



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

CPI - PLANOS DE SAÚDE		
EVENTO: Audiência Pública	Nº: 0873/03	DATA: 26/06/03
INÍCIO: 10h23min	TÉRMINO: 12h29min	DURAÇÃO: 02h05min
TEMPO DE GRAVAÇÃO: 02h06min	PÁGINAS: 41	QUARTOS: 25
REVISÃO: Marlúcia, Paulo Domingos		
CONCATENAÇÃO: Yoko		

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO
EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - Presidente do Conselho Federal de Medicina. HEDER MURARI BORBA - Presidente da Federação Nacional dos Médicos.

SUMÁRIO: Discussão sobre prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde.

OBSERVAÇÕES



O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Havendo número regimental, declaro abertos os trabalhos da Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar denúncias de irregularidades nos planos de saúde. Indago aos Srs. Parlamentares da necessidade de leitura da ata da reunião anterior, realizada em 24 de junho. *(Pausa.)* Não havendo quem queira a leitura da ata, dispense sua leitura e a coloco em discussão. *(Pausa.)* Não havendo quem queira discuti-la, coloco-a em votação. Os Srs. Deputados que aprovam a ata da reunião anterior permaneçam como se encontram. *(Pausa.)* Aprovada. Estamos hoje num plenário diferente, que não tem microfone nas bancadas. Quem fizer uso da palavra durante nossa audiência pública, está ali um rapaz com microfone, que o levará até as pessoas que queiram fazer uso da palavra. Vamos passar direto à audiência pública. Portanto, convido a fazer parte da nossa Mesa o Presidente do Conselho Federal de Medicina, Dr. Edson de Oliveira Andrade, a quem agradecemos a presença entre nós para contribuir com os trabalhos desta CPI, previamente. Também convido o Presidente da Confederação Nacional dos Médicos, Dr. Heder Murari Borba.

O SR. DEPUTADO SILAS CÂMARA - Sr. Presidente...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Pois não, Deputado Silas Câmara.

O SR. DEPUTADO SILAS CÂMARA - Indago a V.Exa. se, por conta da convocação, V.Exa. e o Relator estão-se articulando para que continuássemos os trabalhos da CPI ou se vamos ser obrigados a interrompê-los durante o período da convocação extraordinária.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Deputado Silas Câmara, já temos a informação de que nossa CPI está incluída na convocação extraordinária. Portanto, nossos trabalhos continuarão. Ainda estamos fazendo aqui alguns ajustes para definir — inclusive, vamos consultar outros Deputados ao final desta audiência pública — se na semana que vem teremos ou não audiência pública, mas, com certeza, se não tivermos na semana que vem, na outra manteremos o ritmo das audiências públicas, normalmente duas por semana, inclusive num período mais propício, porque as Comissões Permanentes não estarão funcionando. Informo ainda aos presentes que a presença do Dr. Edson e do Dr. Heder é fruto de



requerimento apresentado pelo Deputado Jamil Murad e aprovado na reunião de 12 de junho. O objetivo dos membros da CPI, com esse requerimento, é ainda ouvir as demais representações das entidades médicas, como a Associação Médica Brasileira. Temos hoje o enorme prazer de ouvir os dois representantes, evidentemente, com liberdade para abordar os assuntos que entendam pertinentes à sua fala. Nós, membros da CPI, gostaríamos de ouvir a opinião das entidades médicas a respeito muito em especial do cotidiano de relações entre os profissionais médicos e as empresas prestadoras de serviços de planos de saúde dos mais diferentes tipos que existem no País, a fim de que este depoimento sirva para análise e embasamento das decisões futuras que nossa CPI haverá de tomar. Passo a palavra ao Dr. Edson de Oliveira Andrade, por um período de aproximadamente 20 a 30 minutos, conforme a necessidade de V.Sa.

O SR. EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - Bom dia a todos. Quero aqui, em nome do Conselho Federal de Medicina, agradecer por este honroso convite do Deputado Henrique Fontana e do Deputado Rômulo. Quero cumprimentar todos os Deputados aqui presentes, nosso amigo de longas caminhadas Jamil Murad e meu Deputado Federal, Silas Câmara, do Amazonas. Em primeiro lugar, quero dizer da imensa importância que tem esta CPI. Acho que hoje nós precisamos fazer deste espaço de cidadania um momento de reflexão valioso e qualificado da nossa sociedade. Presume-se — e a palavra é “presume-se”, porque não existem números corretos e exatos —, se perguntarem às autoridades da Agência Nacional de Saúde Suplementar quantas pessoas estão dentro desse processo, chamado de saúde suplementar, presume-se que existam cerca de 30 milhões de pessoas — talvez seja um número próximo da realidade. Se certo ou não, é um número significativo que merece essa reflexão qualificada. Eu queria começar essa minha exposição falando um pouco de como o Conselho Federal de Medicina se envolveu historicamente na questão dos planos de saúde. Plano de saúde existe no Brasil há muito tempo, há muito mais do que esses 5 anos comemorativos de instalação da legislação específica do setor, e que durante muito tempo existiu numa clandestinidade, que eu vou tentar mostrar a V.Exas. que não desapareceu na sua totalidade. A primeira legislação que ocorreu, tentando dar ao paciente, ao cidadão, o mínimo de segurança no seu relacionamento com esses — entre aspas — “planos



de saúde” nasceu no âmbito dos Conselhos de Medicina. Historicamente, a primeira resolução, nesse sentido, foi no Estado do Mato Grosso, depois nós tivemos a Resolução nº 19, no Rio de Janeiro, e da análise dessas duas resoluções, em 1993, o Conselho Federal de Medicina baixou a Resolução nº 1.401. Essa resolução tinha como essência garantir ao cidadão que o seu atendimento médico, por esse sistema suplementar de saúde, tivesse um mínimo de dignidade e de segurança. Ela não visava garantir nenhum tipo de vantagem para os médicos de natureza econômica, de natureza funcional, apenas tentava dizer que o indivíduo, quando doente, quando precisasse de assistência e estivesse ligado a uma instituição dessa natureza, que esse indivíduo tinha de ter uma assistência integral, plena, adequada, respeitosa e necessária àquele estado de fragilidade em que todos nós, quando doentes, nos encontramos, porque não existe nenhuma situação que mais fragilize o ser humano do que o estado de doença. Então, essa resolução foi intensamente combatida, de todas as formas, em todos os campos onde era possível ser combatida, na tentativa de desqualificação das pessoas que estavam nos Conselhos de Medicina, na tentativa de desqualificação da representatividade do Conselho de Medicina, da impossibilidade — entre aspas — “legal” para o Conselho de legislar. Mas era uma resolução justa e necessária, tanto é que ela foi — nós temos certeza disso — o nascedouro da Lei nº 9.656, que hoje regulamenta o setor. Então, dizer isso aqui eu acho que é uma questão de justiça — eu não estava no Conselho Federal de Medicina, eu era conselheiro no Amazonas, e esse foi um movimento nacional —, é uma questão de justiça com as pessoas que construíram aquele momento histórico para o Brasil, e algumas estão presentes nesta sala. Quando criamos a lei, a aparência foi de que estávamos agora regularizando de maneira adequada o setor; parece que tudo vai ficar bem. Que houve efetivamente um avanço, não existe a menor dúvida de que houve um avanço. A situação anterior era uma situação de terra de ninguém, em que as pessoas faziam do jeito que queriam. Volto a dizer: infelizmente, hoje, isso não está na sua totalidade sanado, mas houve um avanço substancial. Com a criação das agências e a política de criação de agências, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, que deveria ser — e o verbo está empregado adequadamente: deveria ser. O setor governamental que iria fazer a gestão das políticas dos governos para este setor. Nunca se pensou — isso não foi



dito para a população —, não foi essa a discussão nacional sobre as constituição das agências, que essas agências seriam donas de um projeto de administração dessa posição, dessa situação pública. E as agências se instalaram, aliás, a ANS se instalou e começou um trabalho que começa a ter dificuldade na sua operacionalidade em função de diversos fatores. A lei diz que, de uma série de compromissos e obrigações que devam ter todas as operadoras em relação aos cidadãos, chamados agora de usuários, alguma coisa diz respeito aos prestadores de serviços. E aí tem a ver com os médicos, tem a ver com os hospitais, com as clínicas e os laboratórios e, nos casos específicos dos planos odontológicos, também com os colegas da Odontologia. A lei é muito clara e diz no seu art. 8º, § 1º, que para funcionamento, para registro, para que tenha condições de estar na praça — e a palavra “praça”, o termo aqui é corretamente empregado do ponto de vista econômico —, aqueles planos de saúde deveriam ter registro nos Conselhos de Medicina. E dependia, inclusive, desta previsão legal na lei específica dos planos, porque tem uma outra lei que diz que toda atividade econômica e profissional que tenha relacionamento com alguma profissão regulamentada obriga também essa atividade a se registrar nos Conselhos de Medicina, Odontologia ou Farmácia. Isso já existe uma outra previsão legal. Mas a lei é muito clara. Ela diz que precisa ter o seu registro no Conselho de Medicina. Pouquíssimas operadoras fizeram isso. Nós conseguimos demonstrar a justiça e a necessidade de se ter isso, e a maioria das UNIMEDs conseguiram. Algumas operadoras, setecentos e poucos planos estão registrados, fracionados por esse Brasil afora. A imensa maioria não compareceu, Srs. Deputados, aos Conselhos de Medicina para fazer seu registro, e todas estão funcionando. Quando nós fomos à ANS e solicitamos que a ANS deveria ter o dever de fazer cumprir a lei, da qual ela é a guardiã principal, a resposta da ANS é de que todas as operadoras não estão registradas em caráter definitivo. Todas estão funcionando em caráter provisório. Então, neste momento que nós comemoramos com um Fórum Nacional, com uma CPI desta aqui os 5 anos de lei, a Agência Nacional de Saúde Suplementar vem e diz que nenhuma operadora no Brasil tem registro definitivo e argumenta em cima dessa falta de registro definitivo, do caráter provisório, a não obrigatoriedade de estar registrada nos conselhos, como se a leitura pudesse ser vista de uma forma tão diferente e complicada. Porque o que faz



a necessidade de haver a inscrição nos conselhos é a atividade humana relacionada com a prestação de serviço à saúde. Não um papel, que diz que é provisório ou definitivo, mas o fato de estar acontecendo hoje no Brasil o “atendimento” — entre aspas — de 40, de 30 milhões de pessoas por esse sistema. Essa foi a primeira questão. Nós não estamos em busca desse registro com o caráter de ter poder. Nada disso. Nós queremos apenas – nós, Conselhos de Medicina – ajudar este Brasil num processo de fiscalização que tem que ser o mais capilarizado possível, porque, na medida em que existem grandes conglomerados econômicos que buscam centralizar – este é outro problema que eu vou querer abordar – a assistência à saúde, por outro lado, essa imensidão, essa miríade que existe de planos de saúde se distribui neste Brasil afora. Então, o interior deste Brasil possui planos locais, planos com dimensões restritas. Se tiver aqui algum Deputado de Rondônia, sabe que existe plano de saúde de Ji-Paraná, que tem plano de saúde de Ariquemes. Como se vai fiscalizar essa dimensão nacional, essa distribuição? Apenas juntando esforços. E os nossos esforços, dos Conselhos de Medicina que estão em todos os Estados, que têm delegacias espalhadas por este Brasil afora, que se dispõem a ajudar o sistema público, na tentativa de ajudar na regulamentação, na fiscalização da qualificação dessa assistência, são recusados pela estrutura governamental, pela União, através da Agência Nacional. Não querem a nossa ajuda, não desejam a nossa ajuda, não precisam da nossa ajuda, mas estamos aqui. Eu quero deixar registrado o empenho que têm os conselhos médicos no Brasil no sentido de ajudar. Nós não queremos ter superposição de competência. Nós queremos apenas trabalhar juntos pela melhoria disso aí. Se não existe essa fiscalização capilarizada, tudo pode acontecer e tudo acontece, e acontece de uma maneira complicada na medida em que o que está “prevalecendo” — entre aspas — na nossa avaliação, é a vontade desse gestor e não a vontade da população, a vontade de quem precisa do atendimento. A ausência dessa fiscalização, de maneira regular... Se vocês forem na minha cidade de Manaus, existe uma Secretaria de Fiscalização da ANS. Acabou. O que acontece em Manacapuru, em Itacoatiara? Eles não têm a menor condição de saber o que está acontecendo lá. Não existe essa capacidade de fiscalização. E o que acontece neste Brasil afora — e nós estamos focalizando, e precisamos focalizar naquilo que está visível, mas não



podemos esquecer aquilo que não está visível — é que existem planos de saúde em situação provisória e existe uma quantidade infinita de planos de saúde totalmente clandestinos, totalmente clandestinos. E a dimensão disso aí ficou muito clara quando a ANS pisou na bola e tentou regulamentar alguma coisa que era ilegal, que era o cartão de descontos. A lei proíbe a segmentação, ela tem limites de segmentação muitos claros e perfeitamente compreensíveis. Eu não vou vender plano ginecológico para um homem. Eu vou vender plano ginecológico para uma mulher. Eu posso vender plano hospitalar, plano ambulatorial, mas não muito mais do que isso. E o cartão de desconto é uma segmentação ilegal, e que a ANS tentou regularizar. A única coisa que serviu foi para a gente verificar que havia uma imensa quantidade de pessoas tratando essa questão, que é uma questão social que envolve questões econômicas, mas é primordialmente social, interessadas em entrar no negócio. Começaram a apresentar-se interessadas em abrir cartão de desconto: funerária, floricultura, agência de casamento — tudo o que estou dizendo é verdade —, vendedores de botijão de gás, todo mundo querendo apresentar cartão de desconto. Serviu apenas para mostrar que existe também permeando e sem controle nesse mercado pseudo-organizado ainda uma organização forte econômica tentando tirar da Saúde dinheiro de maneira irresponsável. E a ANS não controla isso. Não há controle nenhum sobre isso, nenhum controle sobre isso. Outro ponto que eu queria abordar aqui, que é uma preocupação constante dos médicos. Nós entendemos que, quando se construiu a legislação, na realidade, se tentou — e ontem eu usei essa imagem — colocar em pé um tamborete, um banco. Esse banco, que estaria no seu assento representado o serviço a ser prestado, ele teria 3 pernas: a operadora, os prestadores de serviços e os usuários, aqueles que financiam os planos. Só que 5 anos passaram e ficou muito claro que esse banco, se está de pé, pelo menos não permite ninguém sentar com segurança em cima dele. Vai-se sentar e vai-se escorregar, porque a relação de equilíbrio existente entre essas pernas do banco não é uma relação correta, justa, igualitária. Eu sempre defendi a idéia de que não pode, não deve haver — e isso é função da ANS — o predomínio ou a esperteza de nenhum grupo desse, nenhuma perna desse tamborete sobre a outra. Não adianta eu, médico, vir aqui e querer defender para os senhores o melhor do mundo, o sétimo céu, para os médicos. Eu vou defender o



melhor para os médicos sempre. Mas eu sei que eu estou dentro de um processo em que as forças precisam estar equilibradas e com respeito mútuo. Porém, a organização desse sistema vislumbra apenas o equilíbrio econômico, ainda que os companheiros das operadoras digam sempre que isso não está acontecendo. Mas a preocupação sempre, e toda a preocupação dentro da ANS — eu participo da ANS — é sempre da viabilidade econômica do sistema. Só para dar um número real, concreto, de 1996 a 2000, houve um aumento acumulado nos planos de saúde da ordem de 94%.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - De 96 a 2000?

O SR. EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - De 96 a 2000, 94%. Esse número eu posso passar depois. O número está devidamente documentado. Os médicos não receberam nada. Zero. Nenhum valor foi repassado para nenhum médico em termos de ganho real. Nada, nada. Todo este dinheiro foi repassado para a massa de gestão das operadoras. Não estou dizendo aqui que não deveria ter acontecido esses aumentos. Não estou entrando nesse detalhe. Estou apenas mostrando que neste equilíbrio desse banco as pernas começam a ter o valor diferente. Um outro grave problema que ocorre nisso aí, nessa relação e nessa organização dos planos de saúde, é que essa lei, que é uma lei grande, que já sofreu... Lúcia, quantas emendas?

A SRA. LÚCIA - Quarenta e três.

O SR. EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - Quarenta e três emendas. Em uma delas nós tivemos o auxílio deste Congresso. Conseguimos barrar a instituição do *manager care*, quer dizer, do porteiro, do gerenciador do bolo econômico na mão do médico, do gestor, do gestor delegado. Esta lei se regula e é um avanço nas relações entre usuário e operadora. Ela está muito pouco preocupada com a relação existente entre operadora e prestadora de serviço, quer seja um médico, quer seja hospitais, clínicas. Não há essa previsão. E aí é onde esta lei tem o seu calcanhar-de-aquiles, porque todo resguardo que existe sobre a pessoa do paciente, do usuário, ele é retirado por voltas, agindo-se contra o médico, agindo-se contra os hospitais. Então, o paciente tem direito a fazer quantas tomografias forem necessárias. Está na lei. Não existe possibilidade de se impedir. Existe possibilidade de se impedir: eu descredencio o médico que pedir o exame, eu penalizo o médico



que pedir o exame. Isto é uma maneira de burlar aquele que pensa que está protegido, que os senhores, de uma maneira correta, protegeram, mas que, por falta dessa previsão legal, ao se deixar desprotegido o médico e o hospital, ao se penalizar o hospital, que fica com um doente numa UTI necessária por um tempo mais prolongado, se tem retirado do cidadão o pretendo direito resguardado na legislação. Essa lei é excelente sob inúmeros aspectos. Ela foi um avanço social que esta Casa deu à população brasileira de uma maneira exemplar, mas ela precisa ser melhorada, porque, na medida em que não existe a proteção... a garantia da relação entre operadora, médico e prestadores... operadores e prestadores, o cidadão, com certeza, é prejudicado. E como isso se dá? Isso se dá através de glosas. Eu faço um procedimento, não me pagam, implantam auditorias abusivas, que vão lá e dizem que esse procedimento não pode ser pago. No outro mês, eu vou parar duas vezes e pensar por que eu vou fazer, por que eu vou me submeter a esse constrangimento, se ninguém vem e tem uma mão a me auxiliar, se a lei não faz isso e a ANS não faz isso. Há um ano existe instalada uma comissão de assuntos médicos e contratualização. Não saiu um documento, Srs. Deputados, um documento que procurasse, efetivamente, regulamentar e suprir essa lacuna legal. Um ano! E ninguém conseguiu, em inúmeras reuniões, produzir nada, absolutamente nada! Quem perde com isso? Claro que perde o médico, claro que perdem as clínicas e os hospitais. Mas, com certeza, o grande objetivo, aquele que financia o sistema: o usuário, o cidadão, que tira do bolso e paga no fim do mês, através de uma guia, a sua pretensa cobertura. Esse é que é o atingido. O médico é atingido com certeza, mas mais profundamente atingido é o cidadão, que tem essa situação conduzida dessa forma. E agora parem e pensem um pouco: o cidadão que está nesta situação é o cidadão que está doente, é o que está fragilizado, é aquele que, com certeza, não responde a nenhum tipo de pesquisa de qualidade. Esse não responde. Provavelmente, esteja numa UTI entubado; provavelmente esteja ameaçado, sem saber, de ser colocado para fora; talvez esteja numa fila para conseguir autorização para uma quimioterapia. Eu duvido, Srs. Deputados, que esse local seja o local de levantamento de pesquisa de satisfação. Isso tudo que eu estou trazendo para os senhores está aqui. Isso aqui é coisa muito pouca. Eu peguei algo na Associação Paulista de Medicina. Nós fizemos um 0800 em São Paulo, no ano



passado, só para sentir, ter um termômetro da situação. Então, aqui tem denúncias de tudo quanto é tipo: relatos do dia-a-dia, exames que são negados, autorizações que, na realidade, ninguém sabe nem com quem está falando, porque são vozes digitalizadas. Eu estou em Manaus, Deputado Silas, e se eu tenho um determinado plano de saúde, que seja nacional, eu ligo 0300 — porque agora não é mais nem 0800, é 0300, que a gente paga — e aí eu começo a falar. E escuto: disque o número, disque isso, disque aquilo... Entre em contato com o tal setor... É uma voz que está falando e que, no fim, pode dizer sim ou não. Na maioria das vezes, não. É desse jeito. É esse sistema, que tem 30 milhões de pessoas, um número razoável de se aceitar como verdadeiro, que agradece esta CPI. Volto a dizer, nós não estamos aqui em campanha contra operadoras. Nós queremos ser parceiros das boas operadoras. Nós não somos contra a possibilidade do desenvolvimento econômico dessas instituições. Não. Mas é preciso saber que isto é um tipo de atividade econômica que não pode se sobrepor ao sentido social da sua justificativa de existência, que é assistência à saúde das pessoas. Para nós, médicos, a nossa avaliação, a nossa pesquisa de qualidade, de satisfação em relação a esse sistema, a resposta é muito baixa, não é boa. Nós, médicos, não gostamos de trabalhar nesse sistema da forma como está sendo executada neste momento. Ele precisa melhorar. Ele é necessário? Penso que sim. Agora, ele precisa melhorar, para que ele possa, realmente, dizer para que veio, com justiça, com respeito às pessoas, para aqueles que precisam da assistência, para aqueles que trabalham na assistência, para que a gente possa realmente dizer que nós temos um sistema de saúde suplementar que trate da saúde das pessoas e não apenas diga que trata e finja que existe um tratamento. Eu queria, mais uma vez, agradecer esse espaço e dizer que o Conselho Federal de Medicina se encontra totalmente à disposição desta Casa. Eu vou deixar aqui esses documentos. Vocês vão ver que são coisas simples, mas é o que passa o médico brasileiro, tendo que trabalhar num sistema dessa natureza. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Nós queremos agradecer ao Dr. Edson, em nome do Conselho Federal de Medicina, a importante contribuição que traz a esta CPI, dizer que os documentos que o Conselho Federal de Medicina está entregando à CPI, seguramente serão analisados e tabulados em



detalhe, até para que a nossa amostragem do tipo de problemas que estamos enfrentando nesse setor seja a mais detalhada e qualificada possível. Nós temos dito – e quero aqui pegar emprestada a palavra do nosso Relator – que nós estamos numa espécie — na linguagem médica, Dr. Edson e Dr. Heder de fase de diagnóstico quando a gente ouve as queixas do paciente. Tem a queixa principal, que a gente lembra, a anamnese; às vezes, têm diversas queixas, tem uma que é a principal e tal. A partir disso, a gente faz a nossa orientação diagnóstica, como tem dito o nosso Relator, e depois disso, com um diagnóstico bem feito, a gente propõe a terapêutica. E esta é que o grande objetivo da nossa CPI. Então, com certeza, nós vamos analisar em detalhe — eu quero passar para a nossa Secretária, para o Relator — e vamos ter mais contatos com o Conselho Federal de Medicina ao longo da CPI, a quem, evidentemente, já convidamos publicamente que acompanhe, na medida das suas possibilidades, cotidianamente a nossa CPI, que é um espaço de debate público. Passo, então, de imediato, a palavra ao Dr. Heder Murari Borba, Presidente da Federação Nacional dos Médicos.

O SR. HEDER MURARI BORBA - Bom dia a todos, gostaria de agradecer ao Deputado Henrique Fontana pela gentileza do convite à Federação Nacional dos Médicos, dizer da importância que nós temos observado. Recentemente, o Movimento Médico Nacional realizou um evento em que trouxemos aqui para Brasília mais 800, 900 colegas do Brasil todo, sobretudo, colegas que militam nessa área dos conselhos, dos sindicatos de médicos, e tivemos o comparecimento de vários dos Srs. Deputados naquele evento. A partir dali, tem-se ampliado o relacionamento entre as entidades médicas e o Congresso Nacional através desses foros, dessas audiências, desses contatos. A CPI dos Planos de Saúde vem em boa hora, na medida em que nós estamos começando uma nova gestão no País, um novo Governo e é preciso exatamente apresentar soluções para problemas que a população brasileira enfrenta. Ontem, o Sr. Ministro da Saúde levantou uma questão na abertura do Fórum de Saúde Suplementar: que, se necessário fosse, nós haveríamos de buscar uma mudança na lei. Nós, no caso da FENAM, achamos que essa proposta deve partir de comum acordo com os Srs. Parlamentares aqui. Acho que tanto as ações governamentais, no sentido de se entender melhor esse setor, quanto os resultados desta CPI devem estimular uma revisão no relacionamento



entre esse tripé, que o Dr. Edson tão bem já levantou. Acho que eu não vou acrescentar muito ao que ele já disse. Mas, em primeiro lugar, nós não concordamos — todas as vezes que a gente vê os representantes de operadores de planos falarem —, nós não concordamos que a situação piorou. É preciso que fique clara essa posição, pelo menos, da FENAM, e, eu acredito, de todas as entidades médicas. Nós somos a favor e achamos que com a implementação da lei e da própria ANS, a situação de regulamentação melhorou, porque nós partimos de um setor totalmente desregulamentado, em que o objetivo único era exatamente trabalhar a saúde. Ontem ficou claro, numa das intervenções das seguradoras, que esses senhores, que têm legítimo direito de atuar no mercado de planos de seguro de saúde, analisam o seu mercado a partir da falência do Sistema Único de Saúde, ou seja, na compreensão de alguns, o setor de saúde suplementar vem para preencher uma lacuna daquilo que o SUS não pode oferecer. E na realidade não é essa a compreensão das entidades médicas. Nós achamos que o Sistema de Saúde Complementar ele tanto tem que oferecer uma boa qualidade, quanto também o Sistema Único de Saúde tem que oferecer uma boa qualidade. E o cidadão brasileiro — e esse foi o espírito da lei, da Constituição — tem que o direito de optar se ele quer, além de ele ter uma proteção integral no SUS, de ele ter condições de ter também uma proteção integral de qualidade no sistema de saúde suplementar. Então, é outro enfoque que a gente gosta de dar nessa discussão. Quer dizer, você tem dois enfoques: um, que analisa que a saúde suplementar é para cumprir os rombos que o sistema previdenciário e o sistema de saúde pública não fazem; e outro, é que a gente acha que o sentido do complementa aí não é para cobrir essas deficiências. Porque desses dois enfoques derivam dois raciocínios: um, das entidades médicas e da Federação, e acredito que hoje da maioria das pessoas que trabalham no setor, é que esse mercado, apesar de ser um mercado, o produto que ele vende, a saúde, é um produto diferente dos demais produtos. É um produto que tem que levar em consideração as implicações sociais que ele tem; o outro enfoque analisa sob a ótica de que, como se trata de uma necessidade nacional, como se trata de uma ausência de oferecimento do Sistema Único de Saúde, de atenção integral, nós temos que, antes de mais nada, preservar a viabilidade financeira do sistema de saúde complementar. Quando você parte para esse raciocínio, e ao dizer



preservação da viabilidade financeira do sistema de saúde suplementar, em primeiro lugar tem, aí, embutida a noção de preservação do lucro, que esse é "imexível". E hoje nós sabemos que nos países desenvolvidos as taxas de lucros são muito pequenas. Em qualquer setor produtivo você tem o seu capital inicial, para iniciar um trabalho, e você tem a possibilidade de risco desse seu projeto econômico não dar certo. Então, é preciso que a Câmara dos Deputados, que esta CPI faça entender aos setores de operação de planos de saúde que eles estão num mercado que tem que ter riscos, não é? porque todas as intervenções que a gente ouve, provenientes das operadoras de planos de saúde, é o da eliminação dos riscos de atuação no mercado. Então, se a gente for trilhar esse raciocínio, nós vamos dizer o seguinte: olha, o que der prejuízo, o sistema único de saúde assume; o que der lucro, o sistema de saúde suplementar assume. Esse não é o espírito da legislação e, acredito, não é espírito da Nação brasileira, ao considerar a necessidade, realmente, do sistema de saúde suplementar. Portanto, nós somos ardorosos defensores da regulação desse mercado. O que vem ocorrendo no dia-a-dia do médico, lá na ponta do sistema, entre as questões que o Dr. Edson já levantou, é o seguinte: os senhores sabem que a forma de pagamento do profissional médico é através de um sistema de códigos nacional chamado Lista de Procedimentos Médicos, em que historicamente as entidades médicas, em particular a AMB, ditava de tempos em tempos a lista de procedimentos médicos. Essa lista referencia todos os procedimentos técnicos da profissão: as cirurgias, os procedimentos de exame, de diagnóstico, de tempos em tempos, considerando o valor do honorário do trabalho profissional. A maioria dos planos, seguradoras e serviços de saúde, hoje remuneram os médicos através do sistema de procedimentos, que data da publicação de 1992, a chamada Tabela da AMB/92. Nós estamos em 2003. Eu acredito que dentro de mais um mês, não é Edson?

O SR. EDSON DE OLIVEIRA BORBA - Dia 15.

O SR. HEDER MURARI BORBA - No dia 15 de julho, nós vamos ter o lançamento no Brasil de um novo rol de procedimentos médicos que envolve tanto a modernização do sistema de desenvolvimento da própria profissão, do atendimento à saúde, envolvendo uma hierarquização desses procedimentos. E o que é importante? É que esse sistema de saúde suplementar se guie no pagamento dos



profissionais — não estou falando aqui de preço, ainda —, se guie por essa forma de pagamento, que modernize o sistema de pagamento. Porque não dá para um profissional receber por uma tabela códigos que foram feitos em 1992. E isso não se dá só na área de medicina privada, mas também nos institutos dos Estados dos servidores Públicos, que é um outro problema. Então, quando a gente está discutindo CPI, o que é uma coisa de concreto que vocês poderiam investigar? Como tem sido a forma de pagamento desses planos profissionais. De concreto, a maioria, 90%, à exceção de algumas UNIMEDs do Brasil, utiliza uma forma de pagamento da tabela 92. Isso piora a qualidade da assistência, às vezes obriga o médico a fazer um procedimento e descrever como sendo outro procedimento, para exatamente viabilizar o recebimento do seu trabalho. Então, a grande reivindicação hoje do movimento médico nacional, é que o sistema de pagamento se dê através do rol de procedimentos atualizados, e que a negociação financeira se dê em torno desse rol de procedimentos. Porque os operadores de planos de saúde não publicam e as entidades não têm acesso às suas planilhas de custos. Então, a outra coisa que eu acharia importante é que essa CPI recebesse, ou da ANS ou das operadoras, as planilhas de custo, que demonstram que elas têm um grande custo com a atividade médica. O que nós assistimos — e já foi dito aqui — é que nos últimos 8 anos, de 94 para cá, todos os reajustes que foram autorizados — e nós não estamos entrando no mérito desses reajustes — não foram repassados para o profissional que atende o paciente lá na ponta. Então, como você pode dizer que o seu custo aumentou? A maioria do custo da operadora de saúde, do plano de saúde, é exatamente a manutenção do credenciamento do profissional e do pagamento dos exames e dos honorários dos profissionais. Em relação à forma como essa pessoa é atendida, o custo é muito maior do profissional que monta o seu consultório, que se mantém numa determinada região da cidade para atender com qualidade, que moderniza a forma de atendimento. Esse custo não é repassado pelos médicos à sua operadora. Esse custo médico, ele o arca, na sua maioria. Uma outra grande questão, a terceira questão que a gente acha importante, é que a regulação se estenda também não só entre os planos de saúde e o Governo Federal, mas também se estenda entre planos de saúde, profissionais de saúde e hospitais. Uma falha da legislação é que muitas vezes o profissional credenciado



não tem o amparo legal para se relacionar com o plano de saúde, ele é simplesmente descredenciado quando ele não atende ao chamado requisito de contenção de gastos ou coisas do tipo. Daí a reivindicação das entidades e uma série de iniciativas no Brasil de que o credenciamento entre o profissional médico e o plano de saúde se dê não através dele, indivíduo, pessoa física, mas através de centrais de convênio ou de suas entidades. Nós estamos amadurecendo isso no caso da FENAM. Isso já está bem discutido, não sei como está em nível do Conselho, mas o próprio ENEM já discutiu isso, não é Edson? Que a regulação... que o relacionamento entre o médico e o plano de saúde não se dê mais de maneira individual, mas, sim, através das entidades. Porque nós... a FENAM já mandou já mandou inúmeros ofícios para o SINANGE, para a FENASEG, para a ABRAMGE, para tentar estabelecer um patamar mínimo de negociação nacional com essas operadoras. Porque essa é a tarefa do movimento sindical: relacionar, fazer acordos coletivos de trabalho, de prestação de serviços. Nunca conseguimos nos reunir com esses grupos, porque eles têm um mecanismo de gerenciamento, de negociação regionalizado. Não se admite uma negociação mínima nacional. Então, se você quer estipular quanto o Saúde BRADESCO, vamos dizer assim, vai pagar em Goiás, é um valor; se vai pagar isso no Rio, é outro valor. Isso é o cotidiano. Você não tem condição... E na maioria das vezes isso não é estipulado em comum acordo, com esse tripé, com as operadoras. E a negociação passa ao largo das entidades e dos outros agentes, dos hospitais. Uma quinta questão, então, é essa questão da regulação, também, dos planos públicos de previdência. No meu Estado, temos lá o Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Goiás, o IPASGO. Não existe nenhuma regulação sobre ele, do ponto de vista jurídico ou da ANS. E, assim, em vários Estados do Brasil. Nós sabemos que... É evidente, são autarquias estaduais, que existe toda uma legislação sobre isso. Agora, é importante que exista uma lei, porque eles atuam no mercado de saúde suplementar, que também eles possam ser regulados, que eles possam ser fiscalizados, em que o profissional não possa ser descredenciado apenas pela vontade do gestor local daquele plano de previdência. Isso coloca muito poder na mão de quem está gerindo esses segmentos. Porque as pessoas fazem o que querem quando dirigem esses órgãos. Não é? Ontem mesmo, tivemos uma denúncia de que muitos médicos,



simplesmente por uma questão de caixa de um desses serviços, desses institutos públicos, foram descredenciados, não é? Isso é uma decisão absolutamente unilateral. Bom, eu não vou me aprofundar mais nisso. Agora, acredito que esses 5 itens devem ser os que mais vão ser levantados pelas entidades médicas. Primeiro, em relação a essa questão da filosofia, que a gente entende que a medicina suplementar deve caminhar. E, finalmente, acho que a Federação gostaria de poder encaminhar aqui para a CPI... Infelizmente, eu fui avisado ontem pela manhã, quando já estava... que eu deveria fazer essa intervenção aqui na CPI, mas nós nos comprometemos a enviar aos senhores também denúncias que chegam do movimento sindical para subsidiar essas discussões. Eu acho, sobretudo, que será necessário o aperfeiçoamento dessa legislação de regulação dos planos de saúde para a gente sair desse processo realmente com a política de saúde suplementar passar a ser definida com o Ministério da Saúde, que é uma grande ausência. Hoje, a própria política passa muito mais pela ANS. E todos os segmentos da cadeia que se relacionam à saúde suplementar passarem a ser passíveis de regulamentação, com a participação das entidades que estão envolvidas no processo: tanto as entidades dos planos de saúde, das operadoras, como também as entidades dos médicos e dos prestadores de serviço. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Muito obrigado, Dr. Heder. Vamos passar, então, de imediato, à lista de inscrições — e estamos colhendo novas inscrições de Deputados. O primeiro inscrito é o Deputado Jamil Murad.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - Creio não ser eu.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Estão, desculpe. O Presidente, na pouca prática, inverteu a ordem. Primeiro, nós vamos ouvir o nosso Relator, Deputado Dr. Ribamar Alves.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Eu quero parabenizar, em primeiro lugar, o Presidente, os ilustres palestrantes, os nossos Deputados presentes e o Dr. Heder Murari, que fez uma explanação muito boa da questão planilha de custo. Esse requerimento já está em pauta para ser votado hoje. E nessa questão dos órgãos públicos, com seus planos de saúde suplementares viverem à margem da lei, eu acho que isso uma coisa que nós temos que ultrapassar. É



função nossa aqui, como bem disse o Presidente, diagnosticar os erros, fazer um diagnóstico preciso da doença para poder propor a terapêutica. E, com certeza, esta será uma terapêutica proposta no final da CPI. Eu tenho uma pergunta a fazer apenas para ao Dr. Edson. Eu gostaria de saber, Dr. Edson, depois de toda a sua explanação, essa relação que existe entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar e as operadoras, na opinião do Conselho Federal de Medicina — porque eu sou do Conselho de Medicina do Maranhão, onde temos uma discussão, de vez em quando sobre essas questões dos planos locais, também inclusive de várias denúncias — na opinião do Conselho Federal essa relação é incestuosa? A resposta pode ser em bloco, não? É só anotar.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Ribamar Alves) - Na ausência do Deputado Presidente, passo a palavra ao Deputado Jamil Murad.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - Queria cumprimentar o Dr. Edson Andrade, que é o Presidente do Conselho Federal de Medicina, e o Dr. Heder, que é o Presidente da FENAM, pela grande contribuição, uma exposição que ajuda a esclarecer aos membros desta CPI o grande drama que vivemos com os planos de saúde, porque eles são muito poderosos. Entre eles estão os maiores bancos do Brasil. Uma das perguntas é a seguinte: esses bancos, essas operadoras ligadas a bancos, como esses bancos têm grandes lucros, elas também se comportam dessa forma, reduzindo custos, funcionam como se estivessem num mercado financeiro, tratando da saúde, ou não? Ou elas, nas pesquisas, estão excluídas? Elas estão apontadas como as melhores, como as que não causam problemas e tal, ou elas estão seguindo as mesmas regras que as outras? Outra questão é se já existiram casos de, como líderes médicos de nível nacional, algum profissional já se queixou que a paciente está fazendo pré-natal e a paciente chegou procurando pelo indivíduo e ele está descredenciado? Isso é avisado à paciente, ou ela recebe próximo do parto essa notícia de que aquele médico que a acompanhou por tantos meses agora não atende mais e vai ser apresentado um outro médico que está credenciado, novo, pelo plano? Outra questão é se quando o paciente precisa fazer uma cirurgia, normalmente se interna na véspera, para dar mais tranquilidade ao paciente, ele fica mais entrosado ali no ambiente e isso faz parte então da assistência de boa qualidade, mesmo os hospitais públicos sempre fizeram isso,



interna na véspera, na antevéspera, para fazer o pré-operatório. As operadoras estão forçando o pré-operatório ser insuficiente, deficiente ou não? Porque é lógico que se o pré-operatório fica mal feito, o risco de vida do paciente aumenta muito. Outra questão é sobre a ANS, porque essas agências foram aprovadas como instituições da modernidade. Quando eu me debrucei sobre as queixas e a atuação da ANS, eu vi que se reservou um grande poder para um número pequeno de pessoas nomeadas e que o mandato é fixo e que no caso da ANS funciona mais para proteger as irregularidades das operadoras de planos de saúde do que para proteger a sociedade, como seria a sua função. De certa forma também, funciona à margem do Ministério da Saúde. O que deu esse poder extraordinário para algumas pessoas? Será que as operadoras tiveram influência na nomeação de 4 ou 5 diretores da ANS? São perguntas que eu coloco para os nossos expositores. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado Deputado Jamil Murad. O próximo inscrito sou eu, depois o Deputado Mário Heringer, Deputado Saraiva Felipe, Silas Câmara e Almir Moura. O Deputado Sebastião Madeira pediu desculpas. Ele tinha de nos representar, inclusive, num debate sobre planos de saúde aqui na *TV Câmara*, mas ele vai tentar voltar e, se voltar, ele também está inscrito. Bom, eu, em primeiro lugar, quero ressaltar aqui que a fala dos dois representantes das entidades médicas, mesmo no limite de tempo que nós temos de uma audiência pública como essa, ela é bastante contundente, do meu ponto de vista, até porque eu tenho dito que neste assunto, planos de saúde, nós não devemos ter um olhar muito quantitativo dos problemas e muito mais qualitativo, a despeito de que as quantidades são enormes de problemas, na minha opinião, mas a questão qualitativa deve ser muito bem analisada, porque eu vou fazer algumas perguntas aqui: por exemplo, eu tenho recebido diversas informações de que se começam a instituir determinados programas de incentivo econômico para profissionais médicos, que eventualmente diminuíssem os gastos com exames complementares — e aí fica a grande interrogação da sociedade — necessários ou não, para um determinado diagnóstico, porque, é óbvio, todos nós, que temos responsabilidade na área de saúde, sabemos que definir um bom protocolo é algo positivo para a sociedade. Ninguém vai advogar — vou dar um exemplo absurdo —



que um médico pudesse, numa gestão normal, solicitar 9 ecografias, uma por mês. Isso seria um erro, na minha opinião, de uso de recurso médico. Agora, se protocolos serão feitos — e nós defendemos que devem ser —, devem ser feitos por quem tem a habilidade técnica para fazê-los, no caso, as entidades médicas supervisionadas, as outras entidades de saúde, supervisionadas pelo Ministério da Saúde, por exemplo, para dar uma chancela pública a um determinado protocolo. Então, a primeira pergunta é essa: existem casos de tentativa de criar mecanismo de incentivo econômico para que médicos diminuam os pedidos de exames? Segundo, existem casos de tentativa de constrangimento de condutas indicadas clínica e tecnicamente, e que são tomadas pelos médicos e que podem sofrer, como já adiantou, mas eu gostaria que o Dr. Edson e o Dr. Heder aprofundassem isso, e que podem sofrer a pressão de um eventual ou real descredenciamento, a partir da conduta clínica que tomam baseados na boa conduta médica, determinada pelos estudos e pela boa técnica do exercício da medicina? Sobre as glosas, qual o critério utilizado para fazer glosas? Este critério é arbitrário e unilateral de parte dos planos ou existe um protocolo ou um respaldo público, por exemplo, da agência que autorize ou não determinadas glosas, ou os planos podem, unilateralmente, analisar as contas de um determinado prestador e dizer: eu vou pagar isso, isso e isso, e isto e isto eu não pago por tal motivo, e inverte o ônus da prova, como se diz numa discussão como essa, diz que o médico ou o prestador teria de comprovar que ele, de fato, deveria receber aquilo, ou há uma terceira entidade de caráter, com alguma neutralidade nesse processo, que possa arbitrar situações como esta? Quando da negativa, se vocês têm uma descrição de casos importantes de negativa de parte de algumas operadoras de planos de saúde do fornecimento da garantia de um determinado exame que foi indicado corretamente pela boa conduta clínica de atendimento e se estas negativas se dão, de novo aqui, de forma unilateral, um médico atendeu o paciente, precisa orientar tal exame para que o diagnóstico seja feito, orienta o exame e o paciente fica entre a cruz e a espada, ouvindo eventualmente, porque é uma pergunta que estou fazendo, do seu plano de saúde: não, este exame nós não vamos fazer, porque essa indicação aqui não está correta, e o paciente ficaria correndo de um lado para o outro, sem saber como definir uma situação como essa. Por último, eu gostaria de pedir tanto ao Conselho Federal



como à Federação que nos remetessem sugestões concretas que serão analisadas, evidentemente à luz da visão democrática das maiorias que vão se formar dentro desta CPI, mas que nos remetessem sugestões concretas tanto de modificações de lei, como de ações administrativas que possam e devam ser tomadas tanto pelo Ministério da Saúde como pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Vou pedir para que isso venha formalizado de parte dessas duas entidades para que isso nos ajude nos trabalhos junto com o nosso Relator e a nossa Comissão. Por último, só uma questão de opinião e não de pergunta, porque talvez eu vá repetir 30 ou 50 vezes nesta CPI que saúde não é uma mercadoria, portanto, ela precisa ser analisada de maneira totalmente diferenciada, não é uma relação. Evidentemente que nós reconhecemos que há neste mercado uma óbvia, compreensiva e legítima relação comercial, em que as operadoras têm que ter sua margem de lucro etc. Mas a forma de se regular um mercado como esse não pode levar em conta a saúde como sendo uma mercadoria qualquer. E nós temos um problema neste quesito do credenciamento, porque se termina transferindo um determinado poder para a empresa prestadora de serviço que nem sempre agrada o usuário, inclusive que comprou aquele plano de saúde, que é o maior interessado, porque é quem de fato alimenta esse setor. Se ele não compra o plano, não paga o plano, não existe setor. Eu gostaria de ouvir a opinião das entidades médicas sobre algo, que em muitos momentos tem sido debatido, que é a hipótese do chamado credenciamento universal, ou seja, aquele sistema em que o plano de saúde definiria quanto ele paga por uma determinada consulta, o que é algo natural. Nós não podemos aceitar, por exemplo, o credenciamento universal defender essa idéia de que o paciente pode escolher e ser atendido no médico que queira cobrar 200 reais a consulta. Não. O plano, pelo menos na minha visão preliminar, determinaria o valor da consulta. Mas qualquer médico que entendesse correto atender o paciente que tem confiança no seu trabalho por aquele valor de consulta, poderia, no caso do credenciamento universal, fazer esse atendimento. Então, nós transferiríamos ao cidadão, ao paciente o poder maior de escolher qual é o melhor caminho para o seu tratamento. Deputado Mário Heringer.

O SR. DEPUTADO SARAIVA FELIPE - Eu vou falar depois do Mário. É. Nós vamos nos perder aqui, mas tudo bem.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Perfeito. Então, vamos ouvir o Deputado Mário, o Deputado Saraiva Felipe e depois ouvimos os nossos convidados.

O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER - Bom dia, cheguei um pouco atrasado, perdi parte da sua explanação, mas eu gostaria aqui de colocar um ingrediente novo, quer dizer, novo eu não sei, porque eu não peguei o início do debate, mas eu não assisti ser citado aqui. Nós estamos aqui para, no final desta CPI, obtermos um diagnóstico correto para um tratamento correto. E quando a gente faz isso, a gente tem que procurar olhando para fora e olhando para dentro. No momento em que a gente olha para dentro – e aí é que vem a minha preocupação –, nós temos, dentro desse sistema, uma...não são todos naturalmente, mas uma certa distorção nas auditorias médicas. Nós temos colegas, submetidos a situações constrangedoras, aceitando determinadas imposições, visitando hospitais e fazendo análises retrospectivas sem a presença do paciente; determinando condutas completamente extemporâneas, mesmo porque se o doente já foi embora, está fora do tempo; determinando o número de fraudas que se possa usar num doente, que é um absurdo. Eu tenho colhido essas informações. Nós temos médicos, colegas médicos nossos e dos senhores, nossos representantes, prestando esse tipo de serviço. Se nós não trabalharmos efetivamente na correção dessa doença que está no meio médico, nós também não vamos fazer um diagnóstico adequado não, porque isso virou uma teia tão grande que a gente não vai encontrar um culpado quando a gente ouve o consumidor; a gente não vai encontrar o culpado quando ouve o médico, o hospital, o laboratório ou o plano de saúde e muito menos a ANS. Nós temos de fazer uma análise interna, cada segmento dentro da sua necessidade. Nós temos cliente que acha que tem direito a mais do que tem direito — começa aí. Nós temos o médico que comete o desvio em determinado momento de aceitar intransigências do seu patrão para fazer as glosas. Aí, discute-se até se algum deles não está recebendo percentual sobre o faturamento reduzido. Esse questionamento se faz claramente. Nós temos hospitais, médicos cometendo deslizes, aumentando o seu faturamento, e a gente sabe que em todo o segmento tem também isso. Nós temos os planos de saúde usando do poder da força, do poder do dinheiro também subvertendo o relacionamento com constrangimentos e com ameaças de



descredenciamento. E nós temos a Agência Nacional de Saúde omissa, porque esse relacionamento não é um relacionamento de consumidor e tomador de serviço. Esse relacionamento é um relacionamento muito mais importante. Ele inclui o usuário, no caso, o nosso paciente; ele inclui o médico, o hospital, o laboratório como prestador; ele inclui o tomador, que é o plano de saúde, o seguro de saúde, a cooperativa de saúde, e, mais importante, ele inclui hoje o fornecedor de material, que compra material e nos vende a dólar; ele inclui ainda o Poder Judiciário, que tem sido usado para dirimir problemas que nós não geramos. E, acima disso, quem devia estar fazendo esse serviço adequadamente que a Agência Nacional de Saúde não está. Ela nega, ela pega as duas pontas. Eu imagino que a Agência Nacional de Saúde redonda o PROCON e redonda o Legislativo. Em vez de ela ser uma agência reguladora e fiscalizadora, ela tem estado tomando conta de coisas que não devia e legislando onde não devia. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado. Com a palavra o Deputado Saraiva Felipe, depois os nossos convidados.

O SR. DEPUTADO SARAIVA FELIPE - Bom, eu queria, em primeiro lugar, cumprimentar o Presidente da Comissão e o Relator. Eu já participei de algumas CPIs nos anos em que eu estou aqui no Parlamento e estou vendo o esforço de vocês para que ocorram, para que se cumpram os cronogramas, para que se garantam as presenças dos nossos expositores. Isso é um dado positivo. Queria cumprimentar os meus colegas médicos e companheiros representantes das entidades médicas, porque o que vou dizer tem a ver — eu vou fazer aqui uma rápida retrospectiva — com a minha trajetória. Eu me formei em Medicina, comecei a trabalhar numa cidade do interior de Minas, entrei como professor da UFMG, na verdade, eu sou professor, estou parafraseando uma coisa antiga, mas eu sou professor na UFMG e estou Deputado. Posteriormente, entrei na área burocrática, administrativa, fui Secretário Municipal de Saúde, Secretário de Saúde do Estado de Minas Gerais e aqui em Brasília ocupei funções em 2 Ministérios: de Secretário Nacional de Serviço Médico, quando o INAMPS estava na Previdência, o Ministro, inclusive, era o Waldir Pires, com quem tive o prazer de trabalhar, e, posteriormente, coincidiu de eu estar no Ministério da Saúde quando foi elaborada essa lei do SUS. Eu, na época, até por função institucional, fiquei com o escriba da Lei ^o 8.080. Mas



eu queria, falando isso, o seguinte: eu acho que conheço os dois lados do balcão: o lado que está atendendo como médico e o lado que está recebendo reivindicações, reclamações e de ter que buscar uma resposta institucional. Eu até lamento, Henrique, que talvez nós devêssemos — não é o caso, só fazer uma digressão aqui — ter uma CPI sobre o sistema de saúde no Brasil. Claro que não é objeto desta CPI. Nós estamos discutindo a questão dos planos de saúde. Mas eu acho que caberia discutir isso. Não é por problemas presentes, não — faço questão de dizer —, mas o que foi se acumulando ao longo do tempo. Por exemplo, eu tenho algumas preocupações como professor universitário. Nós temos 12.000 médicos entrando anualmente no mercado. Está provado que o País possui 3.000 médicos. Eu não sei se as entidades médicas têm condições de a gente fazer alguma coisa no sentido de regular esse mercado, porque está ficando uma coisa desequilibrada, meio extemporânea. O Presidente já enfocou uma questão, que acho que é importante, por exemplo, essa velocidade de incorporação tecnológica, sobretudo em relação a exames. Eu acho que essa incorporação de custos não tem correspondido ao aumento da eficácia dos diagnósticos e significa custos crescentes, seja para o setor público, seja para o setor privado ou setor... então, acho que é uma coisa que me preocupa. Acho que temos um eixo nessa CPI, o Presidente definiu bem, é nós buscarmos uma melhor regulamentação, aperfeiçoarmos a regulamentação, mas correlatamente nós podemos fazer alguns diagnósticos também, por exemplo, eu gostaria de... eu não sei, deveria saber e não sei, por exemplo, eu gostaria de saber como é que ficam os honorários pagos pelas empresas de seguro saúde ou pelas empresas que operam especificamente plano de saúde *vis-à-vis* a remuneração que o SUS hoje oferece aos profissionais de saúde. Acho que nós podíamos ter, seria uma informação, essa informação até porque acho que a CPI é uma possibilidade... tem muito mais poder do que as entidades médicas para poder entrar inclusive em algumas caixas-pretas. Por exemplo, o que ouço isso há muitos anos, Henrique, é o seguinte, é que os planos estão falindo, as empresas de seguro saúde há um desequilíbrio econômico e financeiro em relação aos contratos e eu gostaria... quem sabe a gente não consegue obter informações sobre a saúde financeira dessas empresas em termos reais, gostaria de ter essa informação. Quem sabe elas não podem ter até razão e



os usuários estarem errados. Gostaria de saber tanto das empresas de seguro-saúde quanto das operadoras especificamente de plano de saúde. Alguém pode dizer: mas elas são milhares. Não são não. Seis ou sete empresas são responsáveis por 90% dos 40 milhões de usuários de algum tipo de assistência complementar na área da saúde. Então, é uma coisa que vocês não vão ter informação, não tem como obter essa informação. A CPI tem. Eu gostaria de ter. Isso é uma lacuna em uma informação que é preciosíssima para mim, não apenas como Parlamentar, como cidadão, mas como alguém que fez uma carreira, que começou no plano municipal, passou pela Secretaria de Saúde do Estado e ocupou cargos aqui no Governo Federal — e eu não tenho essa informação. Então, gostaria de algum tipo de comentário a respeito. A questão, por exemplo, de essa incorporação tecnológica maluca com eficácia não correspondente, por que as entidades médicas podem ou como têm se manifestado com relação a isso. Você tem dentro de uma equipe de saúde carência de profissionais de alguma áreas e excesso de... eu talvez contribua para isso, tenho filhos médicos, então, estou contribuindo para esse excesso de profissionais na área, mas uma coisa que me interessaria saber é... outra coisa é o seguinte, por exemplo, isso é uma constatação, eu quero inclusive eximir, não é nenhuma...isso não tem nada a ver com o Governo atual do País, que aliás assumiu há 5 meses, mas de quando eu fui Secretário de Serviço Médico da Previdência, era responsável pelas tabelas que foram se defasando, mas para a assistência médica tivemos uma diminuição de em torno de 5 bilhões de reais daquela época para agora, em torno de quase 2 bilhões de dólares, para a assistência médica, porque com a incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde, coisa que aliás briguei muito, brigamos todos, na questão da unificação do comando, na verdade saiu o aporte previdenciário, a saúde dependurou no Orçamento Geral da União e obviamente que houve uma redução. O recurso que era dividido, a União bancava a prevenção, e a Previdência bancava a assistência médica. Com a fusão, usou-se um orçamento só e incorporou a população em uma coisa que eu acho justíssima, e temos que brigar também pela questão da remuneração dentro do SUS. Ontem eu estava participando de uma discussão. Há coisas que são graves, por exemplo, o SUS paga quatrocentos e poucos reais por uma cirurgia de catarata e tive acesso a dados, a informações, gastam-se mais de mil reais para se fazer essa cirurgia.



Provavelmente, você está tendo reutilização de material descartável, você está tendo uma série de procedimentos incorretos que como é que vou explicar aqui que se paga um terço ou pouco menos da metade por um procedimento. Então, gostaria de ter também, por exemplo, essa comparação de remuneração dos planos de saúde e do seguro saúde, como é que está a remuneração do SUS. Isso aí nos orientaria. Se bem que as conclusões terão que se ater em termos específicos à questão do relacionamento das empresas prestadoras de serviço de saúde, mas os relatórios podem ser mais completos, mais esclarecedores. Queria lembrar que nós temos o poder de complementar e de ter uma visão mais global da situação, apesar de trabalharmos o relacionamento dos planos de saúde e dos usuários.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, Deputado Saraiva Felipe. Quero passar para os nossos convidados aqui. Depois nós temos mais 3 Deputados inscritos, mas vamos ouvir, porque já tem uma série de outras...

O SR. EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - Vou tentar me ater àquelas coisas...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Desculpe, quase me esqueço de dizer ao Deputado Saraiva Felipe que nós temos um requerimento do Deputado Mário Heringer que vai na direção dessa preocupação com a chamada realidade de custos, planilhas, chame-se do que quiser. Sugiro inclusive que vocês talvez troquem uma idéia para ver se é o caso de aperfeiçoar, melhorar aquele requerimento, complementar, porque a gente também tem uma preocupação aqui na CPI que os nossos requerimentos saiam daqui com precisão para que eles encontrem no retorno uma resposta de fato que seja eficaz para os nossos objetivos.

O SR. DEPUTADO SARAIVA FELIPE - O que estou propondo é mais...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - V.Exa. fala da situação financeira, finanças das empresas, exatamente...

O SR. DEPUTADO SARAIVA FELIPE - Eu gostaria de conhecer, já que estamos falando de saúde, a saúde financeira específica dos prestadores.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Por isso quero sugerir, sem...

O SR. DEPUTADO LUIZ BITTENCOURT - É contabilidade. Queremos ter acesso aos dados contábeis dessas empresas.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Por isso quero sugerir aos Deputados que têm essa preocupação. Sempre estamos tendo uma certa divisão de tarefa dentro de uma CPI, que dêem uma sentada rápida e pensem qual é a melhor forma de votarmos requerimentos que nos tragam de fato as informações que a gente precisa, inclusive de contabilidade das empresas, Dr. Edson.

O SR. EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - Eu vou tentar responder exatamente àquilo mais afeito ao Conselho Federal de Medicina e algumas coisas vou deixar aí, o Heder também anotou, e ele complementa. Vou tentar responder de trás para a frente para chegar na pergunta mais direta que foi feita, que foi do Sr. Relator, se havia uma relação incestuosa. Vou tentar chegar a essa resposta analisando as outras perguntas. Primeiro, estou convencido de que o grande interessado que existe dessas aberturas indiscriminadas de escolas médicas é esse sistema que está aí, porque na realidade estou falando do sistema de saúde que está se apresentando aí. Ou seja, na medida em que nós vamos ter 12.000 médicos formados hoje, amanhã 15.000, vamos ter uma massificação, mas não uma qualificação da mão-de-obra médica. E aí quem está apostando em diminuir o valor do trabalho profissional com base no aumento da oferta vai ter uma imensa surpresa. O médico mal preparado usa isso aqui muito pior ainda e isso aqui custa muito dinheiro na mão de um médico não preparado. Isso estão dando um tiro no pé. Se estão achando que podem ser espertos, vão ter graves problemas no futuro, mas só que até eles terem problemas no futuro, alguém vai se prejudicar no meio e é sempre o cidadão que é paciente, que vai ter assistência ali. Então essa é a forma. Ter esses dados de valores de procedimentos é fácil, Sr. Deputado, é só solicitar ao Ministério da Saúde e nós podemos dar os valores médios praticados nos planos de saúde com os médicos para poder fazer essa comparação. Isso é fácil. O que a gente sabe é que na maioria dos procedimentos, os planos de saúde pagam melhor, mas nos procedimentos de alto risco, aqueles mais complexos, por exemplo, quimioterapia, o Ministério paga até melhor, o SUS paga até melhor, estou falando porque trabalho no hospital de câncer. Então, tem essas coisas, não é sempre assim não. É por isso que aquilo que o Heder falou que geralmente há uma tentativa de deslocar a responsabilidade para um lado para outro em algumas situações. Este é o caminho. Acho que ter essas informações. Quero informar que



todos os planos entregam anualmente o que se chama de planilha de custo para a ANS, então, é só requerer que está lá. Não aconselho os senhores a procurar ler balancetes de planos de saúde, porque não é por ali que vocês vão entender. Porque ali o contador ajeita sempre todos em qualquer situação. Peçam as planilhas de custo, peçam os tipos de planos aprovados com os custos. Só estou dizendo onde há uma informação que talvez facilite os senhores entenderem as contas bancárias, mas as informações estão lá dentro. Vão ver o fluxo de caixa dos planos. Vocês vão entender a quantidade de dinheiro que transita por ali e como é distribuído o dinheiro. Peça a planilha do dia-a-dia, que é aquela que o diretor operacional tem que pagar para lá e para acolá, e vamos ver. Vai ter plano que tem situação ruim, é verdade, e vai ter plano que não é assim tão ruim como dizem que estão. E os senhores vão ter uma idéia adequada disso. O Deputado Mário Heringer falou das auditorias e passei, *en passant*, aqui a questão da auditoria. Isso é, Deputado, uma situação extremamente constrangedora. O Conselho Federal de Medicina baixou uma resolução que é uma resolução que não deixa dúvida de como deve agir um médico enquanto auditor e como deve agir um médico enquanto auditado. Ter auditoria é uma necessidade, é um processo de aprimoramento de qualquer... isso aqui é uma auditoria, agora, com transparência, com responsabilidade, sem entrar a jogada mesquinha por trás disso. Então, qualquer médico hoje no Brasil sabe perfeitamente que ao ser auditado de maneira constrangedora ele tem o apoio do Conselho Federal de Medicina e das Regionais para cobrar do médico auditor as condições de respeito que ele merece. O médico auditor não tem desculpa hoje de dizer que não tem uma proteção por detrás dele. Então, se alguém está fazendo esse jogo sujo, peço que denuncie aos conselhos de medicina o colega que está agindo dessa maneira, fazendo o jogo inadequado, fazendo a pressão. Existe, com certeza, existe, porque eu atendo no consultório, sou médico atuante e eu sei que existe. Agora, isso é um processo que nós temos que depurar, como o senhor falou, de dentro para fora, de fora para dentro, de todas as maneiras possíveis. Então, o conselho tem uma resolução que faz isso aí. O Deputado Fontana chamou a atenção para uma situação extremamente grave, que o nome bonito se chama meta referencial. Meta referencial pode ser para bonificação ou para punição. O que é isso? As operadoras criam a partir de diversos



argumentos, na maioria das vezes de natureza estatística e interna, um perfil de utilização para determinados procedimentos atos e condutas médicas e diz o seguinte: quem passar disso aqui, vai ser penalizado. Então, o seu valor do procedimento cai 5%. Se você ficar abaixo disso daqui, você vai ser beneficiado e você vai ter 5% de benefício. Se isso não é conflito de interesse eu não sei o que é mais. Nesse momento, ao ser instalada uma situação dessa natureza, estou em conflito de interesse com o meu paciente. Eu posso perder ou ganhar dinheiro com a doença dele, não estou falando de serviço profissional. Eu sou um profissional, eu vivo da Medicina, do serviço que presto à pessoa. Não estou falando disso, da retribuição justa e correta do meu trabalho profissional. Estou falando do ganho que eu tenho de retirar do paciente o acesso a determinado procedimento ou então — e vai ser assim — isso é o *manager care* caboclo porque o *manager care* que nos Estados Unidos adotam e que veio para cá, a Prudencial estava aqui preparada para entrar, a Sigma veio e saiu, só não ficou aqui porque não foi aprovado nesta Casa o *manager care*, porque o *manager care* é o seguinte: eu entrego para o Dr. Heder 5 milhões de reais administrar, o seu ganho é dali, o que sobrar é seu. Se você gastar tudo, gaste do jeito que quiser, use da melhor maneira possível. Gaste, o que sobrar é seu. Não é um conflito de interesse? Para que ele vai pedir a tomografia, o exame de fezes ou a cirurgia? Ele vai pensar... leva aqui, acolá, porque vai sobrar mais para ele. Foi isso que fomos contra. E na hora que faço a meta referencial, digo que estamos fazendo um *manage care* caboclo. O argumento que está por trás é excelente, que é o da otimização dos recursos, da utilização correta, do conhecimento profissional em benefício sempre do paciente, mas na prática não é assim. Para contrabalançar esse tipo de atitude, o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira, em conjunto com o Ministério da Saúde, editaram — já temos prontas, está no prego — 100 diretrizes profissionais dos procedimentos mais importantes. Estamos preparando mais 100 com base na demanda dos dados epidemiológicos das necessidades de conduta, de como se trata uma hipertensão arterial, como se trata uma eclâmpsia, como se acompanha um parto, essas coisas, para não ter esse abuso de novos exames, 1 a cada 15 dias durante uma gestação. Então, essas diretrizes trabalham com o melhor que existe do conhecimento médico e apontam para o médico as melhores condutas. Não poderá jamais ser para tratar



hipertensão remédio tal assim. Não é dessa forma, porque todos os médicos aqui presentes sabem que cada doente é um doente. E se eu massificar nessa magnitude, não estou ajudando as pessoas, mas digo o seguinte: este remédio é o melhor indicado para este e este procedimento, que eu não preciso fazer mais do que talvez duas ultra-sonografias durante um parto normal, uma gestação normal. A complicada, não, tem outra conduta. Então, isso nós estamos fazendo, vamos distribuir para todos os médicos brasileiros, 283.000 médicos, já assinei a licitação. Estamos com a licitação para entregar um CD-Rom para cada médico brasileiro e para cada estudante do quinto e sexto ano de medicina com as diretrizes e as outras publicações do conselho e da AMB, para que todo mundo tenha na mão uma orientação básica, corretamente do ponto de vista científico, eticamente sustentável, para que a gente faça a utilização adequada dos recursos, para que não se caia no exagero. O exagero, acho que tem que ser tratado, como todo exagero deve ser tratado, com rigor, com transparência e com as decisões justas. O Deputado Jamil falou da ANS. Entendemos que a ANS, as Agências, sobre a perspectiva de modernidade, não é uma má idéia. O que não pode haver é uma agência se arvorando com direito de ser não só operacionalizadora da política ou gestora da política, mas criadora da política. Quem tem que dizer, seja que Governo for, quem tem que apontar o rumo de cada agência neste Brasil, é o Governo. O Governo tem que dizer assim: eu quero uma Agência Nacional de Saúde Suplementar que tenha o seguinte compromisso social: isso, isso e isso. É o contrato de gestão. E essa agência vai cumprir o contrato e o Governo vai ver se esse contrato é cumprido. Não está acontecendo. O pessoal age do jeito que quer agir. Por que há um ano ninguém escreve nada sobre o relacionamento, a regulamentação, que é uma falha da lei, de proteção do médico e da operadora? Porque aí que eu falei para os senhores que é enganado, é subtraído o direito do cidadão. Quando o médico sofre o descredenciamento motivado, e a palavra... não somos contrários que o médico seja descredenciado. O médico que não se comporta adequadamente, nós cassamos. No ano passado cassamos 14 médicos neste Brasil. Não fazemos alarido. Mais do que qualquer tipo de gestão que aconteceu neste Conselho. Médico que faz errado tem que ser punido porque é como se fora uma laranja podre no saco. Agora, não é assim que se comporta a imensa maioria dos médicos. A imensa maioria dos



médicos no Brasil se comporta do ponto de vista técnico adequadamente, do ponto de vista ético com responsabilidade e trabalham muito bem. Esses que trabalham bem é que são prejudicados, porque esses é que estão fragilizados. E aí não tem acompanhamento de contrato de gestão, meu caro Deputado Jamil. E aí vem o descredenciamento, vem os problemas dos internamentos pré-operatórios, que isso aí que o Jamil falou está aí dentro. Parte de suas perguntas, Sr. Presidente, estão respondidas em denúncias que estão ali dentro, descredenciamento, pré-operatório, quer dizer, o paciente tem que entrar direto para o centro cirúrgico, o anestesista não conhece não vê, não há nada. Então, por tudo isso, não vou dizer que a relação é incestuosa, mas é uma relação que não atinge com certeza os interesses reais da sociedade. A Agência Nacional de Saúde Suplementar ainda não disse para que veio, ainda não disse para que está aqui perante esta Nação. Então, é preciso entrar aí. E essas informações todas existem lá. Todos esses dados econômicos existem lá, até porque a principal discussão é se vai continuar tendo as condições econômicas necessárias para a existência do sistema, que é necessário. Ninguém está aqui a defender que as operadoras sejam aqui Madre Teresa de Calcutá, não é essa a função, é uma atividade econômica que tem que ter equilíbrio. Não há equilíbrio. Não há equilíbrio. Não consideramos. Trago aqui os consumidores e os senhores vão ouvir a mesma coisa. Não há esse equilíbrio. O poder, a valorização que se dá a esse equilíbrio econômico, a essa viabilidade econômica é sempre superior à assistência e ao respeito que devem os profissionais, não só médicos, todos os outros aí, por certo merecerem.

O SR. HEDER MURARI BORBA - Bom, eu tive oportunidade de participar também do debate na CPI dos Medicamentos. E a grande pergunta que se fazia era a seguinte: há ou não remessa de divisas pelas empresas de medicamentos para fora do Brasil? Isso era uma conclusão que o relatório da CPI dos Medicamentos procurou abordar com muita firmeza. Acho que os Parlamentares que foram da legislação passada se lembram do conteúdo do relatório. Eu queria sugerir, Srs. Deputados, porque toda vez que se vai discutir plano de saúde, eles estão quebrando. Isso é generalizado. Eu já estou até assim, entendeu? Então, é preciso saber que a CPI precisa descobrir se eles estão quebrando ou não. E não... Pelo o que eu estou vendo, não estão. Porque cada dia tem um plano de saúde novo se



abrindo ou querendo abrir no mercado. Ontem, foi dito numa intervenção no Fórum de Saúde que hoje o segundo maior mercado do mundo de saúde suplementar é o Brasil. Então, eles não vão sair do Brasil, um país tão grande, assim. Aí o Deputado Jamil pergunta: como é que os bancos, essas seguradoras dos bancos se comportam? Olha, no meu caso particular de médico, eu não tenho muita experiência, porque eu não atendo por determinados convênios, por bancos, não é, mas eu acho que a CPI tem que então sugerir a quebra do sigilo bancário dessas empresas para ver a saúde financeira das empresas. É o único jeito. Essa, então, acho que é a forma de resolver o problema. Porque se realmente nós acharmos que o setor é fundamental, que é preciso essas empresas terem saúde financeira, no mínimo vai dar uma peneirada. Só vai ficar no mercado quem tem saúde financeira para explorar o mercado de saúde suplementar, não é isso? E desse ponto de vista, eu não tenho nada contra, desde que explore, considerando, como disse aqui o Deputado Henrique Fontana, que saúde é diferente de sabonete, de outra mercadoria qualquer, em que você tem um lucro intocável. Qual é a margem de lucro das seguradoras? Os médicos não sabem. Eu não sei. Não sei se o CFM, por ter assento na Agência Nacional de Saúde, sabe. As entidades sindicais não sabem. O que a gente sabe é que o médico é tratado de maneira... é explorado e na realidade são intermediários do trabalho do médico, não é? Então, eu acho que para saber como os bancos se comportam, se as seguradoras ligadas aos bancos, como pergunta o Deputado Jamil, estão se comportando como o banco se comporta no mercado financeiro, só tem um jeito: é descobrir a saúde financeira dessas seguradoras ligadas aos bancos. Estão tendo lucro? Quais são os níveis do lucro? No caso da indústria farmacêutica, é maior do que o lucro da indústria automobilística. Essa é uma das conclusões da CPI dos Medicamentos. É a indústria, se não me engano, mais lucrativa do País — no mundo, eu estou dizendo, não só no Brasil. Essa questão da internação no dia, no pré-operatório. Aí sim. Aí eu sou cirurgião, vivo esse negócio no dia-a-dia. Ocorre que eu não aceito e já tive vários problemas com o plano de saúde, porque o hospital responde: não, o plano de saúde não aceita internar no dia anterior. Existem cirurgias que você tem que ter um preparo. Então, é muito complicado — eu não sei mais quem fez a pergunta; acho que foi o Jamil — você pedir a um paciente, que vai se operar de próstata, que



mora na zona rural, para ele pegar a carroça, pegar o ônibus e chegar até as 8 da manhã para ser operado. É muito complicado. E ele é de convênio, não é do SUS que eu estou dizendo, não. O cara que é do convênio, tal, e o plano não aceita. Isso, pelo menos em Goiás, é contumaz. E isso é fácil... Eu tive... Na CPI dos Medicamentos, as afirmações, elas têm que gerar prova. Então, eu vinha muito preocupado para esta CPI porque na realidade, como eu fui instado a participar muito precocemente, não pude produzir esses documentos. Agora, esse é um documento simples de se obter. O caso concreto do plano de saúde que não aceita internar para fazer pré-operatório, isso é óbvio, e deve já ter aqui farto documentário. No meu caso, isso aí é o dia-a-dia, e é muito ruim. Eu não aceito. E aí o pau quebra e acaba que... Eu, no meu caso, nunca tive problema. Eles sempre se dobram. Quando o médico também tem uma postura ativa — que é um pouco do que o senhor se referiu —, aí eles pensam duas vezes. Agora, a maioria dos colegas não vai para esse nível de desgaste, de enfrentamento. Essa questão do incentivo econômico para restringir a atividade médica. Isso também não é difícil de se obter. Quer dizer, há um... É o que o Edson já falou aqui, de meta referencial. Em algumas unidades, em alguns locais é chamado de UT variável, que são aqueles produtos que, se você ultrapassar um certo limite, o seu honorário cai. Isso também é habitual. Então, isso gera um constrangimento à atividade profissional. As glosas... Não existe, Deputado Henrique Fontana, árbitro das glosas. Não é nem que a gente tem condição de se defender. Não existe árbitro. Não existe a terceira entidade arbitrando. Então, isso é inexistente. Há uma glosa, glosou, aí você faz um negócio lá e manda... O ônus da prova é invertido e não existe arbitragem de nenhuma entidade, nem do lado... — vamos supor uma terceira que pudesse ver se a glosa foi justa, o médico está errado ou a operadora está errada, se um terceiro, um auditor da glosa, não existe, não é? O que existe muito é auditor de procedimento médico. Auditor de glosa não existe, não é? Então, a glosa não é arbitrária. Portanto, ela é unilateral. Nós vamos procurar encaminhar sugestões, modificação dessa lei. Em relação ao credenciamento universal. Nós achamos... — não está proibido sonhar no Brasil, não é? A temporada de sonhos anda solta. Então, eu acho que a gente pode aqui dizer. A minha opinião é que nós precisamos atingir um momento em que as pessoas possam ser atendidas por quem elas desejam ser atendidas e têm de



ser ressarcidas pelo plano de saúde se elas comprarem o serviço, o que é um pouco credenciamento universal. Então, a FENAM tem como resolução de congresso isso — o credenciamento universal. Nós, aliás, propusemos isso ao Sistema Único de Saúde. Propusemos ao Ministro anterior que adotasse o sistema semelhante ao do Canadá, em que o paciente tenha uma identificação no SUS — e daí veio até a idéia de cartão do SUS; vocês devem ter acompanhado isso. Só que a proposta de cartão — eu vou só fazer essa digressão aqui para poder dizer como é que funcionaria o credenciamento universal. A proposta de cartão do Ministério da Saúde é uma proposta para levantamento de dados estatísticos, de avaliação do sistema. Em nenhum momento se pensou a instituição de um cartão de atendimento no SUS, agora, para remunerar o profissional. Seria muito interessante se o paciente fosse ao consultório do Dr. Tal — e essa foi uma proposta debatida lá com o Ministério anterior —, nas áreas em que os programas de atenção à saúde pública não funcionassem. Por exemplo, oftalmologia e otorrino, que são um gargalo do SUS, você tem muita dificuldade de ter disponibilidade desses médicos, não é? O paciente do SUS, o cidadão brasileiro teria seu cartão, como cidadão brasileiro teria direito de ir ao consultório do otorrino, e se pagaria diretamente aquele profissional, independentemente de relação dele com a rede. Quer dizer, essa era uma reivindicação que a FENAM fez. E isso é polêmico demais. Tem gente que é contra; tem gente que é a favor. Nós achávamos que isso acabaria com muita fila no Brasil. Favoreceria colocar o médico de novo querendo atender o SUS. Aí eu me remeto a outra pergunta: se o SUS remunera bem. Hoje, a tendência do Ministério da Saúde é não remunerar os profissionais através dos chamados procedimentos, mas através de programas. Essa ótica de remuneração através de procedimento, ela é muito combatida entre os gestores públicos — quem foi aqui gestor de Município, de Estado, sabe disso. Ocorre que ao combater essa forma de remuneração, tem que pôr outra no lugar. O tal do código 7 ainda existe, não é? E qual que é a proposta então? — a gente pergunta para os Ministros aí, sucessivamente. Não tem proposta. Então, na prática, ou você está no SUS, vinculado a um salário... — você é funcionário do Município, então você recebe um salário. E aí a gente levanta uma luta nacional para aumentar o salário para um patamar “x”, que é o chamado piso nacional da categoria médica. Em geral, você é vinculado a um salário como



servidor público de saúde. Então, um neurocirurgião ganha a mesma coisa que uma enfermeira de curso superior. Não estou aqui nem fazendo juízo de valor de qual profissão é mais importante que a outra. Não é isso. Mas há uma complexidade diferente entre as profissões. E no interior do SUS você é remunerado dessa forma: ou é através do Programa de Saúde da Família, ou através dos antigos credenciamentos do código 7. Esse é um problema, que esta CPI não vai tratar, que vai ter que ser resolvido, eu acredito, neste Governo. Se não é através de procedimento, de que jeito é? Nós não sabemos. Como eu falei na minha primeira colocação, as entidades estão propondo um novo rol de procedimentos. Nós achamos que o SUS tem que adotar o mesmo rol de procedimentos, rever os códigos do DATASUS e adotar, modernizando esses códigos, o mesmo rol de procedimentos. Não necessariamente o mesmo valor de pagamento. Mas é o único jeito de você pagar uma cirurgia de hérnia, eu não sei. Então, essa é uma discussão muito inicial com o Ministério e nós não conseguimos avançar ainda. Eu acredito que vamos ter que discutir então a tabela do SUS. Porque isso é complicado. A gente defende o SUS. Mas qual é o atrativo para que o médico trabalhe no SUS, se o SUS remunera mal? Não tem. Então, nós precisamos fazer com que o médico queira trabalhar no SUS e ganhe tão ou mais do que na medicina privada. Se bem que na alta complexidade hoje já o médico ganha mais no SUS do que fora do SUS. Porque quando você vai para medicina de alta complexidade, para transplante, para câncer, para quimioterapia, aí realmente os planos de saúde estão cheio de restrições. E aí estão descumprindo a própria lei, que estabelece que não pode haver restrição a atendimento. E aí são todos os planos. Então, há essa... Na relação entre o SUS e o privado, a questão é essa. Essa questão, concluindo então, das escolas médicas, a FENAM participa hoje do Conselho Nacional de Saúde — não, a Comissão de Recursos Humanos — e há uma gestão no sentido de que volte o Conselho Nacional de Saúde a ter poder terminativo na proibição de abertura de novas escolas. Um dos Diretores da FENAM esteve na reunião, na semana passada — deve chegar agora para as outras entidades. Na semana passada foram analisadas aberturas de novas 7 escolas de medicina no Brasil. E nós conseguimos dar um parecer negativo para todas elas. Isso vai então para o plenário do Conselho. Só que isso tem poder consultivo, não tem poder deliberativo. Então, você tem... vai



para o Ministério da Educação, se autoriza, se abre, mesmo com os pareceres negativos de todos os setores envolvidos. Bom, eu acho que é isso, não é? Eu acho que essa questão da CPI dos Planos de Saúde realmente tem que esclarecer para a Nação brasileira se esse setor de saúde suplementar realmente está em crise ou não está. Essa é uma grande pergunta que fica, não é? E como isso tem se dado em nível dos profissionais. O que a gente pode dizer, enquanto representante da categoria, é que os médicos, historicamente, se dedicaram às duas atividades: ao SUS e à medicina privada. Parece-me que hoje a situação de quem está se dedicando apenas à medicina privada é muito ruim. Então, essa é a opinião minha.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, Heder. Deputado Arnaldo Faria de Sá.

O SR. DEPUTADO ARNALDO FARIA DE SÁ - Srs. Parlamentares, senhores convidados, eu acho que na verdade nós precisamos ver aí, ficar atentos a planos de saúde. A CPI tem que... O próprio Heder colocou agora a situação do SUS, mostrando que se o SUS atendesse bem não precisava de plano de saúde. Na verdade, nós temos plano de saúde porque o SUS atende mal. E lógico que a culpa não é deste Governo. A culpa é histórica. Mas parece que a gente vê uma ilha no ano passado. Como o ex-Ministro da Saúde era candidato Presidente, a gente via os programas de saúde na televisão, pareciam que eram os melhores do mundo. Quer dizer, o que o Ministério fazia era a grande solução. E, na verdade, por que existem os planos de saúde? Porque, no início dos anos 90, inviabilizou-se a saúde pública para poder fazer o jogo da saúde privada. Quer dizer, isso tudo acabou sendo um problema que desaguou nessa atual situação. Os planos de saúde existem porque a saúde pública é deficiente. E, na outra ponta, se alguém precisar de um hospital particular, morre o paciente e morre a família quando vê a conta. Quer dizer, é um absurdo. Quando um coitado acaba sendo atendido por um hospital particular, socorrido por alguém, na hora em que vai ver o tamanho da conta, ninguém aguenta. Quer dizer, é um negócio extremamente absurdo. Quer dizer, então, nós estamos na verdade focando o problema apenas no plano de saúde, e nós temos duas outras pontas que também têm que ser analisadas e observadas. A primeira delas é essa que o SUS infelizmente não atende como deveria atender — tirando a alta complexidade, como lembrou o Dr. Edson e o Dr. Heder. Na verdade, no geral,



o SUS atende mal. Essa é a grande verdade. E é por isso que a pessoa acaba indo para os planos de saúde. E outra ponta que leva o paciente para os planos de saúde é justamente esse fator das contas de hospital particular. Se alguém teve esse susto — eu já tive. Quando minha mãe precisou de atendimento de hospital particular, quer dizer, na hora em que eu vi a conta, eu acreditei que a situação era insustentável. E na verdade eu acho que esse tem que ser também o foco da nossa preocupação. Quer dizer, se houvesse melhor atendimento de saúde pública, talvez não se precisasse tanto dos planos de saúde. E essa, sem dúvida nenhuma, é uma colocação que a gente não pode deixar de ter conhecimento. Mas eu queria saber dos nossos convidados qual é a posição das entidades médicas em relação aos protocolos médicos que têm a participação dos responsáveis técnicos das operadoras dos planos de saúde. Porque aí talvez a gente possa ter efetivamente o entendimento daquilo que é a necessidade do momento. Eu acho que não adianta apenas a gente querer colocar os planos de saúde como os diabos de plantão quando, na verdade, sabemos que eles existem por culpa da própria política pública de saúde que existe neste País.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Este era o último Deputado inscrito, Arnaldo Faria de Sá. Só peço então aos nossos convidados que sejam bastante sintéticos. O nosso Relator quer usar a palavra mais uma vez.

O SR. DEPUTADO LUIZ BITTENCOURT - Sr. Presidente, poderia fazer ainda uma pergunta?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Pode, sim, com certeza. Pode fazer imediatamente.

O SR. DEPUTADO LUIZ BITTENCOURT - Nas explicações anteriores, entendi que o Dr. Edson e Dr. Heder iriam abordar a questão relacionada a essa situação que os médicos se situam quando são pressionados pelos planos de saúde. Então se praticamente hoje isso é uma conduta habitual dos planos de saúde através da glosa, através do descredenciamento, qual a atitude que têm tido as entidades médicas com relação a esse comportamento dos planos de saúde. E se os médicos se sujeitam a isso, qual a visão que teríamos que ter disso, porque se eles estão aceitando essa situação, de alguma forma, estão praticando algum tipo de irregularidade. Então existe, através das entidades médicas, um comitê, um



departamento e uma ação que sistematicamente reúne e toma medidas jurídicas, medidas de julgamento de comportamento ético tanto dos médicos como dos planos de saúde e se isso é aceito naturalmente como se fosse uma prática comum e habitual. Olha, o plano descredenciou, fez, faturou menos, recebeu mais. Qual é a forma de combater isso que vocês estão aplicando?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Perfeito. Deixa eu só, antes de passar a palavra ao Dr. Edson e ao Dr. Heder, primeiro comunicar que os nossos componentes da CPI e, se não tivermos nenhuma contrariedade quanto a isso, pelo menos a sugestão que faço como Presidente — troquei uma idéia com o nosso Relator — é que na semana que vem façamos uma reunião da nossa CPI de caráter interno para analisar requerimentos, debater preocupações como as que foram colocadas aqui por diversos Deputados sobre rumos, focos da CPI etc. E voltemos às audiências públicas na outra semana, na segunda a contar a partir de hoje. Então hoje nós vamos concluir esta audiência pública ouvindo os nossos convidados e ouvindo o Relator. Inclusive os requerimentos que temos aqui ficaremos para analisar na próxima semana. Eu peço desculpas aqui aos presentes, porque sou titular da Comissão de Reforma da Previdência, e já me telefonaram de lá dizendo que já está na hora de votar questões importantes. Eu vou ter que me dirigir para lá. Vou entregar aqui a condução dos trabalhos ao nosso Relator, lembrando a todos nós que temos escolhido o 1º Vice-Presidente da CPI e o 3º Vice. A função de 2º Vice-Presidente continua vaga e é importante que nós, no diálogo entre os partidos, definamos quem deve ocupar essa função. Mas quero aqui agradecer de plano a importante contribuição que deram os nossos dois depoentes de hoje e solicitar, mais uma vez, formalmente, que nos enviem por escrito todas as sugestões, análises etc. naqueles três campos que sugerimos. Com a palavra o Dr. Edson. O nosso Relator coordena os trabalhos.

O SR. EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - Quero me dirigir ao ilustre Deputado Arnaldo Faria de Sá...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Ribamar Alves) - Antes de sua palavra, gostaria de fazer um questionamento só. É porque a CPI trabalha muito com os fatos concretos que o Dr. Heder muito bem falou. Ele não nos trouxe os dados. Gostaria que vocês nos remetessem dados concretos sobre a questão dos



descredenciamentos despropositados e os dados concretos dos pacientes para que possamos, com o nosso poder investigatório, investigar diretamente aqueles casos a nós trazidos.

O SR. EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - Só para lhe responder, nesses documentos, inclusive naqueles que chegaram por último, há o fato do descredenciamento inclusive já tabulados para facilitar o trabalho. Em alguns aí vocês devem entender que não podíamos ter para tabular. Tudo o que falei aqui existem exemplos enumerados. Podemos trabalhar mais e tentar conseguir mais. Queria responder ao nobre Deputado Arnaldo Faria de Sá o seguinte: O Conselho Federal de Medicina não está numa cruzada contra planos de saúde. O que nós queremos é ter um relacionamento de parceria, de igualdade entre planos, usuários e prestadores de serviços. Não queremos nos sentir nem escravos nem constrangidos. Achamos que esta CPI pode ajudar a chegar nessa organização com transparência das coisas. O que não aceitamos é dizer: estamos falidos, portanto não podemos passar nenhum aumento para vocês. E nós ficamos dez anos achando que isso é natural e que não é possível. Em relação aos protocolos, falei rapidamente sobre a proposta da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina com relação a isso. Protocolo é algo que, a princípio, é bom, mas tem que ser visto com cautela, porque os protocolos são realizados de várias maneiras. Eles podem ser realizados daquela forma que os americanos chamam de *guide lines*, que são apenas roteiros fechados. Tenho que fazer isso, isso, isso. Todos os médicos sabem que medicina não se faz assim. Então a nossa opção foi trazer para o Brasil a experiência acumulada na Comunidade Européia. Trouxemos profissionais para que nos ensinassem a fazer as diretrizes — demos o nome nacional de diretrizes — baseadas naquilo que se chama de “medicina baseada em evidência”. Ou seja, se afirmo que este copo de água é bom para a saúde, temos que ter, por detrás dessa afirmação, um conhecimento científico sustentável e comprovável de qualidade. Os médicos sabem que separar joio do trigo no que se é escrito dentro de Medicina é uma tarefa gigantesca. Sabemos porque somos visitados todos os dias em nossos consultórios por propagandistas, que nos trazem referências, estudos muito sérios, todos encomendados, muitos falseados, alguns poucos realmente bons. Então esse foi o trabalho. Então vou encaminhar a cada um



dos Deputados da CPI um modelo do primeiro livro nosso de diretrizes que tem esses protocolos feitos com um rigor científico e ético para orientar o médico a melhor conduta. Aí fomos trabalhar com as operadoras. fomos às UNIMEDS, à CIEFAZ e entregamos esse trabalho, porque não é um trabalho só para os médicos, mas para todos entenderem como se deve fazer Medicina de boa qualidade. Fizemos um convênio com o Ministério da Saúde para que isso também fosse algo que é expandido na prática geral da Medicina. Não pode existir uma Medicina para 30 milhões e outra para o restante da população. A Medicina é uma só. Não existe um outro nome que se dê para a Medicina. O Deputado falou sobre o constrangimento. O que estamos fazendo com relação aos constrangimentos que existem e são reais? Primeiro: nós orientamos os médicos, temos resoluções, essa questão da meta referencial do descredenciamento imotivado, temos inúmeras ações, processos éticos contra diretores técnicos das operadoras que agiram de maneira irregular e antiética, apenas com cunho econômico e de descredenciamento pessoal. Aquilo que o Deputado Jamil Murad perguntou ainda há pouco: tem gente que chegou na porta do consultório e ficou sem seu médico. Está ali. Pacientes que estavam fazendo tratamento de doenças crônicas e, de repente, cadê o meu médico? Tem plano ligado a Governo que faz assim: você pede para fazer uma cirurgia de ortopedia com o Dr. Mário, no hospital X. Aí dizem o seguinte: esse mês não dá, daqui a um mês a gente vê, não é urgência. Daqui a um mês, autorizam para mim no hospital Y. O GEAP fazia isso. Fazia no passado isso aí. Melhorou substancialmente, mas fazia isso. Joga para cá, joga para lá dentro da conveniência. Este mês o hospital aqui, joga para lá, joga para cá. Isso ocorre. Todo o mês que nós detectamos, agimos contra. O médico se é partícipe ou concordante dessa situação enquanto que o diretor técnico... Agora, como é que vamos agir sobre a operadora? A operadora só pode funcionar, segundo a lei, com registro no Conselho. A própria ANS, como falei, não nos dá essa competência de fazer isso. É o médico, é o diretor técnico que é o responsável? Ou é o poder econômico que está por trás organizando isso aí? Isso — eu volto a dizer — fazer, ter atitude dessa natureza, eu não consigo entender que seja um bom negócio para uma operadora. Isso desgasta a imagem, gastam uma fortuna de dinheiro vendendo imagem. E sabem quem as operadoras vendem? O senhor sabe isso, Deputado. Não vendem a



operadora, vendem o Dr. Heder, vendem o Dr. Mário, me vendem, vendem o hospital, a UTI do hospital, o avião que existe. Na hora em que o indivíduo vai precisar, aquele médico não é de fácil acesso, a UTI só pode ficar dez dias, o avião não está mais voando, o helicóptero foi desativado. Aí como é que fica? Eu acho que, pelo menos, é uma atitude não muito inteligente. Para encerrar, quero agradecer este espaço diferenciado. O Conselho Federal de Medicina se encontra em total disposição perante esta Casa para o que for necessário. Estamos dispostos a ajudar. Não estamos em cruzada contra ninguém. Queremos apenas fazer desse sistema que está aí, o melhor possível para que as operadoras possam existir, para que nós, médicos possamos existir, para que os pacientes possam ser atendidos com a melhor qualidade possível. Do jeito que está, não é possível. Parte do problema está na omissão do Governo em ter uma agência que não consegue fazer as coisas andarem. Se as operadoras vierem para cá, vão reclamar das agências, se os médicos vierem para cá, vão reclamar da agência, se os usuários vierem para cá, vão reclamar da agência. Então tem alguma coisa errada. Então é preciso que esta CPI realmente faça um trabalho. Nós, médicos brasileiros, estamos extremamente esperançosos de que esta Casa vá responder a esses anseios. Muito obrigado.

O SR. HEDER MURARI BORBA - O Deputado Luiz Bittencourt me solicitou... o que estamos fazendo. As entidades estão propondo, objetivamente, que haja uma revisão da lei e que nessa revisão da lei, as entidades profissionais passam a credenciar os seus profissionais, para que não se deixe o profissional se credenciar individualmente. Não sabemos se isso tem embasamento jurídico, isso vai ter que ter um estudo. Mas, em vários Estados do Brasil, estão se organizando centrais de convênios em que os profissionais, para se defenderem de maneira mais forte, se organizam para se relacionarem com essas empresas, não é? Não estamos aqui estabelecendo uma guerra com as empresas, ao contrário. É uma questão de defesa da profissão. Também não concordo assim... Na intervenção que fiz no início procurei dizer o seguinte: nós não achamos correto e justo o argumento que diz que só existe plano de saúde porque o SUS não funciona. O Sistema Único de Saúde é uma coisa que vem sendo implantada e tem melhorado a assistência de saúde no Brasil de modo geral. Atende à maioria, com certeza, da população. Mais de 60



milhões de habitantes hoje estão sendo atendidos no SUS. Justamente dão os maiores atendimentos nas áreas de maior complexidade inclusive. Então nós achamos que o seguro saúde e as empresas que operam nesse mercado têm todo o direito de coexistir com o SUS. Não deve ser argumento para justificar a existência desse mercado a falência do SUS, mesmo porque não é assim. Quer dizer, é um direito que cabe a esses agentes econômicos a participarem do mercado e é um direito do cidadão de fazer a opção de ir para a medicina privada ou para a medicina pública. Por isso acho que o foco da questão é exatamente investigar realmente com profundidade se esse mercado de medicina suplementar corre o risco de falência ou de deixar de existir no Brasil. Não acredito nisso. Acho que não é por aí. E só vamos saber se é verdade ou não com dados concretos realmente da saúde financeira dessas instituições, considerando que a saúde não é um produto qualquer. Queria agradecer, mais uma vez, a oportunidade de estar aqui. Vou procurar remeter as sugestões por escrito da Federação Nacional dos Médicos de alteração da lei, mas estamos caminhando para a instituição de uma maior regulação em todos os níveis, tanto no mercado de saúde suplementar quanto também no serviço público e também em relação às atividades dos profissionais médicos que se relacionam tanto no serviço público quanto no serviço privado. Chamo a atenção para a necessidade de regulação dos institutos que prestam saúde e previdência dos Estados. É preciso que se tenha uma coisa que regule isso e que não fique apenas em nível da gestão estadual, dos Governos estaduais a regulação. Essa é uma opinião muito forte que estamos achando. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Ribamar Alves) - Nós agradecemos ao Dr. Edson, Presidente do Conselho Federal de Medicina, e ao Dr. Heder a brilhante explanação. Queremos dizer que esta CPI tem por intuito básico aquilo que o Deputado Henrique Fontana falou no início, de discussão nossa interna, e que nós, através desta Relatoria, sugerimos que fizéssemos dela um diagnóstico igual ao que fazemos no nosso consultório: ouvindo primeiro as queixas, fazendo exame do paciente, pedindo exames complementares, fazendo diagnóstico o mais preciso possível e sugerindo a terapêutica a mais ideal possível. A busca da perfeição é a busca de todo ser humano. Alcançá-la é o problema, mas buscaremos fazer o melhor possível de nós, até porque esta CPI não foi criada para acabar com os



planos de saúde, mas, sim, para aperfeiçoar o sistema de saúde no Brasil, não só os planos de saúde privados, mas também o SUS, que não é o responsável direto por toda essa situação do País, mas se o SUS estivesse funcionando, com certeza, muitas das pessoas que buscam os planos de saúde, não estariam lá. Sabemos da situação financeira por que o País passa, recessão, dificuldades que o Governo está enfrentando e as dificuldades que todos os segmentos estão encontrando. Participei ontem da abertura do fórum de saúde suplementar. Ouvi do Ministro da Saúde as dificuldades, a forma como quer também diagnosticar esses mesmos problemas. Parecia até que tínhamos combinado. A terapêutica inclusive dizendo que se não houver uma intermediação amigável entre os atores envolvidos, o Ministério da Saúde terá poderes para agir. Ouvi também das operadoras suas queixas e também da Federação dos Hospitais os problemas inerentes a cada um dos segmentos. Ia falar depois do PROCON, mas como já tínhamos tido uma audiência anterior, tive que voltar para votar, na sessão de ontem, não vi. Hoje à tarde pretendo voltar ao fórum para continuar a ouvir e tirar conhecimentos para poder usar na CPI. Se for necessário, como tem poder investigatório, vamos investigar a fundo para podemos fazer um grande diagnóstico. Então, agradecemos. Nada mais havendo a tratar, convoco os Srs. Deputados para reunião, na próxima semana, interna, conforme falou o Deputado Henrique Fontana. Muito obrigado a todos. Uma boa tarde.