



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

CPI - PLANOS DE SAÚDE		
EVENTO: Audiência Pública	Nº: 1032/03	DATA: 29/07/03
INÍCIO: 14h57min	TÉRMINO: 17h02min	DURAÇÃO: 02h05min
TEMPO DE GRAVAÇÃO: 02h06min	PÁGINAS: 40	QUARTOS: 26
REVISÃO: Patrícia Maciel, Sílvia, Waldecíria		
CONCATENAÇÃO: Yoko		

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO
ÁUREA CELESTE DA SILVA ABBADE - Advogada do Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS — GAPA. NEIDE REGINA COUSIN BARRAIGUELLI - Presidenta da Federação das Associações de Pacientes Renais Crônicos e Transplantados.

SUMÁRIO: Discussão sobre problemas enfrentados por pacientes portadores de HIV e por pacientes renais crônicos e transplantados com os serviços prestados pelos diversos planos de saúde. Apreciação de requerimentos constantes da pauta.

OBSERVAÇÕES



O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Declaro abertos os trabalhos. Passamos imediatamente a mais esta audiência pública da nossa CPI para investigar irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde. Esta audiência pública decorre da aprovação, nos dias 24 de junho e 9 de julho, dos Requerimentos nºs 17, do Deputado Dr. Rosinha, e nº 47, do Deputado Antonio Carlos Biscaia. Vamos, então, ouvir, e aproveito para convidá-las à mesa, a Sra. Áurea Celeste da Silva Abbade, que é Advogada do Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS — GAPA, que vai, então, nos discorrer sobre problemas que enfrentam os pacientes portadores de HIV, no seu cotidiano de relação com os planos de saúde. Em segundo lugar, convidar a Sra. Neide Regina Barriguelli, que é Presidenta da Federação das Associações dos Pacientes Renais Crônicos e Transplantados, para também prestar informações sobre serviços prestados pelos diversos planos. Quero, de imediato, agradecer a presença de vocês, Áurea e Neide, e dizer que sem dúvida nenhuma a presença de vocês contribuirá para este trabalho que estamos fazendo, que quer buscar a qualificação deste mercado de saúde suplementar no que diz respeito ao seu funcionamento de maneira ampla. Não sei se alguém tem preferência de fazer primeiro. Tanto faz? Passo de imediato a palavra para a Sra. Áurea, que vai usar da palavra então por 20 minutos. Eu aviso quando faltarem 5 minutos. E evidente que se passar só um pouquinho mais de tempo a Mesa vai saber compreender isso.

A SRA. ÁUREA CELESTE DA SILVA ABBADE – Boa tarde a todos e a todas. Agradeço a oportunidade de estar aqui presente nesta audiência de CPI dos Planos de Saúde, pois acreditamos que o resultado desta será a apuração das irregularidades existentes, da falta de cumprimento da lei e da necessidade de uma legislação rígida que venha a coibir abusos por parte das empresas que exploram esse ramo, fazendo valer o direito de aproximadamente 35 milhões de brasileiros que têm planos de saúde, quer por contratação individual ou em grupo. Temos o direito à saúde, de acordo com o documento extraído do Programa Nacional de Direitos Humanos, que diz: Direitos humanos são direitos fundamentais das pessoas, sejam elas mulheres, negros, homossexuais, índios, portadores de deficiência, populações de fronteira, estrangeiros, migrantes, refugiados, portadores de HIV, crianças, adolescentes, policiais, presos, despossuídos e os que têm acesso



à riqueza. E de acordo com a nossa Constituição, que é o que a gente se baseia sempre, embora para muitos ela não tenha o peso que ela tem para nós, todos somos iguais perante a lei, e, portanto, fica vedada qualquer discriminação. Quando eu disse isso, que todos somos iguais perante à lei, embora ela possa ser uma coisa assim normal para quem está acostumado e para quem lê a Constituição, para os pobres, para as pessoas doentes, para as pessoas necessitadas, essa frase soa simplesmente como uma frase e não como um direito, como uma coisa real, como uma coisa que a gente precisa estar provando ali todo o santo dia, precisa estar brigando na Justiça, precisa estar fazendo manifestações, precisa estar provando que nós somos iguais às outras pessoas e que, por isso, temos direito. Eu sou voluntária do GAPA, que é o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS, há 18 anos; sou membro-fundadora dessa primeira organização não governamental da América Latina que luta pelos direitos dos portadores do vírus HIV, na luta contra a discriminação, contra o preconceito, reiterando mais uma vez que todos somos iguais perante à lei. E uma das coisas que nós vimos há 18 anos atrás, e infelizmente a gente vê ainda hoje, é essa desigualdade, a morte civil a que é condenado o portador do vírus HIV, a AIDS, principalmente quando ele é homem, principalmente quando ele é criança, principalmente quando ele é mulher. O vírus HIV está aí, está atingindo todo o mundo, e todos nós estamos sendo discriminados. É como se a partir do diagnóstico de que a pessoa é HIV/AIDS, ela passa a ser simplesmente uma coisa, deixando de ser um cidadão que contribuiu, que estava ali, que trabalhou, que tinha família e que era nosso amigo até aquela data. Nós formamos o primeiro departamento jurídico voltado à questão da AIDS no Brasil, lutando contra todo o ato ou fato discriminatório ao portador do vírus da AIDS, lutando por uma melhor condição de saúde, contra o preconceito de qualquer natureza e por uma melhor política de saúde. A nossa luta prioritária sem dúvida tem sido a implementação, pelo Sistema Único de Saúde, de um programa de combate à AIDS, que atenda com dignidade, que preste a prevenção a todos. Mesmo com todos os avanços e conquistas que tivemos — e os senhores têm conhecimento —, a luta contra a AIDS no Brasil ou a resposta a qualquer problema de saúde que afeta a população brasileira não pode ser a tarefa apenas do Governo ou da sociedade civil. Todos, sem exceção, devem dar a sua contribuição. Acreditamos que todas as



peessoas com HIV/AIDS, que têm plano de saúde, que pagam por um plano de saúde, seja ele individual, familiar ou coletivo, devem ser atendidas pelos mesmos, independente do SUS prestar um bom trabalho. E acreditamos também que a AIDS é um problema de todos nós, que é uma coisa que às vezes a gente pensa que a AIDS só bate na porta do vizinho, mas a AIDS está aí, está enfrentando todo mundo, está pegando crianças, está pegando adultos, está pegando pessoas idosas. E uma coisa que me faz até estar mencionando isso é que na maioria das vezes as pessoas pensam que AIDS só pega na faixa etária de 15 a 45 anos, que AIDS só pega os homossexuais, as pessoas pervertidas, as pessoas marginalizadas ou pessoas que não têm família. Ontem, recebemos *um e-mail*, que dizia: Pago convênio há 12 anos, fui internada no ano de 2002 com o diagnóstico de HIV, até então desconhecido por mim. Diz o convênio que a doença é preexistente e que exigem para continuar com o referido plano que eu tenho que aderir à nova lei, declarando a patologia. Isso acarretaria um aumento na taxa paga de mais de 250% mensal. E, além disso, regulado pela lei da idade. A pessoa tem 55 anos, descobriu agora, depois que o marido veio a falecer. Sendo o aumento anual, pergunto: o que é direito adquirido? Peço informações se há registro ou ações judiciais com tal situação. Por favor, gostaria de que, se estiver ao seu alcance, que me informasse por *e-mail*, pois preciso entrar na Justiça urgente. Então, esse é um caso atual, quer dizer, bem atual, porque ocorreu ontem, e que a gente tem notícias todos os dias. Seguindo aqui, até porque conscientes das dificuldades de recursos para com o SUS, seria essa verba que poderia ser aplicada na própria luta contra a AIDS ou em outros problemas de saúde. Além disso, todas as pessoas têm o direito de escolher o plano de saúde de uma empresa privada ou através do SUS, que é um direito que está sendo negado para a gente. Quer dizer, nós temos o direito ao SUS, como todo e qualquer cidadão, e podemos optar ou não por esse plano de saúde. A gente faz essa opção, paga e, quando precisa, a gente não tem esse plano. Normalmente, pelo SUS, a gente recebe não só o medicamento, que é através do coquetel, que é uma distribuição gratuita e universal, mas também é feita a realização de consulta, dos exames e internações, porque normalmente os planos de convênio médico não aceitam esse tipo de atendimento. Esse trabalho nosso vem sendo feito desde meados de 1990, quando começou essa demanda da questão dos planos de saúde.



Aí foi quando nós iniciamos uma luta por um atendimento hospitalar ambulatorial para os portadores do vírus HIV que tinham convênio médico, que tinham plano de saúde, para que as empresas fossem obrigadas a continuar a dar o atendimento que havia sido contratado desde que as obrigações deles estivessem sendo cumpridas. A nossa luta iniciou nesse período, quando tivemos informação que diversos pacientes estavam sendo discriminados. Vários planos de saúde, nessa época, discriminavam, dizendo que, a partir do diagnóstico do HIV, então eles deixavam de ser associados. Esses convênios se negavam a atender as pessoas com doenças crônicas e infecto-contagiosas de notificação compulsória e AIDS. De acordo com dados da própria Agência Nacional de Saúde, a gente sabe que cerca de 70% dos contratos de planos de saúde são antigos, e esses contratos não migraram para a lei nova. São contratos leoninos, com cláusulas pequenas, que impedem que a pessoa tenha o seu direito exercitado na sua amplitude. Nós temos também uma outra informação que veio do Fórum de Recife, que são contratos antigos e que o Ministério Público entrou com uma ação civil pública que diz: Das exclusões contratuais. Tratamentos de doenças crônicas e suas conseqüências. Tratamento de doenças ou lesões preexistentes à aceitação de proposta. Tratamento de moléstias infecto-contagiosas de notificação compulsória e AIDS. Tratamento clínico e/ou cirúrgico de moléstias infecto-contagiosas de notificação obrigatória e suas conseqüências, como a seguir: febre tifóide e sarampo, em regime hospitalar, leishmaniose visceral, leishmaniose cutâneo-mucosa, encefalite por arbo-vírus, esquistossomose, malária, doença de chagas, em forma aguda, difteria, dengue, leptospirose e sífilis congênita e outras doenças e/ou patologias que sejam acrescidas ou notificadas obrigatoriamente pelo Ministério da Saúde. Quero deixar com a Mesa cópia desse documento, até para servir de ilustração e para mostrar até a fonte da onde foi tirado. A exclusão de doença como AIDS, pelo fato de ser infecto-contagiosa, que essa é uma das alegações, ou que seja uma epidemia, ela é inconcebível, porque a AIDS não pode ser excluída dos contratos de saúde com essa alegação, porque ela não é uma epidemia. Epidemia é quando ela atinge a todos sem controle, quando a pessoa não tem a previsão e quando não se sabe também os meios e formas de transmissão, o que no caso de AIDS a gente sabe. Portanto, sendo AIDS previsível e conhecida, ela pode ser controlada e não pode



ser excluída. Devemos lembrar que qualquer pessoa ou conveniado pode escolher um plano de saúde, mas não pode escolher a doença que quer ter. E isso é uma das coisas que normalmente a gente enfrenta ainda hoje. É como se o portador do vírus da AIDS ou o portador de qualquer outra patologia escolhesse aquela ou aquela outra doença simplesmente para ter um trabalho, quando na verdade a gente está aí e precisa simplesmente ter a sua saúde assegurada. Uma das coisas que eu me bato muito e que sempre comento quando entro com as ações é que quando você faz um contrato de seguro saúde você faz pensando em ter uma cobertura total. Você não pensa que, amanhã, se você tiver uma gripe, aquela gripe não é coberta. Você não faz pensando que se você tiver o vírus HIV no sangue, ele não é coberto; você não faz pensando que se você tiver uma pneumonia por pneumocystis carinii, você não é coberta. Você pensa que se você tem uma pneumonia, seja ela por qualquer vírus ou por qualquer meio de infecção, ela é coberta, ela deva ser coberta, e é o que não ocorre. O que era comum antes da Lei 9.656, que é a Lei dos Convênios Médicos, e infelizmente está vigente na maioria dos contratos, é a prestação de serviços com o mínimo de risco para a empresa, remetendo o cidadão que paga um contrato de saúde a um maior risco. Quer dizer que as doenças simples, a gripe, a febrezinha, uma enxaqueca, o convênio médico cobre. Quando realmente você tem uma doença crônica, que você tem que ter um tratamento, como uma amiga minha descobriu que hérnia de disco não era tratada, o que eu também achei um absurdo... Eu tinha ido porque também tinha hérnia de disco, só que não sabia o nome da doença, aí fui, fui tratada. Na hora que deu o diagnóstico, graças a Deus eu já tinha sido tratada, estava boa. Ela foi depois e disse: ah, eu sei, a minha doença é hérnia de disco, é igual à dela. Eles simplesmente falaram: Hérnia de disco nós não cobrimos, isso é doença crônica. Até na hora discutimos ali e ingressamos com uma medida cautelar, e ela foi aceita. Mas quantas pessoas têm condições de estar fazendo isso e têm a presença de espírito e têm um advogado à disposição e que queira aquilo? E de preferência de graça, porque também se for pagar a mão do advogado, então é preferível e você ir e se tratar pela rede pública. Bom, o que a gente viu nesses contratos, e vê ainda, é que esses contratos são leoninos, e isso vem muito demonstrado nas jurisprudências que a gente coletou dos tribunais e na jurisprudência que nós temos inclusive das próprias ações que nós fizemos ao longo



desses anos. Porque nesses contratos o que a gente observa muito são: primeiro, nos contratos antigos, que eu estou falando, que são contratos que têm nas cláusulas excludentes, as letras e são minúsculas e são pequenas de tal forma que mesmo com lupa a gente não consegue entender ou lê-las. Muitas vezes, lê, mas não consegue entender, porque, além de ser muito pequenininha, ela atrapalha. E também uma outra coisa que a gente sempre coloca aqui, que não se pode contratar um seguro saúde como se contrata um seguro de um carro, porque um carro o senhor pode ver o preço, ver detalhes, e a saúde, não. O corpo humano ele não pode ser coberto apenas uma parte, porque quando a pessoa tem que ter a saúde, a saúde tem que ser um todo. Zelar pelo corpo inteiro, não podendo ser excluído uma perna, um braço ou sangue. E nesses contratos que a gente tem agora, o que a gente vê é exatamente isso, são exclusões de determinadas coisas como se a gente fosse um carro ou uma casa. Desde de 1993, foi quando nós entramos com a primeira ação ordinária de obrigação de fazer, tivemos um pedido de tutela antecipada deferido, e nós pedimos que fosse excluída a cláusula que negava o direito do atendimento ao portador do vírus HIV. E conseguimos que ela fosse julgada nula e sem efeito. Isso foi uma vitória que para os portadores do HIV e para as outras patologias foi de muita importância, porque depois disso nós já fizemos para várias outras patologias e conseguimos com o mesmo sucesso. Então, o que a gente vem fazer aqui é sugerir que essa CPI convide os portadores do vírus HIV, doentes de AIDS, bem como de outras patologias, para dar depoimento e informarem como é que foi a situação em que eles estavam quando foi negado o atendimento. Adoecer e saber que o plano de saúde não cobre um tratamento é uma das piores notícias, e que é dada num momento bastante ruim, é dada num momento em que a pessoa está fragilizada, em que a pessoa não tem condições sequer de raciocinar. Aí ela sabe que o que ela pagou durante quase toda a sua vida não tem valor nenhum. Nós tentamos solucionar ou encaminhar os problemas que nos surgem, mas a gente sabe que chega nas nossas mãos uma parte bem pequena dos problemas, porque nem todas as pessoas vão ao PROCON, ao Ministério Público ou vão até nossas ONGs, que precisam ter um certo conhecimento dos seus direitos para poderem estar ali. O problema das exclusões praticadas pelos planos de saúde é muito subnotificado e o problema é bem maior



do que ele aparenta. Só eu, enquanto advogada do GAPA, acompanhei algumas centenas de processos nesses últimos 10 anos. Cerca de 400 ONGs no Brasil, todas elas têm departamento jurídico e todas elas também notificam casos parecidos como o nosso. Mesmo quando as pessoas lêem os contratos, às vezes elas não compreendem e assinam esses contratos porque, na maioria das vezes, também fazem contrato com parte do salário. Quando a pessoa é empregada e ela é contratada, dentro do salário dela está incluído o contrato de saúde, esse contrato de saúde que ela não tem direito de fazer a opção, quem faz normalmente a negociação é a empresa que faz o contrato. E quando ela precisa, então, ela vai ter também que brigar para poder obter esses direitos. Queremos reforçar que as pessoas com HIV e AIDS com contratos antigos, assinados antes da Lei de 1998, é como se a lei não existisse, porque vale o que está ali escrito. E assim, pedimos a esta CPI, que deve cuidar dessa questão, chamando a atenção da necessidade de regras para migração e adaptação dos contratos antigos, de forma que os cidadãos, antes excluídos, passem a ter cobertura em um novo contrato e que precisem fazer valer os seus direitos. Em relação aos contratos novos, ou recentes, ou para quem não tem um plano de saúde e que gostaria de contratar um, as portas também estão fechadas para os portadores do vírus HIV/AIDS ou doentes crônicos. Para os novos contratos, aqueles realizados a partir de janeiro de 1999, o art. 10 da Lei 9.656 diz que todas as enfermidades e tratamentos listados pela Organização Mundial de Saúde devem ser cobertos pelo plano de saúde. Isso resolveria o drama das exclusões da AIDS e outras doenças. Mas, imediatamente, o art. 11 diz que..., ele chega a negar o direito desses portadores. As doenças mais graves, os tratamentos mais onerosos também não se encaixam nesse conceito. O problema é que doenças não se submetem a marcos contratuais. Essa é uma contradição entre o art. 10 e o art. 11, que acabou mantendo as exclusões. Para operar num regime de preexistência, o consumidor, no ato da contratação, deve preencher uma declaração de saúde. E essa declaração de saúde — é aí que está o nó da questão... Eu tenho um caso específico da minha família, de uma garota de 11 anos que precisou... Ela tem talassemia, e, na hora de fazer o preenchimento, a mãe declarou que ela era talacêmica. E até hoje não veio a empresa fazer o exame que diz que tinha que ser feito pra que ela fosse aceita. Isso nós temos com várias e várias pessoas, que



ocorre exatamente isso. Quando a pessoa declara que tem determinadas doenças, ela não é aceita. Declarado algum tipo de enfermidade, ele tem duas opções: ou fica dois anos sem a cobertura de certas doenças, que devem ser informadas, que é a chamada cobertura parcial de 24 meses, ou paga um adicional, que é o chamado agravo, que aí não precisaria esperar os 2 anos. O esquema parece ser razoável. Só correria o risco de ficar sem a cobertura quem não fizesse opção pelo agravo. Só que as empresas não estão oferecendo a opção do agravo. O pior é que a Agência Nacional de Saúde faz vistas grossas para a questão. Esta CPI deveria solicitar à Agência Nacional de Saúde a lista das operadoras que oferecem agravo a diversas doenças e quanto cobram por isso e, além do critério aceito pelo MS, estabelecer o valor. Esses resultados de fiscalização das denúncias são reiteradamente levados ao MS sobre o não-oferecimento do agravo. Foi feita uma pesquisa por voluntários. *(Pausa.)* Onde que está? Deixa eu só dar uma olhada aqui.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Cinco minutos para concluir.

A SRA. ÁUREA CELESTE DA SILVA ABBADE - Dois minutinhos, só. Bom, eu tenho aqui, mas eu acho já essa pesquisa que foi feita pelo grupo Pela Vida, que é um grupo de valorização e integração da dignidade do doente de AIDS, que atua na cidade de São Paulo. E gostaria de deixar cópia aqui para os senhores, mas é que eu não estou localizando, mas ela deve estar aqui comigo. Aqui. Bem aqui na frente. E aí a gente verifica que houve duas empresas que ofereceram o agravo. E esse agravo é o que a gente chama de um embargo econômico, porque, num País onde salário mínimo chega a 240 reais por mês, o agravo oferecido foi de 1.290 reais, quer dizer, o que torna quase que impossível para 90% da população brasileira. Então, no caso de AIDS, a gente tem que colocar o seguinte: que existem hoje no Brasil cerca de 140 doentes de AIDS em tratamento na rede pública e existem 600 mil pessoas infectadas pelo vírus HIV, que irremediavelmente vão caminhar mais cedo ou mais tarde para AIDS. E AIDS tem hoje um tratamento, AIDS não significa morte. E, graças aos progressos da medicina e da ciência, a mortalidade caiu pela metade. E a tendência é que AIDS seja uma doença crônica e as pessoas continuem vivendo cada vez melhor com a doença. Ou seja, cada vez mais, teremos pessoas em tratamento indefinidamente. E os recursos do SUS são



limitados. Assim, nunca foi tão importante a necessidade da colaboração de todos, inclusive das operadoras de planos de saúde de arrecadarem com a sua responsabilidade, que não é apenas uma responsabilidade contratual. É um compromisso humanitário de responsabilidade social, visando o respeito aos direitos humanos e a dignidade do cidadão. Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Quero agradecer as informações e a participação da Áurea Celeste da Silva Abbade e passar a palavra, então, à Presidente da Federação das Associações de Pacientes Renais Crônicos e Transplantados, Sra. Neide Regina Barriguelli.

A SRA. NEIDE REGINA COUSIN BARRIGUELLI - Boa tarde a todos! Eu queria agradecer a oportunidade de estar aqui. E, antes de ler o documento que eu preparei junto com alguns companheiros sobre a questão dos planos de saúde, eu queria resgatar uma situação que, há mais de 10 anos, no Senado Federal — o Senador, acho que é Iram Saraiva, se não me lembro, não tenho certeza se é Saraiva —, ele fez aqui no Senado o primeiro projeto de lei. E ele era curtinho, tinha 3 artigos: um abria o projeto, o segundo dizia que não era permitido ter exclusões. E encerrava. E, passados mais de 10 anos, nós estamos aqui num emaranhado de leis e adendos e resoluções, e a exclusão continua. Quer dizer, então, pra que foi gasto tanto dinheiro, foi feita tanta reunião? Nós participamos de tantas audiências públicas, tivemos o azar de ter como Relator Pinheiro Landim, que depois se revelou o que se revelou ultimamente. E ele foi o Relator dos planos de saúde. E como esta Casa aqui sabe, aqui têm grandes especialistas em botar palavrinhas que atrapalham a vida da população. E haja palavrinha que entrou nessa questão dos planos de saúde. E nós até hoje estamos penalizados. Eu faço parte de um segmento, o renal crônico, que tem tido uma assistência total pelo SUS. Nós temos... Mais de 90% dos nossos pacientes, somos atendidos pelo SUS. Quer dizer, é uma briga grande, o tratamento está evoluindo, a gente consegue do SUS tratamento e consegue medicamentos. Mas 30% dos renais pagam algum tipo de plano de saúde, só que não têm direito. Só os planos novos. Os planos novos é para o renal do futuro. É para quem está fazendo plano hoje vai ficar renal um dia. Só que os 38 milhões de brasileiros que pagam, se tem algum renal na família, têm que ir para o SUS. Ou alguma coisa a gente consegue, se precisa algum exame, aí se



entra na Justiça, se consegue uma liminar pra fazer qualquer exame mais complicado, porque o renal tem muitas intercorrências. Então, eu quero lembrar aqui aquela primeira lei que saiu do Senado. E que, depois de tantos anos, o que era fundamental na lei não é aplicado ainda. E precisa ter uma CPI pra investigar todos os abusos que foram cometidos nesse meio tempo. Quer dizer, cria uma agência, a agência não resolve, a agência muito comodamente diz que ela só legisla da lei pra frente e se omite de legislar sobre o grosso que é dos planos de saúde. E é uma agência que precisa ser investigada, é uma agência que funciona no Rio de Janeiro uma parte, uma parte aqui em Brasília. Tem uma Câmara de Saúde Complementar Consultiva, que se reúne aqui em Brasília. Eu faço parte há 3 anos, acho importante, mas... Nós somos figuras decorativas lá, porque a gente vem fala, pede, sapateia, mas não adianta. A gente é comunicado: "Ah, vai ter aumento". E é goela abaixo o aumento. Então, essa Câmara ela é só comunicado, só faz reunião quando o Presidente bem entende. Ele adia a reunião. Aqui, todo mundo em Brasília pra reunião. A reunião é adiada. Volta todo mundo pra casa e tal. Faz reunião, com tanto lugar pra fazer reunião nesse Ministério, do Ministério da Saúde, já que a agência não funciona em Brasília, e também não sei por que que essa Câmara tem que funcionar aqui em Brasília, já que a sede é lá no Rio de Janeiro, mas faz aquela reuniãozinha num hotel. Então, é tudo dinheiro público. Têm publicações da agência que não sei pra que que serve. Eu recebi uma aqui hoje que eu vou deixar na CPI, que isso aqui é um abuso. É um diretor que cumpriu o seu mandato e aí fez um documento. Ele tem que prestar contas. Eu não conheço, não sei quem é, não sei do trabalho dele. Só que eu acho que fazer...

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - Qual o nome do diretor?

A SRA. NEIDE REGINA COUSIN BARRIGUELLI - É Luís, nem sei.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Luís Arnaldo Pereira da Cunha Júnior.

A SRA. NEIDE REGINA COUSIN BARRIGUELLI - Ele tem que prestar contas do mandato dele. Só que ele não pode pegar o dinheiro público e fazer uma propaganda dele, com fotografia dele, dos amigos, dos funcionários. Eu não li o documento, só que eu acho que isso aí é dinheiro público jogado fora, da saúde que precisa ... É tão combalido. Nós precisamos de dinheiro para medicamento. E não é



só na agência, não. Essa é uma questão que tinha que ser investigada aqui pela Câmara. Porque todo funcionário que é mais graduado, ele consegue, pra fazer currículo, publicar. A saúde é um dos que mais produz papel neste País, papel que ninguém vai ler e que vai servir só pra currículo de alguém e gastar o parco dinheiro público, que devia ser muito melhor direcionado pra comprar medicamento, pra comprar equipamentos, pra reequipar hospital público. Então, eu queria fazer esse preâmbulo. E agora eu vou ler o depoimento que foi feito por mim, com meus companheiros da patologia renal. Há mais de uma década, nós, entidades de defesa dos usuários, portadores de patologias e deficiências, nos unimos aos órgãos de defesa do consumidor e outras entidades devido aos abusos cometidos pelos planos e seguros de saúde, que sempre foram muitos: exclusão de atendimento, rescisão unilateral de contrato, limitação do período de internação, longos períodos de carências, mensalidades abusivas e muitos outros. Passamos a exigir uma regulamentação específica que contemplasse os princípios gerais estabelecidos na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde e no Código de Defesa do Consumidor, como forma de coibir as ilegalidades cometidas pelo setor de saúde suplementar. Durante muito tempo, a nossa única saída era o Poder Judiciário, que, ao zelar pelo cumprimento do ordenamento jurídico brasileiro, criou farta jurisprudência em favor do respeito à saúde. Assim, participamos da elaboração da proposta do Conselho Nacional de Saúde. Estivemos presentes durante a longa tramitação da matéria no Congresso Nacional e criamos o Fórum Nacional de Acompanhamento da Regulamentação dos Planos de Saúde, juntamente com as entidades médicas, de profissionais, OAB e ONGs. Nós fomos às ruas e à mídia em diversas ocasiões, e vamos continuar fazendo isso sempre que for preciso. Alertamos para o *lobby* das operadoras junto aos Parlamentares, criticamos o projeto defendido pelo Governo, repudiamos o relatório do Deputado Pinheiro Landim, aprovado pelo Plenário da Câmara, e atuamos junto ao Senado, que, por limitações regimentais, quase nada pôde fazer, porque o projeto voltou lá, mas deu pra fazer nada. Desde a sua sanção, pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso, a Lei 9.656 passou a ser substancialmente modificada pela edição de sucessivas medidas provisórias. Em muitos casos, o texto legal, que já não era adequado no que diz respeito aos direitos dos usuários, foi desfigurado nos prejudicando ainda



mais. A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no ano de 2000, no meu entender, pouco contribuiu para a alteração do cenário, tornando a regulamentação ainda mais fragmentada e complexa, com a edição de dezenas de resoluções sem mecanismo de controle social. As ações da agência também estiveram desvinculadas de uma política nacional de saúde. Os poucos avanços da legislação se restringiram a aspectos pontuais e não atenderam aos reclamos de milhões de brasileiros. Pelo contrário, a lei e sua regulamentação serviram para legitimar abusos inaceitáveis, que vinham sendo rechaçados pelo Poder Judiciário. Gostaria aqui de reiterar todas as palavras ditas pela Áurea, que a situação dos renais e a nossa dificuldade de sermos atendidos pelos planos de saúde é absolutamente idêntica aos portadores de HIV. Mais do que isso. Somos excluídos e humilhados pelos planos de saúde da mesma forma que os transplantados, os diabéticos, pacientes com câncer ou doença do coração, portadores de deficiências físicas e mentais, todas as doenças crônicas e os idosos. Ou seja, nós temos um sistema de saúde suplementar criado para atender jovens e sadios. Numa expressão usada mais de uma vez por donos de operadoras, nós, os doentes, e também os idosos somos os carros batidos que ninguém quer atender. É preciso que os senhores saibam, e proponho alguma solução em relação aos contratos antigos de planos de saúde, que são a maioria. Esses contratos foram feitos antes da Lei 9.656. Como não ocorreu a migração, continua valendo o que está no contrato, e a maioria exclui doenças crônicas, infecto-contagiosas e as preexistentes. Nesses casos, continuamos tendo que recorrer à Justiça para fazer valer o direito à saúde e sempre ganhamos a causa. Mas o problema é que nem todos têm acesso a advogados, o que faz com que prevaleça a exclusão imposta pelas empresas. Segundo a lei atual, é vedada a exclusão de coberturas às doenças e lesões preexistentes, definidas como aquelas que o consumidor sabe que é portador no momento em que assina o contrato e ingressa no plano. Mas quase 5 anos após a regulamentação dos planos de saúde, as operadoras descumprem a lei e negam a opção do atendimento aos doentes crônicos e portadores de doenças preexistentes. A maioria das empresas de planos de saúde descumprem a legislação e não oferecem a opção do agravo aos usuários portadores de doenças crônicas e preexistentes. Com o agravo – e aqui o agravo é



uma das tais palavrinhas que são inventadas –, o plano não pode ter carências ou restrições, mas pode cobrar mensalidade mais alta em função da doença. O agravamento é negado descaradamente ou nos pouquíssimos planos que o oferecem, o preço da mensalidade é absurdo: cerca de R\$ 2.000,00, o que chamamos de exclusão pecuniária. Assim, tem restado ao doente crônico que quer contratar um plano a opção dos 2 anos de carência, que permite a exclusão, nesse período, da cobertura de diversos procedimentos ligados a doenças preexistentes: cirurgias, internação e leitos de alta tecnologia, exames, procedimentos de alta complexidade, dentre outros constantes da lista de exclusões, elaborada pela agência. Os senhores deveriam conhecer este rol de exclusões. Ali existem exames e procedimentos que, se não forem feitos, levam o paciente a óbito, conforme demonstra os pareceres das entidades de especialidades médicas, que vamos deixar aqui. São muitas as falhas e desvios da legislação. O fato dos planos antigos e dos planos coletivos ficarem de fora da lei, fragmentação da assistência com a existência de planos apenas ambulatoriais, é um problema. A restrita cobertura de transplantes, a existência de muitas faixas etárias com aumentos abusivos a partir dos 50 anos de idade, a exclusão de acidentes de trabalho, a revisão técnica que dá socorro às operadoras em dificuldades financeiras, mas penalizam o usuário. A falta de transparência nas planilhas de custo e nas políticas de reajuste, a margem de lucro das operadoras, o financiamento de campanhas de políticos pelos planos de saúde. Enfim, são muitas as questões sobre as quais essa CPI deveria se debruçar, e eu não sou especialista nesses assuntos. Estou aqui para chamar atenção dos senhores para a questão específica que é a exclusão das chamadas doenças preexistentes. Reiteramos que sempre nos opusemos de forma contundente a qualquer exclusão de atendimento e assistência para portadores das chamadas doenças e lesões preexistentes. Estou deixando para o Presidente da CPI, o Relator e todos os senhores, um documento que produzimos em parceria com os órgãos de defesa do consumidor, com as nossas críticas à regulamentação, no tema específico de doenças preexistentes, bem como sugestões que visam o seu aprimoramento e a coibição dos abusos praticados contra os usuários e consumidores. O documento contempla questões gerais e traz exemplos de casos concretos, que prova as lesões sofridas pelos usuários de planos de saúde e as sugestões de alteração de



regulamentação. Gostaríamos que os senhores acatassem as sugestões feitas por nós, pois conhecemos de perto a situação grave por que passam os usuários de planos que têm alguma patologia. Por fim, não poderia deixar de falar no papel da agência nesse processo de regulamentação. Reconhecemos a necessidade de um órgão para regulamentar e fiscalizar os planos de saúde, mas a atuação da agência deixa a desejar. É fraca, limitada, incipiente e não tem sido capaz de proteger os usuários dos abusos praticados pelo setor. A regulamentação até agora traz pequenos avanços e beneficia mais as operadoras. A agência, até agora, editou dezenas de resoluções, muitas delas contrárias à própria Lei 9.656, e ao Código de Defesa do Consumidor, trazendo graves prejuízos aos usuários. Como exemplo, a agência definiu a restrição de coberturas e procedimentos de alta complexidade. Restringiu as garantias asseguradas aos consumidores ao possibilitar o descredenciamento de hospitais. Criou a revisão técnica que permite a alteração unilateral do contrato, dentre outras medidas. A agência tem sido omissa em relação aos planos de saúde coletivos, que representam cerca de 70% dos usuários do setor. A estrutura criada se presta apenas a atuar junto aos planos individuais e ignora reiteradamente as nossas reivindicações e foi omissa em relação aos pedidos de revisão das resoluções que colocam em risco a saúde e a vida dos usuários a exemplo das doenças preexistentes. É uma Resolução RDC-68. As ações de fiscalização da agência também são insuficientes. A agência não conseguiu coibir ou sequer inibir as práticas abusivas e ilegais das operadoras. É preciso que a agência seja mais integrada ao Ministério da Saúde. A agência deve executar as políticas definidas pelo Ministério da Saúde e não formular suas próprias políticas, conforme tem sido sua prática. Se engana quem pensa que os planos de saúde não têm relação com o SUS. Quando o plano não cobre é o SUS quem arca com o atendimento, principalmente nos procedimentos caros e de alta complexidade. Além disso, o ressarcimento ao SUS, apesar de estar na lei, é insignificante, pois o processo é lento e as operadoras recorrem na Justiça, sem contar a prática absurda da fila dupla, em que os usuários de planos de saúde furam a fila do SUS e são atendidos na frente, em consultas e cirurgias, em unidades do SUS, principalmente nos hospitais universitários. Há ainda o financiamento direto e indireto dos planos com dinheiro público, seja na isenção de impostos, a exemplo das Santas Casas,



que vendem planos de saúde, seja na compra de planos privados para funcionários públicos, inclusive para servidores do SUS. Ou seja, não existem dois sistemas separados, que não se relacionam. Temos que ter um sistema só, que funcione de fato, pois hoje nem os usuários do SUS nem os dos planos estão satisfeitos. Também tem que haver alguma forma de controle social sobre o setor. A atual Câmara de Saúde Suplementar é um órgão consultivo onde sempre somos votovencido. Tem que haver um espaço paritário, com metade dos representantes de usuários, e deliberativo. Também o Conselho Nacional de Saúde, órgão máximo de controle social, precisa ser ouvido e sua opinião respeitada, antes das principais decisões da agência. Para concluir, reitero nosso compromisso público, da FABRA e do Fórum de Entidades Nacionais de Patologias e Deficiências, de atuar na construção de uma regulamentação que obedeça ao princípio de direito à saúde assegurado na Constituição e não trate nossa saúde como mercadoria. Que o resultado desta CPI repercuta na melhoria da qualidade da saúde e de vida da população brasileira. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Então, eu quero, em nome de todos nós, agradecer à D. Neide. Gostaria de, aproveitando o nosso *quorum*, antes de passar aos inscritos, que são, até o momento, o Deputado José Linhares, Jamil Murad, Saraiva Felipe e Henrique Fontana — o Deputado Rosinha está pedindo inscrição, a Carla tomou nota aqui —, só combinar: nas primeiras audiências públicas, nós tiramos um posicionamento da CPI de fazer audiências públicas descentralizadamente nos Estados. Então, há uma proposta, que foi discutida pelo Relator e pelo Presidente e que nós queremos apresentar aos Deputados que compõem a CPI, que seria nós fazemos as duas primeiras audiências públicas, uma, no dia 18 de agosto, no Estado do Paraná, e outra, no dia 1º de setembro, no Estado de São Paulo. Essas datas coincidem com duas segundas-feiras. A nossa proposta, se houver concordância, seria a de consolidar posicionamentos sobre estas duas audiências, e continuaríamos conversando sobre os demais Estados, para atendê-los em datas futuras. Feita essa informação, ao final, nós podemos consolidá-la; eu não percebo nenhuma contrariedade dos Deputados e Deputadas. Eu passo a palavra ao Deputado José Linhares, o primeiro inscrito.



O SR. DEPUTADO JOSÉ LINHARES - Sr. Presidente, nobre Relator, eu queria cumprimentar as nossas duas expositoras, a Dra. Áurea e a Sra. Neide, que é uma velha companheira nossa de discussões. Eu senti que, nas duas exposições, há um elemento comum, que é o elemento do contrato antigo e do contrato que vem *a posteriori* à Lei 9656. Esse contrato já está sendo objeto de um ADIn que faz mais ou menos uns 8 anos que se encontra na mão do Ministro Jobim. Era necessário que esta Comissão pedisse um parecer do próprio Ministro para que ele dirimisse o problema, porque, como frisou muito bem a Sra. Neide, após o contrato efetuado nesses últimos anos, ficou uma contradição intrínseca entre os dois contratos, porque o contrato antigo, muitas vezes, é bastante limitado. E é limitado por uma razão muito simples: contratos há que são... que não se protegeram do que nós chamamos cálculo atuarial, eles são quase incapazes de cumprir. A nossa Comissão tem uma atribuição muito séria: é que saúde hoje é muito cara. Nós não vamos pensar em saúde de alta complexidade sem pensarmos que ela pode ser feita a custo zero. A prova é que — nós que vivemos dentro da área — uma ampola de uma hemodinâmica está custando 180 mil dólares. Aí, na hora em que você queima uma ampola, porque ela tem uma vida, repor uma ampola de 180 mil dólares já é um custo considerável. Então, nós tivemos aqui dois graves problemas: o problema dos aidéticos, muito grave, porque a doença, embora seja tratada, não está contida, os planos antigos não contemplam realmente o aidético; e o renal crônico também não é contemplado nos planos antigos. Então, existem duas legislações, e eu penso que a função primária dessa nossa Comissão seria resolvermos a dicotomia existente entre os dois planos. Essa dicotomia tem que ser rompida, porque, senão... São duas legislações, e essas duas legislações estão funcionando, porque, quem é portador de um plano antigo, lá vem a ação na Justiça, e, muitas vezes, a Justiça contempla o plano antigo e, às vezes, incorpora o plano antigo ao plano novo, o que, no meu modo de ver... Se você está pagando um plano antigo, digamos de 60 reais, ele não pode ter a cobertura universal, porque ele não daria para poder sobreviver. As operadoras, que são sempre as grandes aqui apontadas como vilãs, estão também sofrendo uma crise muito séria. Eu recebi agora, como Presidente da Confederação das Santas Casas, que as UNIMEDs, que são as cooperativas médicas do Brasil, começando pela de São Paulo, Rio de



Janeiro, a de Belo Horizonte, a do Ceará também já está, estão quase todas em estado pré-falimentar. Isso é algo que tem que ser considerado de uma maneira bastante objetiva. Não sabemos a razão, o nosso companheiro Mário pediu que nos fossem trazidas as planilhas tidas pela nossa Agência Nacional de Saúde Suplementar. É importante a gente estudar essas planilhas, porque nessas planilhas nós teríamos de contemplar as patologias ou os procedimentos e de ver mais ou menos quanto está custando um procedimento. Nós temos, já trouxemos para a Comissão de Seguridade Social. Por exemplo, no Sistema Único de Saúde, que nós estamos agora discutindo com o Ministério, essa luta é uma luta que nós mantemos aqui. O nosso Presidente, no ano passado, esteve conosco em várias reuniões em que nós tentávamos corrigir as tabelas do SUS. As tabelas sofreram uma defasagem muito grande, primeiro porque todos os equipamentos são importados; em segundo lugar, nós tivemos um aumento considerável nas tarifas públicas, depois tivemos os dissídios coletivos, que também oneraram bastante, e os insumos, sejam de medicamentos, sejam de material hospitalar, também sofreram um aumento. E se nós olharmos o que aconteceu com o Sistema Único de Saúde: o único, eu chamaria, segmento que recebeu algum aumento foi da alta complexidade. A média e a baixa complexidade não recebeu absolutamente nada. Eu estou participando agora de um grupo de estudo no Ministério, e a proposta do Ministério é subir 5%. Cinco por cento, hoje, para quem trabalha quase com exclusividade para o SUS, é quase impossível se manter. E o Sistema Único de Saúde... Eu estou com 400 Santas Casas prestes a fecharem as portas. Elas já se apropriaram indebitamente do recolhimento da Previdência Social, tanto do FGTS como também do próprio INSS recolhido dos funcionários, para poder comprar medicamento. É o mesmo problema que nós ouvimos na Comissão de Seguridade do FIDEPS. As universidades chegaram e demonstraram aqui que o FIDEPS, que era voltado para a pesquisa, voltado para a extensão, eles estão cada dia mais sendo usados, esses recursos, para pagamento de profissionais e para pagamento de medicamento. Eu me recordo muito bem que o Dr. Amâncio disse aqui que, quando chega o FIDEPS, ou ele compra catgut ou compra algodão ou então paga a terceirização que está sendo feita nos hospitais. Então, nós diríamos aqui que o primeiro grave problema apontado pelas duas expositoras, eles teriam talvez um caminho mais ou menos



acertado se nós conseguíssemos que o Supremo Tribunal imediatamente distinguisse o que é o contrato velho e o contrato novo, dirimindo esse grande conflito que está presente até o dia de hoje. Desde que a lei saiu, entraram com a representação, e não foi colocado. Em segundo lugar, nós gostaríamos de dizer que a agência, embora ela tenha defeito, mas ela regulamentou muita coisa. E todos nós queremos que a agência sobreviva. E se está ruim com a agência, pior seria sem a agência. Eu me recordo que eu fiz parte da Comissão que discutiu a Lei 9.656 — embora que nós tenhamos 42 medidas provisórias, que, de certo modo, deformaram a lei. E a lei complementar, que nós deveríamos ter feito, não foi feita por nós. Temos de fazer o nosso mea-culpa, nós, Deputados. Então, nós queremos dizer que 3 aspectos deveriam ser considerados. Primeiro, o problema dos contratos antigos e os novos. Em segundo lugar, queremos ver as planilhas, os custos, porque isso é um custo atuarial. E terceiro, que a agência com certeza virá aqui, e eu penso que nós não deveríamos estigmatizar a agência, mas explicar as dificuldades que ela tem. E eu seria até de opinião que a agência devia ser em Brasília, porque o local onde se definem todas as pendências é aqui em Brasília. Todas as políticas estão aqui concentradas, e está com uma dicotomia. Mas queria parabenizar as duas, a representantes do GAPA — não é, GAPA? — e a D. Neide, que trabalha no Conselho Nacional. Há quantos anos, não é, D. Neide, trabalhando sempre pelos renais crônicos! E a última vez que nós estivemos no Ministério levando o quanto custa uma aplicação de hemodiálise, a gente viu que já existe uma defasagem bastante grande. Porque geralmente a gente cria, quem tem serviço de hemodiálise, para plano de saúde, mas nunca se tem um cliente de plano de saúde. Sempre fica com o SUS. Muito obrigado, Sr. Presidente.

O SR. DEPUTADO SILAS CÂMARA - Pela ordem, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, Deputado José Linhares. Pela ordem, Deputado Silas Câmara.

O SR. DEPUTADO SILAS CÂMARA - Sr. Presidente, é só para registrar. Eu estou aqui com uma cópia da ata da última reunião, do dia 9 de julho, quando por mim foi solicitada a retirada de pauta de requerimentos de minha autoria por ter sido comunicado que elas estavam obstruindo a pauta. Eu estava impossibilitado de participar da reunião. Portanto, solicitei a retirada de pauta, o que não quer dizer que



eu não vou voltar a apresentá-los. Estou registrando isso para que fique muito claro para a Comissão que são relevantes os requerimentos. E os que não foram prejudicados, por conta de apresentação já de outros Deputados, serão reapresentados por mim a partir já da próxima reunião, para que a gente possa, então, na continuidade dos fatos aqui apurados, ter a complementação, com a informação desses institutos, que, com certeza... desses órgãos, que, com certeza, vão complementar as informações, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Pois não, Deputado Silas. Acolhida a sua questão de ordem, eu passo a palavra ao Deputado Jamil Murad, pedindo um esforço para todos nós para tentarmos ficar dentro do nosso tempo.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - São 5 minutos? Sr. Presidente, Srs. Deputados, eu queria dizer que mais uma vez esta CPI vem preencher uma lacuna, uma necessidade da sociedade, que, no dia-a-dia, não aparece. Existem as queixas, os lamentos, as lágrimas, e isso passa. Eu acho que a Neide, que eu conheço de muito tempo lá no Estado de São Paulo, lutando pelo direito dos renais crônicos e transplantados, e a Dra. Áurea, que eu conheço desde o tempo em que ela tinha como parceiro, ali, nessa luta pela defesa dos aidéticos, o Paulo Teixeira — o Paulo Teixeira não, o Paulo Bonfim. O Paulo Bonfim era um auxiliar de enfermagem que trabalhava conosco lá no Hospital do Servidor Público Estadual. Um moço muito lúcido e que trabalhou na política pública em defesa desse segmento e depois acabou falecendo. Então, todo cidadão de consciência acaba engrossando essa luta. Então, aqueles que morrem vêm a sua bandeira, a sua aspiração por justiça ser levada adiante por outros que são despertados para lutar por justiça. Deputado Henrique Fontana, quando se propôs esta CPI, 3 anos atrás, por mais que V.Exa. conhecesse o problema, o senhor não imaginava que essa covardia dos planos de saúde contra a nossa população era tão grave e mantida com tantos artifícios, e muitas vezes até com abuso do poder econômico que eles têm. Por exemplo, eu falei com o Presidente da Associação Nacional de Nefrologistas — que acabou não sendo convidado de última hora para comparecer, mas ele estava arrolado para vir aqui —, e o Dr. João Egídio, que eu conheço há uns 30 anos, porque também sou nefrologista, ele dizia, ainda hoje: “Jamil, 20% — aí tem diferença de estatística, ele



falava uns 20%, a Neide falou 30% — dos que fazem diálise, 30%, ele dizia 20%, têm plano de saúde”. Só que os planos de saúde se escondem de maneira covarde, com subterfúgios, para não assumirem a sua responsabilidade, para negarem aquilo que o indivíduo contratou com o plano de saúde. E isso dá um prejuízo para o sistema público de saúde de 6%, que arca com a despesa, para 20%, deixando esses 14% para o sistema público. São 110 milhões de reais que os planos deveriam pagar, e quem paga é o sistema público — 110 milhões de reais. É um dinheiro roubado, é um dinheiro roubado. O Senador Iram, que a D. Neide levantou aqui, colocou uma lei que era um artigo: é proibido ter exclusões. E eles derrubaram a exclusão. Eu me lembro, numa audiência pública no Conselho Nacional de Saúde, que um Deputado, dono de um plano de saúde em São Paulo, falou: “*O nosso problema é o idoso. Se não fosse o idoso, era uma maravilha*”. Quer dizer, o problema é vender uma coisa que eles não entregam, só recebem. E vai continuar esse abuso?

Não pode. É um assalto ao dinheiro público, um abuso contra o cidadão de boa fé, até uma negação das leis existentes no País, e não lhes acontece nada. A Agência Nacional de Saúde é uma vergonha. Ela se coloca como se fosse o Congresso Nacional para legislar ou se coloca no lugar do Ministério da Saúde para elaborar a política. E ela não fiscaliza. Ela ajuda a acobertar. Então, isso não pode continuar. O Brasil não suporta mais esse tipo de comportamento.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Para concluir, Deputado, mais 1 ou 2 minutos.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - Nós queremos aqui acolher, porque os planos de saúde abusam também dos médicos, das enfermeiras, dos profissionais, abusam das Santas Casas e dos prestadores de serviço de maneira geral. Na verdade, eles só ficam com o filé *mignon*. Que poder que têm os planos de saúde? Será que nós vamos na CPI desmontar essa arapuca? Pode ter plano de saúde, mas para funcionar honestamente perante a lei. Não pode continuar isso. E nesse processo, Presidente Henrique Fontana, nós pretendemos então fazer mudanças no sentido de coibir a continuidade dessa covardia. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Estão inscritos eu, depois Dr. Rosinha, Arlindo Chinaglia e o Deputado Silas Câmara. Bom, ouvindo a



Áurea e a Neide falarem aqui, voltei a reforçar uma convicção que tenho. Existe um problema nesse mercado de saúde suplementar que é a tentativa de, numa certa medida, individualizar riscos. E, na medida em que individualiza riscos, gerar um mecanismo, supostamente legal, que exclui determinados pacientes, determinados cidadãos, determinados usuários. Vamos pegar o exemplo deste mundo da chamada doença preexistente e do agravo. Isso gera uma situação tal — e foi descrita aqui, eu acho que foi a D. Neide que observou — que ao calcular o suposto agravo, ou seja, ao individualizar o risco de um determinado paciente, o plano, ou alguns planos, ou boa parte deles, ou o mercado, gera uma proposta que é inatingível pelo cidadão. Então, com isso, ele legalmente diz o seguinte: todos os pacientes que estão nessa situação, nós não vamos atender jamais. E nós sabemos que ao tratar de atenção à saúde — o padre José Linhares colocou isso bem — é evidente que há um custo real e um custo alto em muitos casos. Mas o nosso problema não é fazer uma divisão, ao olhar para a população, dizendo: esta parcela da população tem custo baixo; então, esta me interessa operar no mercado de saúde suplementar. Esta parcela da população gera um custo alto ao ser atendida; então, esta parcela não me interessa operar nela. Então, nós precisamos encontrar mecanismos que coíbam essa possibilidade de seletividade de pacientes por parte dos planos de saúde. Nós temos que restringir as possibilidades legais de que isso ocorra. Porque senão nós vamos perpetuar uma situação, em primeiro lugar... Outra coisa que acontece com alguma frequência — e essa é mais absurda ainda ou tão absurda quanto a primeira — é, ao diagnosticar determinada patologia, determinada situação que está enfrentando um paciente, um cidadão, uma cidadã, que tem um plano de saúde, começam a gerar mecanismos que empurram para fora do plano aquele paciente. Porque quando nós vamos nos associar a um plano e, independente inclusive de saber ou não saber de uma determinada patologia, os planos têm que absorver isto e criar um mecanismo que se chama de distribuição dos riscos. Porque quando nós, por exemplo, planejamos um sistema de saúde público, nós temos que acolher todos os cidadãos. Temos, devemos, é o correto, é o desejável motivo pela qual todo mundo luta. Então, se nós não temos, evidentemente, nenhuma contrariedade que o mercado privado gere, de fato, como disse o Deputado Jamil, um mercado de saúde suplementar, mas tem que haver



aqui um jogo da verdade também. Este mercado suplementar tem que estar efetivamente aberto, para atender todos os riscos e agravos da situação de saúde, ou seja, não pode vender plano de saúde que atende meia saúde, ou que atende três quartos da necessidade de saúde, ou que atende um quarto da necessidade de saúde. Então, eu crio, como se fosse num exercício, que eu digo até de maneira um pouco, para ilustrar, um pouco jocosa, eu vou criando uma tabela de preços, e digo: *“Eu tenho um plano de 50 para você, que está em tal situação; eu tenho de 100 para o João, que está em tal situação; eu tenho de 200 para Maria, que está em tal situação; eu tenho de 500 para o fulano, que está em tal situação; eu tenho de 1000”*. Bom, e aí eu vou para um tabela, como se aquilo fosse uma espécie de escolha, em que azar do cidadão: *“Mas que azar o do senhor, que tem uma doença mais difícil de ser tratada, que custa mais caro, por exemplo, e por isso o senhor teve o azar de que vai ter que pagar uma mensalidade 5, 6 vezes mais cara do que os outros”*. Não, nós precisamos usar o mecanismo de solidariedade entre as pessoas ao propor um sistema desses, de saúde suplementar. E outra coisa que me chama a atenção, que eu tenho pensado, nós vamos debater certamente na CPI, é o tema da necessidade da portabilidade das carências, porque hoje se cria uma situação tal, que o cidadão compra o plano, ele tem que cumprir uma determinada carência. Depois, se ele está enfrentando uma situação difícil, uma patologia difícil de tratar, ou mais cara, ou isso, ou aquilo, ele começa a sofrer um constrangimento, porque ele fica submetido a tudo aquilo que o plano determina, porque ele não tem como ir para um outro plano, porque ele teria que cumprir uma nova carência. Ou seja, ele já cumpriu uma carência dentro do sistema. Então, ele tem que ter o direito de migrar, se ele tiver algum tipo de conflito, que ele está mal, foi mal atendido, o plano o tratou mal. E outra frase que me marcou muito também, colocada pela D. Neide, que chegou a dizer — é a última, para ficar dentro do meu tempo: *“Sempre que a gente procura a Justiça, a gente ganha”*. Mesmo que eu corrigisse, dizendo quase sempre, porque no fundo é sempre, mas vamos dizer quase sempre, porque eu tenho tido muito acesso a muitas informações de ganhos na Justiça por parte dos pacientes. Então, isso é um escândalo, gente. Então, como é que pode ter 100 questões judiciais que envolvem plano de saúde e o cidadão usuário, que o cidadão ganha 95% das causas? Então, há, evidentemente, um descumprimento, na minha



opinião, premeditado de parte dos planos, que partem — de alguns planos, eu não estou generalizando, nunca —, para aquela idéia: *“Eu vou deixar rolar, se o paciente reclamar, ele vai ganhar; se ele não reclamar e ficar trancado nas burocracias, dificuldades, negativas etc., eu não vou gastar”*. Ora, isso é um mecanismo perverso e inaceitável, e que, de fato, tem que se incidir e coibir. Eu quero aqui, inclusive, publicamente, dizer, eu que tenho em muitas situações criticado a Agência Nacional de Saúde, cumprimentá-la pela decisão de ontem, ao mesmo tempo em que coloco a interrogação: por que demoramos tanto para chegar a esta decisão tão óbvia, que era dizer *“nenhum hospital pode exigir um cheque caução ou uma promissória assinada de um paciente que está vivendo uma situação de extrema fragilidade”*. E para evitar o conflito, o prestador de serviço, o plano, faz o paciente: *“Não, me assina um cheque de 20.000 aqui”*. Aí fica nas costas do paciente, individualmente, enfrentar um conflito entre outras duas partes. Então, isso, talvez, inclusive nós devamos, como essas e tantas outras coisas, naquilo que a nossa CPI quer chegar, que é qualificar esse setor, propor mudanças em lei, que garantam esse tipo de proteção, vamos dizer assim, não é? Eu quero passar a palavra...

O SR. DEPUTADO SARAIVA FELIPE - Pela ordem.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Pois não. Deputado Saraiva Felipe, pela ordem.

O SR. DEPUTADO SARAIVA FELIPE - Queria fazer uma consulta ao Presidente Henrique Fontana, porque eu vou ter que me ausentar, tenho uma reunião agora como Coordenador da bancada do meu partido, por Minas Gerais. Tem um requerimento de minha autoria para ser apreciado, é o de nº 55. Eu queria solicitar ao Presidente o seguinte, que, mesmo na minha ausência, ele fosse colocado em discussão. Eu até sugeriria que o Deputado, meu companheiro de bancada de Minas, Carlos Mota, em caso de necessidade, fizesse a defesa do requerimento. É possível, Presidente?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - É possível, sim.

O SR. DEPUTADO SARAIVA FELIPE - Eu agradeço.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - É possível, sim. Eu quero, então, convidar o Deputado Arlindo Chinaglia para assumir a Presidência dos trabalhos e passar a palavra ao nosso Relator, que pediu para usar a palavra antes



do próximo inscrito, que é o Deputado Dr. Rosinha. Eu vou me ausentar por alguns minutos para ir na reunião da Frente Parlamentar da Criança e do Adolescente. Estão discutindo um relatório que vai ser votado no Plenário, hoje ou amanhã. Deputado Ribamar Alves.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Eu quero parabenizar a Dra. Áurea e a D. Neide...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Relator, só um minuto. Eu quero aqui pedir ainda uma preferência a V.Exa. A Dra. Áurea tem que se retirar. Se ela quiser usar a palavra por alguns minutos, para fazer suas despedidas — ela tem outro compromisso, já havia justificado quando chegou —, evidentemente, passo a palavra para fazer mais alguma consideração, antes de se retirar, enquanto entrego aqui a Presidência dos trabalhos ao Deputado Arlindo.

A SRA. ÁUREA CELESTE DA SILVA ABBADE - Bom, eu só queria agradecer novamente a oportunidade de estar aqui e dizer que a gente está aqui porque confiamos em vocês, e sabemos que alguma coisa vai ser feita, para melhor.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Quero parabenizar a Dra. Áurea e a D. Neide, porque suas palestras foram auto-explicativas. Eu não teria nenhuma pergunta a fazer, até porque o depoimento foi bastante original. Eu gostaria de fazer algumas ponderações. Na semana passada, por iniciativa pessoal, procurei o Ministro Edson Vidigal, que é o Presidente do STJ em exercício. E ele estranhou o pedido de um Relator de CPI até o STJ, coisa inédita, que ninguém tinha feito até hoje. Disse: “Por que essa vinda aqui, Deputado Ribamar Alves?” Porque somos conterrâneos do Maranhão. Eu disse: Porque todos os questionamentos feitos, as leis feitas pelo Congresso, os questionamentos dos usuários, vêm esbarrar na Justiça. E eu vim aqui pedir a sua ajuda para que nos auxilie quando da elaboração das modificações que vão vir, com certeza, para modificação para melhor da lei dos planos de saúde, que nós já tivéssemos daqui do Tribunal as jurisprudências necessárias, para evitarmos os conflitos futuros — que é justamente o que está ocorrendo hoje, como foi muito bem declarado pela D. Neide aqui, tem que recorrer à Justiça sempre, não é? E dizer que esta CPI, que foi tentado, até por alguns órgãos, detoná-la no início, mas já está surtindo seus efeitos, mesmo antes da conclusão. Hoje, pela manhã, fui surpreendido, mais uma vez, ao ligar a televisão no



Bom Dia DF e estar lá presente uma médica, doutora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que veio para participar de um fórum, de um debate aqui de saúde coletiva. E lá falando dos benefícios que a Agência Nacional de Saúde havia auferido no sistema de saúde suplementar, que seria a obrigatoriedade de não se cobrar cheque caução, como aqui foi dito pelo nosso Presidente, e também que criaram um Disque-Denúncia, e nesse Disque-Denúncia, a Agência Nacional de Saúde Suplementar irá disponibilizar no *site* o nome dos prestadores de serviço que estão maltratando os usuários, e também exigir um contrato entre o prestador e a operadora. Ora, isso tudo está na lei. Não precisava mais fazer nada disso. Criar portaria para isso? Bastava que a Agência Nacional de Saúde exercesse o seu segundo papel, que o primeiro de regular, o segundo de fiscalizar. A fiscalização é o problema maior. Então, ela está fazendo aquilo que já deveria ter feito, deveria apenas cumprir o que está na Lei nº 9.656, com as modificações que o padre Linhares muito bem aqui anotou, as 42 medidas provisórias. E nós vamos então cumprir o nosso roteiro de trabalho já preestabelecido. E, com certeza, a nossa luta maior, D. Neide, vai ser para modificar o que está aí de ruim. Nós aqui tiramos como roteiro, fazemos um diagnóstico de como está a saúde do Brasil, a saúde suplementar, e propormos as mudanças naquilo que está errado, curarmos esse doente enquanto ele está apenas moribundo, ainda não foi morto. Então, quero parabenizá-la mais uma vez e dizer que a nossa luta é uma luta pela melhoria da saúde do Brasil, e a senhora muito bem aqui soube engrandecer este momento.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Deputado Dr. Rosinha.

O SR. DEPUTADO DR. ROSINHA - Sr. Presidente, Sras. e Srs. Deputados, não vou ficar fazendo nenhum comentário sobre a audiência de hoje, uma vez que vários já foram feitas. Vou fazer somente uma pergunta à D. Neide, já que a outra questão seria para Sra. Áurea, que teve que se retirar. A D. Neide, na sua exposição, falou de uma lista de exclusões; a senhora expôs e colocou. É lógico que essa lista de exclusões não existe, por parte dos planos de saúde, de uma maneira oficial. Eles não vão escrever isso em documento, a menos que escreva e por lapso deixe em alguma mesa, alguma escrivaninha, porque, de público, eles não vão trabalhar: *“Olha, venha até nós, vocês que podem se inscrever, porém, se tiver esta e esta patologia, não”*. Então, a minha pergunta é: essa lista de exclusão que a



senhora relata, por acaso é algum documento que existe, que vazou de alguma dessas empresas ou é uma lista de exclusão que foi elaborada ao longo do tempo na associação que a senhora trabalha? E, se tiver qualquer tipo dessas listas, se pode fornecer, no caso, para a CPI.

A SRA. NEIDE REGINA COUSIN BARRIGUELLI - Essa lista de exclusão é uma das resoluções da Agência.

O SR. DEPUTADO DR. ROSINHA - Eu digo a Agência tem essa resolução. Mas, além da Agência, é lógico, as seguradoras têm também uma outra. Que você tem a da Agência, isso está legal.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Um minuto só. D. Neide, vamos deixar o Dr. Rosinha concluir, porque nós vamos dar a palavra para os próximos inscritos e, ao final, a senhora vai responder de conjunto, porque não teve tantas inscrições.

O SR. DEPUTADO DR. ROSINHA - Porque a questão de ter a lista de exclusão dentro da legalidade, ela existe, claro, mas informalmente as empresas também têm. É isso que estou dizendo, se de repente essas empresas deixam por acaso vazar alguma coisa dessa ou somos nós que vamos elaborando, como já tem elaborado, ao longo do tempo aqui, determinadas patologias não aceita, como foi dito a questão do HIV, determinada idade já não se aceita. Quer dizer, isso eles não escrevem. Eu quero saber se, por lapso, a entidade às vezes recebe algum tipo de documento como esse, fora da legalidade.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - O Sr. Relator pede a palavra?

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Eu pedi a palavra para registrar a presença aqui, neste auditório, do Deputado Alberto Franco, do PSDB do Maranhão, que vem fazer uma visita a esta CPI. É um Deputado atuante, que tem tido relevantes serviços prestados principalmente no tocante à fiscalização das coisas erradas que acontecem no Maranhão.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Está registrado. Bem-vindo, Deputado. Bem, o próximo inscrito sou eu. Primeiro, quero me desculpar porque, em consequência de outros compromissos, não pude assistir à exposição das duas convidadas. E aproveito para cumprimentar D. Neide, que, por coerência,



eu diria, de militância, suporta vários embates, inclusive ficar até o final da reunião, não é? Acho isso importante, porque significa que de fato a CPI é levada a sério até pelos nossos convidados. Mas, mesmo não tendo assistido à exposição, eu quero observar que, das várias falhas, das várias dificuldades existentes, tipo resoluções que dizem respeito a transplante, a Resolução nº 12 do CONSU restringe apenas a realização de transplante de rins e córneas. E uma das lutas que vêm acontecendo é para que se supere essa restrição. Pergunto à D. Neide: mesmo com essa resolução que estabelece essa limitação, mas autoriza a realização de transplante renal, dada a sua militância e a organização que a senhora representa, eu gostaria que a senhora considerasse como é que transplante tem de fato atendido ou não por parte dos planos de saúde. Se já o fez, me perdoe, eu creio que não seja necessário responder. A segunda questão é que, dentre a exclusão de acidente de trabalho, a questão de faixa etária, isso atinge todos indistintamente, mas eu creio que tanto para a questão das pessoas que têm patologia renal e, eu diria, principalmente as pessoas que estão contaminadas com o vírus HIV e que já estão doentes e precisam do atendimento, eu creio que — e queria ouvir a sua opinião — nós temos 2 problemas gravíssimos: primeiro, diz respeito à possibilidade de interrupção do tratamento bem como a suspensão de leito. Quer dizer, o tratamento de doenças, patologias de alta complexidade, os eventos cirúrgicos e também os leitos de alta tecnologia, quer dizer, a Lei nº 9.656/98 ela permite que haja suspensão desses procedimentos por até 24 meses quando se constata a chamada doença preexistente. E a isso se soma a Resolução nº 68, que faz uma listagem de cerca de 300 ou mais procedimentos considerados de alta complexidade e que nem sempre são de alta complexidade, segundo as sociedades de especialistas. E o problema não pára aí, quer dizer, isso é para os planos novos. Para os planos antigos, é pior, consegue ser pior. Então, diante dos vários obstáculos, eu pergunto à senhora se essas 2 alterações, primeiro, os planos antigos devem ser atualizados; segundo, a atualização tem que ser com base em alterações tanto da listagem quanto dessa possibilidade de suspensão do problema. Pergunto se isso seria, digamos, a questão central para este conjunto de pacientes que a senhora representa? E finalmente eu pergunto também a sua opinião se não deveríamos aprimorar a legislação para que o plano, não de referência, mas o plano de atenção mínima,



fosse ampliado, porque, com a avaliação, que nós respeitamos, mas não concordamos, de que tem que se pensar nas pequenas localidades, tem que se pensar na dificuldade do acesso e, portanto, vamos fazer planos de saúde populares, isso é a negação de uma luta maior, que é de fato a implantação do SUS, o acesso universal, enfim, tudo aquilo que a saúde pública, de acordo com a própria Constituição, deve perseguir. E a terceira pergunta que faço à senhora é se não deveria, digamos, ter uma exigência um pouco maior de plano mínimo, exatamente — vou falar bem claro — para se impedir, de um lado, a popularização do plano de saúde, porque, na verdade, essa popularização vai facilitar a entrada de planos ainda de pior nível no sistema. Obrigado. Tem mais 2 Deputados inscritos. O próximo... Eu vou dar a palavra aos 2 Deputados, e aí nós passamos a palavra à nossa convidada. Passo-a ao Deputado Silas Câmara.

O SR. DEPUTADO SILAS CÂMARA - Sr. Presidente, na realidade, é mais um comentário que quero fazer, parabenizando as duas expositoras, doutora... Sra. Neide, que aí está, e a Sra. Áurea, que deu uma saída já, mas na linha de raciocínio do que o Presidente realmente estava falando. É que, na realidade, o Presidente falou e o companheiro também falou anteriormente — acho que foi o Deputado Padre Linhares — sobre a situação inclusive dos planos de saúde, a importância que tem, por exemplo, de essa tabela realmente chegar às nossas mãos, porque é inadmissível que, num país em que o plano de saúde custa tão caro, o plano de saúde esteja quebrando, quanto mais que tudo o que a gente pode apurar até agora são exclusões horrorosas, que fazem obviamente disso um grande negócio. Chega a me lembrar inclusive as privatizações, onde o filé todo mundo quer e o que não prestava ficou para o Governo, que tem uma semelhança muito grande, porque termina que as faixas etárias que são um... Uma faixa etária que é um bom negócio para o plano de saúde, eles trabalham isso com muita competência, com muita incisão, e deixam tudo o que eles realmente acham que não pode e não tem possibilidade de dar grande lucro — porque até lucro dá, em cima do que eles cobram, do que eles operam —, e deixam isso para que o Governo possa, então, sofrer as conseqüências. O outro aspecto que me chamou muito a atenção foi o aspecto de o Presidente falar sobre a questão das carências, que termina sendo um problema muito sério entre os planos de saúde, porque um não aproveita, quando



na realidade eu acho que havia e há possibilidade. Tenho certeza de que esta CPI fará um ajuste que seja realmente coerente com essa questão, porque o próprio sistema tem que ter uma câmara de compensação, onde o cliente tem que ter obviamente a possibilidade de circular entre os serviços, optando pelo plano “a”, “b” ou “c”, sem que isso tire o direito de ele usufruir o serviço que aquela carência já foi cumprida e que os planos de saúde criem entre eles uma câmara de compensação para absorver esse problema, que é um problema do sistema e não do cliente, que tem que trocar de plano de saúde porque aquele já não o atende decentemente. E, como a agência é o instituto que regula essa questão toda, eu acho que, através de uma legislação coerente, que, inclusive, dê aos planos de saúde, Sr. Presidente, dê ao plano de saúde realmente severas punições contra o não-cumprimento, porque você não vê plano de saúde no Brasil sendo punido por nada. Tudo gira... É uma grande discussão jurídica. Basta dizer que, se vocês, se nós todos aqui tivermos acesso aos relatórios da Agência Nacional de Saúde sobre as cobranças que ela faz aos planos de saúde pelo atendimento feito pelo SUS através dos planos de saúde, o montante que está no Judiciário é uma coisa estrondosa, é uma coisa vultosa, é um valor consideravelmente grande. No entanto, os planos de saúde acham muito mais fácil questionar juridicamente esses valores cobrados do que pagar administrativamente sobre o controle de um sistema que existe, que tem documento para provar e, no entanto, não tem legalmente poder de cobrar, porque o Judiciário sempre é acionado pelos planos de saúde, que sabem que, no mínimo, vão ganhar tempo para discutir esse valor lá na frente e, quando forem condenados, eles imediatamente fazem o pagamento. Acho que esse sistema tem que ser mudado, até para eles saberem que esse valor tem que estar, no mínimo, depositado em juízo, para que eles também não possam operar com recurso público a viabilidade dos planos de saúde. Ou seja, eu jogo para o SUS, o SUS atende, eu discuto o valor e não deposito em juízo. Então, lá na frente, quando eu for condenado, eu faço uma operação bancária, eu faço outro tipo de manobra e pago aquilo a que fui condenado e discuto outro valor. E assim os planos de saúde vão operando o sistema, que eles dizem que é falido e que eu não acredito, por conta dos valores que são altíssimos, e a gente fica pagando realmente a conta. E finalmente, Sr. Presidente, acho que está muito claro. Estamos aqui, de forma muito clara, ouvindo



uma aula sobre o que que é exclusão social no Brasil, até por quem recebe o dinheiro das pessoas que às vezes até podem pagar e são excluídas, mesmo tendo a possibilidade de pagar, com medo do que podem ser os serviços prestados amanhã, na oscilação de preço. Eu acho que esta CPI tem uma colaboração muito importante a dar ao Brasil. E eu quero parabenizar as expositoras novamente e esta Comissão pelo rumo que está dando às investigações, que, com certeza, não são aquelas que pedem o farol da imprensa, mas que querem corrigir o rumo do serviço público, aliás, do serviço privado de assistência médica no Brasil.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Obrigado, Deputado Silas Câmara. Deputado Mário Heringer.

O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER - Gostaria de parabenizar D. Neide, a representante do GAPA que já foi. Mas queria aproveitar aqui as palavras do nosso Presidente Henrique Fontana, quando ele usou jogo da verdade. Esse jogo que a gente vem jogando é um jogo de gato e rato. Nós precisamos começar a pensar seriamente em ter dados epidemiológicos dentro dos planos de saúde, dos usuários de plano de saúde, para a gente poder pensar uma solução. Eu acho impossível que cada plano de saúde, hoje, tenha o seu formulário e o seu mecanismo próprio de maneira que cada um detenha um conhecimento que o outro não detém. Isso é política pública, isso é serviço público. Então, o formulário devia ser uniformizado, para que nós gerássemos dados e que nós pudéssemos conhecer realmente epidemiologia dentro desse sistema. E esse jogo, para ser um jogo da verdade, a gente tem que olhar com a ótica dos 3 lados. A gente tem que olhar com a ótica do usuário, a gente tem que olhar com a ótica do prestador e a gente tem que olhar com a ótica do tomador, que é o plano de saúde. A gente não pode é acreditar que alguém está falindo sem a gente ver ele falido. A gente não pode acreditar que o usuário tem o direito, se ele efetivamente não o tem. Vamos tentar arranjar uma solução real. O que foi aplaudido aqui hoje, como uma ação da Agência Nacional de Saúde, relativo ao cheque caução, eu acho que, me desculpe o Presidente, eu acho que foi uma besteira a gente entender isso assim, porque isso agride os médicos e os hospitais, porque em momento algum ninguém, que eu tenha conhecimento, nega atendimento em caso de emergência. Ninguém é responsável por um contrato feito entre o usuário e o plano de saúde. Por que a Agência Nacional de Saúde,



antes de tomar essa decisão, ou quando tomou essa decisão, ela não tomou uma decisão para organizar esse sistema adequadamente? Por que, na mesma medida, ela não fez a colocação que os planos de saúde teriam que ter um atendimento 24 horas ao usuário, com um documento físico, quando negava ou aprovava aquele pedido, para impedir, e não fosse 0300, porque a conta fica sempre na conta de outro? Quando você liga para um plano de saúde pegando autorização é 0300. Por que ela não fez isso? Agora correr quando a gente está mexendo no vespeiro, correr para arrumar soluções é muito prático. Vem aí também a contratualização, as regras de contrato entre prestador e tomador. Isso é mais uma armadilha, é mais uma armadilha que se faz, porque vamos aí criar um mecanismo jurídico para o descredenciamento em massa, para adequação de rede. Se você não combinou, se o preço seu não combina com o meu, ou se eu não me submeto a um determinado tipo de posição: *“Olha, eu posso desfazer o contrato, porque nós não combinamos, o nosso contrato não existe”*. E assim vai ser feito. A gente precisa de ficar um pouco mais atento, porque a gente precisa é de voltar para o jogo da verdade, que foi dito aqui pelo Deputado Fontana. No jogo da verdade, a gente tem dado epidemiológico. No jogo da verdade, a gente tem preço, tem tabela de preço, tem planilha de custo. A gente precisa de conhecer isso. Não vamos chegar a resultado algum prático se nós não tivermos informação, informações rápidas que já foram, estão sendo procrastinadas pela Agência Nacional de Saúde, inclusive um requerimento feito por mim, que até hoje não chegou, já passou do prazo, estão sendo procrastinados, para a gente poder oferecer soluções práticas, oferecer soluções reais. Nós não vamos continuar fazendo nada, vamos cumprir o tempo da CPI, vamos ouvir muitas pessoas queixando-se, e com razão, nas nossas audiências públicas e no final nós não vamos ter o que propor, porque nós não temos informação. Então, Presidente, eu queria aproveitar este momento para sugerir ao senhor que cobre efetivamente a resposta desses requerimentos, porque os requerimentos estão demorando mais que o tempo, e a gente não tem muito mais tempo, principalmente as pessoas que servem para nós de exemplo hoje, os renais e os aidéticos não têm muito tempo para esperar, porque isso é muito caro e a vida é muito preciosa.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Deputado Mário, esta Presidência vai reafirmar por ofício todas as solicitações feitas que incluem a



preocupação de V.Exa., e vamos reafirmar, dando a data em que foi enviado o primeiro ofício, reafirmando prazos e buscando agilizar a vinda desses documentos até a Comissão. O último inscrito, Deputado Carlos Mota, depois vamos ouvir a D. Neide, para passar à votação dos requerimentos.

O SR. DEPUTADO CARLOS MOTA - Sr. Presidente, Sr. Relator, Sra. depoente, Sra. Neide Regina, Sras. e Srs. Deputados, eu não vou fazer uma abordagem direta no que foi dito pelas duas depoentes, cumprimentando-as pela propriedade do tema desenvolvido aqui, mas gostaria de prestar uma pequena colaboração, principalmente sobre discussões, pontos de vista que têm sido recorrentes nesta Comissão, onde o Judiciário é colocado como um fator que emperra e que protela as pendências entre os usuários de planos de saúde e os planos de saúde. De fato, o Judiciário do Brasil tem sido, não por vontade própria, mas por uma definição legal e até constitucional, tem sido utilizado para protelar o cumprimento de obrigações de lado a lado. O Estado usa o Judiciário para protelar suas obrigações com o cidadão, o cidadão, às vezes, usa também o Judiciário para protelar suas obrigações com o Estado; ou seja, o Judiciário tem sido, de fato, um complicador nessa ordem de coisas. E tudo decorre de um dispositivo constitucional que foi colocado pelo Constituinte de 1988, até movido pela boa-fé, e que diz que nada escapa à apreciação do Judiciário. Ao contrário de muitos países do mundo, igual ao Japão, que lá é pelo contrário, quem vai ao Judiciário é quem não tem muita vergonha na cara, tanto que, no Japão, o número de ações contestando, por exemplo, planos de saúde é muito próximo de zero. Para se ter uma idéia, o número de ações trabalhistas no Japão, que é uma norma de Direito Público, num determinado ano, 5 anos atrás, não tinha 1.800 ações lá, porque lá o cidadão japonês tem vergonha de ser chamado ao Judiciário para ser cobrado a respeito do seu comportamento. E no momento em que se fala em reforma do Judiciário, eu acho que seria o momento de nós, pelo menos fazermos o que a França já fez há muito tempo, e que a Argentina já fez, e vigora até hoje, que são os chamados contenciosos administrativos, que poderiam ser mais céleres, no sentido de solucionar eventuais conflitos entre o cidadão e entre o Estado, entre o cidadão e aqueles que têm delegação do Estado para fazer alguma coisa. Então, eu não vou entrar em outros temas, mas dizer que, no momento que se fala em reforma do



Judiciário, esta CPI poderia acionar a Comissão de Reforma, para que faça uma reflexão profunda em relação à solução de conflitos. Todo e qualquer conflito hoje no Brasil vai para as barras do Judiciário. Nós nos tornamos um povo litigante ao extremo. Nós estamos todos brigando contra o Estado, o Estado brigando contra todo o povo, e as instituições que são intermediárias nessa prestação de serviço da mesma forma. Então, Sr. Presidente, eu creio que seria o momento de que a Comissão de Reforma do Judiciária fizesse uma grande reflexão, se deve realmente esses programas como Previdência Social, como saúde, se essas matéria devem atulhar o Judiciário, que deveria estar cuidando de coisas mais importantes neste momento. Muito obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, Deputado Carlos Mota. Eu passo a palavra direto à D. Neide.

A SRA. NEIDE REGINA COUSIN BARRIGUELLI - Bem, se eu entendi o que o Deputado Rosinha quer, é saber se há exclusões evidenciadas. A própria agência se encarregou de fazer uma resolução com todos os procedimentos a que nós não temos direito. Nesse período de carência, para quem declara uma preexistência e que aceita os 2 anos de carência, a agência fez uma relação, parece que mais de 300 procedimentos ditos de alta complexidade, e que a gente, de antemão, sabe, e fez isso dizendo que é para nos proteger, porque nós não seremos enganados. Tem lá uma baita relação. Essa relação foi contestada por todas as sociedades médicas. Na questão dos renais, a Sociedade Brasileira de Nefrologia declara que... é impossível sem alguns exames ali, que são de baixa complexidade e que foram suspensos pela... entraram nessa listagem. O renal morre. Não tem jeito de, em 2 anos, ficar sem aquele acompanhamento. E todas as outras patologias. Então, é público. A agência fez. E quando a gente faz críticas à agência, dizemos que ela nos pune, em vez de nos proteger. E um desses problemas acho que é a Resolução 68; não tenho certeza, mas acho que é. Isso também posso ver. O Deputado Arlindo, acho que está lá... Eu não sei se respondi ao Deputado. *(Pausa.)* Deputado Arlindo, a questão do transplante do renal... Se consegue fazer o transplante através do plano, mas é quase sempre na Justiça. É onde o renal mais recorre é quando tem um doador parente, um doador irmão, ou pai ou mãe, então, aí recorre à Justiça e consegue fazer o transplante pelo plano de saúde. Mas isso é uma briga feia, mas



temos conseguido. Outra questão é a do plano mínimo. Não sei se o senhor lembra que ficamos mais de um ano brigando e discutindo, com audiências públicas, como seria o plano de saúde ideal para o País. E, para nossa surpresa, o plano de saúde que seria ideal para o País virou com uma tal palavrinha, que são as palavrinhas que eu falo que esta Casa e o Senado são craques em colocar. Aí o plano que seria o mínimo virou o plano referência. O referência é o mínimo, porque, quem resolve pagar para tê-lo um dia que precisar a garantia da saúde, ele paga por tudo, ele não paga pelo mínimo, pelo ambulatório. E aí virou aquele horror que é essa lei, que permite tudo, e que o nosso plano mínimo virou referência, não é? Acho que respondi.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, D. Neide.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Sr. Presidente...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Pois não, Deputado Arlindo. Tem V.Exa. a palavra.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Não. Eu fiz uma outra pergunta, aí a Dona Neide se esqueceu, possivelmente. Diz respeito à situação de suspender o pagamento... suspender o atendimento quando há doença preexistente, daquela lista de... que é a da resolução. Eu imagino que este é um problema grave, e o outro são os planos antigos. A pergunta que eu fiz é: dentre os vários obstáculos, para esse conjunto dos renais crônicos, esses 2 pontos também são os mais relevantes na opinião da senhora?

A SRA. NEIDE REGINA COUSIN BARRIGUELLI - São, são. É que o senhor não estava, mas eu falei bastante dos planos antigos e da exclusão.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Está o.k. Obrigado.

A SRA. NEIDE REGINA COUSIN BARRIGUELLI - De nada.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Então, está. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Está bom. Então, concluída a parte de audiência pública desta sessão, quero de novo agradecer à Dona Neide, que representou aqui a Associação Brasileira dos Pacientes Renais Crônicos; solicitar a ela, em nome da nossa Comissão e do próprio Relator, que acompanhe o cotidiano da CPI, Dona Neide, até porque os momentos... Além de receber o material do que a senhora abordou, nós vamos ter — certamente nos



momentos conclusivos da CPI, especialmente onde vamos sugerir mudanças na lei, encaminhar o relatório e tal — muito interesse em recapitular, inclusive, questões que foram colocadas aqui hoje e aceitar todas as sugestões que vocês quiserem encaminhar à CPI que não tenham conseguido trazer hoje, seja de alterações de lei, sugestões de tantas coisas que podem ser corrigidas. Dito isso, passamos, então, aos requerimentos. E o primeiro requerimento que consta na pauta é o Requerimento nº 54. O Deputado Ribamar Alves requer que seja solicitado ao PROCON de São Paulo, ao IDEC e à Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde de Recife — ADUSEPS, que identifiquem consumidores dispostos a relatar casos de problemas que tiveram com operadoras de planos de saúde. Em votação o requerimento. Não havendo quem queira encaminhar nem quem queira discutir, os Deputados que o aprovam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)* Aprovado, contra o voto do Deputado Arnaldo Faria de Sá.

O SR. DEPUTADO ARNALDO FARIA DE SÁ - Verificação, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - O Deputado Arnaldo solicita, então, verificação. Eu solicito aqui ao nosso Relator que nos auxilie na coleta de votos. E peço à Secretaria da Comissão que, por favor, como nós sabemos que existem múltiplas atividades neste momento na Casa, que solicite a possibilidade da presença dos Srs. Deputados e Deputadas que assinaram o *quorum*, para que possam aqui exercer o seu voto. Relator Ribamar.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Procederemos à chamada nominal. PT: Deputado Antonio Carlos Biscaia. *(Pausa.)* Deputado Arlindo Chinaglia.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - “Sim”.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Deputado Dr. Rosinha.

O SR. DEPUTADO DR. ROSINHA - “Sim”.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Deputado Henrique Fontana.

O SR. DEPUTADO HENRIQUE FONTANA - “Sim”.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Pelo PFL: Deputado Júlio Cesar. *(Pausa.)* Deputada Laura Carneiro. *(Pausa.)* Deputado Robson Tuma. *(Pausa.)* Pelo PMDB: Deputado Luiz Bittencourt. *(Pausa.)* Deputado Max Rosenmann. *(Pausa.)* Deputado Saraiva Felipe. *(Pausa.)* Pelo PSDB: Deputado João Castelo.



O SR. DEPUTADO JOÃO CASTELO - “Sim”.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Deputado Sebastião Madeira. (Pausa.) Deputada Yeda Crusius. (Pausa.) Pelo PP: Deputado Dr. Benedito Dias. (Pausa.) Deputado Nelson Meurer. (Pausa.) Pelo PTB: Deputado Roberto Jefferson. (Pausa.) Deputado Silas Câmara. (Pausa.) Pelo PL: Deputado Bispo Wanderval. (Pausa.) Deputado Maurício Rabelo. (Pausa.) Pelo PSB: Deputado Dr. Ribamar Alves. “Sim”. Pelo PPS: Deputado Colbert Martins. (Pausa.) Pelo PDT: Deputado Mário Heringer. (Pausa.) Pelo PCdoB: Deputada Jandira Feghali. (Pausa.) Pelo PRONA: Deputado Elimar Máximo Damasceno. (Pausa.) Passaremos a chamar a ordem... pelos Suplentes. Pelo PT: Deputado João Grandão. (Pausa.) Deputado Roberto Gouveia. (Pausa.) Pelo PFL: Deputado Claudio Cajado. (Pausa.) Deputado Ney Lopes. (Pausa.) Deputado Paes Landim. (Pausa.) Pelo PMDB: Deputado Asdrubal Bentes. (Pausa.) Deputado Darcísio Perondi. (Pausa.) Deputado Jorge Alberto. (Pausa.) Pelo PSDB: Deputado Luiz Carlos Haully. (Pausa.) Deputado Rafael Guerra. (Pausa.) Deputado Walter Feldman. (Pausa.) Pelo PP: Deputado Enivaldo Ribeiro. (Pausa.) Deputado José Linhares.

O SR. DEPUTADO JOSÉ LINHARES - “Sim”.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Pelo PTB: Deputado Arnaldo Faria de Sá.

O SR. DEPUTADO ARNALDO FARIA DE SÁ - “Não”, pela evidente falta de *quorum*.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - “Não”, não é? Não é presença sim, não é? Deputado José Carlos Martinez. (Pausa.) Pelo PL: Deputado Almir Moura. (Pausa.) Deputado Carlos Mota. (Pausa.) Pelo PSB: Deputado Alexandre Cardoso. (Pausa.) Pelo PPS: Deputado Geraldo Resende. (Pausa.) Pelo PDT: Licenciado. Pelo PCdoB: Deputado Jamil Murad. (Pausa.) Pelo PRONA: Deputado Vanderlei Assis. (Pausa.)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Eu quero só solicitar aqui ao nosso Relator que aguarde a contagem dos votos que nós vamos manter o processo de votação em aberto por 10 minutos. Se, porventura, conseguirmos o *quorum*, melhor; senão, evidentemente, esta Presidência vai, reconhecendo a falta



de *quorum*, encerrar a sessão. Nós vamos aguardar 10 minutos, porque temos notícias de alguns Deputados que estão se dirigindo para cá para votar.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Deputado Antonio Carlos Biscaia.

O SR. DEPUTADO ANTONIO CARLOS BISCAIA - Voto "sim".

(Pausa.)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Enquanto aguardamos o eventual futuro *quorum* nesta votação, passo algumas informações, então. Como não houve nenhuma contrariedade de parte dos Deputados e Deputadas que estiveram na tarde de hoje, então, esta Presidência confirma e solicita à Secretaria que encaminhe todos os procedimentos para as duas primeiras audiências públicas nos Estados. Sendo que dia 18 de agosto teremos, então, audiência pública em Curitiba, que foi inclusive um Estado escolhido porque está se realizando uma CPI local com a mesma finalidade. Então, há uma convergência de esforços. E a segunda audiência pública, dia 1º de setembro, em São Paulo, escolha feita pela Presidência e o Relator e acatada pela maioria da Comissão pelo grande número de usuários e operadoras de plano de saúde concentrados naquele Estado. Então, essas duas audiências confirmadas. Depois, nós vamos, por correspondência, comunicar os horários às Sras. e Srs. Deputados. Segundo, informar aqui nossa próxima audiência pública, dia 7 de agosto, quando vamos, então, dar mais um passo nessa investigação, ouvindo prestadores de serviços de requerimentos já aprovados anteriormente.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Sr. Presidente,

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

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Eu gostaria de chamar o Deputado do PCdoB, Deputado suplente desta Comissão, Jamil Murad.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Para votação do requerimento, Deputado.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - "Sim".

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, Deputado. O Deputado Jamil Murad vota "sim". Deputado Colbert Martins.



O SR. DEPUTADO COLBERT MARTINS - Voto “sim” ao requerimento, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Deputado Colbert Martins, do PPS, também vota “sim” ao requerimento do Relator. Enquanto o Relator registra o voto do Deputado, informo, então, que quinta-feira vamos ouvir, atendendo a requerimento do Deputado Arnaldo Faria de Sá, o Sr. Dante Montagnana, do Sindicato dos Hospitais, e atendendo ao requerimento do Deputado José Linhares, vamos ouvir o Sr. Erimar Brehme, da Confederação das Misericórdias, na próxima quinta-feira. Nesta quinta-feira, dia 7.

O SR. DEPUTADO JOSÉ LINHARES - O horário, V.Exa. poderia antecipar?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Não, desculpem, na próxima quinta-feira, eu estou me confundindo aqui. Dia 7 de agosto, Deputado, não nesta semana, na outra semana.

O SR. DEPUTADO JOSÉ LINHARES - Na quinta-feira?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - É, nós temos feito sempre pela manhã as audiências da CPI nas quintas-feiras. Na terça-feira da semana que vem, dia 5 de agosto, corrigindo aqui meu erro, então, estou voltando nosso calendário, a proposta é que ouçamos, atendendo ao Requerimento nº 48, a representação dos aposentados. Dia 5, terça-feira.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Sr. Presidente, peço a palavra pela ordem.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Pois não, Relator. Sempre é bem-vindo o Deputado que chega para exercer o seu direito de voto a esta Comissão.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Sr. Presidente, continuando o processo de votação do Requerimento nº 54, nós convidamos o Deputado do PDT de Minas Gerais, Mário Heringer, como vota?

O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER - Voto “sim”.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - O Deputado do PMDB de Minas Gerais, Saraiva Felipe, como vota?

O SR. DEPUTADO SARAIVA FELIPE - “Sim”.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Votaram 13 Srs. Deputados. Doze votos “sim”, um voto “não”. Está aprovado o requerimento. Passamos ao Requerimento nº 2 da pauta, do Deputado Saraiva Felipe. Requer seja convidado o Dr. Virgílio Baião Carneiro, Presidente da Associação dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas de Minas Gerais para prestar informações sobre planos de saúde na modalidade autogestão. Para encaminhar a votação, concedo a palavra ao Deputado Saraiva Felipe.

O SR. DEPUTADO SARAIVA FELIPE - Sr. Presidente, creio que um dos objetivos desta Comissão é oferecer alternativas em termos de modalidade de atendimento. O Dr. Virgílio Baião Carneiro, a partir de um trabalho na ACESITA, desenvolveu dentro da Associação dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas de Minas Gerais essa modalidade de autogestão, através da qual faz-se uma espécie de plano de saúde restrito aos funcionários da empresa. Então, eu acredito ser importante, para nós termos uma visão de como funciona essa modalidade de atendimento, a presença e o depoimento do Dr. Virgílio Baião Carneiro.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, Deputado Saraiva Felipe. Não havendo mais quem queria discutir, coloco em votação. Os Deputados que aprovam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)* Aprovado. Requerimento nº 5, de autoria do Deputado Dr. Ribamar Alves, que solicita sejam requisitados da Agência Nacional de Saúde as planilhas de custo das seguintes operadoras de plano de saúde: UNIMED e outras. Declaro prejudicado o presente requerimento, em decorrência da aprovação, no dia 1º de julho, do requerimento do Deputado Mário Heringer, com o mesmo teor. Requerimento nº 6, também do Deputado Dr. Ribamar Alves, solicita oficializar as operadoras do plano de saúde, UNIMED/Rio de Janeiro, Sul América, AETNA, Blue Life, AIG Unibanco — AIG Unibanco é uma operadora só, não é? —, Interclínicas, CASSI, MEDIC S.A., a fim de que remetam a esta CPI os respectivos balanços contábeis relativos aos anos de 2000, 2001 e 2002. Não havendo quem queira discutir, coloco em votação o requerimento. Os Deputados que aprovam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)* Aprovado. Requerimento nº 7, também do Deputado Dr. Ribamar Alves — 58, desculpe, item 7 da pauta —, requer seja convidado o representante do



Conselho Federal de Farmácia para que deponha sobre as relações que envolvem os farmacêuticos, bioquímicos e as empresas administradoras de plano de saúde. Não havendo quem queira encaminhar nem discutir, coloco em votação. Os Deputados que aprovam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)* Aprovado. Convido as Sras. e os Srs. Deputados para a reunião de quinta-feira, quando iremos ouvir a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina, com presenças já confirmadas, e também o de Farmácia. De manhã, às 10h da manhã. Não havendo mais nada a tratar, eu encerro a presente reunião.