,



porque ocorre isso, existem bons e maus em todos os segmentos da sociedade. Então, temos que ver essas coisas. Há essa questão também de alguns materiais, como agora foi votado o projeto da Deputada Jandira Feghali, na Comissão de Seguridade Social, da qual sou titular, que faz com que os planos de saúde doem, dêem para os pacientes colostomizados a bolsa de colostomia. Isso não vai quebrar plano, é uma coisa assim, são tão poucos pacientes, mas se torna tão difícil para eles, é mais uma despesa que ele vai ter, é mais... Então, tem algumas coisas. Existe já uma proposta que estou estudando aqui com o Mário, que é um dos nossos assessores, que é do Conselho Nacional de Saúde. É a questão de ver como as operadoras podem fazer parte de uma farmácia básica de alguns tipos de medicamentos genéricos para poder... Têm algumas patologias crônicas que podem também... É aquela parte também do social, da contribuição, de fazermos alguma coisa para melhorar o nível, a relação com o usuário. Então, são algumas sugestões que nós já estamos encampando. Vamos trabalhando e fazendo reuniões internas com o nosso Presidente e com a nossa equipe de assessores, para podermos ajudar a propor mudanças. Eu estive inclusive no Superior Tribunal de Justiça. Na época, estava o Ministro Edson Vidigal na Presidência. Ele, até brincando, porque ele é maranhense, perguntou o que fazia um Relator de CPI na Justiça, já que nunca tinha aparecido um por lá. Eu disse: *“Olha, eu vim aqui porque eu tenho que ver muito é questionamento jurídico. Está toda hora cheio, a Justiça é cheia de processos, de recursos, de queixas de usuários, recursos de operadoras, de prestadoras, é todo mundo. Então, eu vim aqui para que nós possamos buscar o que já existe de jurisprudência, para evitarmos conflitos na lei. No momento que tiver, nós ajustarmos as nossas propostas de modificação na lei junto com o que já existe na Justiça, com jurisprudência. Aí, acaba com esse horror de processos, acaba com esses problemas todos, que não é bom para ninguém”*. O usuário que vai à Justiça vai passar, no mínimo, 1 mês, 2 meses para receber uma resposta, até porque a Justiça não tem tantos elementos, nem pessoal suficiente para suportar tanta demanda. E, aí, sofre todo mundo. Então, nós estamos procurando fazer uma coisa dentro do bom senso, dentro do que nós podemos fazer de melhor para o País, para ajudarmos a nossa população a sofrer menos, a ter menos desgaste e a poder usufruir melhor daquelas prerrogativas que lhe são inerentes pelo pagamento



que faz da prestação do plano, e também para que o plano possa, com justeza e grandeza, retribuir àquele que lhe presta o serviço — que é o médico, que é o cirurgião-dentista, que é o bioquímico, que é o nutricionista, que é o fisioterapeuta e os prestadores em si, que estão também sofrendo bastante sem os reajustes necessários para poder sequer sobreviver. Então, essas são as minhas colocações, Presidente, e eu quero mais uma vez só dizer que me sinto muito satisfeito de estar na sua terra natal, ao lado de V.Exa., que considero um dos melhores Parlamentares do Congresso Nacional.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Muito obrigado, Relator. Quero agradecer os elogios, que foram generosos demais, na minha opinião, e dizer que V.Exa. está na nossa terra em um período muito especial, que é o período da Semana Farroupilha, e por isso inclusive alguns estão, como o Dr. Argollo, com o símbolo gaúcho — eu não recebi nenhum. Mas deixe-me colocar aqui, e vou tentar ser sintético, algumas questões do que nós acumulamos nesses 60 dias de trabalho. A primeira questão... Seguramente, se alguém me perguntasse qual foi o principal motivo pelo qual eu resolvi aprofundar a minha militância política e aceitei, em nome de um grupo de pessoas, que assim conversava à época, concorrer a Vereador — já se vão 11 ou 12 anos —, foi exatamente para lutar pela qualificação da saúde. Esse foi o principal motivo. E, em primeiríssimo lugar, lutar pela qualificação do Sistema Único de Saúde, o sistema público de saúde, que precisa ter mais serviços e serviços mais qualificados. Esse é o nosso objetivo número um, que eu acho que congrega a opinião de muitas pessoas que estão nesta sala, senão da totalidade. Sobre o SUS, eu gostaria de dizer uma frase: às vezes é duro enfrentar uma fila no SUS, às vezes é duro ter acesso ao serviço que poderia ter mais qualidade, mas sempre peço que todos nós façamos uma reflexão do que seria este País se não existisse este SUS, com os seus limites e com as suas qualidades. No ano passado, por exemplo, perto de 12 milhões de brasileiros e brasileiras entraram num hospital porque existe sistema público de saúde, o SUS, que precisa ser qualificado, precisa ser melhorado sempre. Esta é a nossa principal disputa: reivindicar um sistema cada vez mais universal, mas nós temos muitas conquistas a comemorar ao longo desses anos da implantação do SUS. A segunda questão, que com muita freqüência entra nesse debate, e é natural e compreensível que entre, é que, quando nós nos



debruçamos para debater o sistema suplementar de saúde, há muitas vezes a inter-relação desses 2 sistemas, mas eu quero aqui, não só didaticamente, mas por uma questão de mérito, de como a CPI tem que trabalhar, dizer que há uma separação clara. Nós estamos nos propondo, com esta CPI, a investigar um mercado de saúde suplementar que atende a 36 milhões de brasileiros e brasileiras e que tem um faturamento de 23 bilhões por ano. E a nossa questão é verificar se esse mercado está funcionando bem ou mal, não se ele tem o tamanho “a” ou “b”, por que o SUS deveria ter o tamanho “a” ou “b”, ou se o problema que o mercado suplementar enfrenta é porque o SUS é isso e não aquilo. Não. Existe um produto que é vendido, algo que, como alguns disseram muito bem, do meu ponto de vista não é uma mercadoria qualquer. Há, sim, uma relação privada, da qual nós estamos tratando, mas que lida com um serviço que é essencial e que está consagrado na nossa Constituição. E sempre é, desde que eu me dedico a estudar saúde pública, muito difícil mediar os interesses privados que se envolvem na saúde. Isso é uma coisa secular, aliás, desde as questões éticas que envolvem a relação do próprio médico que atende de forma direta, como profissional liberal, um paciente, o que dirá quando nós chegamos ao fim desse mecanismo complexo que é a força do interesse econômico, que inclusive incorpora a tecnologia muitas vezes desnecessária na área de saúde, porque, se a saúde é um bem essencial, ela é algo que dá muito lucro, quando é explorada conforme o interesse de “A”, “B” ou “C”. E nós sabemos, então, que o desafio que está posto aqui, para a nossa CPI, é de contribuir, porque a CPI também tem a humildade de dizer, eu, como Presidente, e o nosso Relator, que, evidentemente, há conflitos nas relações privadas que se dão entre usuários, prestadores de serviços, médicos, odontólogos, nutricionistas, hospitais, clínicas, laboratórios e aqueles que vendem os planos, financiando inclusive a concepção de cada um desses grupos, que tem diferenças importantes a serem levadas em conta. A CPI não pretende o milagre de conseguir resolver todos esses problemas, porque seria uma arrogância brutal da nossa parte. Ela pretende, feito esse diagnóstico, propor medidas que diminuam bastante o nível de conflitos, que possam arbitrar esses conflitos da maneira mais justa possível. Aliás, eu relembro aqui que esse conflito, inclusive, aparece pouco nas propagandas que foram mostradas. Vender e fornecer o serviço de saúde remunerado é algo que tem



que ser absolutamente regrado pelo interesse público, porque é óbvio que o usuário do sistema de saúde, o paciente... Se tem um lugar que nós podemos definir um consumidor imperfeito, é nessa área. Ou seja, é alguém que não tem condições, infelizmente, por mais que nós tenhamos acumulado, do ponto de vista da condição de cidadania nessa área, quer dizer, quando o médico, o serviço de saúde diz para o paciente: *“Olha, você tem que fazer uma tomografia computadorizada, de preferência em 24 horas, porque você está com uma situação muito grave, nós temos que fazer essa tomografia”*, aquela pessoa está desarmada, ela não tem como contestar aquela indicação. Ela, no máximo, poderá ir a 2 ou 3 lugares, se não conseguir no sistema público, onde ela deveria ter o direito de conseguir, para ver onde é que ela consegue mais barato e, mesmo assim, ela ainda vai carregar aquele SUS: *“Mas esse aqui está 30% mais barato, será que é boa mesma essa tomografia que eu vou fazer 30% mais barato?”* Ou seja, se ela não tem... Se o médico que está lhe atendendo não tem o quadro técnico que possa garantir a ela: *“Não, faz lá que é 30% mais barato e eu te garante que aquilo lá é bom”*, ela fica completamente fragilizada. Então, esta é a primeira regra para nós: tem que ter regulamento. E aqui quero lembrar, gente, como esses interesses conflitantes atuam. Faz só 5 anos que tem essa lei. E há quantos anos existem planos de saúde? Tinha muita gente que defendia, no passado, que não devia ter lei nenhuma, que o mercado poderia regular esses interesses, que a pessoa ia regular: *“Esse plano eu achei muito caro, então esse eu não compro. Esse aqui não me atendeu bem, eu vou para o outro e tal”*, como se o consumidor pudesse ser encarado como um consumidor perfeito, como se comprar o plano de saúde fosse a mesma coisa que ir ao *shopping center* ou a uma rua comercial qualquer e escolher uma camisa nova ou um paletó novo: *“Essa eu posso pagar, aquela eu não posso, dessa cor, desse tecido ‘a’, tecido ‘b’*. Não. Aqui tem que ter regulação pública forte e qualificada. O que eu tenho pensado e exposto publicamente? Estou pedindo a contribuição das pessoas que estão aqui. Inclusive há pessoas que podem nos ajudar muito com o Ministério Público, as empresas prestadoras, os médicos, as representações, hospitais e tal. Nós estamos aceitando sugestões por mais 30 ou 40 dias. Aí, sim, nós vamos ter que fechar a banca de sugestões, porque nós vamos ter que partir para consolidar o nosso relatório e as propostas que devem estar prontas dentro de aproximadamente



60 a 90 dias. Tenho pedido a contribuição de todos, inclusive com sugestões de alterações de leis e coisas assim. Algumas coisas já deu para perceber. Primeiro, esse grau de conflito que existe quando todos falam. Hoje nós terminamos ouvindo menos usuários do que em outras audiências, mas, no fundo, todo mundo coloca insatisfações. Os prestadores de serviços, hospitais, os médicos, os demais profissionais que atendem e os usuários. Tudo bem, não há nenhuma anormalidade em ter insatisfações de ambos os lados, mas eu estou firmando uma convicção. Ao contrário do que alguns poderiam imaginar, é errado pensar que este mercado deva se expandir. Eu tenho a sensação de que este mercado já está um pouco hipertrofiado — aí eu quero expressar uma opinião pessoal ainda sujeita a convencer e a ser convencido, porque nós estamos construindo opinião dentro da CPI. Vou dizer o sentimento que eu tenho quando se fala em segmentação, subsegmentação etc. Eu não acho que seja razoável, por exemplo, nós imaginarmos que devemos oferecer um plano de saúde para cada padrão de renda. Daqui a pouco, eu estou oferecendo dentro do plano de saúde extra, *superVIP*, que custa 500 por mês, até o plano de saúde que custa 30 por mês. Eu acho que a partir de um determinado preço não se justifica o plano de saúde. É evidente que eu não estou aqui fechando uma posição de que nós devemos ter só um tipo de cobertura universal, integral e total. Inclusive talvez fosse algo inexequível, mas nós não podemos também ter aquela visão de que a cada mercado um produto. Aqui não é o caso. A partir de determinado ponto, de fato, tem que ter um plano referencial que garanta uma segurança básica para o cidadão, porque ele não sabe o que vai acontecer. Eu já ouvi, não dos representantes que estão aqui, que são pessoas com quem eu tenho relação de outros debates, mas de representantes da área de seguro-saúde, que é um absurdo encarecer um plano de saúde para incluir a cobertura de AIDS para todos os cidadãos, porque determinados cidadãos podem saber que não correm o risco de contrair essa doença. É um escândalo, do meu ponto de vista, ou seja, a tentativa de individualizar os riscos. Primeiro, ninguém pode saber qual é a doença que terá ou não no futuro. Segundo, na nossa questão aqui, quando se fala de saúde, tem que haver solidariedade entre gerações, entre grupos. Não se pode conceber isso aqui como um mercado individual, em que eu ofereço esse plano para o Seu João, daqui a pouco eu estou aceitando que ele



possa a ser submetido a uma longa entrevista, que entrem no computador todos os dados e saia o preço dele. Depois, entra a D. Maria, faz uma longa entrevista e sai no computador o preço da D. Maria. O que isso pode gerar? Uma seleção perversa de clientes pelo mercado privado, em que o mercado privado pode ir se especializando em atender aos jovens e sadios e a auferir a margem de lucro que ele tem de correta e adequada nesse atendimento, o que não é aceitável. Quem quer entrar nesse mercado tem que fazer uma carteira para assumir riscos, que pode pegar o jovem mais sadio, pode pegar uma pessoa que contraiu uma doença de difícil tratamento, cara etc. Não é? Eu não tenho dúvida. Também nós temos que encontrar um mecanismo de garantir o repasse automático de uma parcela do reajuste de preços para quem presta serviços, porque a relação é desigual, mesmo que se tenha um grupo de 1.500 seguradoras e plano de saúde, cooperativa etc. Nós sabemos que um grupo pequeno tem grande parte do mercado em suas mãos. Então, é preciso ter mecanismo que proteja também esses prestadores de serviço. Terceiro, eu não tenho mais dúvida de que a variabilidade de 6 vezes entre o preço para os mais jovens e os mais idosos é inaceitável. Não se pode organizar o sistema assim. Eu sei que o mais idoso tem um custo maior e o menos idoso tem um custo menor, mas tem que estabelecer um critério de solidariedade entre as gerações, porque senão eu posso iludir o jovem de que dentro da faixa de renda que ele tem ele pode pagar o plano, e eu posso, com aumento exorbitante na velhice, expulsar o idoso, que não vai conseguir acompanhar. Então, eu direi aos operadores, aos gerentes e organizadores de planos: bolem uma forma de distribuir, gerar mecanismos, reservas etc. e tal, mas que dê estabilidade e garantia de que, quando chegar aos 50, 60 anos, o idoso não vai ser expulso com aumento de 2, 3 vezes o valor do plano. Quarta questão: tem que ter uma câmara de arbitragem. A Agência Nacional de Saúde, do meu ponto de vista, tem muitas coisas boas. Eu não estou aqui para criticar tudo o que ela faz, mas só que, se nós pagamos com dinheiro público uma agência que foi montada para regular e fiscalizar o mercado suplementar e ela não atende o caso individual, não é possível isso. Quer dizer, se eu, por exemplo, sou paciente, cheguei ao hospital para ser atendido e me disseram que o exame tal não vai ser feito, que eu não vou ser internado, que eu tenho que sair da UTI depois do dia tal, eu tenho que ter um telefone para ligar para alguém



que seja neutro, que tenha a responsabilidade pública neutra, no sentido de arbitrar administrativamente, em 24 ou 48 horas, se eu estou certo, se o meu plano está certo ou se o hospital que está me atendendo está certo ou errado. Aí, depois dessa decisão administrativa, eu poderei ir à Justiça. Vamos dizer que eu não me conforme. O médico teve glosado o seu atendimento, cobrou “x”, e o plano diz que não é “x”, é um terço de “x”. Eu discuto com quem essa glosa? Inclusive com o poder que tem aquele que me repassa a parte da minha renda, quer dizer, se eu começo a reclamar muito das glosas, ele diz: *“Olha, tudo bem. Eu vou te pagar essa glosa aqui, só que mês que vem tu não vai ter glosa nenhuma mais, porque não vai mais ter atendimento”*. Então, a gente sabe que tem de haver. O poder das partes é diferenciado. Eu tenho pensado muito, tenho sugerido ao Relator que se crie uma câmara de arbitragem dentro da Agência, que receba reclamações de todas as partes. Quinta questão: tem gasto realmente muito malfeito. Do mesmo jeito que dentro do sistema público nós temos de ter cuidado com o consumismo de tecnologia na área de atendimento de saúde, aqui também, porque isso aqui não é um sistema privado. *“Ah, no sistema privado tanto faz.”* Tanto faz nada, porque o usuário do plano vai pagar o que está colocado ali. Então, agora, quem faz isso? Provavelmente o Ministério da Saúde, a agência suplementar precisariam fazer algum tipo de trabalho que defina protocolos que tecnicamente são aceitáveis, ou seja, nenhum de nós está aqui para defender o consumista. Por exemplo, um médico ginecologista, numa gestação normal, pede 9 ecografias. Não podemos. Essa liberdade não queremos para os médicos. Eu, pelo menos, não quero. Não acho razoável. Agora, tem de ter um protocolo que diga: *“Olha, numa gestação normal, é correto fazer uma ecografia, ou 2 ecografias, na época tal e tal”*. E alguma fora dessa tem de ter uma justificativa técnica consistente, assinada pelo médico que está atendendo, que justifique a realização desse exame. Então, quanto a essa questão de definir protocolos que possam garantir uma regulação melhor desse gasto, eu sou favorável. O que não pode é aquilo que também o Conselho Federal de Medicina colocou e que o Relator lembrava em parte: que alguns planos estão adotando algo que chamam de meta referencial. O que é uma meta referencial? É o plano criar um mecanismo de incentivo econômico para o médico que eventualmente diminua o gasto gerado por um conjunto de pacientes que ele



atendeu. Então, o honorário dele seria “x” se ele gastar “y” para atender 30 pacientes, por exemplo. Se ele gastar “y” menos 20%, o honorário dele passa ser “x” mais 10%. Isso não funciona com saúde. É para vendedor de carro, para não sei o quê. Tudo bem, pode ter meta referencial: vendeu tanto, a comissão aumenta. Mas, na saúde, não dá. Então, nós queremos também criar questões na lei que impeçam esse tipo de mecanismo, de situação. Nós encontramos gente... Alguns aqui conhecem, outros não... Nós encontramos um mercado que funciona, que é o mercado de cartão de saúde. Não é plano de saúde, é um cartão. Então, o consumidor é iludido a comprar um cartão. Ele paga 200 reais por aquele cartão para usufruir de uma rede de serviços onde ele teria descontos. Isso é picaretagem pura. Eu inclusive me impressiono porque a Agência Nacional demorou tanto tempo para retirar do mercado os tais cartões de saúde. Onde é que já se viu vender cartão de saúde? Então o cara vai lá... De um lado, pressionam os médicos: *“Olha, tu entra aqui nessa lista. Tem diversos pacientes, vou mandar aqui do outro”*. Pressiona o paciente: *“Tu compra esse cartão por 400 reais e vai ser atendido por esses médicos aqui, em vez de te cobrar ‘x’, eles vão te cobrar com 30% de desconto”*. Encontramos situações, gente, de empresas que vendem planos de atenção funerária, ou seja, para garantir o serviço funerário que o cidadão precisará no futuro, como se estivessem vendendo planos de saúde. O *folder*, por exemplo... E eu disse para o proprietário que foi lá explicar que não era — isso foi em Curitiba, na audiência pública: *“Mas o seu folder aqui tem 4 unidades de saúde na capa, um hospital, um posto de saúde. Aqui, na segunda página, tem uma ambulância, não tem um carro preto de funerária que vá carregar eventualmente um futuro morto, que pode ficar às vezes 20 anos num plano de assistência funerária a “x” reais por mês, iludido de que ele está comprando um sistema de saúde, um plano”*. É algo que nós vamos decidir e certamente vamos proibir, se é que já não está proibido. Acho que isso aí é só questão de fazer cumprir a lei. É isso. Acho também que nós precisamos ter, vamos dizer assim, uma visão. É lógico que toda a nossa busca é para garantir um mercado do tamanho certo. Isso aí não é ciência exata. Nem eu sei qual é o tamanho certo disso. Mas que de fato encontre um ponto de equilíbrio razoável. O objetivo da CPI, evidentemente, não é inviabilizar as empresas que prestam esse tipo de serviço, não é inviabilizar os laboratórios, os hospitais etc., que atendem por



esse sistema, não é inviabilizar o trabalho dos médicos e demais profissionais que atendem. E, muito menos, é inviabilizar um atendimento de qualidade para os usuários. Agora, eu tenho claro comigo — e aí vou usar da mais absoluta franqueza — que os dois elos mais fracos dessa corrente são os prestadores de serviço e os usuários. Eu tenho isso no meu diagnóstico. É evidente que nós sabemos... Quando falamos de empresas prestadoras de serviços, nós temos desde empresas, cooperativas ou autogestões, que têm uma ação muito qualificada, procuram trabalhar numa linha de respeito ao usuário e ao prestador de serviço. Mas nós temos relato de situações muito... inaceitáveis, do ponto de vista daquilo que nós queremos. Então, antes de abrir a nossa inscrição para as demais pessoas que queiram fazer uso da palavra... O Dr. Argollo me pediu também, de novo, para falar. E é evidente que os nossos convidados podem voltar a usar a palavra. Eu só encerro esta minha participação aqui agradecendo de fato não só a você, mas a todos aqueles que têm contribuído para que nós possamos qualificar esse nosso diagnóstico e a nossa ação. Quero também publicamente agradecer ao Ministério Público, que tem tido uma ação muito importante nessa área e tem nos ajudado muito dentro da CPI. Vou passar aqui a palavra para o Léo Cristiano Horn, que tinha pedido inscrição. Pode usar aqui. Um dos microfones está aqui. Ali, Léo. Vou pedir para se identificar, Léo.

O SR. LÉO CRISTIANO HORN - Boa-tarde aos Deputados e às demais pessoas presentes. Meu nome é Léo Cristiano de Castro Horn. Eu sou cirurgião-dentista. Bom, eu trabalho na área de planos de saúde também. Boa parte daquilo que se falaria, que eu poderia falar, já foi falado pelas demais pessoas, da UNIMED ao Dr. Ben Hur. Mas teve pequenos detalhes que ficaram de fora, que eu acho que são muito pertinentes. O primeiro detalhe é o seguinte: a Agência Nacional de Saúde foi criada, entre outras coisas, para fiscalizar as operadoras, coisa que não está ocorrendo. A ANS só fiscaliza quem é legalmente inscrito. Quem não é inscrito não recebe nenhum tipo de fiscalização. E eu acho isso uma tremenda injustiça, porque, ao se transformar em operadora, no nosso caso, porque éramos uma cooperativa, houve um custo elevadíssimo de gerenciamento informacional. O Deputado falou em planilhas. Nós enviamos mensalmente toda a nossa contabilidade, toda a nossa operacionalidade, para a ANS. Se ela não entrega para



os senhores, é porque eles não querem ou eles não fazem uso dessas informações que são passadas. Mas volto ao original. O que está acontecendo? Muitas empresas que eram registradas na ANS estão fechando e abrindo com outra razão social, porque eles não são punidos, não acontece nada. Por isso, uma das sugestões que o Conselho de Odontologia faz — e faço minhas as palavras do Dr. Ben Hur — é a seguinte: que a ANS, no futuro, se possível, passe parte da fiscalização e, por que não dizer, o próprio poder de polícia, para os Conselhos Regionais, a parte médica para o de medicina e a parte odontológica para o Conselho de Odontologia, porque quem entende de medicina é médico, quem entende de odontologia é dentista. E pediria até o apoio da Promotoria, do Poder Público, porque no interior, muitas vezes, talvez não haja fiscal dos conselhos em que fosse dado esse apoio quando houvesse denúncias, porque até então as denúncias existentes têm caído no vazio. Sobre aquilo que o senhor falou da funerária, aqui, no Rio Grande do Sul, uma das maiores, vamos dizer assim, concorrentes de algumas cooperativas do interior, por incrível que pareça, é uma funerária. Nós até brincamos: esses caras tratam, matam e enterram, porque eles vendem medicina, eles vendem odontologia, eles vendem plano funerário e mais salão de beleza. É um despautério o que esses caras vendem. E vendem. Não sei... Eu sei que, de repente, as pessoas querem... sei lá. Então, eu acho que, vamos dizer assim, se fosse dado esse poder de polícia, inclusive, aos conselhos, ajudaria, e muito, a diminuir, a coibir, porque, infelizmente... O que o doutor, o promotor falou que estavam diminuindo os planos de saúde, eu discordo: eles estão aumentando os irregulares. Eu vou...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado. Nós recebemos diversas inscrições. Então, o Presidente vai começar a controlar o tempo, para podermos ouvir a todos. E vamos ficar entre 3 e 5 minutos. Eu me lembrei e quero dirigir uma pergunta mais especificamente à UNIMED e aos... talvez, também, o Dr. Júlio possa nos ajudar com alguma resposta nesse sentido. Eu tenho informações de que há uma variabilidade muito grande nos preços. Inclusive, foi colocado pelo Dr. Jorge, aqui, uma variabilidade muito grande nos preços de órteses e próteses que são utilizadas no atendimento de saúde. Às vezes, inclusive, há relato de que no mesmo período se encontram faturas de empresas que vendem a mesma coisa por preços que variam em até 2 ou 3 vezes o preço da mesma órtese



e prótese para diferentes hospitais ou diferentes planos de saúde etc. Vocês têm, no cotidiano de gestão da UNIMED, alguma informação para nos dar a esse respeito? O próximo inscrito é o Dr. Argollo.

O SR. PAULO DE ARGOLLO MENDES - Deputado Fontana, essa perguntaria entraria na inscrição ou se pode já tratar disso agora?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Podemos tratar disso agora. Ouviremos o Dr. Argollo e, logo depois, ouviremos o Dr. May.

O SR. NILSON LUIZ MAY - *(Intervenção inaudível.)*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Pode falar, então, Dr. May.

O SR. NILSON LUIZ MAY - Está ligado aqui?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Sim.

O SR. NILSON LUIZ MAY - Eu ouvi atentamente todas as manifestações. Como disse no início o nosso representante, o Dr. Robinson expôs dentro de um planejamento que se trouxe na tentativa de contribuir com esta CPI. E não poderia deixar de, muito rapidamente, para manter-me dentro do tempo, parabenizar a manifestação do Deputado Ribamar, quando ele citava, dentre outras coisas, a questão da diferença entre convite e convocação, até porque essa questão, como também ficou bem frisado... Não se trata aqui, na CPI, como outras que são instaladas... É importante essa diferenciação, investigar qualquer irregularidade no sentido de como a CPI do BANESTADO e tantas outras que se vêem no nosso Congresso Nacional e estão lá investigando corrupções, desvios e outras tentativas fraudulentas. Aqui, o convite cai bem, porque estamos na Semana Farroupilha. Pega muito bem aqui, no Rio Grande do Sul, ao contrário do que o senhor falou, que muitas vezes é obrigado a fazer uma convocação, como foi o caso do Presidente da Agência Nacional de Saúde, porque quando tem todos esses dados na mão nos envia para que nós respondêssemos às operadoras — no caso, falo da UNIMED — diretamente à CPI, em vez de eles mandarem os dados que têm, lá, para a CPI. Ou eles não têm esses dados? Se não têm, existe uma deficiência muito grande na organização, que deveriam ter e já não podem controlar as operadoras de planos de saúde. E nós respondemos, por duas vezes, planilhas imensas que compõem, se não me engano, uma totalidade de 60 a 70 folhas, informando exatamente tudo que



nos foi perguntado. Então, eu já gostaria de colaborar com tudo que foi dito aqui, por exemplo, rapidamente assim, em diversas questões, e já respondo ao que o Deputado Fontana pediu: planilhas de custo, abrir as planilhas de custo. Sim, as operadoras têm que abrir as planilhas de custo, têm que mostrar, vocês têm que saber, nós mostramos à Agência Nacional de Saúde, mandamos para a Comissão esse material, porque é só assim que vocês poderão analisar exatamente onde estão os problemas e se existe alguma sobra muito grande que não está sendo repassada. Então, acho que sim. Farmácias, medicamentos, farmácia básica é uma tentativa. Aqui, a organização das cooperativas do Estado do Rio Grande do Sul, em conjunto com o cooperativismo, fundou uma fundação Medicamentos para a Saúde. Tem 10 farmácias dessa fundação espalhadas pelo Rio Grande do Sul, uma aqui em Porto Alegre, promovendo descontos acima de 15%, 20%, 25% a todos os cooperados e aos usuários de maneira geral, não de UNIMEDs, mas sim de todas as cooperativas do Rio Grande do Sul, que atingem aproximadamente 3 milhões de pessoas. Acho que isso é uma luta e é uma sugestão que pode entrar no bojo de toda essa questão, porque não adianta, muitas vezes, a pessoa ter o seu plano de saúde, vai ao médico, consulta, não paga a consulta ali na hora, porque já pagou na sua mensalidade, e sai com uma receita que custa 250, 300, 400 reais, como nós sabemos, e não pode comprar, e volta a consultar outro, e entra em um círculo vicioso. Outro ponto importante que foi falado aqui, e aí eu entro nessa questão, é a pergunta de por que não sobra. No caso das UNIMEDs, sistema cooperativo de saúde do Rio Grande do Sul, que eu posso representar, por que não podemos repassar, muitas vezes, aos médicos, o mais do que é repassado? Por que nós tratamos com sobras, com limites; tem receita, tem despesa, desconta as despesas administrativas e tudo aquilo que se tem nas UNIMEDs, e o restante é dividido exatamente *pro rata*, proporcional ao trabalho de cada médico em uma variável mensal. Mais democrático que isso, impossível. Se eu atender 20 pacientes, eu vou receber naquele mês um valor 20 vezes o valor da consulta daquele mês. Se eu atender 50, porque eu tenho mais pacientes, porque eu cativei o meu usuário, o meu cliente, no consultório — cativei no sentido de atendê-lo bem, de dar um bom atendimento —, eu vou ter mais clientes no consultório, eu vou atender mais pacientes e vou receber um valor proporcional àquilo. Estenda-se isso para



atendimento hospitalar, para cirurgia, para clínica etc. etc. Esse é o sistema cooperativo. No mês seguinte, o valor da consulta, o valor da unidade de trabalho, como se quiser, pode ser diferente. Então, por que nós não podemos repassar mais ou por que não se pode repassar, muitas vezes, aos prestadores? Porque nós temos custos, o que é chamado, uma palavra que eu não gosto muito, de insumos. Isso parece alguma coisa agrícola, agropecuária, mas é um termo que é utilizado aí. Nós temos custos que nos são repassados, e aí eu chamo a atenção da CPI. Já entregamos ao Presidente da CPI uma pauta de reivindicações onde estão as nossas propostas e as nossas sugestões. E dentro dessa pauta, em anexo mais 2 documentos volumosos, onde é citada uma tabela que se chama Brasíndice. Então, nós gostaríamos que a CPI estudasse esse Brasíndice. O que é isso? Quem forma esses valores que ali estão para serem cobrados das operadoras do plano de saúde? Como são esses índices? De onde vêm? Como isso é reajustado em cada situação? Quem edita o Brasíndice? Qual é o valor legal? Qual é a influência do público sobre o privado? É defendida sempre pelo Deputado Henrique Fontana e por nós essa parceria entre público e privado. Não vamos resolver problema de saúde no Brasil nem por um lado nem por outro, vamos resolver pela parceria entre o público e o privado. Então, mesmo que isso exista, nas órteses, próteses, válvulas, equipes, seringas, marcapassos, quimioterápicos, material e medicamentos de alto custo, o Brasíndice muitas vezes não é seguido e essas empresas, que nos fornecem esse material, cobram 10 vezes o valor que consta no Brasíndice, 8 vezes o valor que consta lá, 5, 6. Nós entregamos um documento à CPI em que diversas notas de cobrança estão comprovando isso. Assim não dá. Quer dizer, nós temos aqui presente uma pessoa que é gerente, que trabalha na nossa central de serviços UNIMED e que tem dezenas de casos. Continua que, num determinado momento, um nosso usuário, um paciente precisa de uma prótese, precisa de uma órtese, precisa de um marcapasso e ele, então, faz um contato direto com a representação, com os representantes, com a empresa no Estado sobre esse material. Chega lá o valor, por exemplo, de 18 mil reais, e o nosso representante, presente aqui na platéia, ouvindo isso, em 30 minutos de negociação, diretamente: "*Mas como estão cobrando esse valor?*", consegue reduzir para 10, para 9, para 8 e, em 24 horas, ele reduz para 4, no dia seguinte. Isso aí tem todo um esquema em volta de todos esses



insumos. Voltamos à palavra que a gente não gosta de utilizar, mas ela pode significar melhor um conjunto que precisa ser também investigado, principalmente levantado pela CPI e talvez muito bem investigado pelo Ministério Público e por suas representações. Se todas essas nuances — muitas vezes, vocês próprios não têm obrigação de conhecer, porque é do dia-a-dia, do pessoal que lida com isso — forem corrigidas, aliadas a essas questões da Agência Nacional de Saúde, muito bem-apresentadas pelo Dr. Léo... De fiscalizadora que era para ser, acabou se tornando impositora de exercícios que muitas vezes não lhe cabem nem pela própria lei. Eu diria sim, até pegando esse rastro que foi dado, que a Agência Nacional de Saúde hoje é quase como a Receita Federal, que só cobra daqueles que são honestos, que declaram Imposto de Renda, que têm exatamente os seus dias, vão lá, declaram tudo, e principalmente dos assalariados, que são descontados em fonte, porque dos grandes capitais e dos que deveriam ser cobrados Imposto de Renda, continua não sendo cobrado. Então, a Rede Nacional de Saúde está cobrando, está exercendo as suas funções às custas das próprias operadoras. É um dos exercícios mais contundentes que nós temos de masoquismo, onde a gente paga para ser chicoteado e castigado. A Agência Nacional de Saúde cobra 2 reais por usuário por ano, o que dá um cálculo de 70 milhões. Pode não ser muito dinheiro, mas é um bom dinheiro para manter toda aquela estrutura física que tem lá no Rio de Janeiro e que, quem conhece, sabe que é uma estrutura de luxo. Então, nós estamos mantendo a Agência, porque ela nos fiscaliza. Tudo bem, alguém precisa fiscalizar. O próprio Presidente da República já manifestou, nos primeiros meses de governo, que se deveria ver melhor essas questões das agências fiscalizadoras como um todo, e aí se inclui a Agência Nacional de Saúde. Eu parablenizo essa preocupação do Presidente e também do Relator em verificar as reais funções da Agência Nacional de Saúde. Se me estendi um pouco mais, Deputado Henrique Fontana, desculpe, mas acho que era absolutamente necessário que se falassem algumas coisas nesse sentido, para que isso fique aqui gravado e porque os documentos nós já entregamos à CPI. Cabe à CPI, então, e aos órgãos competentes levar adiante e investigar essas outras questões que correm em torno e que prejudicam a questão da remuneração médica e que certamente não é só a remuneração médica, mas os prestadores, os hospitais. E o verdadeiro caminho está nas intenções da CPI, que é



a contribuição e a parceria entre público e privado. Esse é o caminho que temos que seguir. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Agradeço ao Dr. May. Quero dizer que, de fato, eu fiz a pergunta para que pudéssemos aqui inserir, nos Anais da CPI, essa questão das órteses e próteses. Eu tenho pensado muito nesse assunto, primeiro para corrigir para o futuro. Eu tenho pensado na hipótese talvez de criar uma espécie de registro de preços que pudesse também ser organizado e fiscalizado pela Agência Nacional de Saúde. Eu estou arrumando bastante serviço para a Agência, mas eu acho que ela tem orçamento para fazer pelo menos uma parte desse... Eu acho que 2 reais não é muito, Dr. May, por paciente/ano, se esse serviço de fato se transformar num serviço que defenda o interesse público. Agora, talvez um sistema de registro seja interessante porque esse tema das órteses, próteses, válvulas e outras coisas é um tema de interesse brasileiro. Isso bate violentamente no sistema suplementar e no SUS. Eu, muitas vezes, como Secretário, fui instado a pagar um determinado equipamento, porque não há nenhum local de arbitragem técnica adequada para dizer se ele de fato traz benefício novo para o paciente ou não. E, às vezes, somos também instados — aquilo que é uma crítica pública faço aqui à nossa Justiça, que também erra, porque todo ser humano erra, evidentemente, os juízes também erram — a pagar uma determinada situação, sob pena de responder em 24 horas e pagar por aquilo. Nós sabemos que o *lobby* do interesse privado está bem calçado em diversos lugares para gerar essa demanda para cima do setor público ou do setor de saúde suplementar. Evidente que esses exemplos que eu gostaria... Dei uma olhada nos documentos que me foram entregues... Se a UNIMED pudesse contribuir com mais detalhamento, eu tenho uma idéia, Relator — não pude falar com o Relator ainda — de pedirmos, ao longo de 1 mês, a requisição de todas as notas fiscais dessas empresas que vendem esses produtos, para verificar se, ao longo daquele mês, saíram produtos semelhantes com preços diametralmente diferentes, o que evidentemente indica algum tipo de irregularidade séria. Nós vamos acumular informações e, certamente, a continuidade de uma investigação como esta vai demandar uma estrutura pública que tenha essa qualificação, que é o Ministério Público. Isso é uma das coisas que certamente vai estar no nosso relatório para ter



seqüência depois, porque também a população tem uma compreensão errada, acha que a CPI pode analisar, julgar, condenar, prender, fazer todas as coisas, e não é assim. A CPI faz diversas coisas, ela tem um poder muito grande de requisitar documentos que podem acelerar e facilitar uma investigação.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Sr. Presidente, só uma observação. Quando a ANS... A lei que se encontra é jovem? É, mas já sofreu 44 medidas provisórias. Não existe mais a Lei dos Planos de Saúde, existe um remendo. Outra coisa que observo — isso eu falei logo no início da CPI — é que, dos planos de saúde que foram solicitados para obter seu registro após a criação da lei, em 1999, não existe nenhum com registro definitivo. Cinco anos depois da lei, já deu para perceber quais são os planos que podem funcionar ou não; quais os critérios que a ANS usa para dizer se esse plano é bom ou ruim; o que pode ser feito; como pode ser arbitrado algo em torno da fiscalização. Então, existe uma inoperância muito grande. Uma outra coisa que eu queria falar é sobre essa questão... Ver o posicionamento da CPI como está. Quando o Deputado Henrique Fontana falou que acha que as operadoras não poderiam expandir o seu número de vidas e tudo mais, acha que já está hipertrofiado, vocês vejam como nossa preocupação é grande: ao mesmo tempo em que ele faz isso, ele se preocupa em solicitar notas fiscais de fornecedores, porque, com certeza, o prejudicado maior é o usuário, que muitas vezes é levado a usar uma órtese, uma prótese, um aparelho artificial qualquer desses aí e que não tem justificativa, e a operadora vai pagar o preço e encarecer o plano para o usuário. Então, vejam que nós estamos preocupados é com o diagnóstico exato dos males que afetam a saúde, e que procuramos uma terapêutica ideal. Quanto a isso, quero informar a todos vocês que solicitei uma audiência pública com segmentos envolvidos com o fornecimento de material de medicamentos. O problema de gases, por exemplo, parece que existe um monopólio, que aumenta ao bel-prazer, não tem uma regra para aumentar. Então, tudo isso aí sofremos muito como prestador também. Hoje eu abasteço o hospital, digamos, com 10 mil reais por mês. De repente, você só abastece com 15, no outro mês, com 20, quer dizer, vai crescendo... O Brasíndice realmente... Quem faz o Brasíndice? É um questionamento que eu sempre me fiz. Eu achava que era o maior órgão oficial do Governo. Eu achava, lá no meu interior de Santa Inês do



Maranhão, que isso era uma coisa oficial. Todo mês fazia assinatura do Brasíndice. Todo mês chegava o Brasíndice e ali já via o preço do medicamento variando. O mesmo medicamento tinha 10 preços. É claro que eles escolhem o mais caro, se botar para cobrar da operadora. O soro é o mesmo, o soro fisiológico. Não tem como mudar. O soro é o mesmo. Mas, aí, quando bota Halex Istar, Química Norte, o escambau a quatro, IBIFAN, cada um tem um preço: 2 reais, 3 reais, 1 real, 80 centavos. Na hora de comprar, vai comprar o de 80; na hora de botar, bota o de 3 reais. Então, isso tudo cria problemas de relacionamento. É uma preocupação muito grande. Vou passar a palavra ao Dr. Argollo.

O SR. PAULO DE ARGOLLO MENDES - Eu queria aproveitar o comentário do Dr. Paulo Valério para fazer 2 referências. Primeiro, a uma parceria que houve já do Sindicato Médico com a Promotoria, que eu não vou citar, mas especificamente com relação aos planos de saúde, quando os planos de saúde determinaram que os médicos deveriam se constituir como pessoas jurídicas, porque isso facilitava a redução do pagamento de tributos por parte do plano de saúde. Nós levamos essa questão ao Ministério da Saúde e tivemos uma excelente — e quero publicamente, mais uma vez, me referir a isso — participação do Ministério Público, que chamou os planos de saúde, questionou essa questão, levou isso de forma muito séria, e os planos de saúde acabaram assinando os Termos de Ajustamento de Conduta, desfazendo o que haviam feito, voltando atrás e resolvendo essa questão. De maneira que queria publicamente dar conta disso e citá-lo mais uma vez, porque acho que foi um trabalho muito importante, que repôs as coisas no seu devido lugar e impediu que houvesse aí um caminho tortuoso, para evitar a tributação que era devida pelos planos de saúde. Queria aproveitar também para desfazer um equívoco, porque às vezes vejo que fica um marco — não sei se hoje seria o caso — entre unimilitância e livre adesão. Acho que às vezes há algum equívoco com relação a esses 2 termos, que são muito diferentes. A livre adesão é como se eu tivesse a liberdade de optar sobre que curso universitário eu quero fazer. Então, eu opto por fazer Medicina. Depois que optei por fazer Medicina, eu resolvo fazer o tratamento do canal do dente de alguém. Aí, o meu Conselho de Medicina diz: *“Não, só um pouquinho. Agora você tem que fazer unimilitância, não pode tratar o dente de alguém porque tem lá atrás o “X” que optou por fazer Odontologia”*. Eu tinha a



possibilidade de optar pelo que eu quisesse. Agora, depois que eu optei, eu não posso ficar adotando condutas que sejam diferentes daquela opção que eu fiz. Talvez olhando um pouco a questão histórica, isso fique mais claro. Até os anos 50, os médicos tinham basicamente 2 condições de trabalho: eram essencialmente profissionais liberais, tinham seu consultório — meu pai era médico —, ou tinham um empregador público, naquela ocasião, o SUS. O emprego público era normalmente do Estado. Então, o meu pai era funcionário público do Estado, da Secretaria Estadual da Saúde. Graças a isso, minha mãe é, hoje, pensionista do IP, ainda não recebeu a tal da pensão integral, e, por isso, os filhos se cotizam para que ela possa sobreviver como viúva de médico. Bem, mas não é esse o caso; a questão é que os médicos tinham, basicamente, essas 2 alternativas. Não havia uma empresa empregadora de médicos. Aí, pelos anos 50 e 60, com o *boom* da pós-revolução, principalmente a coisa da industrialização, linha branca, fábrica de automóvel e uma porção de mudanças na ordem econômica, surgem as policlínicas e as empresas empregadoras de médicos, surge o patrão do médico, que, até aí, praticamente não existia; não existia a empresa empregando o médico. Aí, surge o patrão do médico e, mais, surge o médico empregador do médico, que é uma situação absolutamente nova e que surpreende, espanta e desagrada a muitos médicos. E eu digo isso... Diria o Josué Guimarães: "*Não digo de ouvir dizer, digo porque vi*". Eu fui... Logo depois da residência, trabalhei numa policlínica em que ia buscar o meu contracheque, todo o fim do mês, na mesa do diretor da policlínica, e ali estavam 2 listas, em ordem decrescente, com o nome dos médicos que tinham fornecido mais atestados, para que os empregados das empresas que tinham convênio com essa policlínica se afastassem do trabalho, porque eles tinham muito interesse no controle de absenteísmo. Então, ali, se tu estavas encabeçando essa lista, tu já sabias o que isso significava. E uma outra lista, com ordem decrescente dos médicos que tinham solicitado mais exames. Não era preciso dizer nada. Se tu estivesse simultaneamente encabeçando as 2 listas e dependesse daquele emprego para sustentar a tua mulher e teus filhos, tu sabias exatamente o que isso significava em termos de risco para tua estabilidade econômica. Então, foi contra isso, foi diante dessa situação que os médicos se reuniram, conversaram nos corredores dos hospitais, nos corredores da UFRGS, nos corredores do sindicato dos médicos, e



discutiam essa situação, que era absolutamente incompatível com a ética médica, que era absolutamente incompatível com a dignidade do paciente e com a dignidade do médico. E, diante dessa situação e sabendo que essas empresas vendiam um atendimento que era impossível de ser dado por cada médico individualmente, porque ofereciam uma policlínica onde tinha um especialista em medicina do trabalho e um otorrino e um oftalmo... Vendia-se um pacote e contratavam esses médicos e pagavam um salário, porque já havia, aí, um número excessivo de médicos. Então, não havia como o médico, isoladamente, contrapor-se a isso. A solução que os médicos encontraram, com muito esforço, com muita criatividade, com muito suor, porque eles eram tradicionalmente pessoas que trabalhavam autonomamente, liberais, cada um no seu consultório — essa é uma tradição milenar dos médicos —, foi enfrentar a força avassaladora e corruptora do capital. E a maneira que encontraram para se contrapor ao poder de corrupção do capital foi unir-se em cooperativas. E, aí, surgiu a cooperativa médica. Uniram-se na cooperativa médica aqueles que se negavam a trabalhar nas empresas atravessadoras de trabalho médico; uniram-se em cooperativas médicas aqueles que não aceitavam a intermediação lucrativa do trabalho médico, porque sabiam o que isso significava em termos de ética médica. E, então, fizeram uma cooperativa e disseram: *“Nesta cooperativa trabalham aqueles que se negam a trabalhar para quem pressiona, para quem põe em cima da mesa 2 listas — uma com o nome dos que deram mais atestados e a outra com o nome dos que pediram muitos exames. Aqui, nesta cooperativa, não entra quem aceita esse tipo de procedimento. Aqui é a unimilitância. Só trabalha aqui quem tem esse tipo de postura ética, esse tipo de caráter”*. Assim nasceram as cooperativas. É como se estivessem criando, ali, uma sociedade carnavalesca-etílico-bailante de não-tabagistas. Aqui pode tudo, mas fumar, não, pois essa é uma sociedade de gente que não fuma; nós nos agrupamos aqui porque achamos que fumar faz mal. Então, essa é uma sociedade das pessoas que não fumam. Nós podemos dançar, ouvir música, comer, beber, mas fumar, não, porque, aqui, nós somos os que não fumam. Bom, aí, passa-se o tempo. Essa é uma sociedade boa, ela deu bons frutos, as pessoas trabalharam corretamente, os pacientes viram que aqueles eram profissionais que agiam de forma ética, correta, séria e, por isso, foi uma cooperativa de sucesso. Aí, alguém vai lá e diz: *“Não, mas*



eu quero isso e mais aquilo. A mim, não me basta isso que todos aqui têm. Eu quero isso, mas também quero um pouco daquilo. Eu quero mais. O que todos aqui têm, a mim não me basta. Eu quero um pouco daquilo dos outros também. Eu já entrei aqui e já faço parte da sociedade dos não-fumantes, mas eu quero que a Promotoria me ajude aqui dentro a fumar. Eu vou achar um desvão da lei para obrigá-los a cheirar o cheiro da minha fumaça, porque eu posso ter tudo o que eles têm e mais um pouco, que eu tiro dos outros". Então, para concluir, acho que é importante que a gente entenda que unimilitância é uma coisa e tem uma razão histórica muito forte; livre adesão é outra. Se eu quero me filiar a uma cooperativa, eu vou lá e peço para me filiar, e a cooperativa deve estar aberta para aceitar aqueles que querem participar da cooperativa, de acordo com as regras da cooperativa. E se eu quiser me filiar à Golden Cross, ao BRADESCO e não sei o que, eu devo ter o direito de me filiar onde eu quiser, desde que respeite as regras de cada uma dessas empresas. Queria fazer 2 comentários rápidos. Sei que sou muito falastrão e a unimilitância é um assunto que eu sempre vejo com uma certa indignação, porque eu acho que não é certo as pessoas fazerem isso e, às vezes, fazem uma confusão proposital. Duas preocupações rápidas: primeiro, o risco de a gente acabar fazendo, nesta CPI, que é muito importante, um pouco do que vem fazendo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, que é ir agregando benefícios sem olhar de onde vai sair o recurso. De repente, nós criamos uma farmácia básica, damos uma bolsa de colostomia, vamos agregando benefícios sem ver de onde vai sair o recurso. Se eu disser que o jovem tem que pagar mais e o velho, pagar menos, é uma coisa muito justa, só que o jovem tem pouco poder de pagar, justamente por ser jovem, e o velho custa muito. O risco que eu vou correr... Não tenho uma solução para isso, só me preocupo. O risco que eu vou correr é o seguinte: eu encareço o plano para o jovem, o jovem sabe que o risco de ele ficar doente é pequeno e ele sai do plano. Então, agora, eu tenho uma porção de jovens pagando pouco, ajudando a pagar pelos velhos, que custam muito. Daqui a pouco, eu encareço para o jovem e o jovem sai fora; aí, eu vou ter um preço caro para o jovem, que nenhum paga, e um preço barato para velhos, e muitos velhos custando muito caro e pagando pouco — isso pode ajudar a inviabilizar de novo os planos. E, por último, uma outra questão. Eu fiz uma pós-graduação em administração de empresas, e um velho professor, lá em São Paulo, sempre dizia o



seguinte: “Quando um funcionário pedir 50 reais de aumento, pergunte se ele não quer uma TV a cores, ao invés dos 50 reais, porque é muito mais barato e os 50 reais são para o resto da vida”. Quando tu deres uma bolsa de colostomia, isso é para todo o mundo e para o resto da vida, e mais os medicamentos, só os básicos, de graça — isso é para o resto da vida. Ficava mais fácil montar uma farmácia e dar de presente porque, aí, a gente não tem mais que pagar. A gente vai acrescentando o benefício sem ver de onde é que ele sai. A coisa mais grave que se disse aqui hoje talvez tenha sido o seguinte: de cada 100 reais que custa um paciente do SUS, 45 são pagos pela saúde suplementar. Então... E um Deputado aqui do nosso Estado, do PPS, que agora me faltou o nome, o mais antigo Deputado do PPS aqui do nosso Estado, de Pelotas, não faz muito...

(Não identificado) - Abelardo de Souza.

O SR. PAULO DE ARGOLLO MENDES - Abelardo de Souza. Não faz muito, disse que as verbas destinadas pelo SUS para o nosso Estado foram reduzidas em 18%, se comparar o primeiro semestre deste ano com o primeiro semestre do ano passado. Somado isto ao fato de que, de cada 100 reais do que custa um paciente do SUS no hospital, 45 são pagos pela saúde suplementar, pelo Sistema Suplementar de Saúde, acho que a próxima CPI devia ser a CPI do SUS, para a gente ver o que fazer com isso. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Vou passar a palavra para a D. Maria do Carmo Abade, que é Diretora do SINDSAÚDE, e fazer um apelo aqui para tentar usar de 3 a 5 minutos. A Mesa sempre vai saber ser tolerante, se precisar, mas só para nós podermos ouvir todos e tentar manter próximo do horário que a gente tinha que encerrar, porque os 3 aqui viajamos para Brasília agora.

A SRA. MARIA DO CARMO ABADE - Eu pretendo ser breve. Eu quero agradecer a oportunidade e também quero chamar a atenção para o fato de que os planos de saúde não são atendidos unicamente por médicos. Eles são atendidos, eles são intermediados por... Esse serviço é intermediado pelos demais trabalhadores da área de saúde, que também devem ter seus reajustes de salários, pois eles têm que sobreviver do seu trabalho, que é prestado nos hospitais, nas casas de saúde e nos consultórios médicos. Esses trabalhadores estão tendo uma redução de salário, desses salários que eles têm acumulado durante esse tempo de



trabalho. Inclusive, ressaltando, não estamos aqui muito longe da Santa Casa ou do Complexo Hospitalar Santa Casa, do antigo Hospital Santa Casa de Misericórdia, mas que agora é Complexo Hospitalar Santa Casa. Nós temos aqui os trabalhadores, que tiveram uma redução de seus salários, em que era de 40% a insalubridade e que, agora, o nosso Complexo Hospitalar Santa Casa reduziu para 20%. Em nome disso, é a falta de repasse dos planos de saúde. Então, eu deixo aqui a nossa intervenção, sugerindo um vínculo entre esses repasses que são para a área de saúde. Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado. Quero convidar Haydee Argeme, e, depois, o Dr. Luiz Augusto Pereira.

A SRA. HAYDEE ARGEME - Boa-tarde.

Eu sou advogada. Pergunto se a CPI vai encaminhar alguma sugestão de solucionar o problema dos doentes mentais que têm planos de saúde, cuja internação é limitada a apenas 45 dias anuais e, se o médico psiquiatra que está atendendo esse paciente mental sugere que ele deva permanecer mais tempo internado, o plano de saúde adverte que não é por aí. E se o paciente efetivamente não pode ter alta, seja por um problema de segurança dele próprio, seja familiar, porque o doente mental se expõe a riscos, a perigos, e expõe familiares, nosso plano de saúde insensivelmente espera que o familiar entre na Justiça e peça que aquele paciente possa ficar internado. Esse é um caso gravíssimo. Não é um caso ou dois, são vários. E especificamente, eu lamento pelos senhores da UNIMED que estão aqui. A UNIMED chega a colocar em seu computador que o familiar daquele paciente não pode ser atendido; não pode reivindicar nada enquanto o processo estiver tramitando. E há processos no fórum, não apenas um. Esse problema é gravíssimo, porque este País está cheio de doentes mentais. Particularmente, tenho uma causa contra a UNIMED nesse sentido, desde o final de 99, porque o caso é exatamente esse: o paciente não tinha condições de ter alta; a família não tinha condições, naquele momento, de arcar com despesas, porque o que é exigido do hospital e da clínica, a fiança, é caro, o tratamento é caríssimo. E se o SUS não abraça, e não abraça porque ele também não tem condições financeiras de manter um paciente. Onde vamos colocá-los? Esta é a minha indagação: o que a CPI vai fazer pelos doentes mentais que necessitam e que pagam o plano de saúde



religiosamente e que, no momento da internação... E tem mais: o médico psiquiatra que os atende não pode dar mais de uma consulta mensal para um paciente mental, quando qualquer leigo, não precisa ser médico, não precisa ser advogado, sabe que um doente mental tem que ter um acompanhamento contínuo, e isto não ocorre nos planos de saúde. Falo especificamente da UNIMED, porque é o que eu conheço, não sei dos demais planos, mas tenho notícias de que isto ocorre com extrema freqüência. É lamentável e alguma coisa deve ser feita, não é só por cirurgias ou cirurgias plásticas. Não, não é isso, é a saúde mental das pessoas que precisa de uma atenção maior do Poder Público.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, Dona Haydee. Dr. Luiz Augusto Pereira.

O SR. LUIZ AUGUSTO PEREIRA - Vou procurar ser bem breve, agradecer o convite ao Conselho Regional de Medicina de depor nesta audiência pública, o que é uma grande satisfação; parabenizar os trabalhos do dia de hoje — sem dúvida, nós sempre aprendemos —, e dizer ao Deputado Ribamar, que é médico também lá do Maranhão, que nós conhecemos, e para mim foi uma surpresa saber que o doutor também participa do Conselho Regional de Medicina lá no Maranhão e que o Presidente Dr. Abdon, nosso amigo, fraterno amigo, é um defensor do SUS e do sistema complementar de saúde, suplementar de saúde. Mas, num primeiro momento, eu não gostei quando o Dr. Ribamar fez aquela referência ao médico e que aquela consulta seria para o próximo paciente. Eu tenho certeza que foi uma brincadeira que o Deputado fez, e me lembrei ao mesmo tempo de uma brincadeira que o Chico Anísio sempre fez com relação a alguns Deputados que, em época de campanha, um quadro caricato, como o doutor fez, pediam água mineral porque queriam manter a enchente, porque aquilo era do seu interesse. Eu tenho a certeza que não é este o comportamento da maioria dos médicos, assim como não é este o comportamento, com certeza, da maioria dos Deputados. Eu também estou fazendo uma brincadeira aqui com o Deputado Ribamar. Mas ele trouxe também algo muito importante, principalmente com relação à fiscalização do exercício profissional. O Dr. Ben Hur fiscaliza o exercício profissional da Odontologia e o Conselho fiscaliza o exercício da Medicina. Essa questão que, transcorridos 5 anos, os planos ainda têm a inscrição provisória e não definitiva na ANS, e isto vem impossibilitando a



fiscalização direta, tanto do Conselho de Odontologia como do Conselho de Medicina. Então, um pedido que se faz à Comissão é que transforme isso, essa inscrição provisória em inscrição definitiva. Me parece até muito interessante que, depois de 5 anos, 42 medidas provisórias, as inscrições dos planos ainda são provisórias na Agência Nacional da Saúde. Com isso impossibilitando diretamente que o Conselho de Odontologia, o Conselho de Medicina e outros conselhos exerçam uma fiscalização mais direta com relação aos planos de saúde, que, pela legislação, devem necessariamente estar inscritos nos órgãos fiscalizadores do exercício profissional. Eu acho que aí a Comissão poderá estudar com mais profundidade esse assunto. Com relação ao auditor médico, sem dúvida nenhuma, é totalmente antiética essa participação, e é vetada por resolução do Conselho Federal a participação do auditor em percentual de glosas de qualquer plano. Então, isso já está normatizado, e é bom que se reforce aqui que as decisões dos conselhos fiscalizadores do exercício profissional, o STJ já equiparou essas decisões através de resoluções como se fossem leis federais. Elas não são, no aspecto formal, mas são na sua eficácia jurídica. Então, as resoluções devem ser seguidas, sim. O STJ já se manifestou através do Ministro Rui Rosado, no voto específico das resoluções dos órgãos fiscalizadores do exercício profissional têm força de lei e, nesse caso especificamente, nenhum auditor pode ter participação em glosas. Dr. Henrique Fontana falou da meta referencial. O Conselho Federal de Medicina, os Conselhos Regionais de Medicina são totalmente contrários a essa filosofia — e não poderia ser diferente — de que o profissional que solicita menos exames seja melhor remunerado. Os exames têm de ser os necessários e, para isso, existe toda essa questão das diretrizes e dos protocolos muito bem referenciados aqui. Me pareceu muito interessante essa questão da câmara de arbitragem. Recentemente foi dito isso que, se foi glosado e o colega reclama, provavelmente, ele poderá ser excluído do plano se ele for um complicador cada vez mais crescente com relação às suas glosas, mas, muitas vezes, aquelas glosas são impróprias, indevidas, e é preciso que tenha assim um poder neutro que possa decidir. A idéia da câmara de arbitragem e, finalmente, essa questão de abrir as planilhas. Nós queremos também verificar essas planilhas, que seja dada publicidade a essas planilhas, se realmente foram repassadas aos profissionais ou



foi simplesmente uma estratégia para aumentar o valor dos planos e essa uma desculpa, vamos dizer assim, de que aquilo seria repassado aos profissionais e, realmente, não foram repassados aos profissionais. E, finalmente, também dizer que nós queremos que seja respeitada a autonomia do profissional, mas é tão antiético o médico que solicita poucos exames como aquele que solicita exames demais. O Dr. Fontana se referiu à questão da ecografia. Na solicitação de exames, são sempre os necessários, e esses exames necessários são dados através de protocolos, de diretrizes, mas também sempre com profissional tendo autonomia da exceção para que ele possa, porque a Medicina não é uma ciência exata e o profissional também não pode ficar atrelado simplesmente a protocolo. No momento em que ele fundamenta, ele pode solicitar novos exames, sim. Então, está tudo centrado na relação de confiança, que eu acho que a sociedade perdeu um pouco a confiança nos profissionais, confiança nas prestadoras de serviço — e isso precisa ser resgatado, e se resgata através de uma relação de confiança. O credenciamento universal parece ser um bom caminho, parece ser muito democrática essa questão do credenciamento universal, porque é preciso sempre destacar que o método da democracia é a participação. Os médicos querem participar desses esquemas suplementares, e aí também querem participar mais efetivamente do SUS, que não é em pauta, mas que tem tudo a ver, porque não se pode falar em sistema suplementar sem se falar também do Sistema Único de Saúde. É preciso rever muitas posições e aquilo que nos cabe, o Conselho Regional de Medicina faz aqui um pleito específico, que não tinha feito antes, que essa inscrição provisória se torne definitiva para que os órgãos fiscalizadores do exercício profissional possam, de acordo com a lei, porque é a lei que determina isso, exercer melhor a sua fiscalização.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, Dr. Luiz Augusto.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Eu gostaria de fazer só um comentário a respeito.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Com a palavra o nosso Relator. Temos só mais dois inscritos, depois iremos concluir num horário bem razoável.



O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Dr. Luiz Augusto, uma das coisas que tenho falado bastante na Câmara dos Deputados em Brasília, é que, das reformas que foram mandadas, todas são benéficas para o País, todas que estão se propalando que vão ser feitas também são, mas o Brasil precisa de uma reforma que não está sendo falada, não está sendo feita e não está sendo cogitada, é a reforma ética. Essa é a melhor reforma que o Brasil precisa passar, a reforma ética, sem ela, as outras reformas passam a ser simplesmente reformas, dificilmente vão ser emplacadas, vão ser tipo aquelas leis, lei que pega, lei que não pega. Mas eu quero levantar alguns dados. Realmente, a questão foi mais como pilhéria, como piada, mas que é real. Eu não sei se aqui no Rio Grande do Sul, mas, no Nordeste, é real. Me explique como um médico, num dia só, pode fornecer 100 receitas se não for na base do já está pronto. Estão sendo formadas no Brasil, estão sendo jogadas no mercado de trabalho, jogadas na beira da calçada, porta fora das faculdades 10 mil médicos por ano. A necessidade no Brasil, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, são de 6 mil médicos por ano e só são oferecidas 4 mil vagas de especialidades médicas no Brasil. O universo das universidades, das faculdades de medicina estão sendo feitas a toque de caixa, já tem universidade no Mato Grosso formando médico para a saúde da família. No Maranhão fundaram 3 cursos de enfermagem, ditos Faculdades de Enfermagem para Obstetrícia, diz-se que para suprir aquelas necessidades das parteiras leigas. Quando elas se formam, o diploma é de enfermeira, e esses médicos de família que estão sendo formados no Mato Grosso, uma denúncia, inclusive, do Deputado Geraldo Resende, quando ele se forma, recebe o diploma de médico, está habilitado para tratar da unha encravada até o último fio de cabelo. Então, essa é uma irresponsabilidade que está se cometendo para com o País. Por esse motivo, eu não estou na brincadeira, é verdade, porque o grande problema do SUS — e é a melhor filosofia, o melhor plano de saúde do mundo — é a sua operacionalidade. Por quê? Porque é no Município que ocorre a ação da saúde, é na célula, onde todas as ações de governo acontecem. Governo Federal, Governo Estadual são mero figurantes onde funciona a saúde. Então, municipalização da saúde é a coisa mais linda e bela do mundo. Agora, me cite um exemplo onde foi feita a municipalização da saúde e não a prefeiturização da saúde? Porque o que acontece é que o Prefeito passa a ser dono



da saúde, e não o povo. Os Conselhos Municipais da saúde, na sua grande totalidade, acho que 90% do Brasil são feitos nos porões, nas cozinhas, nos quintais dos Prefeitos, e ali não se faz nada. Então, esse é o quadro dantesco da saúde no Brasil e, na questão das glosas, o que acontece é que o Conselho pode baixar 1 milhão de resoluções, não é contratual, é *pro forma*, é acordo de cavalheiros, é a mesma coisa que acontece. Eu sou cardiologista; de origem, sou clínico, encaminho meus pacientes criteriosamente para colocar marcapasso. Um certo dia eu estava num Congresso em Curitiba, no Paraná, congresso de cardiologia, buscando uma hospedaria, porque eu não tinha reservado hotel antes e um colega perguntou: *“Pôxa, mas está se hospedando em hotel, tá pagando? Por quê? Rapaz, quem paga para gente é o pessoal do marcapasso”* — *Por que eles pagam?* — *“Por quê? Tu não manda paciente?”* — *Mando* — *“Então, teu nome tá cadastrado e eles pagam para ti as tuas viagens”*. Então, aí me estimula a mandar marcapasso, estimula o colega o implantar marcapasso. É essa a ordem que o Deputado Henrique Fontana estava se referindo. E quantos pacientes estão sendo mal usados no País, estão usando, sem necessidade nenhuma, prótese, o escambau a quatro, quando somente para beneficiar quem vende e porque ele vai ser estimulado para ser um mercenário pelos valores aviltantes que recebe do Estado, do Governo Federal e dos próprios operadores do repasse.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, Deputado Ribamar. Dr. Júlio Matos, depois a Juliani, depois o Dr. Jorge é o último inscrito, gente e nós precisamos pedir síntese para esses que vão usar a palavra para poder chegar no aeroporto na hora certa.

O SR. JÚLIO DORNELLES DE MATOS - Deputado, é o seguinte: como a Santa Casa foi citada, e na condição aqui de representante dos segmentos hospitalares filantrópicos, eu gostaria de fazer alguns reparos rápidos. Primeiro, para dizer que a irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, no dia 19 de outubro próximo, vai fazer 200 anos. Todos, desde já, estão convidados para esse grande momento de bicentenaridade da nossa instituição. E ela continua, tal qual como lá, em 1833, santa e de misericórdia. E cito números que comprovam isso. Estatutariamente está previsto que ela deve atender a todas as camadas sociais, preponderantemente o indivíduo menos favorecido. A esse indivíduo menos



favorecido, que hoje está integrado ao Sistema Único de Saúde, já que não existe mais a figura do indigente, essa instituição destina e pratica mais de 70% do seu volume total de atendimentos a cada ano. A esse segmento menos favorecido, a instituição busca, no segmento suplementado ao objeto desse encontro, na ordem de 25 milhões de reais/ano para poder subsidiar a assistência que presta a esse indivíduo. No primeiro semestre deste ano, com acréscimo de custos, a instituição já aportou, para esse segmento suplementar, através do esforço captado no segmento suplementar, mais de 15 milhões de reais, que, dentro de uma linha lógica de raciocínio, deve fechar o ano com 30 milhões de reais. A instituição está em déficit operacional neste momento, com mais de 5 milhões de reais nesse primeiro semestre. Daí, antes de se falar numa instituição que hoje já não é mais santa e nem de misericórdia, como injustamente aqui foi dito, antes de se falar disso, deve-se respeitar uma instituição com essa magnitude. Esse déficit que se tem, operacional, e na assistência que se presta preponderantemente ao SUS, não é só a instituição que paga, pagam também os trabalhadores. Mas essa instituição, apesar da adversidade do seu déficit operacional, mesmo assim, neste ano, no mês de abril, independentemente de qualquer postulação sindical, ela concedeu, por iniciativa própria, 10% de reajuste aos seus trabalhadores. Encerrada essa parte, apenas como reparo que se fez necessário, faço uma última abordagem. Seria importante que a CPI — e provavelmente já tem isso, mas nós esquecemos de citar no momento oportuno, que seria talvez regulamentar ou oferecer uma proposição de regulamentação melhor para a parte documental comprovante de débitos. Nós temos uma variedade de pedidos dos planos de saúde, das operadoras, com relação à comprovação, desde da necessidade do prontuário, da cópia disso, cópia daquilo, o que é tremendamente oneroso para todos, e fere inclusive aspectos éticos de toda ordem. Então, uma proposição visando regulamentar melhor a parte comprobatória do faturamento seria também importante. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Juliani.

A SRA. JULIANI CARDOSO - Gostaria de cumprimentar o Deputado Henrique Fontana, o Deputado Ribamar Alves e os demais presentes. Eu falo representando uma autogestão patrocinada pela entidade empregadora, que é uma instituição de direito privado, e eu gostaria de deixar algumas colocações para a CPI



de Planos de Saúde. Em primeiro lugar, que eu concordo com a atuação da Agência Nacional de Saúde. Eu acho que o setor de saúde suplementar precisa de alguns mecanismos de regulação, de regulamentação, mas eu defendo um tratamento diferenciado para as autogestões, porque hoje em dia a nossa realidade é que as autogestões estão recebendo da Agência Nacional de Saúde o mesmo tratamento que recebem as operadoras que comercializam planos de saúde. E nós temos algumas características individuais, porque nós atendemos um público definido, nós não comercializamos planos de saúde no mercado. Normalmente a gente atende aos funcionários da empresa empregadora. Mas, acima de qualquer coisa, o que uma autogestão defende é o benefício dos funcionários. O que uma empresa quer quando cria uma autogestão é oferecer um benefício a mais aos seus funcionários. Então, nós não temos nenhuma conotação de comercialização de planos de saúde no mercado. E eu acredito que a gente tem uma representatividade econômica e social muito grande na medida em que a gente tira da fila do SUS um número bastante grande de pessoas que talvez nem teriam condições financeiras de arcar com uma mensalidade de um plano de saúde, que normalmente ou é bancada pelas empresas ou é subsidiada em parte por elas. E acontece que hoje a Agência Nacional de Saúde nos cobra uma série de informações, uma série de dados, que, devido às características da nossa formação, apenas é impossível fornecer dados de comercialização, dados de publicidade e *marketing*. Então fica bastante difícil para nós essa nossa representação junto à Agência Nacional para a gente ter esse tratamento diferenciado que requer a nossa singularidade. Nós temos algumas características diferentes das operadoras de saúde. Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Nós ouvimos o representante nacional da UNIDAS, mas eu quero também pedir a ti, como pedimos a ele que aquilo que pareça justo de tratamento diferenciado, mas pela característica, vocês remetam de forma escrita para ser feita para nós estudarmos se, de fato, nessa particularidade é possível **de** alguma maneira diferenciar o tratamento, sem que isso evidentemente ofenda qualquer questão do interesse público e tal, mas é óbvio que vamos estudar. Dr. Jorge.

O SR. JORGE GUILHERME ROBINSON - Eu primeiro lugar eu queria manifestar que o sistema UNIMED se sente tranqüilizado, no final desta reunião, ao



perceber que as pessoas estão encarregadas, o Presidente e o Relator, são pessoas do ramo que entendem as relações que perpassam sobre toda essa problemática do plano de saúde, e certamente vão procurar os melhores caminhos. E nem sempre é assim nesse plano da saúde, muitas vezes têm outras pessoas ocupando cargos que são de quem é do ramo mesmo, médicos, odontólogos e outros. Especificamente em relação a 6 vezes a idade, aquela preocupação do jovem e do idoso, na verdade, se nós formos olhar anteriormente à lei, a UNIMED só praticava 2 ou 3 vezes entre o jovem e o idoso lá na ponta. Quer dizer, foi a própria lei que tomando o exemplo dessas empresas que são exploradoras do trabalho médico, as mercantilistas, que elas tinham essa proposta de expulsar os idosos ao chegarem próximos dos 60 anos e que botavam 10 ou 12 vezes. Então a lei achou que botando 6 vezes estava dando benefício. Na verdade, nós como UNIMED cooperativas são 2 ou no máximo 3 vezes do jovem ou idoso. O que a gente poderia fazer é considerar o tempo de entrada. Uma coisa é o jovem que entrou aos 20 anos e pagou até os 40, e alguém que entrou aos 40. Essa é uma quarta proposta que a gente apresenta, nós nos propusemos até fazer um cálculo atuarial sobre isso. Quer dizer, quem entrou aos 20, ele tem que pagar um determinado valor aos 40, 50, 60. Agora, quem entrou aos 40 tem que pagar um outro valor, deve ser até o dobro disso aí, ou o triplo que seja. Não é? Essa é uma proposta. O único contraponto às colocações do Deputado Fontana em relação à sua dúvida quanto à expansão do sistema suplementar. Nós estamos buscando a expansão do sistema suplementar não com o intuito da rentabilidade, nós somos uma cooperativa, mas em dois sentidos, buscar o trabalho médico, que o Deputado Ribamar mostrou, e a alta natalidade, com melhores condições de trabalho para todos envolvidos, e também, como falou o representante dos hospitais filantrópicos, dar a sustentação à questão a saúde pública, que recebe 45% do que é gasto, que custa ao paciente do SUS é sustentado pela saúde suplementar. Se nós tirarmos a saúde suplementar isso representaria hoje que o SUS teria que investir 90% a mais, ou toda a rede credenciada entraria em colapso. Então essa é a visão que a gente tem: se a gente conseguir colocar mais pessoas dentro de planos, se a gente puder flexibilizar planos coletivos e não individuais, aquela flexibilização, isso facilitará a todos os



prestadores de serviço e a própria sustentação do sistema público de saúde. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Antes de encerrar, queremos dizer duas palavras. O assunto suscitou bastante o debate, e é bom que assim o seja, porque nós temos que refletir muito sobre o que se propõe num mercado como esse. Quanto ao tema da idade, eu também tenho pensado bastante nessa hipótese de levar em conta a idade com que as pessoas ingressam nos planos e talvez aceitar alguma diferenciação por esse aspecto, e dialogando sobre o que o Dr. Argollo colocou, o problema é que, de fato, o que nós temos sentido é que tudo se pode pensar pelo bem, com a visão do pensamento desse impositivo ou de fato o que ocorre. Efetivamente, a possibilidade de variação de até 6 vezes o preço dos mais jovens e os mais idosos tem funcionado, em inúmeros casos, como mecanismo de seleção perversa de pacientes que têm direito de permanecer nos planos. E eu tenho uma visão contrária, porque normalmente na idade avançada a renda das pessoas cai. Essa é a experiência talvez mais freqüente, a pessoa vai para a aposentadoria em condição profissional difícil, são poucos os que conseguem manter a chamada integralidade durante o seu período de aposentadoria. Então essa necessidade de proteger, ela é muito importante. Nós temos um outro desafio que é o tema de como o paciente vai ter liberdade para migrar de um plano para o outro, porque hoje, com o sistema que tem carências etc., ele é meio escravizado naquele plano. Então, essa regra de liberdade e movimentação, que não é fácil de resolver, a gente conversou uma vez com o próprio Ministro, mas de fato o paciente não tem liberdade hoje. Então, nós teríamos que fazer o sistema funcionar de forma mais sistêmica. Digamos que as empresas fossem obrigadas a manter uma determinada reserva, até por que se ela por incompetência, ou por mal atendimento perder aquele paciente que resolva mudar, tivesse de transferir essas garantias. Digamos, se o paciente ficou 20 anos quando era jovem — e vou pegar só o exemplo da juventude ou da melhor idade, como disse bem aqui o nosso Relator — no plano X, acumulou determinada reserva, numa distribuição que leva em conta a solidariedade entre gerações, ele tem que poder carregar essa conta quando escolher eventualmente um outro plano. E, lógico, digamos assim, isso não é um assunto, não é que nenhuma ciência exata, mas esse é um tema que me apaixona



muito debater. Se é de fato, eu não gosto pessoalmente, não concordo muito com essa visão de que os planos de saúde estariam exonerando o SUS. Ou que o SUS permite a existência de diversos planos de saúde, porque de fato, se você fosse exigir que o plano de saúde para se estabelecer garantisse atenção integral à saúde, eu tenho certeza que esse mercado diminuiria pela metade, porque o poder aquisitivo real da população para a integralidade, que é desde o transplante até a consulta médica, é algo complexo chegar lá. Então, eu estou preferindo uma outra linguagem, entender os dois sistemas em convívio, que é a realidade que nós temos, mas também tenho colocado publicamente — e faço aqui de novo esse contraponto — que tem que se ter cuidado ao usar essa fala de que os planos de saúde estão bancando, ou resolvendo um problema do SUS. Acontece o contrário, muitas vezes — e nós podemos falar do exemplo da cidade de Porto Alegre, a cidade em que estamos hoje. Sem dúvida nenhuma, qualquer pessoa que se acidente em Porto Alegre ou na região, se perguntar para mim, deve ir para o HTS, hospital público municipal que eu considero o melhor centro de emergência e trauma para qualquer pessoa ser atendida. Tudo bem, mas alguém que comprou plano de saúde tem a cobertura daquele atendimento de emergência e trauma. Aliás, o ressarcimento, tema que nós não abordamos aqui, também não está funcionando bem. Então, eu quero cumprimentar a todos que participaram desta audiência pública, dizer que eu pelo menos senti — e acho que é o entendimento de quase todos nós, senão de todos — que foi extremamente proveitosa, trouxe muitas idéias, posições, reflexões. E, publicamente, quero aqui dizer que vamos continuar com esta CPI pelos próximos 60 dias, carregando essa responsabilidade de buscar alternativas que mantenham o equilíbrio na busca de solução dentro desse sistema. Agradeço a presença de todos e dou por encerrada a nossa audiência.