

PODER LEGISLATIVO



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO

AUTOR: DEPUTADO ADELINO RIBEIRO

SÚMULA:

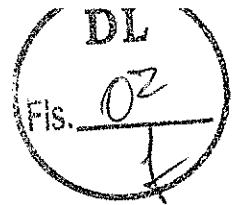
REQUER A CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO – CPI, PARA INVESTIGAR E FISCALIZAR AS EMPRESAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE.

PROTOCOLO Nº: 6445/12-DAP



DEP. ADELINO RIBEIRO

20 ASSINATURAS



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

REQUERIMENTO

Anotar-se e encaminhar
Para Providências
DL, 23/10/12

Senhor Presidente:

DESPACHO

ENCAMINHE-SE À DL PARA VERIFICAR

REQUISITOS

DATA:

22 OUT. 2012

PRESIDENTE:

Requer a constituição de **Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI)**, constituída por 07 (sete) membros e com prazo de 120 (cento e vinte) dias, para investigar e fiscalizar as empresas operadoras de planos de saúde.

Os Deputados que o presente subscrevem, no uso de suas atribuições regimentais e, com fundamento no artigo 62 da Constituição Estadual, e no artigo 36 do Regimento Interno desta Casa, requerem, após ouvido o douto plenário, a Constituição de **Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI)**, constituída por 07 (sete) membros, com prazo de duração de 120 (cento e vinte) dias, para investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de planos de saúde.

Inúmeras denúncias advindas dos consumidores e dos meios de comunicação dão conta de que muitas empresas operadoras de planos de saúde vêm descumprindo a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A agência inclusive chegou a suspender a comercialização de alguns produtos destas empresas. Faz-se necessária, portanto, a atuação desta Casa de Leis, visando apurar as irregularidades e propor mudanças. A CPI ainda trabalhará para analisar a baixa remuneração aos médicos, bem como para melhorar o atendimento, reduzir filas e verificar os preços cobrados dos beneficiários.

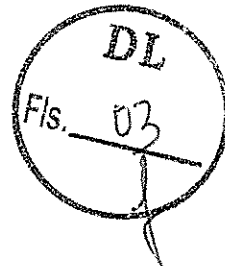
Sala das Sessões, 22 de outubro de 2012.

Deputado Estadual

Assinaturas dos Deputados:

- 1. Alexandre
- 2. A. S. S. S.
- 3. F. S. S.
- 4. M. S. S.
- 5. S. S.
- 6. M. S. S.
- 7. J. S. S.
- 8. J. S. S.
- 9. J. S. S.
- 10. J. S. S.
- 11. M. S. S.
- 12. J. S. S.
- 13. J. S. S.
- 14. J. S. S.
- 15. J. S. S.
- 16. J. S. S.
- 17. J. S. S.
- 18. J. S. S.
- 19. J. S. S.
- 20. J. S. S.

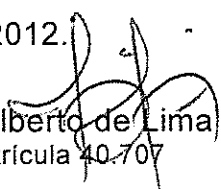
15:38 22/10/2012 006445 DF ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Diretoria Legislativa

Certifico que o presente expediente foi autuado nesta data como CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito, para investigar e fiscalizar as empresas operadoras de planos de saúde, protocolado sob nº 6445/12 – DAP, em 22/10/12.

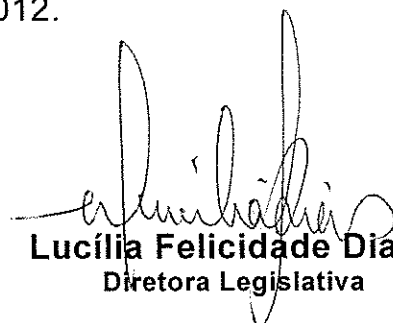
DL,23 de outubro de 2012.


Luiz Alberto de Lima
Matrícula 40.707

1-Ciente;

2- Anexe-se o coeficiente e expeça-se comunicado para os líderes partidários procederem à indicação dos membros.

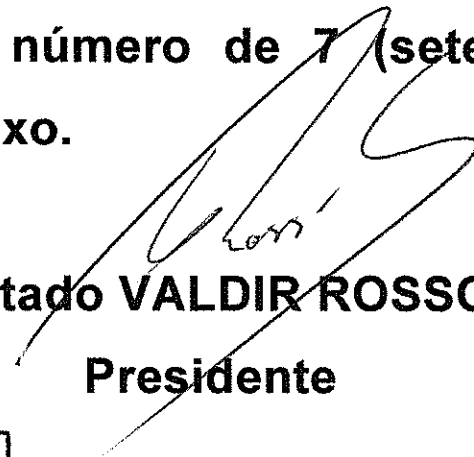
DL,23 de outubro de 2012.

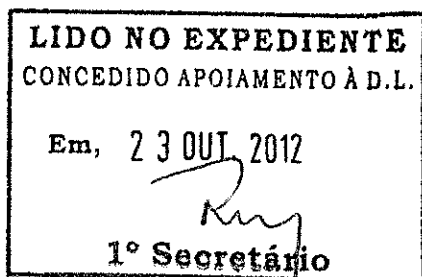

Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

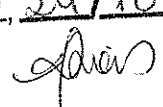
COMUNICADO

Comunicamos aos Senhores Deputados que foi apresentado na Sessão Plenária de 22 de outubro de 2012 Requerimento destinado à criação da **COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO**, para investigar e fiscalizar as empresas operadoras de Plano de Saúde no Paraná.

Solicitamos aos Senhores Líderes que procedam a indicação dos respectivos Membros, em número de 7 (sete), conforme coeficiente anexo.


Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente



Anote-se e encaminhe
Para Providências
DL, 24/10/12




COEFICIENTES DE COMISSÕES ESPECIAIS

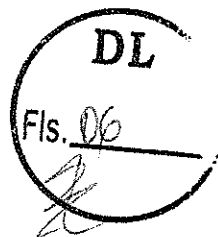
→ **Composição 07 Membros**

RELAÇÃO DOS INDICADOS

Partido/Bloco	Deputados	Coeficiente	Membros
PMDB	13	1,685	2
PSDB	09	1,166	1
DEM	06	0,777	1
PT	06	0,777	1
PDT	04	0,518	0
PSB/PSC/PRB	07	0,907	1
PP/PV/PTB/PSL	05	0,648	1
PPS/PMN	04	0,518	0
Vagas Preenchidas			7



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



PMDB:	Amibelli Neto	Tenue Kato
	Titular	Suplente
PMDB:	Ruiz Eduardo Cleide	Stephones Jr.
	Titular	Suplente
PSDB:	Mauro Moraes	Mara Lima
	Titular	Suplente
DEM: PPS/PMN	W Douglas Fabricio	Wlfr. Batista
	Titular	Suplente
PT:	Reinoldes de Mello	Tadeu Veneri
	Titular	Suplente
PSB/PSC/ PRB:	Saronhos	Gilson de Souza
	Titular	Suplente
PP/PV/PTB/ PSL	Adelino Ribeiro	Rosce Rodrigues
	Titular	Suplente



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Diretoria de Assistência ao Plenário



LIDO NO EXPEDIENTE
CONCEDIDO APOIAMENTO À D.L.
Em, 05 NOV. 2012
[Assinatura]
1º Secretário

Anotar-se e encaminhar
Para Providências
DL, 6/11/12

[Assinatura]

COMUNICADO

COMUNICAMOS AOS SENHORES DEPUTADOS QUE DIA 06 DE NOVEMBRO, PRÓXIMA TERÇA-FEIRA, ÀS 11 HORAS, NA SALA DA PRESIDÊNCIA, SERÃO INSTALADAS AS SEGUINTEs CPIs:

1. GRANDES DEVEDORES;
2. PESQUISA IBOPE - ELEIÇÕES 2012;
3. PLANOS DE SAÚDE;
4. OPERADORES DE TELEFONIA MÓVEL;
5. OBRAS - COPA 2014.

CURITIBA, 05 DE NOVEMBRO DE 2012.

DEPUTADO VALDIR ROSSONI
PRESIDENTE

[Assinaturas e rubricas dos deputados:]
② PARANHOS
③ ADEMAR TRAHANZ
④ ELIO RUSCH
⑤ FRANCISCO BUNBEH
⑥ ADELINO RIBEIRO
⑦ CAITO
⑧ TADEU VENEZI
⑨ CUCIANA RAFAEL
⑩ FERNANDO SCARAVAGLIA



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Diretoria de Assistência ao Plenário



LIDO NO EXPEDIENTE
CONCEDIDO APOIAMENTO À D.L.

Em, 05 NOV. 2012

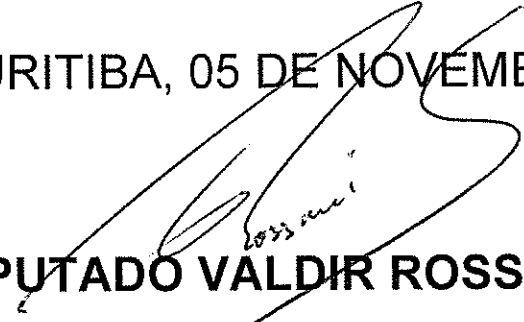
1º Secretário

COMUNICADO

COMUNICAMOS AOS SENHORES DEPUTADOS QUE DIA 06 DE NOVEMBRO, PRÓXIMA TERÇA-FEIRA, ÀS 11 HORAS, NA SALA DA PRESIDÊNCIA, SERÃO INSTALADAS AS SEGUINTEs CPIs:

1. GRANDES DEVEDORES;
2. PESQUISA IBOPE - ELEIÇÕES 2012;
3. PLANOS DE SAÚDE;
4. OPERADORES DE TELEFONIA MÓVEL;
5. OBRAS - COPA 2014.

CURITIBA, 05 DE NOVEMBRO DE 2012.


DEPUTADO VALDIR ROSSONI
PRESIDENTE



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



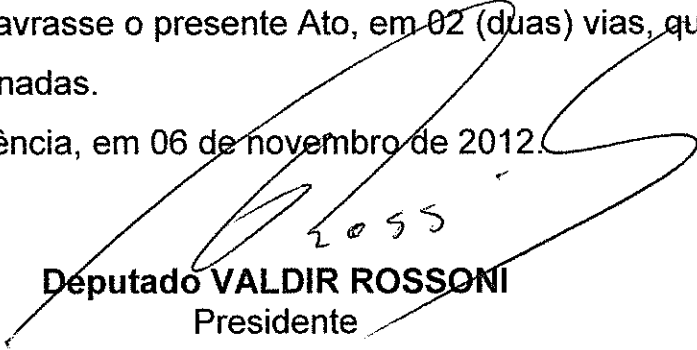
ATO DO PRESIDENTE Nº 19/2012

O Presidente da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, no uso de suas atribuições, que lhe são conferidas pelo Art. 20, inc. XXXII, e tendo em vista o disposto no art. 34, inc. II, combinado com o art. 36, § 6º, do Regimento Interno,

DECLARA

Constituída a **Comissão Parlamentar de Inquérito**, conforme **Proposição do Deputado ADELINO RIBEIRO**, apresentada na Sessão Ordinária do dia 22 de outubro de 2012, com 20 (vinte) assinaturas, tendo a finalidade de *"investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná"*. A Comissão Parlamentar de Inquérito será composta pelos Deputados **Anibelli Neto**, titular e **Teruo Kato**, suplente; **Luiz Eduardo Cheida**, titular e **Stephanes Júnior**, suplente, todos do PMDB; **Mauro Moraes**, titular e **Cantora Mara Lima**, suplente, ambos do PSDB; **Douglas Fabrício**, titular e **Dr Batista**, suplente, ambos do Bloco PPS/PMN; **Péricles de Mello**, titular e **Tadeu Veneri**, suplente, ambos do PT; **Paranhos**, titular e **Gilson de Souza**, suplente, ambos indicados pelo Bloco PSB/PSC/PRB e, finalmente, **Adelino Ribeiro**, titular e **Rasca Rodrigues**, suplente, ambos indicados pelo Bloco PP/PV/PTB/PSL. Os trabalhos da Comissão deverão ser processados no prazo de 120 (cento e vinte) dias, com observância ao Art. 62 da Constituição Estadual e ao Regimento Interno da Assembleia Legislativa. Para que se cumpram suas finalidades o Senhor Presidente determinou que eu (Lucília Felicidade Dias), Diretora Legislativa, lavrasse o presente Ato, em 02 (duas) vias, que serão por ele devidamente assinadas.

Sala da Presidência, em 06 de novembro de 2012.


Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente



Carli, Caio Quintana, César Silvestri Filho, Douglas Fabricio, Elio Rusch, Enio Verri, Evandro Júnior, Fernando Scanavaca, Francisco Bühler, Gilberto Ribeiro, Gilson de Souza, Hermas Brandão Jr., Jonas Guimarães, Luciana Rafagnin, Luiz Accorsi, Marcelo Rangel, Marla Tureck, Mauro Moraes, Nelson Garcia, Nelson Justus, Nelson Luersen, Paranhos, Pastor Edson Praczyk, Péricles de Mello, Plauto Miró, Rasca Rodrigues, Rose “Litro”, Stephanes Júnior, Tadeu Veneri, Teruo Kato e Toninho Wandscheer (36 Deputados). Não votaram: Alexandre Curi, Anibelli Neto, Artagão Júnior, Cantora Mara Lima, Cleiton Kielse, Dr. Batista, Duílio Genari, Fábio Camargo, Luiz Claudio Romanelli, Luiz Eduardo Cheida, Nereu Moura, Ney Leprevost, Pedro Lupion, Professor Lemos, Reni Pereira, Roberto Aciolli, Valdir Rossoni e Waldyr Pugliesi (18 Deputados)]. Encerrada a votação. Com 36 votos favoráveis e nenhum voto contrário, foi **aprovado** o Projeto de Lei nº 972/11.

ITEM 11 - 1ª Discussão do Projeto de Lei nº 356/12, de autoria do Deputado Terno Kato, declarando de utilidade pública a ONG Ninho da Águia, com sede e foro no Município de Nova Esperança. Com parecer favorável da CCI. Em discussão. Não havendo quem queira discutir, vamos à votação. Em votação. **[Votaram “sim”:** Adelino Ribeiro, Ademar Traiano, Ademir Bier, Augustinho Zuechi, Bernardo Ribas Carli, Caio Quintana, Douglas Fabricio, Enio Verri, Evandro Júnior, Fernando Scanavaca, Francisco Bühler, Gilson de Souza, Hermas Brandão Jr., Jonas Guimarães, Luciana Rafagnin, Luiz Accorsi, Luiz Claudio Romanelli, Marcelo Rangel, Marla Tureck, Mauro Moraes, Nelson Garcia, Nelson Justus, Nelson Luersen, Pastor Edson Praczyk, Péricles de Mello, Plauto Miró, Rasca Rodrigues, Rose “Litro”, Stephanes Júnior, Teruo Kato e Toninho Wandscheer (31 Deputados). Não votaram: Alexandre Curi, André Bueno, Anibelli Neto, Artagão Júnior, Cantora Mara Lima, César Silvestri Filho, Cleiton Kielse, Dr. Batista, Duílio Genari, Elio Rusch, Fábio Camargo, Gilberto Ribeiro, Luiz Eduardo Cheida, Nereu Moura, Ney Leprevost, Paranhos, Pedro Lupion, Professor Lemos, Reni Pereira, Roberto Aciolli, Tadeu Veneri, Valdir Rossoni e Waldyr Pugliesi (23 Deputados)]. Encerrada a votação. Com 31 votos favoráveis e nenhum voto contrário, foi **aprovado** o Projeto de Lei nº 356/12.

Aproveitamos o momento de votação dos Srs. Deputados para registrar a presença, a pedido da Deputada Rose “Litro”, do Prefeito Edson Bagetti, do Município de Pérola d'Oeste e dos Vereadores Mottinha e João Batista, de Três Barras do Paraná. Sejam bem-vindos! Srs. Deputados, por gentileza, sua votação.

DEPUTADO RASCA RODRIGUES (PV): “*Questão de Ordem*”, Sr. Presidente. **SR. PRESIDENTE (Deputado Artagão Júnior - PMDB):** “*Questão de Ordem*”, Deputado Rasca Rodrigues.

DEPUTADO RASCA RODRIGUES (PV): Quería parabenizar V. Exa. pela condução dos trabalhos, destes três dias, numa demonstração clara que V. Sa. está preparado para este terno. De forma democrática, abriu espaços, alongou os tempos necessários para concluir esses debates e V. Exa., em nenhum momento, tolheu a palavra de um Parlamentar. Um fato ocorrido, na semana passada, muito triste, mas que eu tenho certeza que o Deputado Rossoni tem muito a contribuir para esta Casa, e V. Sa. está preparado para substituí-lo à altura, nos seus impedimentos. Portanto, quero registrar pela forma como V. Exa. conduziu os trabalhos destes três dias.

SR. PRESIDENTE (Deputado Artagão Júnior - PMDB): Muito obrigado pelo elogio! Não havendo mais matéria a ser deliberada, passou-se à votação dos requerimentos.

REQUERIMENTOS

[Lidos, aprovados e encaminhados à Diretoria Legislativa para providências]. **Requerimento nº 6804/12**, do Deputado Marcelo Rangel, para o arquivamento do Projeto de Lei nº 424/12, de sua autoria; **Requerimento nº 6803/12**, do Deputado Nelson Justus, para a anexação dos Projetos de Lei nºs 521/12 ao 511/12, por tratarem de matérias correlatas; **Requerimentos nºs 6785/12 a 6802/12**, do Deputado Plauto Miró, para o envio de voto de pesar às famílias: da Sra. Tereza de Jesus Pinto Pedroso Rodrigues, da Sra. Maria de Lurdes Romblesperger, da Sra. Roseli Aparecida Pereira, da Sra. Olandina Medeiros da Silva, da Sra. Leonilda da Rocha, da Sra. Fátima Aparecida de Melo, do Sr. José Lourenço da Silva, do Sr. José Rene Ferreira, do Sr. Osair Franco Rodrigues de Ramos, do Sr. Nelson de Jesus Felix Pinheiro, do Sr. Euzébio de Oliveira, do Sr. Francisco Ricardo Chirichela, da Sra. Maria Zilma Batista de Almeida, da Sra. Maria Albina de Oliveira Bianchi, do Sr. Alceu Florentino de Freitas, da Sra. Leonice Aparecida Batista dos Santos, da Sra. Neusa dos Santos Vantroba e da Sra. Zilda Madalena de Paula; **Requerimentos nºs 6805/12 a 6809/12**, do Deputado Fernando Sacanava, para o envio de voto de pesar às famílias: da Sra. Imma Ticianelli Stencenil, do Sr. Ismar de Andrade, da Sra. Ivonete Aparecida Bezerra Simioni, do Sr. Nezio Pereira da Silva e da Sra. Pracedina Fernandes Paulim; **Requerimento nº 6783/12**, do Deputado Gilberto Ribeiro, para o envio de votos de congratulações e aplausos pela comemoração dos 279 anos de emancipação política do Município de Morretes; **Requerimento nº 6784/12**, do Deputado Gilberto Ribeiro, para o envio de votos de congratulações e aplausos pela comemoração dos 50 anos de emancipação política do Município de Campo do Tenente.

DEPUTADO PASTOR EDSON PRACZYK (PRB): Sr. Presidente?

SR. PRESIDENTE (Deputado Artagão Júnior - PMDB): Com a palavra. “*Pela Ordem*”, Deputado Edson Praczyk.

DEPUTADO PASTOR EDSON PRACZYK (PRB): Sr. Presidente, apesar de ter acertado na minha previsão, que a Sessão demoraria até quinze para o meio-dia, detectei que os membros do Conselho de Ética, em sua maioria, estão presentes. Então, convidai-os para que nós realizássemos esta Sessão do Conselho de Ética, no anexo ao plenário. Já foram devidamente comunicados. Apenas para que fique o registro de que haverá, sim, a reunião do Conselho de Ética, neste momento.

SR. PRESIDENTE (Deputado Artagão Júnior - PMDB): Muito obrigado pelo comunicado. Parabéns a V. Exa. pela iniciativa.

Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente declarou encerrada a Sessão, marcando-se outra para segunda-feira, dia 05 de novembro, à hora regimental, com a seguinte Ordem do Dia: Redação Final dos Projetos de Lei nºs 331/12 e 360/12; 2ª Discussão dos Projetos de Lei nºs 972/11, 316/12 e 356/12; 1ª Discussão dos Projetos de Lei nºs 034/12, 071/12, 074/12 e do Projeto de Resolução nº 013/11. “*Levanta-se a Sessão*”. [Sessão encerrada às 11h45, tendo sido lavrada a Ata para fins de publicação e atendimento ao disposto no art. 113 do Regimento Interno].

107778/2012

Processo Legislativo

Comissão Executiva

ATO DO PRESIDENTE Nº 17/2012

O Presidente da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, no uso de suas atribuições, que lhe são conferidas pelo Art. 20, inc. XXXII, e tendo em vista o disposto no art. 34, inc. II, combinado com o art. 36, § 6º, do Regimento Interno,

D E C L A R A

Constituída a Comissão Parlamentar de Inquérito, conforme **Proposição do Deputado RENI PEREIRA**, apresentada na Sessão Ordinária do dia 1º de março de 2011, com 21 (vinte e uma) assinaturas, tendo a finalidade de “*averiguar a situação e possíveis irregularidades dos grandes devedores de tributos ao Estado do Paraná*”. A Comissão Parlamentar de Inquérito será composta pelos Deputados **CAITO QUINTANA**, titular e Nereu Moura, suplente; **ALEXANDRE CURI**, titular e Ademir Bier, suplente, todos do PMDB; **FRANCISCO BÜHER**, titular e Bernardo Ribas Carli, suplente, ambos do PSDB; **PEDRO LUPION**, titular e Elio Rusch, suplente, ambos do DEM; **PÉRICLES DE MELLO**, titular e Elton Welter, suplente, ambos do PT; **RENI PEREIRA**, titular e Hermas Junior, suplente, ambos indicados pelo Bloco PSB/PSC/PRB e, finalmente, **MARCELO RANGEL**, titular e Cesar Silvestri Filho, suplente, ambos indicados pelo Bloco PPS/PMN. Os trabalhos da Comissão deverão ser processados no prazo de 120 (cento e vinte) dias, com observância ao Art. 62 da Constituição Estadual e ao Regimento Interno da Assembleia Legislativa. Para que se cumpram suas finalidades o senhor Presidente determinou que eu (Lucília Felicidade Dias), Diretora Legislativa, lavrasse o presente Ato em 02 (duas) vias que serão por ele devidamente assinadas.

Sala da Presidência, em 06 de novembro de 2012.

Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

107777/2012

ATO DO PRESIDENTE Nº 18/2012

O Presidente da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, no uso de suas atribuições, que lhe são conferidas pelo Art. 20, inc. XXXII, e tendo em vista o disposto no art. 34, inc. II, combinado com o art. 36, § 6º, do Regimento Interno,

D E C L A R A

Constituída a Comissão Parlamentar de Inquérito, conforme **Proposição do Deputado RENI PEREIRA**, apresentada na Sessão Ordinária do dia 17 de outubro de 2012, com 24 (vinte e quatro) assinaturas, tendo a finalidade de “*averiguar a situação e possíveis fraudes nos resultados das pesquisas divulgadas fora da margem de erro nos vinte dias que antecederam as eleições 2012 do primeiro turno, pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística - IBOPE no Estado do Paraná*”. A Comissão Parlamentar de Inquérito será composta pelos Deputados **Artagão Júnior**, titular e Stephanes Júnior, suplente; **Teruo Kato**, titular e Nereu Moura, suplente, todos do PMDB; **Cantora Mara Lima**, titular e Rose “Litro”, suplente, ambas do PSDB; **Dr. Batista**, titular e Marcelo Rangel, suplente, ambos do Bloco PPS/PMN; **Toninho Wandscheer**, titular e Professor Lemos, suplente, ambos do PT; **Reni Pereira**, titular e Pr Edson Praczyk, suplente, ambos indicados pelo Bloco PSB/PSC/PRB e, finalmente, **Rasca Rodrigues**, titular e **Adelino Ribeiro**, suplente, ambos indicados pelo Bloco PP/PV/PTB/PSL. Os trabalhos da Comissão deverão ser processados no prazo de 120 (cento e vinte) dias, com observância ao Art. 62, da Constituição Estadual e ao Regimento Interno da Assembleia Legislativa. Para que se cumpram suas finalidades o Senhor Presidente determinou que eu (Lucília Felicidade Dias), Diretora Legislativa, lavrasse o presente Ato, em 02 (duas) vias, que serão por ele devidamente assinadas.

Sala da Presidência, em 06 de novembro de 2012.

Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

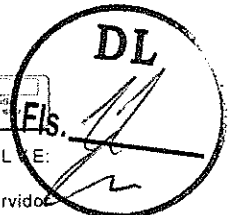
107779/2012

ATO DO PRESIDENTE Nº 19/2012

O Presidente da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, no uso de suas atribuições, que lhe são conferidas pelo Art. 20, inc. XXXII, e tendo em vista o disposto no art. 34, inc. II, combinado com o art. 36, § 6º, do Regimento Interno,

D E C L A R A

Constituída a Comissão Parlamentar de Inquérito, conforme **Proposição do Deputado ADELINO RIBEIRO**, apresentada na Sessão Ordinária do dia 22 de outubro de 2012, com 20 (vinte) assinaturas, tendo a finalidade de “*investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná*”. A Comissão Parlamentar de Inquérito será composta pelos Deputados **Anibelli Neto**, titular e Terno Kato, suplente; **Luiz Eduardo Cheida**, titular e Stephanes Júnior, suplente, todos do PMDB; **Mauro Moraes**, titular e Cantora Mara Lima, suplente, ambos do PSDB; **Douglas Fabricio**, titular e Dr Batista, suplente, ambos do Bloco PPS/PMN; **Péricles de Mello**, titular e Tadeu Veneri, suplente, ambos do PT; **Paranhos**, titular e Gilson de Souza, suplente, ambos indicados pelo Bloco



PSB/PSC/PRB e, finalmente, Adelino Ribeiro, titular e Rasca Rodrigues, suplente, ambos indicados pelo Bloco PP/PV/PTB/PSL. Os trabalhos da Comissão deverão ser processados no prazo de 120 (cento e vinte) dias, com observância ao Art. 62 da Constituição Estadual e ao Regimento Interno da Assembleia Legislativa. Para que se cumpram suas finalidades o Senhor Presidente determinou que eu (Lucélia Felicidade Dias), Diretora Legislativa, lavrasse o presente Ato, em 02 (duas) vias, que serão por ele devidamente assinadas.

Sala da Presidência, em 06 de novembro de 2012.

Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

107780/2012

ATO DO PRESIDENTE Nº 20/2012

O Presidente da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, no uso de suas atribuições, que lhe são conferidas pelo Art. 20, inc. XXXII, e tendo em vista o disposto no art. 34, inc. II, combinado com o art. 36, § 6º, do Regimento Interno,

DECLARA

Constituída a Comissão Parlamentar de Inquérito, conforme Proposição do Deputado FERNANDO SCANAVACA, apresentada na Sessão Ordinária do dia 22 de outubro de 2012, com 19 (dezenove) assinaturas, tendo a finalidade de *"investigar e fiscalizar a baixa qualidade do serviço e as sucessivas quedas de sinal das empresas operadoras de telefonia móvel no Estado do Paraná"*. A Comissão Parlamentar de Inquérito será composta pelos Deputados Nereu Moura, titular e Ademir Bier, suplente; Luiz Eduardo Cheida, titular e Artagnão Júnior, suplente, todos do PMDB; Bernardo Carli, titular e Rose "Lito", suplente, ambos do PSDB; Douglas Fabricio, titular e Dr Batista, suplente, ambos do Bloco PPS/PMN; Professor Lemos, titular e Péricles de Mello, suplente, ambos do PT; Paranhos, titular e Pastor Edson Praczyk, suplente, ambos indicados pelo Bloco PSB/PSC/PRB e, finalmente, Roberto Acioli, titular e Duílio Genari, suplente, ambos indicados pelo Bloco PP/PV/PTB/PSL. Os trabalhos da Comissão deverão ser processados no prazo de 120 (cento e vinte) dias, com observância ao Art. 62 da Constituição Estadual e ao Regimento Interno da Assembleia Legislativa. Para que se cumpram suas finalidades o Senhor Presidente determinou que eu (Lucélia Felicidade Dias), Diretora Legislativa, lavrasse o presente Ato, em 02 (duas) vias, que serão por ele devidamente assinadas.

Sala da Presidência, em 06 de novembro de 2012.

Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

107783/2012

ATO DO PRESIDENTE Nº 21/2012

O Presidente da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, no uso de suas atribuições, que lhe são conferidas pelo Art. 20, inc. XXXII, e tendo em vista o disposto no art. 34, inc. II, combinado com o art. 36, § 6º, do Regimento Interno,

DECLARA

Constituída a Comissão Parlamentar de Inquérito, conforme Proposição do Deputado FÁBIO CAMARGO, apresentada na Sessão Ordinária do dia 22 de outubro de 2012 com 18 (dezoito) assinaturas e autuada nesta Diretoria Legislativa com a finalidade de *"investigar e fiscalizar as obras de preparação para a Copa do Mundo de Futebol de 2014 que estão sendo realizadas no Estado do Paraná"*. A Comissão Parlamentar de Inquérito será composta pelos Deputados Jonas Guimarães, titular e Anibelli Neto, suplente; Ademir Bier, titular e Caio Quintana, suplente, todos do PMDB; Ney Leprevost, titular e Evandro Junior, suplente, Mauro Moraes, titular e Francisco Bührer, suplente, todos indicados pelo PSDB; Toninho Wandseher, titular e Péricles de Mello, suplente, ambos do PT; Gilberto Ribeiro, titular e Hermas Brandão Junior, suplente, ambos indicados pelo Bloco PSB/PSC/PRB e, finalmente, Fábio Camargo, titular e Duílio Genari, suplente, ambos indicados pelo Bloco PP/PV/PTB/PSL. Os trabalhos da Comissão deverão ser processados no prazo de 120 (cento e vinte) dias, com observância do Art. 62 da Constituição Estadual e do Regimento Interno da Assembleia Legislativa. E para que se cumpra suas finalidades o senhor Presidente determinou que eu (Lucélia Felicidade Dias), Diretora Legislativa, lavrasse o presente Ato em 02 (duas) vias que serão devidamente assinadas pelo Senhor Presidente.

Sala da Presidência, em 06 de novembro de 2012.

Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

107785/2012

Atos de Pessoal

Comissão Executiva

ATO DA COMISSÃO EXECUTIVA Nº 1259/2012

A Comissão Executiva da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, no uso de suas atribuições regimentais, com base no que dispõe a Lei Estadual nº 16.390, de 02 de fevereiro de 2010, e tendo em vista o contido no processo protocolado sob o nº 1870 de 05 de março de 2012,

RESOLVE:

Conceder a JOSÉ ALMIR DA LUZ, matrícula nº 40.142, servidor estável do Quadro de Pessoal da Secretaria desta Assembleia Legislativa, ocupante do cargo de Técnico em Contabilidade, nível NTD-04, cedido para a SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ - SESP, abono de permanência em serviço, equivalente ao valor de sua contribuição previdenciária, nos termos da Emenda Constitucional nº 41, Art. 2º, de 19 de dezembro de 2003.

Palácio XIX de Dezembro, 08 de outubro de 2012

VALDIR ROSSONI
Presidente

PLAUTO MIRÓ
1º Secretário

RENI PEREIRA
2º Secretário

ATO DA COMISSÃO EXECUTIVA Nº 1260/2012

A Comissão Executiva da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, no uso de suas atribuições regimentais, com base no que dispõe a Lei Estadual nº 16.390, de 02 de fevereiro de 2010, e tendo em vista o contido no processo protocolado sob o nº 6504 de 11 de junho de 2012,

RESOLVE:

Conceder a MARIA LILIAM D'AMARAL BORCHARDT, matrícula nº 195, servidora estável do Quadro de Pessoal da Secretaria desta Assembleia Legislativa, ocupante do cargo de Taquígrafo, nível NUE-04, lotada na COORDENADORIA DE TAQUIGRAFIA, abono de permanência em serviço, equivalente ao valor de sua contribuição previdenciária, nos termos da Emenda Constitucional nº 41, Art. 2º, de 19 de dezembro de 2003.

Palácio XIX de Dezembro, 08 de outubro de 2012

VALDIR ROSSONI
Presidente

PLAUTO MIRÓ
1º Secretário

RENI PEREIRA
2º Secretário

ATO DA COMISSÃO EXECUTIVA Nº 1261/2012

A Comissão Executiva da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, no uso de suas atribuições regimentais, com base no que dispõe a Lei Estadual nº 16.390, de 02 de fevereiro de 2010, e tendo em vista o contido no processo protocolado sob o nº 10837 de 14 de setembro de 2012,

RESOLVE:

Suspender a Licença Especial da servidora TEREZA CRISTINA ALMEIDA C. A. MARANHÃO, Matrícula 41.012, referente ao Ato 1059/12 a partir de 02/10/2012. A suspensão se deve por justificada exigência do serviço. Fica o saldo para agendamento futuro.

Palácio XIX de Dezembro, 08 de outubro de 2012

VALDIR ROSSONI
Presidente

PLAUTO MIRÓ
1º Secretário

RENI PEREIRA
2º Secretário



Diretoria Legislativa

Of. n° 2734/2012-DL – 17ª Legislatura

Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



Curitiba, 07 de novembro de 2012

Senhor Deputado,

Através do presente comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão Parlamentar de Inquérito para *"investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná"* foi instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012.

Outrossim, informamos que ela é composta pelos seguintes Deputados:

Membros Titulares	Suplentes
Anibelli Neto (PMDB)	Teruo Kato (PMDB)
Luiz Eduardo Cheida (PMDB)	Stephanes Jr (PMDB)
Mauro Moraes (PSDB)	Cantora Mara Lima (PSDB)
Douglas Fabrício (PPS)	Dr Batista (PMN)
Péricles de Mello (PT)	Tadeu Veneri (PT)
Paranhos (PSC)	Gilson de Souza (PSC)
Adelino Ribeiro (PSL)	Rasca Rodrigues (PV)

Salienta-se que o prazo para conclusão dos seus trabalhos é contado a partir da publicação do Ato de sua criação.

Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

Rec em 08/11/12
Orian

Exmo. Sr.
Deputado DR BATISTA
Membro suplente da Comissão Parlamentar Inquérito
Neste Edifício



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



Diretoria Legislativa

Of. n° 2736/2012-DL – 17ª Legislatura

Curitiba, 07 de novembro de 2012

Senhor Deputado,

Através do presente comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão Parlamentar de Inquérito para *"investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná"* foi instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012.

Outrossim, informamos que ela é composta pelos seguintes Deputados:

Membros Titulares	Suplentes
Anibelli Neto (PMDB)	Teruo Kato (PMDB)
Luiz Eduardo Cheida (PMDB)	Stephanes Jr (PMDB)
Mauro Moraes (PSDB)	Cantora Mara Lima (PSDB)
Douglas Fabrício (PPS)	Dr Batista (PMN)
Péricles de Mello (PT)	Tadeu Veneri (PT)
Paranhos (PSC)	Gilson de Souza (PSC)
Adelino Ribeiro (PSL)	Rasca Rodrigues (PV)

Salienta-se que o prazo para conclusão dos seus trabalhos é contado a partir da publicação do Ato de sua criação.

Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

Exmo. Sr.
Deputado GILSON DE SOUZA
Membro suplente da Comissão Parlamentar Inquérito
Neste Edifício

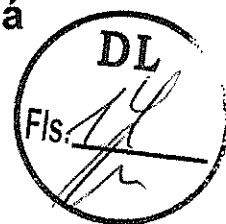
RECEBIDO POR
VILMM2
07/11/12



Diretoria Legislativa

Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



Of. n° 2731/2012-DL – 17ª Legislatura

Curitiba, 07 de novembro de 2012

Senhor Deputado,

Através do presente comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão Parlamentar de Inquérito para *"investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná"* foi instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012.

Outrossim, informamos que ela é composta pelos seguintes Deputados:

Membros Titulares	Suplentes
Anibelli Neto (PMDB)	Teruo Kato (PMDB)
Luiz Eduardo Cheida (PMDB)	Stephanes Jr (PMDB)
Mauro Moraes (PSDB)	Cantora Mara Lima (PSDB)
Douglas Fabrício (PPS)	Dr Batista (PMN)
Péricles de Mello (PT)	Tadeu Veneri (PT)
Paranhos (PSC)	Gilson de Souza (PSC)
Adelino Ribeiro (PSL)	Rasca Rodrigues (PV)

Salienta-se que o prazo para conclusão dos seus trabalhos é contado a partir da publicação do Ato de sua criação.

Solicitamos, desta forma, que Vossa Excelência nos informe o nome do Deputado eleito para presidir a Comissão, bem como do Deputado que irá relatá-la, conforme minuta de ata de instalação em anexo, que deve ser encaminhada a esta Diretoria para publicação no Diário Oficial da Assembleia.

Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

Exmo. Sr.
Deputado ADELINO RIBEIRO
Membro titular da Comissão Parlamentar Inquérito
Neste Edifício

07/11/2012



Diretoria Legislativa

Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



Of. n° 2738/2012-DL – 17ª Legislatura

Curitiba, 07 de novembro de 2012

Senhora Deputada,

Através do presente comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão Parlamentar de Inquérito para *"investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná"* foi instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012.

Outrossim, informamos que ela é composta pelos seguintes Deputados:

Membros Titulares	Suplentes
Anibelli Neto (PMDB)	Teruo Kato (PMDB)
Luiz Eduardo Cheida (PMDB)	Stephanes Jr (PMDB)
Mauro Moraes (PSDB)	Cantora Mara Lima (PSDB)
Douglas Fabrício (PPS)	Dr Batista (PMN)
Péricles de Mello (PT)	Tadeu Veneri (PT)
Paranhos (PSC)	Gilson de Souza (PSC)
Adelino Ribeiro (PSL)	Rasca Rodrigues (PV)

Salienta-se que o prazo para conclusão dos seus trabalhos é contado a partir da publicação do Ato de sua criação.


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

Exma. Sra.
Deputada CANTORA MARA LIMA
Membro suplente da Comissão Parlamentar Inquérito
Neste Edifício

Maresônia Pinto
07/11/2012



Diretoria Legislativa

Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



Of. n° 2732/2012-DL – 17ª Legislatura

Curitiba, 07 de novembro de 2012

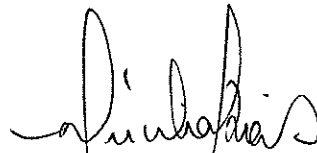
Senhor Deputado,

Através do presente comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão Parlamentar de Inquérito para *"investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná"* foi instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012.

Outrossim, informamos que ela é composta pelos seguintes Deputados:

Membros Titulares	Suplentes
Anibelli Neto (PMDB)	Teruo Kato (PMDB)
Luiz Eduardo Cheida (PMDB)	Stephanes Jr (PMDB)
Mauro Moraes (PSDB)	Cantora Mara Lima (PSDB)
Douglas Fabrício (PPS)	Dr Batista (PMN)
Péricles de Mello (PT)	Tadeu Veneri (PT)
Paranhos (PSC)	Gilson de Souza (PSC)
Adelino Ribeiro (PSL)	Rasca Rodrigues (PV)

Salienta-se que o prazo para conclusão dos seus trabalhos é contado a partir da publicação do Ato de sua criação.


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

Exmo. Sr.
Deputado TERUO KATO
Membro suplente da Comissão Parlamentar Inquérito
Neste Edifício


07-11-2012



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Diretoria Legislativa

Of. n° 2737/2012-DL – 17ª Legislatura



Curitiba, 07 de novembro de 2012

Senhor Deputado,

Através do presente comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão Parlamentar de Inquérito para *"investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná"* foi instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012.

Outrossim, informamos que ela é composta pelos seguintes Deputados:

Membros Titulares	Suplentes
Anibelli Neto (PMDB)	Teruo Kato (PMDB)
Luiz Eduardo Cheida (PMDB)	Stephanes Jr (PMDB)
Mauro Moraes (PSDB)	Cantora Mara Lima (PSDB)
Douglas Fabrício (PPS)	Dr Batista (PMN)
Péricles de Mello (PT)	Tadeu Veneri (PT)
Paranhos (PSC)	Gilson de Souza (PSC)
Adelino Ribeiro (PSL)	Rasca Rodrigues (PV)

Salienta-se que o prazo para conclusão dos seus trabalhos é contado a partir da publicação do Ato de sua criação.

Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

Exmo. Sr.
Deputado RASCA RODRIGUES
Membro suplente da Comissão Parlamentar Inquérito
Neste Edifício

Recebido 07/11/12



Diretoria Legislativa

Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



Of. n° 2727/2012-DL – 17ª Legislatura

Curitiba, 07 de novembro de 2012

Senhor Deputado,

Através do presente comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão Parlamentar de Inquérito para *"investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná"* foi instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012.

Outrossim, informamos que ela é composta pelos seguintes Deputados:

Membros Titulares	Suplentes
Anibelli Neto (PMDB)	Teruo Kato (PMDB)
Luiz Eduardo Cheida (PMDB)	Stephanes Jr (PMDB)
Mauro Moraes (PSDB)	Cantora Mara Lima (PSDB)
Douglas Fabrício (PPS)	Dr Batista (PMN)
Péricles de Mello (PT)	Tadeu Veneri (PT)
Paranhos (PSC)	Gilson de Souza (PSC)
Adelino Ribeiro (PSL)	Rasca Rodrigues (PV)

Salienta-se que o prazo para conclusão dos seus trabalhos é contado a partir da publicação do Ato de sua criação.

Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

Exmo. Sr.
Deputado MAURO MORAES
Membro titular da Comissão Parlamentar Inquérito
Neste Edifício

07/11/12



Diretoria Legislativa

Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



Of. n° 2733/2012-DL – 17ª Legislatura

Curitiba, 07 de novembro de 2012

Senhor Deputado,

Através do presente comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão Parlamentar de Inquérito para *"investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná"* foi instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012.

Outrossim, informamos que ela é composta pelos seguintes Deputados:

Membros Titulares	Suplentes
Anibelli Neto (PMDB)	Teruo Kato (PMDB)
Luiz Eduardo Cheida (PMDB)	Stephanes Jr (PMDB)
Mauro Moraes (PSDB)	Cantora Mara Lima (PSDB)
Douglas Fabrício (PPS)	Dr Batista (PMN)
Péricles de Mello (PT)	Tadeu Veneri (PT)
Paranhos (PSC)	Gilson de Souza (PSC)
Adelino Ribeiro (PSL)	Rasca Rodrigues (PV)

Salienta-se que o prazo para conclusão dos seus trabalhos é contado a partir da publicação do Ato de sua criação.

Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

Exmo. Sr.
Deputado STEPHANES JUNIOR
Membro suplente da Comissão Parlamentar Inquérito
Neste Edifício

Lucília
07/11/12
Ordreio



Diretoria Legislativa

Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



Of. n° 2725/2012-DL – 17ª Legislatura

Curitiba, 07 de novembro de 2012

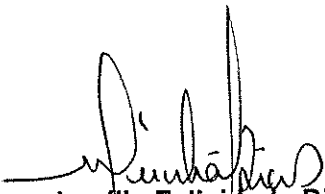
Senhor Deputado,

Através do presente comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão Parlamentar de Inquérito para *“investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná”* foi instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012.

Outrossim, informamos que ela é composta pelos seguintes Deputados:

Membros Titulares	Suplentes
Anibelli Neto (PMDB)	Teruo Kato (PMDB)
Luiz Eduardo Cheida (PMDB)	Stephanes Jr (PMDB)
Mauro Moraes (PSDB)	Cantora Mara Lima (PSDB)
Douglas Fabrício (PPS)	Dr Batista (PMN)
Péricles de Mello (PT)	Tadeu Veneri (PT)
Paranhos (PSC)	Gilson de Souza (PSC)
Adelino Ribeiro (PSL)	Rasca Rodrigues (PV)

Salienta-se que o prazo para conclusão dos seus trabalhos é contado a partir da publicação do Ato de sua criação.


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

Exmo. Sr.
Deputado ANIBELLI NETO
Membro titular da Comissão Parlamentar Inquérito
Neste Edifício

Zerobi em 07/11/2012
V. Popolino



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Diretoria Legislativa

Of. n° 2728/2012-DL – 17ª Legislatura



Curitiba, 07 de novembro de 2012

Senhor Deputado,

Através do presente comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão Parlamentar de Inquérito para *"investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná"* foi instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012.

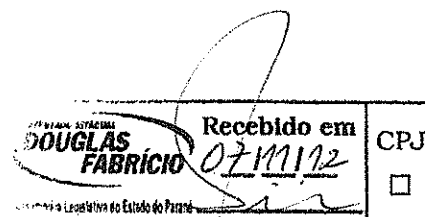
Outrossim, informamos que ela é composta pelos seguintes Deputados:

Membros Titulares	Suplentes
Anibelli Neto (PMDB)	Teruo Kato (PMDB)
Luiz Eduardo Cheida (PMDB)	Stephanes Jr (PMDB)
Mauro Moraes (PSDB)	Cantora Mara Lima (PSDB)
Douglas Fabrício (PPS)	Dr Batista (PMN)
Péricles de Mello (PT)	Tadeu Veneri (PT)
Paranhos (PSC)	Gilson de Souza (PSC)
Adelino Ribeiro (PSL)	Rasca Rodrigues (PV)

Salienta-se que o prazo para conclusão dos seus trabalhos é contado a partir da publicação do Ato de sua criação.

Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

Exmo. Sr.
Deputado DOUGLAS FABRÍCIO
Membro titular da Comissão Parlamentar Inquérito
Neste Edifício





Diretoria Legislativa

Of. n° 2730/2012-DL – 17ª Legislatura

Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



Curitiba, 07 de novembro de 2012

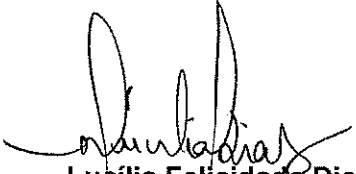
Senhor Deputado,

Através do presente comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão Parlamentar de Inquérito para *"investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná"* foi instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012.

Outrossim, informamos que ela é composta pelos seguintes Deputados:

Membros Titulares	Suplentes
Anibelli Neto (PMDB)	Teruo Kato (PMDB)
Luiz Eduardo Cheida (PMDB)	Stephanes Jr (PMDB)
Mauro Moraes (PSDB)	Cantora Mara Lima (PSDB)
Douglas Fabrício (PPS)	Dr Batista (PMN)
Péricles de Mello (PT)	Tadeu Veneri (PT)
Paranhos (PSC)	Gilson de Souza (PSC)
Adelino Ribeiro (PSL)	Rasca Rodrigues (PV)

Salienta-se que o prazo para conclusão dos seus trabalhos é contado a partir da publicação do Ato de sua criação.


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

Exmo. Sr.
Deputado PARANHOS
Membro titular da Comissão Parlamentar Inquérito
Neste Edifício

Gabinete Dep. Paranhos
RECEBIDO
07/11/12




Diretoria Legislativa

Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



Of. n° 2729/2012-DL – 17ª Legislatura

Curitiba, 07 de novembro de 2012

Senhor Deputado,

Através do presente comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão Parlamentar de Inquérito para *"investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná"* foi instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012.

Outrossim, informamos que ela é composta pelos seguintes Deputados:

Membros Titulares	Suplentes
Anibelli Neto (PMDB)	Teruo Kato (PMDB)
Luiz Eduardo Cheida (PMDB)	Stephanes Jr (PMDB)
Mauro Moraes (PSDB)	Cantora Mara Lima (PSDB)
Douglas Fabrício (PPS)	Dr Batista (PMN)
Péricles de Mello (PT)	Tadeu Veneri (PT)
Paranhos (PSC)	Gilson de Souza (PSC)
Adelino Ribeiro (PSL)	Rasca Rodrigues (PV)

Salienta-se que o prazo para conclusão dos seus trabalhos é contado a partir da publicação do Ato de sua criação.

Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

RECEBIDO em 07/11/12
POR Elaine RA.

Exmo. Sr.

Deputado PÉRICLES DE MELLO

Membro titular da Comissão Parlamentar Inquérito

Neste Edifício

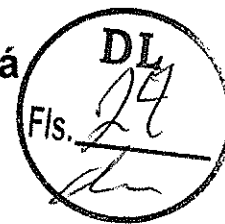


Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Diretoria Legislativa

Of. n° 2735/2012-DL – 17ª Legislatura



Curitiba, 07 de novembro de 2012

Senhor Deputado,

Através do presente comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão Parlamentar de Inquérito para *"investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná"* foi instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012.

Outrossim, informamos que ela é composta pelos seguintes Deputados:

Membros Titulares	Suplentes
Anibelli Neto (PMDB)	Teruo Kato (PMDB)
Luiz Eduardo Cheida (PMDB)	Stephanes Jr (PMDB)
Mauro Moraes (PSDB)	Cantora Mara Lima (PSDB)
Douglas Fabrício (PPS)	Dr Batista (PMN)
Péricles de Mello (PT)	Tadeu Veneri (PT)
Paranhos (PSC)	Gilson de Souza (PSC)
Adelino Ribeiro (PSL)	Rasca Rodrigues (PV)

Salienta-se que o prazo para conclusão dos seus trabalhos é contado a partir da publicação do Ato de sua criação.

Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

Exmo. Sr.

Deputado TADEU VENERI

Membro suplente da Comissão Parlamentar Inquérito

Neste Edifício

*Quando.
07/11/2012*



Diretoria Legislativa

Of. n° 2726/2012-DL – 17ª Legislatura

Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



Curitiba, 07 de novembro de 2012

Senhor Deputado,

Através do presente comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão Parlamentar de Inquérito para *“investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná”* foi instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012.

Outrossim, informamos que ela é composta pelos seguintes Deputados:

Membros Titulares	Suplentes
Anibelli Neto (PMDB)	Teruo Kato (PMDB)
Luiz Eduardo Cheida (PMDB)	Stephanes Jr (PMDB)
Mauro Moraes (PSDB)	Cantora Mara Lima (PSDB)
Douglas Fabrício (PPS)	Dr Batista (PMN)
Péricles de Mello (PT)	Tadeu Veneri (PT)
Paranhos (PSC)	Gilson de Souza (PSC)
Adelino Ribeiro (PSL)	Rasca Rodrigues (PV)

Salienta-se que o prazo para conclusão dos seus trabalhos é contado a partir da publicação do Ato de sua criação.


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

Exmo. Sr.
Deputado LUIZ EDUARDO CHEIDA
Membro titular da Comissão Parlamentar Inquérito
Neste Edifício

recebido por
Marli
07/11/12



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



Ofício Interno nº 302/2012

Curitiba, 11 de novembro de 2012.

À DIRETORIA LEGISLATIVA PARA ANOTAÇÕES.

DATA: 13 NOV. 2012

PRESIDENTE

Senhor Presidente:

Sirvo-me do presente para solicitar de V. Exa. a inversão da indicação dos integrantes do PMDB nessa Comissão, passando o Deputado **Stephanes Junior** para a condição de Titular e o Deputado **Luiz Eduardo Cheida** para a condição de Suplente.

Agradecendo seus préstimos, valho-me do ensejo para renovar-lhe protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Deputado CAÍTO QUINTANA
Líder do PMDB

Exmo. Sr.

Deputado Presidente da CPI dos Planos de Saúde

N/Edifício

Anote-se e encaminhe
Para Providências
DL, 14/11/12

[Assinatura]

*Introduzido
nos arquivos
Em 14/11/12
Maria Henrique de Paula
Mat. 40668*

15112 13/11/2012 007234 DP ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ



Diretoria Legislativa

Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

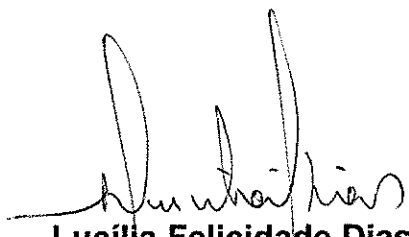


Of. n° 2774/2012-DL – 17ª Legislatura

Curitiba, 19 de novembro de 2012

Senhor Deputado,

Através do presente comunicamos que, de acordo com o requerimento da Liderança do PMDB, apresentado na Sessão Plenária do dia 13 de novembro de 2012, foi solicitada a inversão de membros da **CPI dos Planos de Saúde**, para o fim de indicar Vossa Excelência como titular.


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

recebi
Arquivo 18/11/12

Exmo. Sr.

Deputado STEPHANES JUNIOR

Membro titular da Comissão Parlamentar Inquérito

Neste Edifício



Diretoria Legislativa

Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



Of. n.º 2775/2012-DL – 17ª Legislatura

Curitiba, 19 de novembro de 2012

Senhor Deputado,

Através do presente comunicamos que, de acordo com o requerimento da Liderança do PMDB, apresentado na Sessão Plenária do dia 13 de novembro de 2012, foi solicitada a inversão de membros da **CPI dos Planos de Saúde**, para o fim de indicar Vossa Excelência como suplente.


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

Exmo. Sr.

Deputado LUIZ EDUARDO CHEIDA

Membro suplente da Comissão Parlamentar Inquérito

Neste Edifício

*Recibido
Ar. Paulo
19/11/12
Dep. Cheida*



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



INDICAÇÃO

A DL PARA
PUBLICAR NO
DIÁRIO OFICIAL (ATA)
DATA: 14 NOV. 2012

Aos quatorze dias do mês de novembro do ano de dois mil e doze, reuniram-se os membros indicados pelas Lideranças para compor a Comissão Parlamentar de Inquérito para "Investigar e Fiscalizar os Procedimentos das Empresas Operadoras de Planos de Saúde no Estado do Paraná" (constituída pelo Ato do Presidente nº 19/2012), com o fim específico de indicar e eleger o Deputado Adelino Ribeiro como Presidente e o Deputado Anibelli Neto como Relator. Verificado o número legal, os senhores Deputados procederam a votação, sendo os nomes acima referendados. Nada mais havendo a tratar, os senhores Deputados assinam a presente indicação e eleição, que será registrada e produzirá os devidos efeitos legais.

ADELINO RIBEIRO

MAURO MORAES

ANIBELLI NETO

PÉRICLES DE MELLO

DOUGLAS FABRÍCIO

STÉPHANES JR.

LEONALDO PARANHOS

Anote-se e encaminhe-se
Para Providências
DL, 14/11/12

Praça Nossa Senhora da Salette s/nº - Centro Cívico - Curitiba - Paraná

PUBLICADO	
DOA 329	pág. 12
de 23/11/12	



7430/12, do Deputado Paranhos, para o envio de votos de congratulações e regozijo pelo aniversário do Município de Itaguajé, em 30 de novembro; **Requerimento nº 7431/12**, do Deputado Paranhos, para o envio de votos de congratulações e regozijo pelo aniversário do Município de Guaraci, em 01 de dezembro; **Requerimento nº 7432/12**, do Deputado Paranhos, para o envio de votos de congratulações e regozijo pelo aniversário do Município de Dois Vizinhos, em 28 de novembro; **Requerimento nº 7433/12**, do Deputado Paranhos, para o envio de votos de congratulações e regozijo pelo aniversário do Município de Cândido de Abreu, em 26 de novembro; **Requerimento nº 7434/12**, do Deputado Paranhos, para o envio de votos de congratulações e regozijo pelo aniversário do Município de Califórnia, em 26 de novembro; **Requerimento nº 7435/12**, do Deputado Paranhos, para o envio de votos de congratulações e regozijo pelo aniversário do Município de Bom Sucesso, em 26 de novembro; **Requerimento nº 7436/12**, do Deputado Paranhos, para o envio de votos de congratulações e regozijo pelo aniversário do Município de Araruna, em 29 de novembro; **Requerimento nº 7437/12**, do Deputado Paranhos, para o envio de votos de congratulações e regozijo pelo aniversário do Município de Ampère, em 28 de novembro; **Requerimento nº 7438/12**, do Deputado Paranhos, para o envio de votos de congratulações a entidades representativas dos profissionais do setor de Segurança do Trabalho, pela comemoração do Dia do Técnico de Segurança do Trabalho, em 27 de novembro; **Requerimento nº 7439/12**, do Deputado Paranhos, para o envio de votos de congratulações ao Município de Iriti, pela realização da XXXV Festa do Pêssego e XI Feira de Sabores, dos dias 30.11.12 a 02.12.12; **Requerimento nº 7440/12**, do Deputado Paranhos, para o envio de votos de congratulações ao Município de Araucária, pela realização da XXIX Festa do Pêssego, no mês de dezembro; **Requerimento nº 7443/12**, do Deputado Anibelli Neto, para o envio de votos de congratulações e aplausos ao Município de Iguaçu, pelo 57º aniversário; **Requerimento nº 7444/12**, do Deputado Anibelli Neto, para o envio de votos de congratulações e aplausos ao Município de São João do Caiuá, pelo 58º aniversário; **Requerimento nº 7445/12**, do Deputado Anibelli Neto, para o envio de votos de congratulações e aplausos ao Dr. Juliano Breda e seus companheiros da Chapa XI de Agosto, eleitos para a nova Diretoria da OAB do Paraná, período 2013/2015, ocorrido no último dia 19; **Requerimento nº 7455/12**, do Deputado Mauro Moraes, para o envio de voto de congratulação, com menção honrosa, ao Sr. Josimar Barbosa de Lima, 3º Sargento da Polícia Militar, por ter heroicamente realizado o salvamento de uma vida; **Requerimento nº 7460/12**, do Deputado Ney Leprevost, para o envio de votos de louvor e congratulações ao Distrito 4730 Rotary Internacional; **Requerimento nº 7461/12**, do Deputado Ney Leprevost, para o envio de votos de louvor e congratulações ao Sr. Lourival Roginski; **Requerimento nº 7465/12**, do Deputado Professor Lemos, para o envio de voto de louvor pelo 62º aniversário do Município de Iguaçu; **Requerimento nº 7466/12**, do Deputado Professor Lemos, para o envio de voto de louvor pelo 52º aniversário do Município de Santa Cecília do Pavão; **Requerimento nº 7467/12**, do Deputado Professor Lemos, para o envio de voto de louvor pelo 57º aniversário do Município de Santa Izabel do Ivaí; **Requerimento nº 7468/12**, do Deputado Professor Lemos, para o envio de voto de louvor pelo 66º aniversário do Município de Mangueirinha; **Requerimento nº 7450/12**, do Deputado Valdir Rossoni, solicitando aprovação de moção de apoio e regozijo à CASA BR - Centro de Apoio Sócio Ambiental do Brasil; **Requerimento nº 7451/12**, do Deputado Tadeu Veneri, solicitando envio de pedido de informações ao Presidente do Tribunal de Justiça do Estado sobre as custas judiciais e extrajudiciais em todo o Estado do Paraná; **Requerimento nº 7442/12**, do Deputado Nelson Justus, solicitando à Secretaria Estadual de Infraestrutura e Logística pedido de informações e cópia do contrato celebrado entre o governo do Estado do Paraná e a empresa F. Andreis, concessionária que opera a travessia marítima entre os Municípios de Guaratuba e Matinhos.

JUSTIFICATIVAS DE AUSÊNCIAS

- **Deferidas conforme acordo de líderes:** **Protocolo nº 7463/12**, Ofício nº 099/12, do Deputado Fábio Camargo, justificando sua ausência em Sessão Plenária do dia 14.11.12; **Requerimento nº 7464/12**, do Deputado Pedro Lupion, justificando sua ausência em Sessão Plenária do dia 19.11.12; **Requerimento nº 7475/12**, do Deputado Luiz Claudio Romanelli, justificando sua ausência em Sessão Plenária do dia 14.11.12.

- **Deferida:** **Requerimento nº 7474/12**, do Deputado Caio Quintana, justificando sua ausência nas Sessões Plenárias dos dias 20.11.12 e 21.11.12, em razão de viagem a Brasília, para tratar de assuntos de interesse dos Municípios do Estado do Paraná. Nada mais havendo a tratar, declaro encerrada a Sessão, marcando outra para quarta-feira, dia 21 de novembro, à hora regimental, com a seguinte Ordem do Dia: Redação Final do Projeto de Lei nº 361/12 e dos Projetos de Resolução nºs 031/10; 032/10 e 030/11; 3ª Discussão do Projeto de Lei nº 071/12; 2ª Discussão dos Projetos de Lei nºs 934/11, 025/12, 406/12, 467/12, 494/12, 506/12, 509/12, 529/12, 532/12, 547/12 e do Projeto de Resolução nº 019/12; 1ª Discussão dos Projetos de Lei nºs 844/11, 370/12, 492/12 e 568/12, "Levanta-se a Sessão". [Sessão encerrada às 17h15, tendo sido lavrada a Ata para fins de publicação e atendimento ao disposto no art. 113 do Regimento Interno].

Processo Legislativo

Comissões Especiais

INDICAÇÃO

Aos quatorze dias do mês de novembro do ano de dois mil e doze, reuniram-se os membros indicados pelas Lideranças para compor a Comissão Parlamentar de Inquérito para "Investigar e Fiscalizar os Procedimentos das Empresas Operadoras de Planos de Saúde no Estado do Paraná" (constituída pelo Ato do Presidente nº 19/2012), com o fim específico de indicar e eleger o Deputado Adelino Ribeiro como Presidente e o Deputado Anibelli Neto como Relator. Verificado o número legal, os senhores Deputados procederam à votação, sendo os nomes acima referendados. Nada mais havendo a tratar, os senhores Deputados assinam a presente indicação e eleição, que será registrada e produzirá os devidos efeitos legais.

ADELINO RIBEIRO
ANIBELLI NETO
DOUGLAS FABRÍCIO
LEONALDO PARANHOS

MAURO MORAES
PÉRICLES DE MELLO
STEPHANES JR.

113907/2012

Editais e Contratos

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ
EXTRATO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 001/2011

OBJETO: Serviço de nova prumada e buzinode.

CONTRATADO: NOGUEIRA E SILVA COSNTRUÇÕES CIVIS LTDA.

VALOR GLOBAL: R\$ 16.478,22 (dezesesseis mil quatrocentos e setenta e oito reais e vinte e dois centavos).

Vigência: 60 (sessenta) dias.

FUNDAMENTO LEGAL: Art. 34, inciso IV da Lei Estadual nº. 15.608/2007.

Curitiba, 02 de setembro de 2011.

PLAUTO MIRÓ
1º. Secretário

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

RATIFICAÇÃO

Ratifico a Dispensa de Licitação em favor do interessado abaixo relacionado, referente a empenho para contratação de empresa para realizar serviços de nova prumada e buzinode, em conformidade com o Artigo 34, inciso IV da Lei Estadual nº. 15.608/2007.

Nº. Processo	Nome do proponente	Valor
Nº. 15472/2011	NOGUEIRA E SILVA COSNTRUÇÕES CIVIS LTDA.	R\$ 16.478,22

Curitiba, 02 de setembro de 2011.

PLAUTO MIRÓ
1º. Secretário



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Centro Legislativo Deputado Aníbal Khury



COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE
Presidente: Deputado Adelino Ribeiro
Relator: Deputado Anibelli Neto
Membros Efetivos: Deputado Mauro Moraes, Deputado Estephanes Junior,
Deputado Douglas Fabricio, Deputado Péricles de Mello, Deputado
Paranhos.

1ª ATA DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO

Aos dezenove dias do mês de novembro de dois mil e doze, na Sala de Reuniões do Centro de Operações das CPIs, reuniram-se os membros indicados pelas lideranças para comporem a Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde, constituída pelo Ato do Presidente nº 19/2012, com a finalidade de, nos termos da proposição apresentada, (cento e vinte) dias “investigar e fiscalizar os procedimentos das operadoras de plano de saúde no âmbito territorial do Estado do Paraná”. A reunião foi presidida pelo Deputado Adelino Ribeiro e, verificada a existência *quórum*, o Senhor Presidente declarou instalados os trabalhos da Comissão. Encaminha do o procedimento de eleição do Presidente e Relator da CPI, foi procedida a deliberação, sendo eleito o Deputado Adelino Ribeiro para presidir a Comissão e o Deputado Anibelli Neto como Relator na forma da indicação anexa a presente Ata. Ato continuo o Deputado Adelino Ribeiro, na qualidade de Presidente, colocou em deliberação a Proposta de Plano de Ação e Regime de Metas da CPI, anexa a presente Ata. Procedida a votação foi aprovado por unanimidade o Plano de Ação.

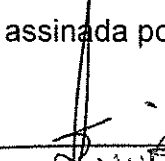


Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Centro Legislativo Deputado Aníbal Khury

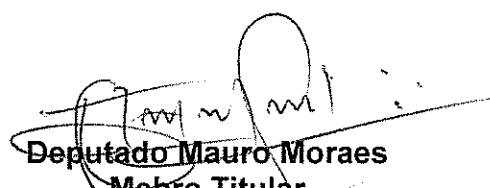


Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou os trabalhos, dos quais para constar, eu, Lidiani Schühli Marcondes, lavrei a presente Ata para que produza seus efeitos legais.

Após lida e aprovada, segue assinada por todos os membros e por mim.


Deputado Adelino Ribeiro
Presidente


Deputado Anibelli Neto
Relator

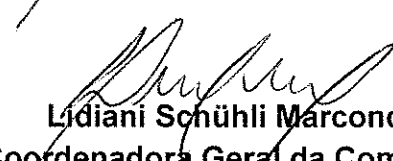

Deputado Mauro Moraes
Membro Titular


Deputado Stephanes Junior
Membro Titular


Deputado Douglas Fabricio
Membro Titular


Deputado Péricles de Mello
Membro Titular


Deputado Paranhos
Membro Titular


Lidiani Schühli Marcondes
Coordenadora Geral da Comissão



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Centro Legislativo Deputado Aníbal Khury



COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE

Presidente: Deputado Adelino Ribeiro

Relator: Deputado Anibelli Neto

Membros Efetivos: Deputado Mauro Moraes, Deputado Estephanes Junior,
Deputado Douglas Fabricio, Deputado Péricles de Mello, Deputado Paranhos.

**PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO
E REGIME DE METAS**

Legalmente instalada em 06 de novembro de 2012, sob a Presidência do Deputado Adelino Ribeiro, esta Comissão Parlamentar de Inquérito tem como objetivo o diagnóstico das irregularidades e abusos cometidos pelas operadoras de planos de saúde atuantes no Estado do Paraná, face às constantes denúncias apontadas pela Associação Médica do Paraná e levantadas pela Comissão de Direitos do Consumidor desta Casa de Leis.

Após a realização dos trabalhos a CPI pretende levantar e propor medidas que impliquem na melhoria das condições de trabalho dos profissionais médicos do Paraná e, consequentemente, a prestação de serviço de saúde de qualidade aos beneficiários dos planos de saúde privados.

Para tanto, os trabalhos serão conduzidos da seguinte forma:

Etapa 1 – Organização (06/nov. a 04/fev.)

1ª Fase – Constituição e Organização da Secretaria Geral da CPI, á qual caberá:

- a manutenção do arquivo físico e digital de documentos expedidos e recebidos de qualquer natureza;
- arquivo digital e físico das Atas das Reuniões, Audiências e demais eventos;
- recebimento de documentos;
- controle do envio de ofícios e memorandos;
- apoio na organização e agendamento de diligências;

Para atingir estes propósitos faz-se necessária que a referida secretaria seja composta por 03 servidores indicados pela Presidência da CPI: um Coordenador Geral da Secretaria da CPI, um Gestor de Banco de Dados e uma Secretária Executiva.

2ª Fase – Deliberação do Regimento interno da CPI.



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Centro Legislativo Deputado Aníbal Khury



Etapa 2 – Instrução, Inquérito e Relatório

Procedimentos Adotados

1ª Fase – Coleta de informações e documentos das entidades representativas dos médicos e das operadoras de plano de saúde. (05/fev. a 15/fev.)

2ª Fase – Realização de Audiências Públicas nos municípios de Londrina, Guarapuava e Cascavel. (16 fev. a 01/mar.)

3ª Fase – Catalogação e análise da documentação disponível. (02/mar. a 15/mar.)

4ª Fase – Oitiva de testemunhas e demais interessados, incluindo representantes das associações de médicos e das operadoras de planos de saúde. (16/mar. a 29/mar.)

5ª Fase – Elaboração e apresentação de Relatório. (30/mar. a 12/abr.)



logia G4, junto à 3ª SECRETARIA, a partir de 1º de fevereiro de 2013

Comissões Especiais**COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE**

Presidente: Deputado Adelfino Ribeiro
Relator: Deputado Aníbelli Neto
Membros Titulares: Deputados Douglas Fabrício, Mauro Moraes,
Paranhos, Péricles de Mello e Stephanes Junior

ATA DA 1ª REUNIÃO ORDINÁRIA

Aos dezanove dias do mês de novembro de dois mil e doze, na Sala de Reuniões do Centro de Operações das CPLs, reuniram-se os membros indicados pelas lideranças para comporem a Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde, constituída pelo Ato do Presidente nº 19/2012, com a finalidade de, nos termos da proposição apresentada, investigar e fiscalizar os procedimentos das operadoras de plano de saúde no âmbito territorial do Estado do Paraná. A reunião foi presidida pelo Deputado Adelfino Ribeiro e, verificada a existência de *quórum*, o Senhor Presidente declarou instalados os trabalhos da Comissão. Encaminhado o procedimento de Eleição do Presidente e Relator da CPI, foi procedida a deliberação, sendo eleito o Deputado Adelfino Ribeiro para presidir a Comissão e o Deputado Aníbelli Neto como Relator na forma da indicação anexa a presente Ata. Ato contínuo o Deputado Adelfino Ribeiro, na qualidade de presidente, colocou em deliberação a Proposta de Plano de Ação e Regime de Metas da CPI, anexa a presente Ata. Procedida a votação foi aprovado por unanimidade o Plano de Ação.

Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou os trabalhos, dos quais para constar, eu, Lidiani Schühli Marcondes, lavrei a presente Ata para que produza seus efeitos legais.

Após lida e aprovada, segue assinada por todos os membros e por mim.

Deputado Adelfino Ribeiro
Presidente

Deputado Aníbelli Neto
Relator

Deputado Mauro Moraes
Membro Titular

Deputado Stephanes Junior
Membro Titular

Deputado Douglas Fabrício
Membro Titular

Deputado Péricles de Mello
Membro Titular

Deputado Paranhos
Membro Titular

Lidiani Schühli Marcondes
Coordenadora Geral

**PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO
E REGIME DE METAS**

Legalmente instalada em 06 de novembro de 2012, sob a Presidência do Deputado Adelfino Ribeiro, esta Comissão Parlamentar de Inquérito tem como objetivo e diagnóstico das irregularidades e abusos cometidos pelas operadoras de planos de saúde atuantes no Estado do Paraná, face às constantes denúncias apontadas pela Associação Médica do Paraná e levantadas pela Comissão de Direitos do Consumidor desta Casa de Leis.

Após a realização dos trabalhos a CPI pretende levantar e propor medidas que impliquem na melhoria das condições de trabalho das profissionais médicas do Paraná e, consequentemente, a prestação de serviço de saúde de qualidade aos beneficiários dos planos de saúde privados.

Para tanto, os trabalhos serão conduzidos da seguinte forma:

Etapa 1 – Organização (06/nov. a 04/fev.)

1ª Fase – Constituição e Organização da Secretaria Geral da CPI, à qual caberá:

- a manutenção do arquivo físico e digital de documentos expedidos e recebidos de qualquer natureza;
- arquivo digital e físico das Atas das Reuniões, Audiências e demais eventos;
- recebimento de documentos;
- controle do envio de ofícios e memorandos;
- apoio na organização e agendamento de diligências;

Para atingir estes propósitos faz-se necessária que a referida secretaria seja composta por 03 servidores indicados pela Presidência da CPI: um Coordenador Geral da Secretaria da CPI, um Gestor de Banco de Dados e uma Secretária Executiva.

2ª Fase – Deliberação do Regimento interno da CPI.

Etapa 2 – Instrução, Inquérito e Relatório

Procedimentos Adotados

1ª Fase – Coleta de informações e documentos das entidades representativas dos médicos e das operadoras de plano de saúde. (05/fev. a 15/fev.)

2ª Fase – Realização de Audiências Públicas nos municípios de Londrina, Guarapuava e Cascavel. (16 fev. a 01/mar.)

3ª Fase – Catalogação e análise da documentação disponível. (02/mar. a 15/mar.)

4ª Fase – Oitiva de testemunhas e demais interessados, incluindo representantes das associações de médicos e das operadoras de planos de saúde. (16/mar. a 29/mar.)

5ª Fase – Elaboração e apresentação do Relatório. (30/mar. a 12/abr.)

Palácio XIX de Dezembro, 21 de fevereiro de 2013

VALDIR ROSSONI
Presidente

PLAUTO MIRÓ
1º Secretário

ADEMIR BIER
2º Secretário

ATO DA COMISSÃO EXECUTIVA Nº 339/2013

A Comissão Executiva da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, no uso de suas atribuições regimentais, com base no que dispõe a Lei Estadual nº 16.390, de 2 de fevereiro de 2010, e tendo em vista o contido no processo protocolado sob o nº 1652, de 21 de fevereiro de 2013,

RESOLVE:

Exonerar, LUIZ SANTAMARIA NETO, Matrícula nº 55.078, portador do RG 1.686.306-8/PR, no cargo em Comissão de simbolologia G4, junto à 3ª SECRETARIA, a partir de 1º de fevereiro de 2013

Palácio XIX de Dezembro, 21 de fevereiro de 2013

VALDIR ROSSONI
Presidente

PLAUTO MIRÓ
1º Secretário

ADEMIR BIER
2º Secretário

ATO DA COMISSÃO EXECUTIVA Nº 340/2013

A Comissão Executiva da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, no uso de suas atribuições regimentais, com base no que dispõe a Lei Estadual nº 16.390, de 2 de fevereiro de 2010, e tendo em vista o contido no processo protocolado sob o nº 1653, de 21 de fevereiro de 2013,

RESOLVE:

Exonerar, ANDREA TATIANE TOMITA, Matrícula nº 6843, portadora do RG 6.255.739-7/PR, no cargo em Comissão de simbolologia G4, junto à 3ª SECRETARIA, a partir de 1º de fevereiro de 2013

Palácio XIX de Dezembro, 21 de fevereiro de 2013

VALDIR ROSSONI
Presidente

PLAUTO MIRÓ
1º Secretário

ADEMIR BIER
2º Secretário



REQUERIMENTO

A DIRETORIA LEGISLATIVA
PARA ANOTAÇÕES

DATA: 05 MAR. 2013

Presidente

Requer a comunicação de
substituição de Membro
da Comissão (CPI) Planos
de Saúde (Instalada).

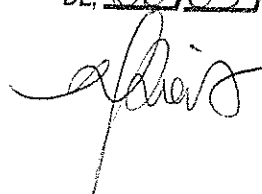
Senhor Presidente:

O Deputado que o presente subscreve, no uso de suas atribuições regimentais, **REQUER** seja comunicado que o Deputado Gilberto Martins substituirá o Deputado Luiz Eduardo Cheida como membro suplente da Comissão (CPI) Planos de Saúde (Instalada).

Sala das Sessões, 06 de março de 2013.


Deputado Teruo Kato
Líder da Bancada PMDB

Anotar-se e encaminhar:
Para Providências
DL, 06/03/13





Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Diretoria Legislativa – Coordenadoria de Apoio às Comissões



Of. nº 24/2013/DL

Curitiba, 8 de março de 2013.

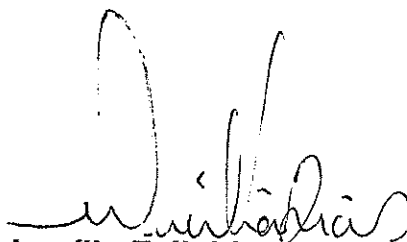
Senhor Deputado,

Informamos, conforme cópia de Requerimento anexado, que a Liderança do PMDB indicou o Deputado Gilberto Martin para substituir o Deputado Luiz Eduardo Cheida como membro suplente da CPI dos Planos de Saúde.

Lembramos ainda, que o prazo final para conclusão dos trabalhos da referida CPI e entrega do Relatório Final é 18 de abril de 2013, podendo ser prorrogada, conforme o art. 36, § 3º do Regimento Interno por sessenta dias.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos.

Atenciosamente


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa



Exmo. Sr.
Deputado **ADELINO RIBEIRO**
Presidente da CPI dos Planos de Saúde
Nesta

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA PARANÁ
PROTOCOLO Nº 2460
EM 11/03/13

FUNÇÃO



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Diretoria de Assistência ao Plenário



REQUERIMENTO

À DIRETORIA LEGISLATIVA PARA ANOTAÇÕES.
DATA: 18 MAR. 2013
PRESIDENTE

Requer a comunicação de substituição de Membro da Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar e fiscalizar as empresas operadoras de planos de saúde.

Senhor Presidente:

O Deputado que o presente subscreve, no uso de suas atribuições regimentais, REQUER seja comunicado que o Deputado Tercílio Turini substituirá o Deputado Douglas Fabrício como membro da Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar e fiscalizar as empresas operadoras de planos de saúde.

Sala das Sessões, 18 de março de 2013.

Deputado Estadual
DR. BATISTA

Anote-se e encaminhe-se.
Para Providências

DL, 19/3/13

16:09 18/03/2013 002059 DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ



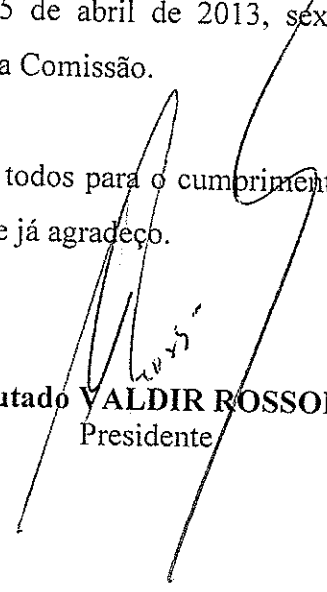
Ofício Circular nº 95/13-DL

Curitiba, 2 de abril de 2013.

Assunto: Relatórios preliminares dos trabalhos nas Comissões Parlamentares de Inquérito

Considerando os questionamentos que estão sendo feitos pela imprensa a respeito do andamento dos trabalhos nas Comissões Parlamentares de Inquérito instaladas nesta Assembleia Legislativa, e buscando a constante transparência das atividades aqui realizadas, determino a entrega, até o dia 5 de abril de 2013, sexta-feira, dos relatórios preliminares das atividades realizadas em cada Comissão.

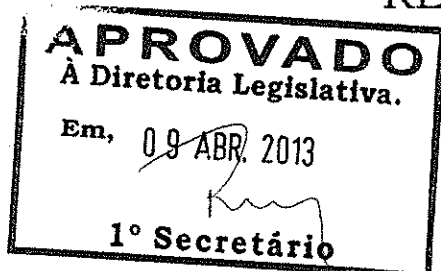
Certo da colaboração de todos para o cumprimento dos prazos previstos no Regimento Interno deste Parlamento, desde já agradeço.


Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Aos Senhores Deputados
MEMBROS DE COMISSÕES PARLAMENTARES DE INQUÉRITO
Assembleia Legislativa do Estado do Paraná



REQUERIMENTO

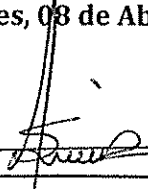


REQUER a prorrogação do prazo da CPI dos Planos de Saúde.

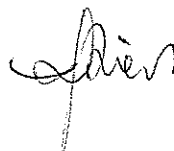
Senhor Presidente:

O Deputado que a este subscreve, em conformidade como art. 36 do Regimento Interno desta Casa de Leis, REQUER a Mesa Executiva, a prorrogação do prazo por mais (60) sessenta dias para conclusão dos trabalhos da Comissão de Inquérito Parlamentar que investiga a relação dos médicos e dos Planos de Saúde. Contar a partir do dia 15 Abril do corrente.

Sala das Sessões, 08 de Abril de 2013.


Adelino Ribeiro Silva
Deputado Estadual/PSL

inote-se e encaminhe-se
para Providências
DL, 10/14/13



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ
3ª Sessão Legislativa - 17ª Legislatura



I – À DAP para leitura no expediente .

II – À DL para providências.

Em, 17/04/2013.

Presidente

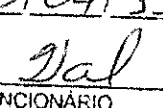
COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE

Presidente: Deputado Adelino Ribeiro

Relator: Deputado Anibelli Neto

Membros Titulares: Deputados Douglas Fabricio, Mauro Moraes,
Paranhos, Péricles de Mello e Stephanes Junior

PRÉ-RELATÓRIO

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA PARANÁ
PROTOCOLO Nº 4382
EM 15/04/13

FUNCIÓNÁRIO

Em atendimento a determinação do Ofício Circular nº 95/13-DL, vimos por meio deste apresentar os trabalhos realizados pela Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde até a presente data.

A Comissão foi instalada mediante Ato do Presidente nº 19/2012, publicado no Diário Oficial da Assembleia do Estado do Paraná em 06 de novembro de 2012.

Ato contínuo, em 19 de novembro de 2012 realizou-se a Primeira reunião da CPI dos Planos de Saúde, cuja pauta tratou da eleição do Presidente e do Relator dos trabalhos, aprovação do Plano de Trabalho e Regime de Metas e aprovação do Cronograma das atividades da Comissão, ocasião na qual foi eleito Presidente da CPI o Deputado Adelino Ribeiro e como Relator o Deputado Anibelli Neto, cuja indicação foi publicada no Diário Oficial em 23 de novembro de 2012.

A Segunda reunião da CPI dos Planos de Saúde foi realizada em 19 de fevereiro de 2013, com a oitiva do Dr. João Carlos Gonçalves Baracho, Presidente da Associação Médica do Paraná; Dr. Luiz Ernesto Pujol, Departamento de Defesa



Profissional da AMP; Dr. José Fernando Macedo, Vice-Presidente da Associação Médica do Paraná e Vice-Presidente da Associação Médica Brasileira, neste ato representando a Associação Médica Brasileira e Dr. Fabiano Sponholz de Araújo, Advogado da Associação Médica do Paraná.

, Posteriormente, em 12 de março de 2013 os membros da Comissão reuniram-se novamente para ouvir o Dr. Alexandre Gustavo Bley, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná; Dr. Murilo Rubens, Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná e o Dr. Luiz Gustavo Andrade, Advogado do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná.

A quarta reunião da Comissão realizou-se em 09 de abril de 2013 com a colheita dos seguintes depoimentos: Tatiana Nozaki Grave, Chefe do Núcleo da ANS no Paraná; Francisco Teles, Gerente de Fiscalização da ANS; Maurício Nunes da Silva, representante da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS e o Dr. Gabriel Schulman, convidado especialista em demandas envolvendo operadoras de planos de saúde.

, Em que pese o Plano de Ação e Regime de Metas prever o termino dos trabalhos em abril do corrente ano houve pequena alteração no cronograma tendo em vista que a logística para a realização dos trabalhos restou comprometida pela indisponibilidade de sala e equipamento, bem como a necessidade de remanejamento das datas das reuniões considerando a impossibilidade de comparecimento de alguns dos intimados, razão pela qual o Presidente desta Comissão, Deputado Adelino Ribeiro, submeteu ao respeitável Plenário desta Casa de Leis um pedido de prorrogação de prazo por 60 dias, nos termos do artigo 36, § 3º do Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, pedido este que foi aprovado em votação no 09 de abril de 2013.

Aproveita-se o ensejo para informar que nova reunião para oitiva dos últimos representantes de interessados e inquirição dos investigados está marcada para o

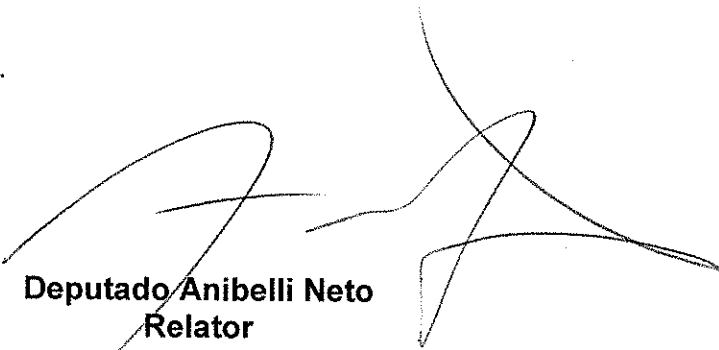
PROT. Nº 4382
ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ
3ª Sessão Legislativa - 17ª Legislatura



dia 16 de abril de 2013 e que em seguida serão efetivadas as demais metas estabelecidas no Plano de Ação.

Certos de ter atendido as determinações de Vossa Excelência, manifestamos nossa anuência ao interesse do bom funcionamento dos trabalhos desenvolvidos e do cumprimento dos prazos previstos no Regimento Interno deste Parlamento.

Curitiba, 11 de abril de 2013.


Deputado Anibelli Neto
Relator



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Diretoria Legislativa – Coordenadoria de Apoio às Comissões



Ofício nº 148/2013

Curitiba, 6 de maio de 2013.

Senhor Deputado,

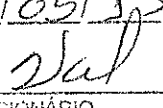
Através do presente informamos que o prazo para conclusão dos trabalhos e entrega do Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde, da qual Vossa Excelência é Presidente, foi prorrogado para o dia 17 de junho de 2013, conforme solicitação feita através do Requerimento de protocolo nº 2935/13-DAP, de 9/4/13, dessa Comissão.

Atenciosamente,


Deputado **VALDIR ROSSONI**
Presidente

CÓPIA

Exmo. Sr.
Deputado **ADELINO RIBEIRO**
Presidente da CPI
Nesta

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA PARANÁ
PROTOCOLO Nº 5308
EM 06/05/13

FUNÇÃOÁRIO



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Diretoria Legislativa – Coordenadoria de Apoio às Comissões



Ofício nº 149/2013

Curitiba, 6 de maio de 2013.

Senhor Deputado,

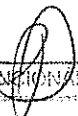
Através do presente informamos que o prazo para conclusão dos trabalhos e entrega do Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde, da qual Vossa Excelência é Relator, foi prorrogado para o dia 17 de junho de 2013, conforme solicitação feita através do Requerimento de protocolo nº 2935/13-DAP, de 9/4/13, dessa Comissão.

Atenciosamente,


Deputado **VALDIR ROSSONI**
Presidente

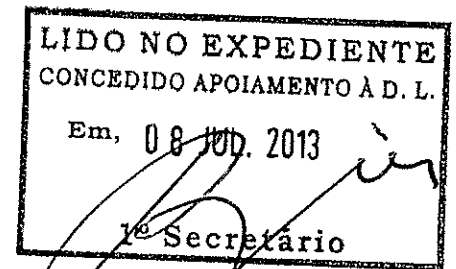
CÓPIA

Exmo. Sr.
Deputado **ANIBELLI NETO**
Relator da CPI
Nesta

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA PARANÁ
PROTOCOLO Nº <u>5306</u>
EM <u>06/05/13</u>
 FUNÇÃOÁRIO



COMUNICADO



Comunicamos aos Senhores Deputados, membros da CPI de Irregularidade de Tributos – Grandes Devedores; da CPI do Ibope; da CPI dos Planos de Saúde e da CPI da Telefonia Móvel que, em razão do encerramento do prazo para a conclusão dos trabalhos, os Relatórios Finais devem ser entregues com a maior brevidade possível.

Sala das Sessões, 8 de julho de 2013.

Deputado **VALDIR ROSSONI**
Presidente



INFORMAÇÃO

Senhora Diretora,

Informo que das cinco CPIs instaladas em 6/11/2012:

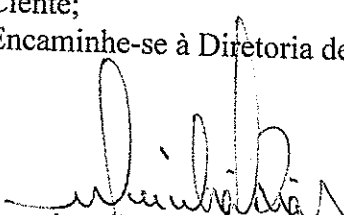
- Somente a CPI da Copa do Mundo de 2014 já foi encerrada, tendo seu relatório final aprovado através da Resolução nº 6/2013, publicado no DiOA nº 430, de 25/5/2013;

- As demais, CPI de Irregularidade de Tributos – Grandes Devedores; CPI do Ibope; CPI dos Planos de Saúde e CPI da Telefonia Móvel tiveram como prazo de encerramento dos trabalhos o dia 17 de junho de 2013 e até a presente data não apresentaram seus relatórios finais para apreciação em Plenário.

Curitiba, 8 de julho de 2013.


Solange Maria Mariotti
Mat. 40.183

1. Ciente;
2. Encaminhe-se à Diretoria de Assistência ao Plenário - DAP.


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa



COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE

Presidente: Deputado Adelino Ribeiro

Relator: Deputado Anibelli Neto

**Membros Titulares: Deputados Douglas Fabricio, Mauro Moraes,
Paranhos, Péricles de Mello e Stephanes Junior**

ATA DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA – 19/02/13

A Comissão Parlamentar de Inquérito, instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012, com a finalidade de "investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná" reuniu-se ordinariamente aos dezoito dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e treze, às dez horas, na Sala de Reuniões das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, sob a presidência do Deputado Adelino Ribeiro, mais os deputados Anibelli Neto, Péricles de Mello e Stephanes Junior. Fizeram-se presentes: Dr. João Carlos Gonçalves Baracho, Presidente da Associação Médica do Paraná, Dr. Luiz Ernesto Pujol, Departamento de Defesa Profissional da AMP, Dr. José Fernando Macedo, Vice-Presidente da Associação Médica do Paraná e Vice-Presidente da Associação Médica Brasileira, neste ato representando a Associação Médica Brasileira e Dr. Fabiano Sponholz de Araújo, Advogado da Associação Médica do Paraná. O Presidente declarou aberta a reunião que teve por objetivo ouvir os representantes da Associação Médica do Paraná e da Associação Médica Brasileira. O Presidente declarou aberta a reunião que teve por objetivo ouvir os representantes da Associação Médica do Paraná e da Associação Médica Brasileira. O Presidente declarou aberta a reunião que teve por objetivo ouvir os representantes da Associação Médica do Paraná e da Associação Médica Brasileira. O Presidente da Associação Médica do Paraná e da Associação Médica Brasileira, Dr. João Carlos Gonçalves Baracho declarou QUE na relação dos médicos com a saúde suplementar não há vínculo trabalhista, os profissionais trabalham por produção, mediante contratos sendo que na maioria desses não há cláusula de reajuste ou quando consta é desrespeitada pelas operadoras dos planos; QUE muitos planos se utilizam da tabela da Associação Médica Brasileira de 1992, como referência para pagamento de procedimentos médicos, atualmente é utilizada a CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, não sendo respeitada a versão atualizada, por muitos planos; QUE, a pauta de reivindicações da classe médica, consiste em contratos com índice de reajuste anual (INPC) para honorários e consultas médicas, sendo o valor da consulta, próximo a cem reais; esclareceu sobre a segmentação na saúde suplementar e ressalta que não há proteção por parte das entidades médicas a profissionais que realizam cobranças indevidas e que a classe médica tem buscado seus direitos por meio de medidas judiciais e, principalmente pelas negociações; QUE Os representantes dos órgãos de defesa do consumidor se solidarizaram com as reivindicações e se posicionaram na defesa do cumprimento dos direitos dos consumidores. O Deputado Paranhos solicitou à presidência da Associação Médica



do Paraná que encaminhasse as reivindicações e denúncias do segmento à Comissão; registrou a presença do Prefeito Beto Costa, da cidade de Goioerê e asseverou que, esta Casa de Leis tem a obrigação de gerenciar esse problema. Em seguida o presidente da CPI, questionou se A Associação Médica tem um relatório de quantos profissionais, no período de 10 anos, se descredenciaram dos planos de saúde.

O presidente da Associação Médica do Paraná respondeu Que a associação não tem este número atualmente. O que existe é uma estimativa. QUE desde o dia 7 de abril de 2011 houve cerca de 3 mil descredenciamentos no Estado do Paraná; QUE isso não significa 3 mil médicos se descredenciando, mas sim, que um médico pode se descredenciar de mais de um plano de saúde. Porém, de fato há cerca de 3 mil médicos promovendo seu descredenciamento; QUE existem cidades em que esse movimento se tornou mais evidente, como por exemplo em União da Vitória e Ivaiporã, onde a totalidade dos médicos pediu para se descredenciar, mas de forma individual, não caracterizando, portanto, formação de cartel.

O Relator da CPI, Deputado Anibelli Neto perguntou qual é a opinião do Dr. João Carlos Gonçalves Baracho, como Presidente da Associação, sobre a ANS.

O Dr. Baracho respondeu QUE é muito difícil quando existe um conflito de interesses, e se percebe que muitos dos diretores que passaram pela Agência são oriundos exatamente das seguradoras. Então, a Associação Médica cobra da ANS, lá em Brasília, maior fiscalização, por exemplo, de coisas simples como a exigência no contrato de que exista cláusula de reajuste anual.

O Deputado Anibelli Neto fez uma segunda pergunta ao Dr. Baracho, a respeito da informação constante em documentos da Comissão de Defesa do Consumidor de que o lucro do profissional médico seria de cinco e oitenta e seis reais e o valor repassado pelos planos médicos seria, mais ou menos, de quarenta e dois reais.

O Dr. Baracho respondeu Que são vários os estudos feitos; que a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina e a Federação Nacional dos Médicos têm feito análises continuadas de cenário e alguns estudos apontam para o consumo do valor dessa consulta no seguinte sentido: há uma tributação de 27,5% de imposto de renda. Além dos custos de manutenção do pessoal, consultório e custo de manutenção de equipamentos. No final o valor de uma consulta de quarenta e dois, acaba sendo em torno de R\$ 5,07; QUE isso representa uma necessidade de uma jornada de trabalho de quatorze horas ou dezesseis horas dentro desses critérios para manutenção de um mínimo possível para sobrevivência; QUE um consultório médico não sobrevive apenas de planos de saúde; QUE existe a clientela particular. Mas, a clientela particular também está sumindo dos consultórios, principalmente daqueles médicos que têm menos de dez anos de formado; QUE esses médicos "planos dependentes".

O Deputado Anibelli Neto questionou o Dr. Baracho sobre qual o valor ideal da consulta estimado pela média e pelos cálculos da Associação.

O Dr. Baracho respondeu Que uma consulta médica deveria representar um custo entre R\$120,00 (cento e vinte reais) e R\$150,00 (cento e cinquenta reais); QUE a Classe Médica não reivindica isso, mas que tem colocado nas negociações com os planos de saúde o valor de R\$ 80,00 (oitenta reais) como referencial mínimo e os reajustes indexados anualmente; QUE o INPC normalmente é o índice de reajuste utilizado como parâmetro.



O Deputado Anibelli Neto pediu esclarecimentos sobre as medidas judiciais intentadas pela Associação dos Médicos.

O Advogado da associação dos médicos Dr. Fabiano Sponholz Araujo respondeu QUE foram três ações civis públicas propostas pelo Sindicato dos Médicos; QUE a Associação Médica, o Conselho Regional de Medicina e o Sindicato têm tentado atuar em consonância em defesa da profissão; QUE foi a assessoria jurídica do sindicato, do qual ele não faz parte, que ingressou com a Ação Civil Pública na Justiça do Trabalho, nos anos de 2010, 2011; QUE foi julgada procedente em primeiro grau contra a ABRAMGE; QUE esta recorreu e as outras duas foram julgadas improcedentes, não pela análise do mérito, apenas pela análise da competência da Justiça do Trabalho para fazer esse julgamento; QUE houve a interposição de recurso do sindicato sobre essa questão de competência; QUE a discussão está em fase de segundo grau.

O Presidente da CPI Deputado Adelino Ribeiro questionou quais são as especialidades tem o maior volume de descredenciamento. O Dr. João Carlos Baracho relatou que existe uma falta absoluta de pediatras em planos de saúde; QUE há uma dificuldade bastante séria também em endocrinologia e algumas outras em que o número de profissionais é um número não muito expressivo; QUE há casos em que um descredenciamento representa bastante para o plano de saúde, como na linha da geriatria, pneumologia, dermatologia e neurologia, neurocirurgia, neuropediatra. Essa parte de neurologia com bastante dificuldade. O Deputado Stephanes Junior declarou QUE conhece um pouco os dois lados; QUE hoje há uma defasagem e que vai defender perante as empresas do setor que isso seja melhorado; QUE defende um equilíbrio no setor que hoje está desequilibrado; QUE acha que esse setor tem que ser incentivado, tanto cooperativas, seguradoras, medicina de grupos; QUE hoje as pessoas seguem do SUS e passam a ter - ou em uma empresa - um plano de saúde, na autogestão, o plano que quiserem ter; QUE é importante para a pessoa ter um plano melhor.

Em seguida foi dada a palavra ao Dr. José Fernando Macedo, Vice Presidente da Associação Médica do Paraná. Este relatou QUE a Associação Médica Brasileira na região Centro-Sul, que é São Paulo e Paraná, há mais de 150 mil médicos; QUE a sua preocupação, falando como paranaense e como Vice e Ex-Presidente da Associação Médica do Paraná, é a situação da qualidade do atendimento médico; QUE os médicos já não querem atender, porque não paga a conta do seu consultório; QUE os pediatras estão virando todos burocratas, auditores de empresas, porque não conseguem, com a consulta médica, pagar os custos de um consultório médico; QUE isso é público e notório; QUE no concurso de residência médica não se arruma médicos fazendo concurso para ser pediatra. Como ficarão os filhos dos nossos paranaenses? Vão ser atendidos por quem? Começando só com a pediatria como exemplo; QUE a preocupação é na qualidade daqueles que trabalham, que ainda estão doando para as operadoras um quinhão do seu trabalho no atendimento de uma criança em que um diagnóstico malfeito é uma sequela para o resto da vida. Imagina uma criança com febre que chega no consultório e não recebe o diagnóstico preciso, essa criança está com uma meningite, fica com uma sequela, paraplégica, hemiplégica pelo resto da vida. Quem paga essa conta? Quanto custa a vida de alguém? Essa é a preocupação; QUE desde 2007 vem lutando para se criar um produto novo que desvincula a consulta médica, não o



procedimento médico, porque existem procedimentos de alto custo. Mas, se desvincular a consulta médica, salvaria a população em sentido amplo, porque ela vai procurar um médico onde quiser, de livre arbítrio, e procurar o seu profissional, o seu médico e vai pagar a consulta; Questiona por que todos têm que ter um plano de saúde? Afirma QUE o SUS é maravilhoso no sentido da alta complexidade, o que falta é recurso, investimento de recurso para o SUS; QUE o indivíduo tem plano de saúde pelo acidente, pela UTI, pela cirurgia complexa; QUE é uma ideia que dá para a Comissão.

Em seguida foi dada a palavra ao Dr. Luiz Ernesto Pujol. QUE afirmou ser um lutador do SUS. QUE elo contrário do resto, não atende no meu consultório, nunca atendeu, em 40 anos de formado, nenhum tipo de Plano de Saúde; QUE no entanto, sua consulta é muito cara para quem pode pagar e de graça para o doente que chega e é atendido; QUE a nossa grande luta é o SUS, um grande sistema que funcionaria perfeitamente se quem gera os recursos não os desviasse tanto e aplicasse com um pouco mais de sabedoria; QUE o SUS vai mal, porque é mal gerido; QUE não é só uma questão de Polícia Federal, mas de qualidade de quem está lá para resolver a situação; QUE já fez parte do Conselho Regional de Medicina; QUE faz parte da Sociedade Paranaense de Pediatria, da Sociedade Brasileira de Pediatria está na Associação Médica está tentando defender esta população: QUE a preocupação da Associação é, também, é o doente; QUE o doente não tem mais um atendimento humanizado; QUE o doente está insatisfeito – com toda a razão – e não é só porque paga R\$ 400 por mês e o médico recebe R\$ 20 por cada consulta. Mas por conta da desumanização no atendimento médico; QUE esta é a preocupação do Departamento que representa; QUE há que se defender o médico, sim. Mas, acima de tudo, há que se voltar a dar qualidade ao doente; QUE essa qualidade só volta se os planos cederem um pouco nos seus lucros e os repassarem a quem os faz ter o lucro; QUE é o trabalho médico que dá o lucro à operadora; QUE não existe operadora sem médico.

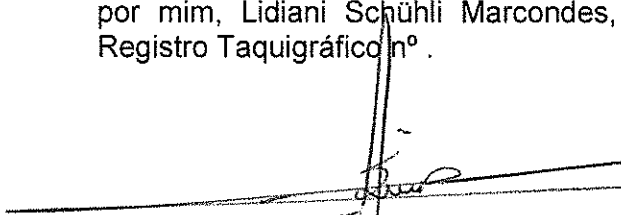
Em seguida o Relator, Deputado Anibelli Neto, questionou o qual a sua opinião do Dr. Luiz Ernesto Pujol sobre a Agência Nacional de Saúde. O Dr. Luiz Ernesto Pujol declarou QUE a Agência é uma Agência Reguladora. Reguladora do atendimento à população que o próprio Governo não dá pelo SUS; QUE então, ele criou uma Agência para tentar equilibrar estas forças, mas sem êxito; QUE isso ocorre principalmente porque se tornou, infelizmente, uma situação política; QUE se ela fosse uma Agência apartidária, visando interesse da gestão dos planos de saúde, em benefício da população, acredito que funcionaria; QUE acredita ser o SUS é gerido de forma ineficaz e imprópria.

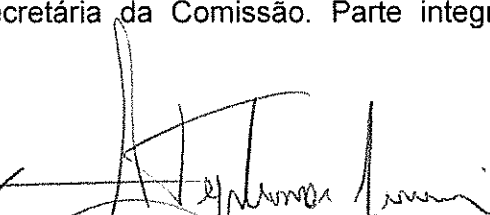
O Dr. José Fernando Macedo declarou QUE Agência Nacional é um nome forte; QUE a ANS deveria ser a balizadora de todas estas discussões e já ter resolvido há muitos anos. Porque ela é que determina os aumentos sucessivos às operadoras: 7%, 8%, 5%; QUE a ANS regula muitas coisas. Ela cobra das operadoras de saúde muitas coisas, inclusive meio absurdas, o que atrapalha até a própria operadora; QUE não está defendendo as operadoras, mas elas existem e têm que ter lucro; mas QUE a própria ANS não cobra das operadoras o repasse àqueles que fazem acontecer o serviço de saúde.

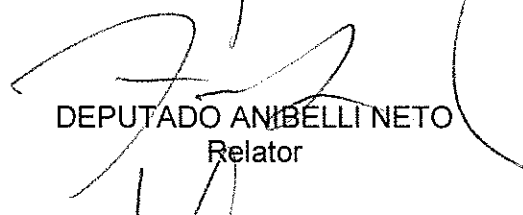


Em seguida o Presidente da Comissão Deputado Adelino Ribeiro agradeceu a presença de todos e deixou claro que a função nesta CPI será tentar de todas as formas trazer as claras a atividade dos Panos de Saúde. Fazer com que o cidadão que paga o seu plano de saúde, o cidadão que realmente optou por essa finalidade seja respeitado.

Para encerrar o senhor Presidente agradeceu a presença dos convidados, à equipe de assessoramento e, determinou que, para constar e produzir os efeitos legais fosse lavrada a presente ata, sendo assinada pelo senhor Presidente, membros e por mim, Lidiani Schühli Marcondes, Secretária da Comissão. Parte integrante, Registro Taquigráfico nº .

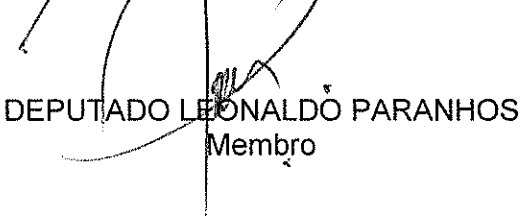

DEPUTADO ADELINO RIBEIRO
Presidente

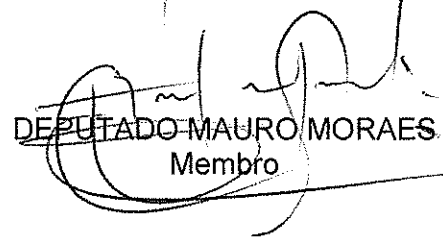

DEPUTADO STEPHANES JUNIOR
Vice Presidente


DEPUTADO ANIBELLI NETO
Relator


DEPUTADO PERICLES DE MELO
Membro


DEPUTADO DOUGLAS FABRICIO
Membro


DEPUTADO LEONALDO PARANHOS
Membro


DEPUTADO MAURO MORAES
Membro


LIDIANI SCHÜHLI MARCONDES
Coordenadora Geral

Coordenador da força-tarefa dos pedágios no Paraná, Dr. Oswaldo Sowek Júnior. Solicitou ao relator a leitura da Ata da 3ª Reunião Ordinária. O Deputado Adelino Ribeiro requereu a dispensa da leitura da Ata a qual, colocada em votação, foi aprovada por unanimidade. Na sequência, o Senhor Presidente colocou em discussão e votação os requerimentos e ofícios apresentados na sessão anterior. 1 – Requerimentos do Deputado Péricles de Mello. 1.1 - Requer à Comissão Parlamentar de Inquérito do Pedágio que sejam aceitas alterações do Regimento Interno desta Comissão, aprovado. 1.2 – Requer à Comissão Parlamentar de Inquérito do Pedágio que se oficie o DER para apresentar estudo sobre a tarifa básica, aprovado. 1.3 – Requer à Comissão Parlamentar de Inquérito do Pedágio que se oficie o Tribunal de Contas da União para apresentar os estudos realizados sobre o pedágio no Paraná, aprovado. 1.4 - Requer à Comissão Parlamentar de Inquérito do Pedágio que se oficie a Procuradoria Geral do Estado do Paraná para que apresente cópia de processos sobre o pedágio, aprovado. 1.5 – Requer à Comissão Parlamentar de Inquérito do Pedágio que se oficie à CUT e à Força Sindical para que indiquem membros técnicos, para compor a CPI, aprovado. 1.6 - Requer à Comissão Parlamentar de Inquérito do Pedágio que todos os atos referentes à investigação sejam publicados no site oficial da CPI (www.cpidopedagioparana.com.br), aprovado. 2 - Ofício nº 638/13 de autoria do Deputado Tercílio Turini, subscrito pelo Deputado Péricles de Mello, que solicita a aferição da quantidade de veículos que passam diariamente pelas praças de arrecadação de pedágio nas rodovias estaduais administradas por concessionárias no Paraná, aprovado. 3 – Requerimento de autoria do Deputado Kiesel, que solicita a expedição de ofício às concessionárias de pedágio no Estado do Paraná, solicitando informações, aprovado. 4 – Ofício nº 526/13, de autoria do Deputado Tercílio Turini, subscrito pelo Deputado Alceu Maron, o qual foi aprovado, com alterações. Os Deputados Cleiton Kiesel e Péricles de Mello, respectivamente, agradeceram a presença do Senhor Procurador e esclareceram que as informações prestadas serão de grande valia para os trabalhos futuros desta Comissão. Com a palavra o Senhor Procurador Oswaldo Sowek Júnior que agradeceu o convite e a indicação dos Deputados Kiesel e Péricles de Mello. Salientou a importância da Assembleia Legislativa e da imprensa para fazer mudanças na história do Pedágio no Paraná, e que o objetivo principal da força-tarefa é descobrir realmente o que aconteceu nos 15 anos em termos de pedágio. O Senhor Procurador fez suas explanações a respeito da extinção de obras nos contratos aditivos e troca de obras no Governo atual, com significativa diferença de valores. Sugeriu à Comissão indagar e investigar o Governo do Estado de como ressarcir a população por esta grande diferença de valores. Informou sobre o Índice de Gravidade Global – IGG, previsto nos contratos de concessão dos pedágios e sugeriu à Comissão que fiscalize, junto ao DER, a medição do IGG para manter o índice abaixo de 40 em todas as estradas. Após, fez a explanação sobre o parecer do Tribunal de Contas da União sobre os aditivos, informou ser de extrema importância descobrir quem são os donos, pessoas físicas, das concessionárias, e quebrar o sigilo bancário e fiscal destas empresas, para verificar o ganho nestes anos, pois os números vistos são de que as obras são superfaturadas. Consentiu sobre a publicação, em jornal, de uma Ata da Assembleia Geral Extraordinária, onde a ECOVIA faz um aditivo com uma empresa de assessoria e consultoria chamada ECO no valor de dezoito milhões e quinhentos e cinco mil reais. Sugeriu à Comissão escolher trechos para que sejam avaliadas por pessoas especializadas. Com a palavra o Deputado Elton Welter, que sugeriu à CPI fazer um expediente ao CREA-PR. O Deputado Nelson Luersen agradeceu a participação do Deputado solicitando que oficie esta solicitação à Comissão. Na sequência, o Senhor Procurador citou alguns trechos, para que sejam verificados, do Relatório do Tribunal de Contas da União e após, sobre uma ação da Procuradoria do Estado, do ano de 2005, para que fossem anulados os contratos aditivos, sendo esta constantemente suspensa a pedido da parte autora, o Estado do Paraná, sugerindo assim, à Comissão verificar o motivo. Para finalizar, o Senhor Oswaldo Sowek Júnior esclareceu algumas questões importantes, sugestões para a Comissão. 1 – Descobrir quem são os donos dos pedágios. 2 – Solicitar a quebra de sigilo bancário e fiscal das empresas. 3 – Investigar o custo das obras. 4 – Solicitar maior transparência por parte dos Governos. 5 – Que a imprensa informe à população do Paraná de como foi o contrato e como está. 6 - E por fim, lutar para que não ocorra a prorrogação dos contratos. Agradeceu a todos e colocou-se à disposição dos senhores deputados para questionamentos. Em seguida, o Deputado Nelson Luersen abriu espaço para as perguntas, que foram feitas por ordem de inscrição. Primeiramente os Deputados Nereu Moura e Alceu Maron fizeram questionamentos que foram, na sequência, respondidos pelo Senhor Procurador. Após, o Deputado Péricles de Mello fez um apelo para que a Comissão concretize uma forma de colaboração entre a CPI e a Procuradoria da República do Paraná para desmascarar o pedágio no Paraná, com a concordância do Dr. Sowek. Com a palavra o Deputado Cleiton Kiesel que fez questionamentos ao Senhor Procurador, sendo respondidos na sequência. O Deputado Péricles de Mello interveio com um questionamento, respondido pelo Dr. Sowek. Pela ordem, o Deputado Bernardo Carli esclareceu a importância de se fazer o trabalho em conjunto com o Ministério Público Federal. Após, o Deputado Douglas Fabrício fez questionamentos e também informou ao Senhor Procurador sobre as alterações de sócios da ECOCATARATAS, sendo esclarecidas em seguida. O Deputado Nelson Luersen determinou que se busque o nome dos sócios jurídicos e depois, dentro destes, os sócios físicos das empresas de pedágio. Dando continuidade o Senhor Presidente fez questionamentos no Dr. Sowek, respondidos na sequência. Agradeceu a participação do senhor Procurador e que as sugestões apresentadas serão utilizadas pela CPI do Pedágio. Informou a dificuldade de contratação de consultoria externa, devido a burocracia e morosidade do Poder Público, que a CPI conta com a disponibilidade de dois técnicos do Tribunal de Contas, e também das empresas FIEP, OCEPAR e outras que irão disponibilizar apoio técnico. Ressaltou que toda a documentação será divulgada, para que o povo do Paraná tome conhecimento dos contratos e suas alterações. Solicitou à população que colabore com a CPI denunciando o que tiver sobre o Pedágio. Lembrou a todos que na próxima sessão será a oitiva do Deputado Péricles de Mello. Deu continuidade à reunião ordinária, passando à leitura dos Requerimentos recebidos e que serão aprovados na próxima sessão. 1 – Requerimento de autoria dos membros da CPI que solicita a aprovação das oitivas das seguintes pessoas: Diretor Geral do DNIT, Jorge Ernesto Pinto Fraxe; Procurador-Geral do Estado, Julio Cesar Zem Cardoso; Diretores Gerais do DER: Luiz Eduardo Kuster, até 05/06/1997; Paulinho Dalmaiz, 1997/2000/2002; Rogério Wallbach Tizzot, 2003/2007 e Nelson Leal Junior, na gestão atual. Diretores Presidentes das Concessionárias: ECONORTE – Helio Ogama; VIAPAR – Marcelo Stachow Machado; Rodovia das Cataratas

– Evandro Vianna; Caminhos do Paraná – Rui Sergio Giublin; RODONORTE – Sílvio Marchiori; ECOVIA – Evandro Vianna e o Ex-Procurador-Geral do Estado, Sergio Botto de Lacerda. 2 – Requerimento de autoria do Deputado Cleiton Kiesel que solicita a quebra de sigilo bancário, fiscal e telefônico das seis concessionárias de pedágio do Estado do Paraná. O Deputado Nelson Luersen agradeceu a presença de todos e lembrou aos deputados da reunião marcada para a data de hoje, às 17h:00min com o Procurador-Geral de Justiça do Estado do Paraná, Dr. Gilberto Giacóia. Finalizou informando as ações já realizadas por esta Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou os trabalhos, conforme consta em notas taquigráficas, parte integrante desta ata, determinando, para que produza os efeitos legais, a lavratura da presente ata que após aprovada, segue assinada pelos senhores membros da Comissão Parlamentar de Inquérito e por mim, Ceni do Rocio Fitz, Secretária da Comissão.

Deputado NELSON LUERSEN Presidente	Deputado ADELINO RIBEIRO Vice-Presidente
Deputado DOUGLAS FABRÍCIO Relator	Deputado WILSON QUINTEIRO Relator Adjunto
Deputado NEREU MOURA Titular	Deputado ALCEU MARON Titular
Deputado BERNARDO RIBAS CARLI Titular	Deputado PÉRICLES DE MELLO Titular
Deputado ARTAGÃO JÚNIOR Titular	CENI DO ROCIO FITZ Secretária

80608/2013

COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE

Presidente: Deputado Adelino Ribeiro
Relator: Deputado Aníbelli Neto
Membros Titulares: Deputados Douglas Fabrício, Mauro Moraes, Paranhos, Péricles de Mello e Stephanes Junior

ATA DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA – 19/02/13

A Comissão Parlamentar de Inquérito, instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012, com a finalidade de “investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná” reuniu-se ordinariamente aos dezoito dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e treze, às dez horas, na Sala de Reuniões das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, sob a presidência do Deputado Adelino Ribeiro, mais os deputados Aníbelli Neto, Péricles de Mello e Stephanes Junior. Fizeram-se presentes: Dr. João Carlos Gonçalves Baracho, Presidente da Associação Médica do Paraná, Dr. Luiz Ernesto Pujol, Departamento de Defesa Profissional da AMF, Dr. José Fernando Macedo, Vice-Presidente da Associação Médica do Paraná e Vice-Presidente da Associação Médica Brasileira, neste ato representando a Associação Médica Brasileira e Dr. Fabiano Sponholz de Araújo, Advogado da Associação Médica do Paraná. O Presidente declarou aberta a reunião que teve por objetivo ouvir os representantes da Associação Médica do Paraná e da Associação Médica Brasileira. O Presidente declarou aberta a reunião que teve por objetivo ouvir os representantes da Associação Médica do Paraná e da Associação Médica Brasileira. O Presidente declarou aberta a reunião que teve por objetivo ouvir os representantes da Associação Médica do Paraná e da Associação Médica Brasileira. O Presidente da Associação Médica do Paraná e da Associação Médica Brasileira. O Presidente da Associação Médica do Paraná e da Associação Médica Brasileira. Dr. João Carlos Gonçalves Baracho declarou QUE na relação dos médicos com a saúde suplementar não há vínculo trabalhista, os profissionais trabalham por produção, mediante contratos sendo que na maioria desses não há cláusula de reajuste ou quando consta é desrespeitada pelas operadoras dos planos; QUE muitos planos se utilizam da tabela da Associação Médica Brasileira de 1992, como referência para pagamento de procedimentos médicos, atualmente é utilizada a CBHMP – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, não sendo respeitada a versão atualizada, por muitos planos; QUE, a pauta de reivindicações da classe médica, consiste em contratos com índice de reajuste anual (INPC) para honorários e consultas médicas, sendo o valor da consulta, próximo a cem reais; esclareceu sobre a segmentação na saúde suplementar e ressaltou que não há proteção por parte das entidades médicas a profissionais que realizam cobranças indevidas e que a classe médica tem buscado seus direitos por meio de medidas judiciais e, principalmente pelas negociações; QUE Os representantes dos órgãos de defesa do consumidor se solidarizaram com as reivindicações e se posicionaram na defesa do cumprimento dos direitos dos consumidores. O Deputado Paranhos solicitou à presidência da Associação Médica do Paraná que encaminhasse as reivindicações e denúncias do segmento à Comissão; registrou a presença do Prefeito Beto Costa, da cidade de Goioerê e asseverou que, esta Casa de Leis tem a obrigação de gerenciar esse problema. Em seguida o presidente da CPI, questionou se a Associação Médica tem um relatório de quantos profissionais, no período de 10 anos, se descredenciaram dos planos de saúde. O presidente da Associação Médica do Paraná respondeu que a associação não tem este número atualmente. O que existe é uma estimativa. QUE desde o dia 7 de abril de 2011 houve cerca de 3 mil descredenciamentos no Estado do Paraná; QUE isso não significa 3 mil médicos se descredenciando, mas sim, que um médico pode se descredenciar de mais de um plano de saúde. Porém, de fato há cerca de 3 mil médicos promovendo seu descredenciamento; QUE existem cidades em que esse movimento se tornou mais evidente, como por exemplo em União da Vitória e Ivaiporã, onde a totalidade dos médicos pediu para se descredenciar, mas de forma individual, não caracterizando, portanto, formação de cartel. O Relator da CPI, Deputado Aníbelli Neto perguntou qual é a opinião do Dr. João Carlos Gonçalves Baracho, como Presidente da Associação, sobre a ANS. O Dr. Baracho respondeu QUE é muito difícil quando existe um conflito de interesses, e se percebe que muitos dos diretores que passaram pela Agência são oriundos exatamente das seguradoras. Então, a Associação Médica cobra da ANS, lá em Brasília, maior fiscalização, por exemplo, de coisas simples como a exigência no



contrato de que exista cláusula de reajuste anual. O Deputado Aníbelli Neto fez uma segunda pergunta ao Dr. Baracho, a respeito da informação constante em documentos da Comissão de Defesa do Consumidor de que o lucro do profissional médico seria de cinco e oitenta e seis reais e o valor repassado pelos planos médicos seria, mais ou menos, de quarenta e dois reais. O Dr. Baracho respondeu Que são vários os estudos feitos; que a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina e a Federação Nacional dos Médicos têm feito análises continuadas de cenário e alguns estudos apontam para o consumo do valor dessa consulta no seguinte sentido: há uma tributação de 27,5% de imposto de renda. Além dos custos de manutenção do pessoal, consultório e custo de manutenção de equipamentos. No final o valor de uma consulta de quarenta e dois, acaba sendo em torno de R\$ 5,07; QUE isso representa uma necessidade de uma jornada de trabalho de quatorze horas ou dezesseis horas dentro desses critérios para manutenção de um mínimo possível para sobrevivência; QUE um consultório médico não sobrevive apenas de planos de saúde; QUE existe a clientela particular. Mas, a clientela particular também está sumindo dos consultórios, principalmente daqueles médicos que têm menos de dez anos de formado; QUE esses médicos “planos dependentes”. O Deputado Aníbelli Neto questionou o Dr. Baracho sobre qual o valor ideal da consulta estimado pela média e pelos cálculos da Associação. O Dr. Baracho respondeu Que uma consulta médica deveria representar um custo entre R\$120,00 (cento e vinte reais) e R\$150,00 (cento e cinquenta reais); QUE a Classe Médica não reivindica isso, mas que tem colocando nas negociações com os planos de saúde o valor de R\$ 80,00 (oitenta reais) como referencial mínimo e os reajustes indexados anualmente; QUE o INPC normalmente é o índice de reajuste utilizado como parâmetro. O Deputado Aníbelli Neto pediu esclarecimentos sobre as medidas judiciais intentadas pela Associação dos Médicos. O Advogado da associação dos médicos Dr. Fabiano Sponholz Araujo respondeu QUE foram três ações civis públicas propostas pelo Sindicato dos Médicos: QUE a Associação Médica, o Conselho Regional de Medicina e o Sindicato têm tentado atuar em consonância em defesa da profissão; QUE foi a assessoria jurídica do sindicato, do qual ele não faz parte, que ingressou com a Ação Civil Pública na Justiça do Trabalho, nos anos de 2010, 2011; QUE foi julgada procedente em primeiro grau contra a ABRAMGE; QUE ela recorreu e as outras duas foram julgadas improcedentes, não pela análise do mérito, apenas pela análise da competência da Justiça do Trabalho para fazer esse julgamento; QUE houve a interposição de recurso do sindicato sobre essa questão de competência; QUE a discussão está em fase de segundo grau. O Presidente da CPI Deputado Adelino Ribeiro questionou quais são as especialidades tem o maior volume de descredenciamento. O Dr. João Carlos Baracho relatou que existe uma falta absoluta de pediatras em planos de saúde; QUE há uma dificuldade bastante séria também em endocrinologia e algumas outras em que o número de profissionais é um número não muito expressivo; QUE há casos em que um descredenciamento representa bastante para o plano de saúde, como na linha da geriatria, pneumologia, dermatologia e neurologia, neurocirurgia, neuropediatra. Essa parte de neurologia com bastante dificuldade. O Deputado Stephanes Junior declarou QUE conhece um pouco os dois lados; QUE hoje há uma defasagem e que vai defender perante as empresas do setor que isso seja melhorado; QUE defende um equilíbrio no setor que hoje está desequilibrado; QUE acha que esse setor tem que ser incentivado, tanto cooperativas, seguradoras, medicina de grupos; QUE hoje as pessoas seguem do SUS e passam a ter - ou em uma empresa - um plano de saúde, na autogestão, o plano que quiserem ter; QUE é importante para a pessoa ter um plano melhor. Em seguida foi dada a palavra ao Dr. José Fernando Macedo, Vice Presidente da Associação Médica do Paraná. Este relatou QUE a Associação Médica Brasileira na região Centro-Sul, que é São Paulo e Paraná, há mais de 150 mil médicos; QUE a sua preocupação, falando como paranaense e como Vice e Ex-Presidente da Associação Médica do Paraná, é a situação da qualidade do atendimento médico: QUE os médicos já não querem atender, porque não paga a conta do seu consultório; QUE os pediatras estão virando todos burocratas, auditores de empresas, porque não conseguem, com a consulta médica, pagar os custos de um consultório médico; QUE isso é público e notório; QUE no concurso de residência médica não se arruma médicos fazendo concurso para ser pediatra. Como ficarão os filhos dos nossos paranaenses? Vão ser atendidos por quem? Começando só com a pediatria como exemplo; QUE a preocupação é na qualidade daqueles que trabalham, que ainda estão doando para as operadoras um quinhão do seu trabalho no atendimento de uma criança em que um diagnóstico malfeito é uma sequela para o resto da vida. Imagina uma criança com febre que chega no consultório e não recebe o diagnóstico preciso, essa criança está com uma meningite, fica com uma sequela, paraplégica, hemiplégica pelo resto da vida. Quem paga essa conta? Quanto custa a vida de alguém? Essa é a preocupação; QUE desde 2007 vem lutando para se criar um produto novo que desvincula a consulta médica, não o procedimento médico, porque existem procedimentos de alto custo. Mas, se desvincular a consulta médica, salvaria a população em sentido amplo, porque ela vai procurar um médico onde quiser, de livre arbítrio, e procurar o seu profissional, o seu médico e vai pagar a consulta: Questiona por que todos têm que ter um plano de saúde? Afirma QUE o SUS é maravilhoso no sentido da alta complexidade, o que falta é recurso, investimento de recurso para o SUS; QUE o indivíduo tem plano de saúde pelo acidente, pela UTI, pela cirurgia complexa; QUE é uma ideia que dá para a Comissão. Em seguida foi dada a palavra ao Dr. Luiz Ernesto Pujol. QUE afirmou ser um lutador do SUS, QUE elo contrário do resto, não atende no meu consultório, nunca atendeu, em 40 anos de formado, nenhum tipo de Plano de Saúde; QUE no entanto, sua consulta é muito cara para quem pode pagar e de graça para o doente que chega e é atendido; QUE a nossa grande luta é o SUS, um grande sistema que funcionaria perfeitamente se quem gera os recursos não os desviasse tanto e aplicasse com um pouco mais de sabedoria; QUE o SUS vai mal, porque é mal gerido; QUE não é só uma questão de Política Federal, mas de qualidade de quem está lá para resolver a situação; QUE já fez parte do Conselho Regional de Medicina; QUE faz parte da Sociedade Paranaense de Pediatria, da Sociedade Brasileira de Pediatria está na Associação Médica está tentando defender esta população; QUE a

preocupação da Associação é, também, é o doente; QUE o doente não tem mais um atendimento humanizado; QUE o doente está insatisfeito - com toda a razão - e não é só porque paga R\$ 400 por mês e o médico recebe R\$ 20 por cada consulta. Mas por conta da desumanização no atendimento médico; QUE esta é a preocupação do Departamento que representa; QUE há que se que defender o médico, sim. Mas, acima de tudo, há que se voltar a dar qualidade ao doente; QUE essa qualidade só volta se os planos cederem um pouco nos seus lucros e os repassarem a quem os faz ter o lucro; QUE é o trabalho médico que dá o lucro à operadora; QUE não existe operadora sem médico. Em seguida o Relator, Deputado Aníbelli Neto, questionou o qual a sua opinião do Dr. Luiz Ernesto Pujol sobre a Agência Nacional de Saúde. O Dr. Luiz Ernesto Pujol declarou QUE a Agência é uma Agência Reguladora. Reguladora do atendimento à população que o próprio Governo não dá pelo SUS; QUE então, ele criou uma Agência para tentar equilibrar estas forças, mas sem êxito; QUE isso ocorre principalmente porque se tornou, infelizmente, uma situação política; QUE se ela fosse uma Agência apartidária, visando interesse da gestão dos planos de saúde, em benefício da população, acredito que funcionaria; QUE acredita ser o SUS é gerido de forma ineficaz e imprópria. O Dr. José Fernando Macedo declarou QUE Agência Nacional é um nome forte; QUE a ANS deveria ser a balizadora de todas estas discussões e já ter resolvido há muitos anos. Porque ela é que determina os aumentos sucessivos às operadoras: 7%, 8%, 5%. QUE a ANS regula muitas coisas. Ela cobra das operadoras de saúde muitas coisas, inclusive meio absurdas, o que atrapalha até a própria operadora; QUE não está defendendo as operadoras, mas elas existem e têm que ter lucro; mas QUE a própria ANS não cobra das operadoras o repasse àqueles que fazem acontecer o serviço de saúde. Em seguida o Presidente da Comissão Deputado Adelino Ribeiro agradeceu a presença de todos e deixou claro que a função nesta CPI será tentar de todas as formas trazer as claras a atividade dos Planos de Saúde. Fazer com que o cidadão que paga o seu plano de saúde, o cidadão que realmente optou por essa finalidade seja respeitado. Para encerrar o senhor Presidente agradeceu a presença dos convidados, à equipe de assessoramento e, determinou que, para constar e produzir os efeitos legais fosse lavrada a presente ata, sendo assinada pelo senhor Presidente, membros e por mim, Lidiani Schühli Marcondes, Secretária da Comissão. Parte integrante, Registro Taquigráfico nº .

DEPUTADO ADELINO RIBEIRO Presidente	DEPUTADO STEPHANES JUNIOR Vice Presidente
DEPUTADO ANIBELLI NETO Relator	DEPUTADO PÉRICLES DE MELO Membro
DEPUTADO DOUGLAS FABRICIO Membro	DEPUTADO LEONALDO PARANHOS Membro
DEPUTADO MAURO MORAES Membro	LIDIANI SCHÜHLI MARCONDES Coordenadora Geral

80632/2013

COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE
Presidente: Deputado Adelino Ribeiro
Relator: Deputado Aníbelli Neto
Membros Titulares: Deputados Douglas Fabricio, Mauro Moraes, Paranhos, Péricles de Mello e Stephanes Junior
ATA DA 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA – 12/03/13

A Comissão Parlamentar de Inquérito, instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012, com a finalidade de “investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná” reuniu-se ordinariamente aos doze dias do mês de março do ano de dois mil e treze, às dez horas, na Sala de Reuniões das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, sob a presidência do Deputado Adelino Ribeiro, mais os deputados Aníbelli Neto, Péricles de Mello, Douglas Fabricio e Stephanes Junior. Fizeram-se presentes Dr. Alexandre Gustavo Bley, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, Dr. Murilo Rubens, Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná, Dr. Luiz Gustavo Andrade, Advogado do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná. O Presidente declarou aberta a reunião que teve por objetivo ouvir os representantes do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná. O Presidente do Conselho Regional de Medicina, Dr. Alexandre Gustavo Bley declarou Que Já há mais de década a classe médica tem tentado um processo de negociação com as operadoras de saúde. Que tem como resposta, na maioria das vezes, o silêncio. Que as respostas que vêm são respostas que até pode se considerar como propostas indecorosas em relação à classe médica. Que esse movimento cresceu em 2010, tomando uma situação não só regional, mas também de âmbito nacional. Que Estão preocupados com o mercado da saúde suplementar, e com a forma como as coisas estão acontecendo, Que o profissional tem se sentido desestimulado ao atendimento desse segmento de saúde. Que tem um processo de litígio, que está instalado entre a classe médica e o sistema das operadoras. Que isso reflete diretamente nos usuários. Que muitos profissionais estão desestimulados, muitos estão se descredenciando. Que o sistema suplementar está crescendo. Que a Presidente da República está assinalando com uma proposta de desoneração fiscal para as operadoras para que elas possam, então, implementar alguns planos díctos planos populares, que possa abarcar a classe “C”, a classe “D”, consequentemente fazendo que aumente o número de usuários ainda mais destes planos. Que o caminho é inverso dentro da classe



COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE

Presidente: Deputado Adelino Ribeiro

Relator: Deputado Anibelli Neto

**Membros Titulares: Deputados Douglas Fabricio, Mauro Moraes,
Paranhos, Péricles de Mello e Stephanes Junior**

ATA DA 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA – 12/03/13

A Comissão Parlamentar de Inquérito, instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012, com a finalidade de "investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná" reuniu-se ordinariamente aos doze dias do mês de março do ano de dois mil e treze, às dez horas, na Sala de Reuniões das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, sob a presidência do Deputado Adelino Ribeiro, mais os deputados Anibelli Neto, Péricles de Mello, Douglas Fabricio e Stephanes Junior. Fizeram-se presentes Dr. Alexandre Gustavo Bley, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, Dr. Murilo Rubens, Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná, Dr. Luiz Gustavo Andrade, Advogado do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná. O Presidente declarou aberta a reunião que teve por objetivo ouvir os representantes do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná.

O Presidente do Conselho Regional de Medicina, Dr. Alexandre Gustavo Bley declarou Que Já há mais de década a classe médica tem tentado um processo de negociação com as operadoras de saúde. Que tem como resposta, na maioria das vezes, o silêncio. Que as respostas que vêm são respostas que até pode se considerar como propostas indecorosas em relação à classe médica. Que esse movimento cresceu em 2010, tomando uma situação não só regional, mas também de âmbito nacional. Que Estão preocupados com o mercado da saúde suplementar, e com a forma como as coisas estão acontecendo, Que o profissional tem se sentido desestimulado ao atendimento desse segmento de saúde. Que tem um processo de litígio, que está instalado entre a classe médica e o sistema das operadoras. Que isso reflete diretamente nos usuários. Que muitos profissionais estão desestimulados, muitos estão se descredenciando. Que o sistema suplementar está crescendo. Que a Presidente da República está assinalando com uma proposta de desoneração fiscal para as operadoras para que elas possam, então, implementar alguns planos ditos planos populares, que possa abarcar a classe "C", a classe "D", consequentemente fazendo que aumente o número de usuários ainda mais destes planos. Que o caminho é inverso dentro da classe médica. Que está aumentando o número de pessoas que estão se, dito, "beneficiário" de um plano de saúde e, na contrapartida, os profissionais se descredenciando, as clínicas se descredenciando.



Vai chegar um momento de colapso, porque o número de profissionais está diminuindo. Que existe uma falta de comprometimento por parte das operadoras. E que não existe falta de comprometimento da classe médica. Que a respeito da ANS, o maior problema, hoje, é que ela produz o regramento, mas não fiscaliza e não faz cumprir. Que a Resolução nº 71 de 2004 estipula que todos os Médicos, sejam pessoas físicas ou jurídicas, têm que ter um contrato com as suas operadoras e nesse contrato tem que existir uma série de cláusulas. E que as operadoras não cumprem essa normativa da ANS, pois não recebem uma sanção, que não é uma questão corporativa de defesa da classe médica, mas é defesa de um direito, um direito de cidadão, já que o médico é um cidadão igual a qualquer outro. Que falta uma base contratual sólida para existir condições de trabalho. E que a classe médica vai responder de forma favorável para o atendimento dessas operadoras e para salvaguarda da saúde desses usuários.

Em seguida o relator Dep. Anibelli Neto questionou o presidente do Conselho Regional de medicina, qual era sua opinião sobre a ANS.

O Presidente do Conselho respondeu que a Agência Nacional de Saúde, está modificando a sua estrutura, modificou a presidência. Mas, a partir do momento que o Governo tomou uma decisão e criou a Agência Nacional de Saúde começou todo um processo de regulamentação, deixou bem claro o que ele quer para a saúde suplementar. Que isso tem sido construído ao longo desses últimos anos. E que nós estamos chegando naquilo que seria o ponto final, que é retirar uma parcela significativa dos pacientes do Sistema Único de Saúde e repassar para o sistema suplementar, uma privatização do SUS. Que para que isso ocorresse já precisaria ter uma série de normas, já precisaria o Governo estar dentro de uma agência regulatória de forma muito clara para que isso possa ser colocado em prática para diminuir a parcela do Governo na assistência e colocar para dentro de um sistema suplementar. Que a Agência Nacional de Saúde até então em nenhum momento quis regulamentar a relação entre médicos e operadoras. Que o sistema de saúde suplementar é mercado, e o sistema de saúde público é um direito constitucional e dever do Estado. Que a partir do momento que se coloca essa saúde numa lógica de mercado, esta lógica foca o lucro e não o acesso a saúde. Que um empresário do setor de saúde é como qualquer outro empresário, ele visa lucro. Que para atingir o lucro no negócio ou o produto vai ter que ter um preço diferenciado, um preço maior, ou terá que diminuir custos da produção ao máximo para que se tenha um produto final com preço menor. Que não é possível fazer saúde com 80 reais por mês e quem vai pagar essa conta é a produção. São os médicos, são os hospitais. E que não há interesse em regulamentar, Que ANS já mostrou a que veio. Uma agência que está sendo construída para a privatização do sistema público.

O Deputado Stephanes Junior declarou que acompanha a saúde suplementar e o próprio SUS há muito tempo. Que é a maior rede pública de atendimento no Mundo e que o governo tem incentivado a saúde suplementar, porque é uma maneira das empresas poderem oferecer para seus funcionários e as pessoas se quiserem optar. Que acha que tem que haver um equilíbrio maior entre o que é pago ao médico e o resto. Que esse equilíbrio hoje talvez não seja como deveria. Que o custo para quem paga tem que ser um custo não muito alto, tem que se pagar bem o médico e tem que se prestar um bom serviço, que essa equação é que está sempre em



constante desajuste. Que uma hora o custo fica alto para o usuário, a medicina evolui. Que antigamente se operava com éter e bisturi. Hoje se tem uma gama tecnológica que todo ano é alimentada com novos medicamentos, com novos aparelhos, com novas técnicas de cirurgia. E que por conta disto o custo da medicina talvez seja um dos que mais aumenta em nível mundial. Que a intenção da CPI é procurar alternativas para que se pague melhor o médico. Que esse é um dos principais pontos em que a cadeia precisa ser revista. Que é um defensor da saúde suplementar por reconhecer que isso é bom, não é ruim.

Em seguida foi dada a palavra ao Dr. Murilo Rubens presidente Sindicatos dos Médicos do Paraná. Este relatou Que os médicos que atendem as operadoras do Plano de Saúde se mobilizaram nos últimos anos com a ameaça de paralisar os seus atendimentos em virtude da ausência de reajuste nos honorários há mais de 10 anos, por parte da esmagadora maioria dos planos de saúde. Que o levantamento efetuado pelos sindicatos dos médicos constatou que quanto a inflação variou 105.36, nos anos 2000 a 2010, as mensalidades dos planos de saúde aumentaram cerca de 137%. Que para os usuários de planos de saúde de faixa etária mais avançada, os reajustes chegaram até quase 500%. No que se refere a Agência Nacional de Saúde, o grande problema é que as operadoras de Plano de Saúde descumprem a Normativa nº 71 de março de 2004, que expressamente estabelece como obrigação dos planos de saúde a inclusão da cláusula de reajustes dos honorários pagos aos médicos credenciados, especificando os critérios, a forma e a periodicidade do reajuste. Que os planos não cumprem a Resolução, não estabelecem no contrato uma forma de reajuste e, conseqüentemente, não concedem esse reajuste. Que em 2010 a Agência Nacional de Saúde respondeu uma consulta formulada por entidades médicas em relação aos planos de saúde tendo por base essa Resolução nº 71/2004 e ao se manifestar sobre os contratos das operadoras, com os médicos, a resposta foi a seguinte: "Todas estão em desconformidade com o que dispõe a Resolução Normativa nº 71.04." Que a classe médica está solidária com o usuário que é a parte mais prejudicada. Que as duas categorias são prejudicadas, mas os mais prejudicados atualmente são usuários dos planos de saúde. Que em busca dos aumentos dos seus lucros as operadoras negam coberturas e, ao mesmo tempo, recusam negociar aumentos nos honorários dos médicos credenciados. Que o Sindicato dos Médicos têm três ações civis públicas em trâmite, que poderão ser melhor explicitadas pelo advogado do Sindicato. Que os planos de saúde tem 48.7 milhões de clientes. Que no ano passado faturaram R\$ 83 bilhões de reais. O equivalente a uma arrecadação mensal de todos os tributos federais. Que o setor que cresceu desde 2003 50.6% e não houve nenhum reajuste aos honorários médicos. Que cada vez mais dificultam o relacionamento entre o médico e o paciente. Que eles dificultam a autorização de exames e, sempre que possível encaminham exames de alto-custo para o Sistema Único de Saúde. Que essa questão também foi levantada, essa normatização que o Governo Federal pretende fazer de benefícios tributários. Que a desoneração vai fazer com que haja uma renúncia fiscal de R\$ 15 bilhões de reais. Que esses R\$ 15 bilhões de reais, simplesmente, poderiam ser aplicados diretamente no Sistema Único de Saúde. Que a Agência Nacional de Saúde, respondendo a alguns Deputados, suspendeu temporariamente no ano passado 396 planos de 56



operadoras porque elas descumpriam os contratos vigentes com os usuários. Que desses 56 planos, 28 foram eliminados totalmente de comercialização.

O Dr. Luiz Gustavo Andrade advogado do Sindicato dos médicos do Paraná declarou Que os planos de saúde quando contratam os médicos não contratam como seus empregados com vínculos celetistas. Que se assim fosse eles teriam reajustes convencionais fixados de acordo com a convenção coletiva ou mesmo teriam todos os outros direitos trabalhistas decorrentes da CLT. Que este vínculo que se forma entre o plano de saúde e o médico é um vínculo autônomo. Que os médicos prestam serviços como autônomos e a única proteção do ponto de vista jurídico que estes médicos autônomos têm é a Resolução Normativa nº 71 de 2004, que obrigaria estes planos de saúde a nos contratos que eles firmam com os médicos estabelecer um critério de reajuste. Que na medida em que descumprem esta Resolução Normativa caberia à ANS vir e fiscalizar o efetivo cumprimento e multar os planos de saúde que não observam a legislação. Que o que restou aos médicos aqui do Paraná, após deliberações tomadas pela Comissão de Honorários Médicos, com a participação da CRM, Associação Médica do Paraná e do Sindicato dos Médicos, foi demandar judicialmente buscando o cumprimento desta Resolução 71 através uma ação civil pública. Que existem três ações civis públicas em trâmite. Que se constatou que os planos de saúde vislumbrando esta possibilidade dos médicos entrarem em juízo tanto coletivamente quanto individualmente, porque muitos médicos demandaram individualmente, eles têm obrigado os médicos a constituir pessoas jurídicas para afastar a tutela jurisdicional trabalhista, afastar a competência da Justiça do Trabalho para julgar estas demandas propostas pelos profissionais. Que a ANS é omissa neste sentido, deixando de fiscalizar e de exigir o cumprimento da Resolução.

Deputado Péricles questionou em seguida se para dificultar a questão dos honorários, a Agência está afastando clínicas.

Dr. Luiz Gustavo Andrade declarou Que obrigam a contratação de pessoas jurídicas. Que com a Emenda nº 45 de 2004 (Reforma do Poder Judiciário) passou a ser competência da Justiça do Trabalho não apenas julgar os empregados com vínculo celetista, mas também os prestadores de serviço autônomo, desde que pessoa física. Que profissional autônomo vai ter suas relações tuteladas pela Justiça do Trabalho. Que os médicos podem se utilizar da Justiça do Trabalho para buscar dentre outros direitos a aplicação da Resolução Normativa nº 71 da ANS. Só que a partir do momento que se obriga o médico a constituir uma pessoa jurídica para prestar o serviço do Plano de Saúde é afastada a competência da Justiça do Trabalho. Então, eles acabam tendo que demandar, por meio destas pessoas jurídicas, a Justiça Comum.

O presidente da CPI questionou se o conselho tem denunciado os planos de saúde.

O Dr. Alexandre Gustavo Bley declarou Que já foram feitas várias reclamações perante ANS. Que a ANS sabe que não existe cumprimento das Resoluções que ela mesma emite por parte das operadoras. Que seria muito tranquilo se existisse uma lei que outorgasse esse direito ao Conselho, de cassar o registro de uma operadora e, conseqüentemente, ela não poder atuar se ela não estiver cumprindo aquilo que o regramento jurídico assim determina. Que o Conselho não tem essa competência. Que quando iniciou, no início dos anos 2000, uma situação mais forte da classe



médica em cima das operadoras, o Cade (Conselho Administrativo de Defesa Econômica) emitiu uma Resolução na época e existem inúmeras ações do Cade contra as entidades médicas, onde nós não podíamos inclusive – e isso ainda está em âmbito judicial – penalizar ou responsabilizar os Diretores Técnicos das operadoras.

Em seguida foi dada a palavra ao Deputado Stephanes Junior. Este declarou Que a Agência Nacional da Saúde foi algo muito bom. Que para se ter uma ideia milhares de operadores de planos de saúde no Brasil foram fechadas. Que isso ocorreu porque não conseguiam mais cumprir as exigências da Agência Nacional de Saúde. Que hoje um plano de saúde para existir tem que atender desde a uma consulta até a um transplante e antigamente, em Foz do Iguaçu, montava-se um plano de saúde e cumpriam-se pouquíssimas coisas. Que hoje existe uma regra que a Agência Nacional de Saúde implantou que vale para o Brasil todo e fez com que milhares de empresas fechassem. Não é uma fechou, nem duas, são milhares. Da mesma forma para quem comprou planos de saúde as normativas estão muito mais claras. Então, a Agência Nacional foi algo bom, não foi algo ruim. É claro que precisa ser melhorada, ser aperfeiçoada. Que concordo que há um desequilíbrio.

O Deputado Péricles declarou que toda a lógica do governo é oferecer o atendimento básico, através do SUS. Que analisando o caso de Ponta Grossa tem-se que governo federal deu recurso para construir duas unidades de atendimento e uma série de programas novos de atendimento básico, desde a parte de odontologia. Que Ponta Grossa tem uma fundação ligada à universidade, que está gerindo um hospital e apresentou uma melhora, o que é uma coisa contraditória. Que o Governo Federal tenta, justamente, quebrar essa ideologia de que saúde é remédio, é consulta. Que gostaria que o Dr. Alexandre Gustavo Bley se aprofundasse na ideia de que o governo federal está fortalecendo a privatização da saúde.

O Dr. Alexandre Gustavo Bley relatou que é óbvio que o governo não pode desistir do SUS. Que é uma questão constitucional. Se ele não tem a condição, vai abrir para a iniciativa privada. Mas o que verificamos é que existe uma tendência muito clara de levar uma parcela significativa da população para a saúde suplementar. Que com isso o Sistema Único de Saúde ficaria para um número menor de usuários. Que hoje quem paga a conta são os municípios, que suam para poder fechar a conta da saúde. Que colocar tudo isso dentro da iniciativa privada, onde novamente a lógica é de mercado. Que entende a função do Deputado, aqui, que ele acha interessante a presença da iniciativa privada. Que não é contra, acha que tem que existir, mas com regras muito claras e definidas, porque a grande preocupação é que essa conta vai estourar no lado mais fraco que hoje é a classe médica e o usuário. Que quer saber se os princípios do SUS serão respeitados, a equidade, a integralidade, a universalidade, numa lógica de empresários, com planos populares a cem, cento e poucos reais. Que já ouviu de donos, de diretores de operadoras, que disseram: não tem condições de manter um plano a cento e poucos reais! Então, quem vai pagar essa conta se não tem condição? É interessante? É interessante, mas desde que seja bom para todas as partes, que o empresário diminua o seu lucro, que o médico receba o que deve receber de forma adequada



para poder dar um trabalho de qualidade para o usuário. Se não for dentro desta equação, onde todos estejam ganhando, não vai ser bom.

Deputado Anibelli questionou o Doutor Alexandre, se mesmo sem poder aplicar nenhuma penalidade, o CRM tem notícia de algum plano que atua no Estado sem o devido registro.

O Dr. Alexandre Gustavo Bley relatou Que pela Lei nº 9656/98 todas as operadoras têm que se registrar, e pela Lei nº 6839/80 as operadores tem de ter um diretor-técnico registrado no Conselho. Que a ANS tem uma visão talvez, assim, deturpada, quando ela diz que somente a matriz necessita ser registradas e as filiais não. Que isso dificulta a ação do Conselho. Que como foi solicitado trouxeram relação das operadoras registradas no Estado com os seus diretores técnicos como foi solicitado. Que seria interessante que todas as operadoras para atuar dentro do Estado estivessem devidamente registradas com seus diretores técnicos, e que esses diretores técnicos sejam responsabilizados por cumprir aquilo que manda a lei. Que isso já seria um grande avanço.

Em seguida o presidente da CPI perguntou se existe um relatório de quantos profissionais, no período de 10 anos, se descredenciaram dos planos de saúde.

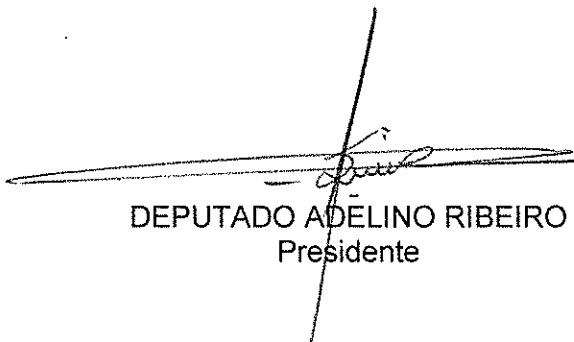
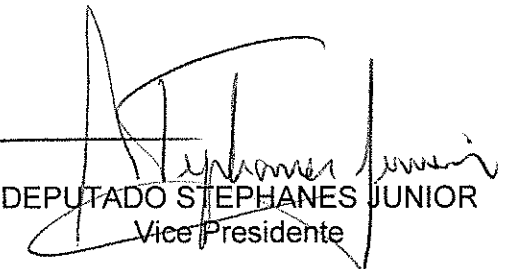
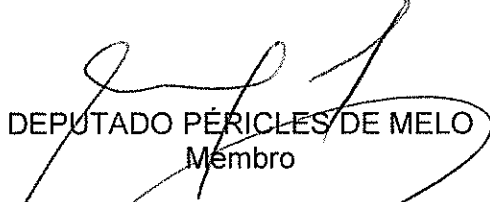
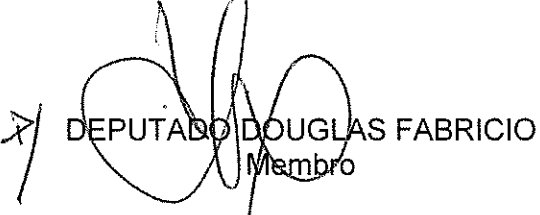
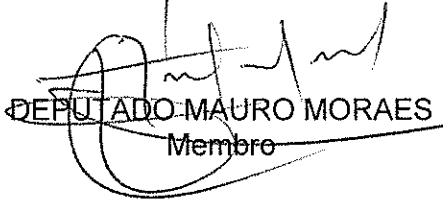
O Deputado Anibelli indagou qual seria a opinião do Dr. Alexandre Gustavo Bley quanto a ideia dos planos de saúde retirarem das obrigações a consulta, para ser utilizado mais na questão de exames e tratamentos.

O Dr. Alexandre Gustavo Bley respondeu Que é uma possibilidade, que não vê dificuldade nenhuma nisso. Que a dificuldade maior é perante os usuários com direitos adquiridos. Que para que esses novos planos venham a ser comercializados, primeiro tem que ter um regramento na Agência Nacional porque hoje a lei não permite isso. Que há que se considerar o direito da pessoa de não querer migrar para esse tipo de plano. Que vai ter que ser um plano muito atrativo no custo mensal para justificar o pagamento da consulta e do plano. Que deixar um plano de saúde somente para alto custo, cirurgias, exames complexos é o ideal. O médico tem a relação direta com o paciente. Que hoje se tem um intermediário, que é a operadora. Que se desligou de dez planos de saúde nos últimos três anos. Citou dois grandes. Um deles é a AMIL. Que desde de quando tinha quatro mil usuários e a sede era na Praça Osório ele atendia esse plano. Que a AMIL, de forma sistemática começou a atrasar os pagamentos. Demorava três, quatro meses para pagar. Que uma paciente sua chegou e perguntou se ele tinha algum problema com a AMIL. Que ele respondeu que não, a não ser pelos atrasos nos pagamentos. Que a paciente então lhe contou que foi liberar a cirurgia que ele havia solicitado e o plano a encaminhou para outra especialista. Que ligou para a auditora e ela estava tentando direcionar para um vascular do hospital próprio da Amil. Por questões de custo. Que a paciente ficou preocupada se ele tinha algum problema, se tinha feito alguma coisa. Que aquilo lhe causou um mal-estar, uma quebra de confiança na relação. Que considerou isso uma traição. Que quando a própria operadora precisou por um processo trabalhista de um vascular ele ajudou e não cobrou nada pela perícia. Que quando esperava uma contrapartida o que recebeu foi desconfiança. Que na realidade era uma questão econômica e plantaram uma desconfiança num paciente seu, e isso não aconteceu com um só. Que a outra operadora foi a Sul América. Que em data ocasião entregou a fatura, atrasada, mas entregou e depois



de três meses não foi feito o pagamento. Que foi verificar e não localizaram a fatura. Que então mostrou o comprovante carimbado e assinado pela operadora provando a entrega. Que foi informado de que só poderiam pagar mediante a apresentação da original. Que ressaltou que a original estava em poder da operadora. Que foi informado que infelizmente não havia nada a ser feito, que ele deveria entrar na justiça. Que fez uma declaração de próprio punho se descredenciando e que não iria cumprir aviso de 30 dias quebrando totalmente o contrato. Que disseram que ele não poderia fazer isso. Que ele disse para entraram na justiça. Que nunca mais atendeu a Sul América.

Para encerrar o senhor Presidente agradeceu a presença dos convidados, à equipe de assessoramento e, determinou que, para constar e produzir os efeitos legais fosse lavrada a presente ata, sendo assinada pelo senhor Presidente, membros e por mim, Lidiani Schühli Marcondes, Secretária da Comissão. De acordo com as notas Taquigráficas do dia 12/03/2013.

 DEPUTADO ADELINO RIBEIRO Presidente	 DEPUTADO STEPHANES JUNIOR Vice Presidente
 DEPUTADO ANIBELLI NETO Relator	 DEPUTADO PÉRICLES DE MELO Membro
 DEPUTADO DOUGLAS FABRICIO Membro	 DEPUTADO LEONALDO PARANHOS Membro
 DEPUTADO MAURO MORAES Membro	 LIDIANI SCHÜHLI MARCONDES Coordenadora Geral

contrato de que exista cláusula de reajuste anual. O Deputado Anibelli Neto fez uma segunda pergunta ao Dr. Baracho, a respeito da informação constante em documentos da Comissão de Defesa do Consumidor de que o lucro do profissional médico seria de cinco e oitenta e seis reais e o valor repassado pelos planos médicos seria, mais ou menos, de quarenta e dois reais. O Dr. Baracho respondeu que são vários os estudos feitos; que a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina e a Federação Nacional dos Médicos têm feito análises continuadas de cenário e alguns estudos apontam para o consumo do valor dessa consulta no seguinte sentido: há uma tributação de 27,5% de imposto de renda. Além dos custos de manutenção do pessoal, consultório e custo de manutenção de equipamentos. No final o valor de uma consulta de quarenta e dois, acaba sendo em torno de R\$ 5,07; QUE isso representa uma necessidade de uma jornada de trabalho de quatorze horas ou dezoito horas dentro desses critérios para manutenção de um mínimo possível para sobrevivência; QUE um consultório médico não sobrevive apenas de planos de saúde; QUE existe a clientela particular. Mas, a clientela particular também está sumindo dos consultórios, principalmente daqueles médicos que têm menos de dez anos de formado; QUE esses médicos "planos dependentes". O Deputado Anibelli Neto questionou o Dr. Baracho sobre qual o valor ideal da consulta estimado pela média e pelos cálculos da Associação. O Dr. Baracho respondeu que uma consulta médica deveria representar um custo entre R\$120,00 (cento e vinte reais) e R\$150,00 (cento e cinquenta reais); QUE a Classe Médica não reivindica isso, mas que tem colocado nas negociações com os planos de saúde o valor de R\$ 80,00 (oitenta reais) como referencial mínimo e os reajustes indexados anualmente; QUE o INPC normalmente é o índice de reajuste utilizado como parâmetro. O Deputado Anibelli Neto pediu esclarecimentos sobre as medidas judiciais intentadas pela Associação dos Médicos. O Advogado da associação dos médicos Dr. Fabiano Sponholz Araujo respondeu QUE foram três ações civis públicas propostas pelo Sindicato dos Médicos; QUE a Associação Médica, o Conselho Regional de Medicina e o Sindicato têm tentado atuar em consonância em defesa da profissão; QUE foi a assessoria jurídica do sindicato, do qual ele não faz parte, que ingressou com a Ação Civil Pública na Justiça do Trabalho, aos anos de 2010, 2011; QUE foi julgada procedente em primeiro grau contra a ABRAMGE; QUE esta recorreu e as outras duas foram julgadas improcedentes, não pela análise do mérito, apenas pela análise da competência da Justiça do Trabalho para fazer esse julgamento; QUE houve a interposição de recurso do sindicato sobre essa questão de competência; QUE a discussão está em fase de segundo grau. O Presidente da CPI Deputado Adelino Ribeiro questionou quais são as especialidades tem o maior volume de descredenciamento. O Dr. João Carlos Baracho relatou que existe uma falta absoluta de pediatras em planos de saúde; QUE há uma dificuldade bastante séria também em endocrinologia e algumas outras em que o número de profissionais é um número não muito expressivo; QUE há casos em que um descredenciamento representa bastante para o plano de saúde, como na linha da geriatria, pneumologia, dermatologia e neurologia, neurocirurgia, neuropediatria. Essa parte de neurologia com bastante dificuldade. O Deputado Stephanes Junior declarou QUE conhece um pouco os dois lados; QUE hoje há uma defasagem e que vai defender perante as empresas do setor que isso seja melhorado; QUE defende um equilíbrio no setor que hoje está desequilibrado; QUE acha que esse setor tem que ser incentivado, tanto cooperativas, seguradoras, medicina de grupos; QUE hoje as pessoas seguem do SUS e passam a ter - ou em uma empresa - um plano de saúde, na autogestão, o plano que quiserem ter; QUE é importante para a pessoa ter um plano melhor. Em seguida foi dada a palavra ao Dr. José Fernando Macedo, Vice-Presidente da Associação Médica do Paraná. Este relatou QUE a Associação Médica Brasileira na região Centro-Sul, que é São Paulo e Paraná, há mais de 150 mil médicos; QUE a sua preocupação, falando como paranaense e como Vice e Ex-Presidente da Associação Médica do Paraná, é a situação da qualidade do atendimento médico; QUE os médicos já não querem atender, porque não paga a conta do seu consultório; QUE os pediatras estão virando todos burocratas, auditores de empresas, porque não conseguem, com a consulta médica, pagar os custos de um consultório médico; QUE isso é público e notório; QUE no concurso de residência médica não se arruma médicos fazendo concurso para ser pediatra. Como ficarão os filhos dos nossos paranaenses? Vão ser atendidos por quem? Começando só com a pediatria como exemplo; QUE a preocupação é na qualidade daqueles que trabalham, que ainda estão doando para as operadoras um quinhão do seu trabalho no atendimento de uma criança em que um diagnóstico malfeito é uma sequência para o resto da vida. Imagina uma criança com febre que chega no consultório e não recebe o diagnóstico preciso, essa criança está com uma meningite, fica com uma sequência, paraplégica, hemiplégica pelo resto da vida. Quem paga essa conta? Quanto custa a vida de alguém? Essa é a preocupação; QUE desde 2007 vem lutando para se criar um produto novo que desvincula a consulta médica, não o procedimento médico, porque existem procedimentos de alto custo. Mas, se desvincular a consulta médica, salvaria a população em sentido amplo, porque ela vai procurar um médico onde quiser, de livre arbítrio, e procurar o seu profissional, o seu médico e vai pagar a consulta; Questiona por que todos têm que ter um plano de saúde? Afirma QUE o SUS é maravilhoso no sentido da alta complexidade, o que falta é recurso, investimento de recurso para o SUS; QUE o indivíduo tem plano de saúde pelo acidente, pela UTI, pela cirurgia complexa; QUE é uma ideia que dá para a Comissão. Em seguida foi dada a palavra ao Dr. Luiz Ernesto Pujol. QUE afirmou ser um lutador do SUS. QUE ele contrário do resto, não atende no meu consultório, nunca atendeu, em 40 anos de formado, nenhum tipo de Plano de Saúde; QUE no entanto, sua consulta é muito cara para quem pode pagar e de graça para o doente que chega e é atendido; QUE a nossa grande luta é o SUS, um grande sistema que funcionaria perfeitamente se quem gera os recursos não os desviasse tanto e aplicasse com um pouco mais de sabedoria; QUE o SUS vai mal, porque é mal gerido; QUE não é só uma questão de Polícia Federal, mas de qualidade de quem está lá para resolver a situação; QUE já fez parte do Conselho Regional de Medicina; QUE faz parte da Sociedade Paranaense de Pediatria, da Sociedade Brasileira de Pediatria está na Associação Médica está tentando defender esta população; QUE a

preocupação da Associação é, também, é o doente; QUE o doente não tem mais um atendimento humanizado; QUE o doente está insatisfeito - com toda a razão - e não é só porque paga R\$ 400 por mês e o médico recebe R\$ 20 por cada consulta. Mas por conta da desumanização no atendimento médico; QUE esta é a preocupação do Departamento que representa; QUE há que se que defender o médico, sim. Mas, acima de tudo, há que se voltar a dar qualidade ao doente; QUE essa qualidade só volta se os planos cederem um pouco nos seus lucros e os repassarem a quem os faz ter o lucro; QUE é o trabalho médico que dá o lucro à operadora; QUE não existe operadora sem médico. Em seguida o Relator, Deputado Anibelli Neto, questionou o qual a sua opinião do Dr. Luiz Ernesto Pujol sobre a Agência Nacional de Saúde. O Dr. Luiz Ernesto Pujol declarou QUE a Agência é uma Agência Reguladora. Reguladora do atendimento à população que o próprio Governo não dá pelo SUS; QUE então, ele criou uma Agência para tentar equilibrar estas forças, mas sem êxito; QUE isso ocorre principalmente porque se tornou, infelizmente, uma situação política; QUE se ela fosse uma Agência apartidária, visando interesse da gestão dos planos de saúde, em benefício da população, acredito que funcionaria; QUE acredita ser o SUS é gerido de forma ineficaz e imprópria. O Dr. José Fernando Macedo declarou QUE Agência Nacional é um nome forte; QUE a ANS deveria ser a balizadora de todas estas discussões e já ter resolvido há muitos anos. Porque ela é que determina os aumentos sucessivos às operadoras: 7%, 8%, 5%; QUE a ANS regula muitas coisas. Ela cobra das operadoras de saúde muitas coisas, inclusive meio absurdas, o que atrapalha até a própria operadora; QUE não está defendendo as operadoras, mas elas existem e têm que ter lucro; mas QUE a própria ANS não cobra das operadoras o repasse àqueles que fazem acontecer o serviço de saúde. Em seguida o Presidente da Comissão Deputado Adelino Ribeiro agradeceu a presença de todos e deixou claro que a função nesta CPI será tentar de todas as formas trazer as claras a atividade dos Planos de Saúde. Fazer com que o cidadão que paga o seu plano de saúde, o cidadão que realmente optou por essa finalidade seja respeitado. Para encerrar o senhor Presidente agradeceu a presença dos convidados, à equipe de assessoramento e, determinou que, para constar e produzir os efeitos legais fosse lavrada a presente ata, sendo assinada pelo senhor Presidente, membros e por mim, Lidiani Schühli Marcondes, Secretária da Comissão. Parte integrante. Registro Taquigráfico nº.

DEPUTADO ADELINO RIBEIRO
Presidente

DEPUTADO STEPHANES JUNIOR
Vice-Presidente

DEPUTADO ANIBELLI NETO
Relator

DEPUTADO PÉRICLES DE MELO
Membro

DEPUTADO DOUGLAS FABRICIO
Membro

DEPUTADO LEONALDO PARANHOS
Membro

DEPUTADO MAURO MORAES
Membro

LIDIANI SCHÜHLI MARCONDES
Coordenadora Geral

80632/2013

COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE

Presidente: Deputado Adelino Ribeiro

Relator: Deputado Anibelli Neto

Membros Titulares: Deputados Douglas Fabricio, Mauro Moraes, Paranhos, Péricles de Mello e Stephanes Junior

ATA DA 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA – 12/03/13

A Comissão Parlamentar de Inquérito, instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012, com a finalidade de "investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná" reuniu-se ordinariamente aos doze dias do mês de março do ano de dois mil e treze, às dez horas, na Sala de Reuniões das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, sob a presidência do Deputado Adelino Ribeiro, mais os deputados Anibelli Neto, Péricles de Mello, Douglas Fabricio e Stephanes Junior. Fizaram-se presentes Dr. Alexandre Gustavo Bley, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, Dr. Murilo Rubens, Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná, Dr. Luiz Gustavo Andrade, Advogado do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná. O Presidente declarou aberta a reunião que teve por objetivo ouvir os representantes do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná. O Presidente do Conselho Regional de Medicina, Dr. Alexandre Gustavo Bley declarou QUE já há mais de década a classe médica tem tentado um processo de negociação com as operadoras de saúde. Que tem como resposta, na maioria das vezes, o silêncio. Que as respostas que vêm são respostas que até pode se considerar como propostas indecorosas em relação à classe médica. Que esse movimento cresceu em 2010, tomando uma situação não só regional, mas também de âmbito nacional. Que estão preocupados com o mercado da saúde suplementar, e com a forma como as coisas estão acontecendo, que o profissional tem se sentido desestimulado ao atendimento desse segmento de saúde. Que tem um processo de litígio, que está instalado entre a classe médica e o sistema das operadoras. Que isso reflete diretamente nos usuários. Que muitos profissionais estão desestimulados, muitos estão se descredenciando. Que o sistema suplementar está crescendo. Que a Presidente da República está assinalando com uma proposta de desconexão fiscal para as operadoras para que elas possam, então, implementar alguns planos ditos planos populares, que possa abarcar a classe "C", a classe "D", consequentemente fazendo que aumente o número de usuários ainda mais destes planos. Que o caminho é inverso dentro da classe

médica. Que está aumentando o número de pessoas que estão se, dito, "beneficiário" de um plano de saúde e, na contrapartida, os profissionais se descredenciando, as clínicas se descredenciando. Vai chegar um momento de colapso, porque o número de profissionais está diminuindo. Que existe uma falta de comprometimento por parte das operadoras. E que não existe falta de comprometimento da classe médica. Que a respeito da ANS, o maior problema, hoje, é que ela produz o regramento, mas não fiscaliza e não faz cumprir. Que a Resolução nº 71 de 2004 estipula que todos os Médicos, sejam pessoas físicas ou jurídicas, têm que ter um contrato com as suas operadoras e nesse contrato tem que existir uma série de cláusulas. E que as operadoras não cumprem essa normativa da ANS, pois não recebem uma sanção, que não é uma questão corporativa de defesa da classe médica, mas é defesa de um direito, um direito de cidadão, já que o médico é um cidadão igual a qualquer outro. Que falta uma base contratual sólida para existir condições de trabalho. E que a classe médica vai responder de forma favorável para o atendimento dessas operadoras e para salvaguarda da saúde desses usuários. Em seguida o relator Dep. Azeiteiro Neto questionou o presidente do Conselho Regional de medicina, qual era sua opinião sobre a ANS. O Presidente do Conselho respondeu que a Agência Nacional de Saúde, está modificando a sua estrutura, modificou a presidência. Mas, a partir do momento que o Governo tomou uma decisão e criou a Agência Nacional de Saúde começou todo um processo de regulamentação, deixou bem claro o que ele quer para a saúde suplementar. Que isso tem sido construído ao longo desses últimos anos. E que nós estamos chegando naquilo que seria o ponto final, que é retirar uma parcela significativa dos pacientes do Sistema Único de Saúde e repassar para o sistema suplementar, uma privatização do SUS. Que para que isso ocorresse já precisaria ter uma série de normas, já precisaria o Governo estar dentro de uma agência regulatória de forma muito clara para que isso possa ser colocado em prática para diminuir a parcela do Governo na assistência e colocar para dentro de um sistema suplementar. Que a Agência Nacional de Saúde até então em nenhum momento quis regulamentar a relação entre médicos e operadoras. Que o sistema de saúde suplementar é mercado, e o sistema de saúde público é um direito constitucional e dever do Estado. Que a partir do momento que se coloca essa saúde numa lógica de mercado, esta lógica foca o lucro e não o lucro e não o acesso a saúde. Que um empresário do setor de saúde é como qualquer outro empresário, ele visa lucro. Que para atingir o lucro no negócio ou o produto vai ter que ter um preço diferenciado, um preço maior, ou terá que diminuir custos da produção ao máximo para que se tenha um produto final com preço menor. Que não é possível fazer saúde com 80 reais por mês e quem vai pagar essa conta é a produção. São os médicos, são os hospitais. E que não há interesse em regulamentar, que ANS já mostrou a que veio. Uma agência que está sendo construída para a privatização do sistema público. O Deputado Stephanes Junior declarou que acompanha a saúde suplementar e o próprio SUS há muito tempo. Que é a maior rede pública de atendimento no Mundo e que o governo tem incentivado a saúde suplementar, porque é uma maneira das empresas poderem oferecer para seus funcionários e as pessoas se quiserem optar. Que acha que tem que haver um equilíbrio maior entre o que é pago ao médico e o resto. Que esse equilíbrio hoje talvez não seja como deveria. Que o custo para quem paga tem que ser um custo não muito alto, tem que se pagar bem o médico e tem que se prestar um bom serviço, que essa equação é que está sempre em constante desajuste. Que uma hora o custo fica alto para o usuário, a medicina evolui. Que antigamente se operava com éter e bisturi. Hoje se tem uma gama tecnológica que todo ano é alimentada com novos medicamentos, com novos aparelhos, com novas técnicas de cirurgia. E que por conta disto o custo da medicina talvez seja um dos que mais aumenta em nível mundial. Que a intenção da CPI é procurar alternativas para que se pague melhor o médico. Que esse é um dos principais pontos em que a cadeia precisa ser revista. Que é um defensor da saúde suplementar por reconhecer que isso é bom, não é ruim. Em seguida foi dada a palavra ao Dr. Murilo Rubens presidente Sindicatos dos Médicos do Paraná. Este relatou que os médicos que atendem as operadoras do Plano de Saúde se mobilizaram nos últimos anos com a ameaça de paralisar os seus atendimentos em virtude da ausência de reajuste nos honorários há mais de 10 anos, por parte da esmagadora maioria dos planos de saúde. Que o levantamento efetuado pelos sindicatos dos médicos constatou que quanto a inflação variou 105,36, nos anos 2000 a 2010, a mensalidade dos planos de saúde aumentaram cerca de 137%. Que para os usuários de planos de saúde de faixa etária mais avançada, os reajustes chegaram até quase 500%. No que se refere a Agência Nacional de Saúde, o grande problema é que as operadoras de Plano de Saúde descumpram a Normativa nº 71 de março de 2004, que expressamente estabelece como obrigação dos planos de saúde a inclusão da cláusula de reajustes dos honorários pagos aos médicos credenciados, especificando os critérios, a forma e a periodicidade do reajuste. Que os planos não cumprem a Resolução, não estabelecem no contrato uma forma de reajuste e, conseqüentemente, não concedem esse reajuste. Que em 2010 a Agência Nacional de Saúde respondeu uma consulta formulada por entidades médicas em relação aos planos de saúde tendo por base essa Resolução nº 71/2004 e ao se manifestar sobre os contratos das operadoras, com os médicos, a resposta foi a seguinte: "Todas estão em desconformidade com o que dispõe a Resolução Normativa nº 71.04." Que a classe médica está solidária com o usuário que é a parte mais prejudicada. Que as duas categorias são prejudicadas, mas os mais prejudicados atualmente são usuários dos planos de saúde. Que em busca dos aumentos dos seus lucros as operadoras negam coberturas e, no mesmo tempo, recusam negociar aumentos nos honorários dos médicos credenciados. Que o Sindicato dos Médicos tem três ações civis públicas em trâmite, que poderão ser melhor explicitadas pelo advogado do Sindicato. Que os planos de saúde tem 48,7 milhões de clientes. Que no ano passado faturaram R\$ 83 bilhões de reais. O equivalente a uma arrecadação mensal de todos os tributos federais. Que o setor que cresceu desde 2003 50,6% e não houve nenhum reajuste aos honorários médicos. Que cada vez mais dificultam

o relacionamento entre o médico e o paciente. Que eles dificultam a autorização de exames e, sempre que possível encaminham exames de alto-custo para o Sistema Único de Saúde. Que essa questão também foi levantada, essa normatização que o Governo Federal pretende fazer de benefícios tributários. Que a desoneração vai fazer com que haja uma renúncia fiscal de R\$ 15 bilhões de reais. Que esses R\$ 15 bilhões de reais, simplesmente, poderiam ser aplicados diretamente no Sistema Único de Saúde. Que a Agência Nacional de Saúde, respondendo a alguns Deputados, suspendeu temporariamente no ano passado 396 planos de 56 operadoras porque elas descumpram os contratos vigentes com os usuários. Que desses 56 planos, 28 foram eliminados totalmente de comercialização. O Dr. Luiz Gustavo Andrade advogado do Sindicato dos médicos do Paraná declarou que os planos de saúde quando contratam os médicos não contratam como seus empregados com vínculos celetistas. Que se assim fosse eles teriam reajustes convencionais fixados de acordo com a convenção coletiva ou mesmo teriam todos os outros direitos trabalhistas decorrentes da CLT. Que este vínculo que se forma entre o plano de saúde e o médico é um vínculo autônomo. Que os médicos prestam serviços como autônomos e a única proteção do ponto de vista jurídico que estes médicos autônomos têm é a Resolução Normativa nº 71 de 2004, que obrigaria estes planos de saúde a nos contratos que eles firmam com os médicos estabelecer um critério de reajuste. Que na medida em que descumpram esta Resolução Normativa caberia à ANS vir e fiscalizar o efetivo cumprimento e multar os planos de saúde que não observam a legislação. Que o que restou aos médicos aqui do Paraná, após deliberações tomadas pela Comissão de Honorários Médicos, com a participação da CRM, Associação Médica do Paraná e do Sindicato dos Médicos, foi demandar judicialmente buscando o cumprimento desta Resolução 71 através uma ação civil pública. Que existem três ações civis públicas em trâmite. Que se constatou que os planos de saúde vislumbrando esta possibilidade dos médicos entrarem em juízo tanto coletivamente quanto individualmente, porque muitos médicos demandaram individualmente, eles têm obrigado os médicos a constituir pessoas jurídicas para afastar a tutela jurisdicional trabalhista, afastar a competência da Justiça do Trabalho para julgar estas demandas propostas pelos profissionais. Que a ANS é omissa neste sentido, deixando de fiscalizar e de exigir o cumprimento da Resolução. Deputado Péricles questionou em seguida se para dificultar a questão dos honorários, a Agência está afastando clínicas. Dr. Luiz Gustavo Andrade declarou que obrigam a contratação de pessoas jurídicas. Que com a Emenda nº 45 de 2004 (Reforma do Poder Judiciário) passou a ser competência da Justiça do Trabalho não apenas julgar os empregados com vínculo celetista, mas também os prestadores de serviço autônomo, desde que pessoa física. Que profissional autônomo vai ter suas relações tuteladas pela Justiça do Trabalho. Que os médicos podem se utilizar da Justiça do Trabalho para buscar dentre outros direitos a aplicação da Resolução Normativa nº 71 da ANS. Só que a partir do momento que se obriga o médico a constituir uma pessoa jurídica para prestar o serviço do Plano de Saúde é afastada a competência da Justiça do Trabalho. Então, eles acabam tendo que demandar, por meio destas pessoas jurídicas, a Justiça Comum. O presidente da CPI questionou se o conselho tem denunciado os planos de saúde. O Dr. Alexandre Gustavo Bley declarou que já foram feitas várias reclamações perante ANS. Que a ANS sabe que não existe cumprimento das Resoluções que ela mesma emite por parte das operadoras. Que seria muito tranquilo se existisse uma lei que outorgasse esse direito ao Conselho, de cassar o registro de uma operadora e, conseqüentemente, ela não poder atuar se ela não estiver cumprindo aquilo que o regramento jurídico assim determina. Que o Conselho não tem essa competência. Que quando iniciou, no início dos anos 2000, uma situação mais forte da classe médica em cima das operadoras, o Cade (Conselho Administrativo de Defesa Econômica) emitiu uma Resolução na época e existem inúmeras ações do Cade contra as entidades médicas, onde nós não podíamos inclusive – e isso ainda está em âmbito judicial – penalizar ou responsabilizar os Diretores Técnicos das operadoras. Em seguida foi dada a palavra ao Deputado Stephanes Junior. Este declarou que a Agência Nacional de Saúde foi algo muito bom. Que para se ter uma ideia milhares de operadores de planos de saúde no Brasil foram fechadas. Que isso ocorreu porque não conseguiam mais cumprir as exigências da Agência Nacional de Saúde. Que hoje um plano de saúde para existir tem que atender desde a uma consulta até a um transplante e antigamente, em Foz do Iguaçu, montava-se um plano de saúde e cumpriam-se pouquíssimas coisas. Que hoje existe uma regra que a Agência Nacional de Saúde implantou que vale para o Brasil todo e fez com que milhares de empresas fechassem. Não é uma fechou, nem duas, são milhares. Da mesma forma para quem comprou planos de saúde as normativas estão muito mais claras. Então, a Agência Nacional foi algo bom, não foi algo ruim. É claro que precisa ser melhorada, ser aperfeiçoada. Que concordo que há um desequilíbrio. O Deputado Péricles declarou que toda a lógica do governo é oferecer o atendimento básico, através do SUS. Que analisando o caso de Ponta Grossa tem-se que governo federal deu recurso para construir duas unidades de atendimento e uma série de programas novos de atendimento básico, desde a parte de odontologia. Que Ponta Grossa tem uma fundação ligada à universidade, que está gerindo um hospital e apresentou uma melhora, o que é uma coisa contraditória. Que o Governo Federal tenta, justamente, quebrar essa ideologia de que saúde é remédio, é consulta. Que gostaria que o Dr. Alexandre Gustavo Bley se aprofundasse na ideia de que o governo federal está fortalecendo a privatização da saúde. O Dr. Alexandre Gustavo Bley relatou que é óbvio que o governo não pode desistir do SUS. Que é uma questão constitucional. Se ele não tem a condição, vai abrir para a iniciativa privada. Mas o que verificamos é que existe uma tendência muito clara de levar uma parcela significativa da população para a saúde suplementar. Que com isso o Sistema Único de Saúde ficaria para um número menor de usuários. Que hoje quem paga a conta são os municípios, que somam para poder fechar a conta da saúde. Que colocar tudo isso dentro da iniciativa privada, onde novamente a lógica é de mercado. Que entende a função do Deputado, aqui, que ele acha interessante a presença da iniciativa

privada. Que não é contra, acha que tem que existir, mas com regras muito claras e definidas, porque a grande preocupação é que essa conta vai estourar no lado mais fraco que hoje é a classe médica e o usuário. Que quer saber se os princípios do SUS serão respeitados, a equidade, a integralidade, a universalidade, numa lógica de empresários, com planos populares a cem, cento e poucos reais. Que já ouviu de donos, de diretores de operadoras, que disseram: não tem condições de manter um plano a cento e poucos reais! Então, quem que vai pagar essa conta se não tem condição? É interessante? É interessante, mas desde que seja bom para todas as partes, que o empresário diminua o seu lucro, que o médico receba o que deve receber de forma adequada para poder dar um trabalho de qualidade para o usuário. Se não for dentro desta equação, onde todos estejam ganhando, não vai ser bom. Deputado Anibelli questionou o Doutor Alexandre, se mesmo sem poder aplicar nenhuma penalidade, o CRM tem notícia de algum plano que atua no Estado sem o devido registro. O Dr. Alexandre Gustavo Bley relatou que pela Lei nº 9656/98 todas as operadoras têm que se registrar, e pela Lei nº 6839/80 as operadoras têm de ter um diretor-técnico registrado no Conselho. Que a ANS tem uma visão talvez, assim, deturpada, quando ela diz que somente a matriz necessita ser registrada e as filiais não. Que isso dificulta a ação do Conselho. Que como foi solicitado trouxeram relação das operadoras registradas no Estado com os seus diretores técnicos como foi solicitado. Que seria interessante que todas as operadoras para atuar dentro do Estado estivessem devidamente registradas com seus diretores técnicos, e que esses diretores técnicos sejam responsabilizados por cumprir aquilo que manda a lei. Que isso já seria um grande avanço. Em seguida o presidente da CPI perguntou se existe um relatório de quantos profissionais, no período de 10 anos, se descredenciaram dos planos de saúde. O Deputado Anibelli indagou qual seria a opinião do Dr. Alexandre Gustavo Bley quanto a ideia dos planos de saúde retirarem das obrigações a consulta, para ser utilizado mais na questão de exames e tratamentos. O Dr. Alexandre Gustavo Bley respondeu que é uma possibilidade, que não vê dificuldade nenhuma nisso. Que a dificuldade maior é perante os usuários com direitos adquiridos. Que para que esses novos planos venham a ser comercializados, primeiro tem que ter um regimento na Agência Nacional porque hoje a lei não permite isso. Que há que se considerar o direito da pessoa de não querer migrar para esse tipo de plano. Que vai ter que ser um plano muito atrativo no custo mensal para justificar o pagamento da consulta e do plano. Que deixar um plano de saúde somente para alto custo, cirurgias, exames complexos é o ideal. O médico tem a relação direta com o paciente. Que hoje se tem um intermediário, que é a operadora. Que se desligou de dez planos de saúde nos últimos três anos. Citou dois grandes. Um deles é a AMIL. Que desde de quando tinha quatro mil usuários e a sede era na Praça Osório ele atendia esse plano. Que a AMIL, de forma sistemática começou a atrasar os pagamentos. Demorava três, quatro meses para pagar. Que uma paciente sua chegou e perguntou se ele tinha algum problema com a AMIL. Que ele respondeu que não, a não ser pelos atrasos nos pagamentos. Que a paciente então lhe contou que foi liberar a cirurgia que ele havia solicitado e o plano a encaminhava para outra especialista. Que ligou para a auditora e ela estava tentando direcionar para um vascular do hospital próprio da Amil. Por questões de custo. Que a paciente ficou preocupada se ele tinha algum problema, se tinha feito alguma coisa. Que aquilo lhe causou um mal-estar, uma quebra de confiança na relação. Que considerou isso uma traição. Que quando a própria operadora precisou por um processo trabalhista de um vascular ele ajudou e não cobrou nada pela perícia. Que quando esperava uma contrapartida o que recebeu foi desconfiança. Que na realidade era uma questão econômica e plantaram uma desconfiança num paciente seu, e isso não aconteceu com um só. Que a outra operadora foi a Sul América. Que em data ocasião entregou a fatura, atrasada, mas entregou e depois de três meses não foi feito o pagamento. Que foi verificar e não localizaram a fatura. Que então mostrou o comprovante carimbado e assinado pela operadora provando a entrega. Que foi informado de que só poderiam pagar mediante a apresentação da original. Que ressaltou que a original estava em poder da operadora. Que foi informado que infelizmente não havia nada a ser feito, que ele deveria entrar na justiça. Que fez uma declaração de próprio punho se descredenciando e que não iria cumprir aviso de 30 dias quebrando totalmente o contrato. Que disseram que ele não poderia fazer isso. Que ele disse para entrarem na justiça. Que nunca mais atendeu a Sul América. Para encerrar o senhor Presidente agradeceu a presença dos convidados, à equipe de assessoramento e, determinou que, para constar e produzir os efeitos legais fosse lavrada a presente ata, sendo assinada pelo senhor Presidente, membros e por mim, Lidiani Schühli Marcondes, Secretária da Comissão. De acordo com as notas Taquigráficas do dia 12/03/2013.

DEPUTADO ADELINO RIBEIRO
PresidenteDEPUTADO STEPHANES JUNIOR
Vice PresidenteDEPUTADO ANIBELLI NETO
RelatorDEPUTADO PÉRICLES DE MELO
MembroDEPUTADO DOUGLAS FABRICIO
MembroDEPUTADO LEONALDO PARANHOS
MembroDEPUTADO MAURO MORAES
MembroLIDIANI SCHÜHLI MARCONDES
Coordenadora Geral

COMO SE CUIDAR?

AIDS

APRENDA A
USE CUIDAR

Sexo, sempre com camisinha!



GOVERNO DO PARANÁ

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAZ E LIBerdadePARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE

Presidente: Deputado Adelino Ribeiro

Relator: Deputado Anibelli Neto

**Membros Titulares: Deputados Tercilio Turini, Mauro Moraes,
Paranhos, Péricles de Mello e Stephanes Junior**

ATA DA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA – 09/04/13

A Comissão Parlamentar de Inquérito, instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012, com a finalidade de “investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná” reuniu-se ordinariamente aos dezoito dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e treze, às dez horas, na Sala de Reuniões das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, sob a presidência do Deputado Adelino Ribeiro, mais os deputados, Péricles de Mello, Leonaldo Paranhos e Stephanes Junior. Fizeram-se presentes: Dr. Mauricio Nunes, Diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde (ANS); Dra. Tatiana Nozaki Grave como Chefe da ANS do Paraná; Dr. Francisco Telles, Diretor de Fiscalização da ANS e o Dr. Gabriel Schulman, Advogado. O Presidente declarou aberta a reunião que teve por objetivo ouvir os representantes da Agência Nacional de Saúde.

O Diretor de Fiscalização Dr. Francisco Telles, declarou QUE Este tema da saúde é um tema que está no âmbito da questão do Direito do Consumidor, mas tem um plus: saúde é uma questão muito grave, muito séria e um direito fundamental. QUE Este tema já acompanha a Agência Nacional desde muito. QUE A Agência, e isto não é novidade para ninguém, editou em 2003/2004 três normas para tratar da questão do que chamamos de contratualização: a formalização dos contratos entre operadoras e prestadores. QUE Essas normas, na verdade, tratam um pouco de tudo, de toda a parte do contrato entre as duas partes; mas a verdade é que no processo da evolução da regulação desse setor, percebeu-se que essas normas não tiveram, digamos assim, uma absorção forte pelo setor. Que no início de 2012, uma N foi editada pela Diretoria do Desenvolvimento Setorial da Agência, a N 49, que já é um foco, é o tema que é a alma da relação de contrato, que é a questão de reajuste e pagamento pelos serviços prestados pelos prestadores às operadoras. Que as normas da Agência, sem fugir a responsabilidade de tentar intensificar o espaço de negociação entre as partes, mas que a norma, o puro e simples atendimento das normas da Agência não serão por si só garantia de que a remuneração dos prestadores vai se resolver como um passe de mágica. Que Como se trata de uma discussão, e a discussão é econômica, quando entra questão de dinheiro no meio, a



coisa nunca fica simples. Que Já estiveram em vários espaços, em vários fóruns, discutindo que os setores prestadores sempre vêm com uma posição de cobrar da Agência o cumprimento da norma. Que no que diz respeito ao cumprimento da norma, a Agência faz o trabalho: autua, aplica multa, chama para negociar. Em suma: o cumprimento ou não da norma a Agência faz o trabalho dela, não é na velocidade que desejamos, porque se trata, de mais de mil operadoras e mais de uma centena de milhares de prestadores. Que o grande desafio da discussão que já avançou bastante, que uma coisa era 2003/2004 quando saíram as RNS, outra coisa é 2012, quando saiu a N 49. Que o ponto fundamental é este: o puro e simples atendimento das normas da Agência não vai, por si só, resolver o problema, que é o problema cerne: por que a paralisação ano passado? Houve a interferência da Comissão aqui da Assembleia de forma hábil e extremamente oportuna, que conseguiu adiar um pouco a paralisação. Que o processo de paralisação dos médicos é um processo legítimo de pressão. De lá para cá, quantos avanços, os médicos puderam negociar de forma coletiva. Alguns avanços já aconteceram, agora a questão é o desdobramento disso para a solução da questão da remuneração, aí, efetivamente, há uma distância grande. Que Agência não está despreocupada com este tema, a Agência tem feito - e o Maurício vai detalhar - vários espaços, várias câmaras, vários fóruns para discutir e tentar, se não resolver propriamente o problema do valor da remuneração pelo menos sedimentar um caminho para que se chegue ou se aproxime mais esta distância entre operadoras e prestadoras. Que este ponto é crucial. Que tem normas da Agência. Essas normas, em grande parte, não foram cumpridas, que agem em função deste descumprimento. Novas normas foram editadas, grupos para tentar discutir instrumentos de sedimentar o espaço da discussão de remuneração também foram implementados, estão alguns em trânsito, hoje. Que ter isso como parâmetro, para tentar chegar a um espaço melhor para as partes. Que a Agência não pode efetivamente estabelecer, definir valor de remuneração, isto não está na nossa competência. Que a Agência, preocupada com este problema e reconhecendo, em várias situações, remunerações insuficientes, tem trabalhado no sentido de tentar aproximar estas distâncias. Em seguida o Sr. Mauricio Nunes relatou que ANS tem a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público, na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive, contra as suas relações com prestadores e consumidores. Que a Agência não regula prestadores de serviço, que não regula os médicos. Que a Agência é uma operadora, ela regula as operadoras. Que a finalidade primária da Agência não é regular a operadora e, sim, promover a defesa do interesse público e, para isso, promover a defesa dessa coletividade que tem planos de saúde, que tem que regular as operadoras. Que algumas dessas normas acabam alcançando esta relação com os médicos e prestadores, de uma forma geral os hospitais, as clínicas, os laboratórios. Que a Agência não regula as operadoras porque a lei que trata do marco regulatório dos planos de saúde, que é a Lei nº 9.656, em seu art. 1º, estabelece: *Submetem-se às disposições desta lei apenas as operadoras de planos de saúde*. Que a Agência não tem esta competência legal. Que uma das competências da Agência, no art. 4º - que estabelece todas as competências que ela tem - é estabelecer todas as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras. Tanto nos contratos com os beneficiários, o que é que tem que ter no



contrato com o beneficiário, como no contrato que tem que ter com o médico, com o hospital, com a clínica. Com base nesta competência, a Agência editou três RNs, três Resoluções Normativas. A primeira, que foi a RN nº 42, de 2003, estabelece quais são as cláusulas que devem constar nos instrumentos com os hospitais. A segunda, Resolução Normativa nº 54, estabelece as cláusulas obrigatórias para as clínicas e prestadores de SDT, os laboratórios e serviços de imagem. E, por último, a RN nº 71, de 2004, que estabelece quais são as cláusulas obrigatórias na relação com os profissionais de saúde: médicos, dentistas. Uma das cláusulas obrigatórias, nestas três Resoluções Normativas, é a cláusula que estabelece o critério de reajuste, "Olha, operadora, na hora em que você for firmar um contrato com seu médico, com seu hospital, com sua clínica, tem que ter um critério de reajuste, definindo forma e periodicidade, de quanto em quanto tempo você vai corrigir aquele valor do serviço contratado e qual a periodicidade". Quando a Agência montou esta câmara técnica - em 2002 - ela chamou todas as entidades que representam os atores deste setor, todas as entidades que representam as operadoras, os prestadores - a Associação Médica Brasileira participou, o Conselho Federal de Medicina, a Federação Nacional dos Médicos, as entidades que representam os beneficiários - os Procons, Protestes - foi feita uma câmara técnica, um grupo de trabalho, ficou quase seis meses discutindo e se chegou a estas três Resoluções Normativas. A cláusula estabelecia critério de reajuste apenas contendo a forma e a periodicidade. Que a Agência não vai definir o que é forma, que isto vai ser livremente negociado entre as partes, que é um princípio básico constitucional: a liberdade de se negociar o reajuste. A Agência começou a fiscalizar, 2004, 2005 com um programa proativo de fiscalização. Este programa começa até no âmbito de diretoria de fiscalização, naquele primeiro momento foram quase 100 operadoras fiscalizadas e percebeu-se que estes contratos tinham problemas, principalmente a cláusula de reajuste. Em 2010, a diretoria verificou, também, alguns problemas nestes contratos. E que a cláusula mais problemática foi a de reajuste. Que a forma como estas operadoras definem a cláusula, não atendia a norma. Que Colocavam, como forma de reajuste, apenas a livre negociação e o acordo entre as partes. Que a cláusula comum nestes contratos a cada 12 meses, as partes vão negociar livremente, que observaram, na prática, até por demandas das entidades médicas, demandas dos sindicatos que representavam os hospitais, Que, na prática, esses contratos não tinham reajuste. Existia uma norma prevendo: operadora, que tem que colocar uma cláusula de reajuste no contrato. E a cláusula era a livre negociação ou o acordo entre as partes. Mas, na prática, eles negociavam e não se tinha o reajuste. Que Por pressão das entidades representativas dos prestadores, das entidades representativas dos médicos, AMB, CFM, Fenam, as entidades que representam os prestadores, os prestadores hospitalares, que agencia regulamentou essa norma e editou uma Instrução Normativa, mais clareza para a cláusula de reajuste, que a Agência entende como critério de reajuste, que tem que ser a forma do reajuste. Uma forma aceita pelo regulador, que ser: um índice vigente, de conhecimento público, pode-se colocar lá o IPCA, o IGPM, o INPC; pode ser um percentual pré-fixado: a cada 12 meses 10%, 5% ou 1%; pode ser a variação pecuniária positiva, que nada mais é do que uma correção monetária: a cada 12 meses corrigir o valor dos serviços contratados em "X" reais; ou pode ser uma fórmula de cálculo de reajuste - que é muito utilizada pelos hospitais, que geralmente

[Assinatura manuscrita]



trabalham com planilhas de custo, pegam lá quanto a variação com pessoal, dissídio, a variação com o custo fixo e no final aquilo é uma fórmula que gera um percentual. Mantivemos, na Instrução Normativa, a capacidade de as partes negociarem livremente, porque a livre negociação é um princípio e não tenho como abolir um princípio, mas a Agência obrigou o seguinte: operadora, tem um prazo final para fechar a negociação; pode negociar livremente se vai ser um índice, se vai ser um percentual, se vai ser uma fórmula; negociam livremente, se quiserem, e se não houver um acordo até a data final, o termo final estipulado, aplica-se automaticamente uma dessas formas. Então, vou negociar livremente e se não houver o acordo, tem que aplicar alguma coisa. Virou praticamente um piso ali, um mínimo. Essa Instrução Normativa também estabeleceu algumas vedações. Que Algumas operadoras queriam atrelar o reajuste à sinistralidade, que é a despesa assistencial da operadora, tudo o que ela gastou com a rede prestadora, com os hospitais, com as clínicas, com os médicos, basicamente a despesa médica. A sinistralidade, hoje, é a maior despesa que as operadoras têm. Dependendo do tipo de operadora, isso pode chegar a 90%, no caso das autogestões, mas a média vai de 75%, 80% e, no caso das autogestões, chega a 90%. Algumas operadoras estavam atrelando este reajuste à sinistralidade: se chegar a 80%, 90%, não há reajuste. Isso foi Vedado. Que o reajuste, para o prestador, para o profissional de saúde, independe da sua sinistralidade, porque a sinistralidade depende de outras variáveis que não têm a ver com profissional, como, por exemplo, frequência de utilização do plano pelo beneficiário. Também foi vedada qualquer fórmula de cálculo de reajuste por percentual pré-fixado, em que o valor do contrato seja mantido ou reduzido. Em 2009 o IGPM foi 2% negativo, então não depende das partes, pode ocorrer de o índice ser negativo. Mas, o operador estabelecer uma fórmula ou um percentual que mantenha o valor ou que reduza, é vedado. Essa norma também estabeleceu um pouco das relações com os cooperados como as Unimed e as Uniodontos. A relação dos médicos cooperados com as Unimed e dos dentistas cooperados com as Uniodontos, tem algumas peculiaridades, Porque eles são regidos por uma Lei, que é a 5.764/71, que trata do cooperativismo. Um médico da Unimed ou um dentista da Uniodonto, é dono da operadora, teoricamente. Na prática, percebemos que isso não é bem assim. Mas, teoricamente, por força da lei, ele é dono e, por ser uma relação associativa, essa definição, por força da lei do cooperativismo, os valores devem ser discutidos nas assembleias gerais, ordinárias, ou extraordinárias. A lei do cooperativismo estabelece que, uma vez por ano, os cooperados têm que ir numa AGO definir o valor do honorário. Então, se a instituição respeitou aquilo que foi deliberado pelos cooperados em assembleia geral, está valendo. A norma está em vigor desde 18 de maio de 2012 para instrumentos novos. Que A norma foi publicada em 18 de maio, toda contratação nova, a partir desta data, tem que respeitar a IN. Para os instrumentos vigentes, a Agência deu um prazo até 13 de maio desse ano. Estamos falando de operadoras que tem 40 mil, 30 mil prestadores em sua rede, que tem um custo de transação grande e demos um prazo maior para adequação. Um pouco da fiscalização que foi feito, que Algumas dessas operadoras estão hoje negociando ajustes de conduta com a Agência. Que a Agência reconhece um conflito nesta relação, operadoras e prestadores, essa relação operadoras e profissionais de saúde. que Tem várias causas, a princípio, e a contratualização. que Não se



consegue discutir revisão de valores, não se consegue discutir reajuste, muitos prestadores questionam as glosas indevidas: ele produz, ele tem autorização para prestar o serviço, faz o procedimento, faz o serviço, presta, manda a conta, manda a fatura, a operadora glosa, e às vezes não justifica porque glosou: "Mandei x e me paga x, 50% de x"; atraso de pagamento, falta de pagamento; tudo o que envolve contratualização entre essas partes gera problema e gera conflito. Que As regras de credenciamento, muitos prestadores questionam o credenciamento arbitrário por parte das operadoras. Que A negociação é outro ponto de dificuldade. Em algumas situações, a Agência até reconhece a hipossuficiência. Que Às vezes, o médico isolado, o dentista, isoladamente, tem certa dificuldade em negociar com uma grande operadora. Isso é uma realidade. Que Outro item que os médicos questionam, é a interferência no ato médico, operadoras que limitam a solicitação de exames meramente para reduzir custos, operadoras que interferem na escolha de material, medicamento, interferência no tratamento dos pacientes. qual é o problema para a Agência É que, neste conflito, gera risco assistencial. que a Agência foi muito criticada desde 2002, quando criou um grupo técnico para editar uma RN, dizendo qual das cláusulas que tem que ter no contrato entre a operadora e o prestador. E ela foi criticada, Porque é uma relação privada. Em sua grande maioria, estamos tratando de duas pessoas jurídicas, e ela foi muito criticada porque editou uma RN limitando, inclusive, a capacidade de se negociar. Ela disse o que tem que ter - aquilo é o mínimo - sob pena de multa, se não for cumprido, e foi muito criticada por isso. e o grande problema Quando esse conflito começa a alcançar o beneficiário: são hospitais que pedem credenciamento porque estão sendo glosados. Não têm reajuste: são médicos que pedem credenciamento, são especialidades médicas que montam cooperativas e saem de uma vez só de algumas operadoras, como várias especialidades que conhecemos - cirurgia cardiovascular é um exemplo - que não tem mais o profissional isolado, eles não conseguem mais negociar, monta uma cooperativa e vai todo mundo para a cooperativa. que Em alguns momentos o SDE e o CADE vê isto como cartel, que suprime totalmente a capacidade concorrencial. Que Isto é um problema para o usuário, principalmente os credenciamentos. Infelizmente, o usuário só descobre que aquele prestador não faz mais parte da rede na hora do atendimento e, quando falamos de atendimento de urgência é delicado, porque ele procura aquele hospital que sempre utilizou e, na hora do atendimento, descobre que não faz mais parte. Infelizmente, em algumas situações, pode ocorrer óbito. Aí nasce o dever da Agência interferir, ela não entra na discussão se R\$30 a consulta é muito ou pouco; não entra neste mérito e não vai entrar, desde que a lei seja alterada. Mas, ela entra neste mérito no momento em que o médico da especialidade não quer mais atender a operadora e aquele beneficiário tem um plano de saúde e ele tem que ser atendido. Que agencia criou uma forma de resolver isto, que foi a RN 259, que trata do tempo de atendimento. Monitoramos isto pelo tempo de atendimento. Mas, no momento em que este conflito operadora e médico alcança o beneficiário, a Agência tem que agir. Qual é a Estamos falando de 15 anos da lei que estabelece o marco regulatório e os planos de saúde; estamos falando de dez anos de norma de contratualização, que estabelece as cláusulas obrigatórias, Observamos um conflito delicado para o usuário e, por existir este conflito, que a Agência tem que agir. O que a Agência tem várias ações em andamento, que a Associação Médica Brasileira, Conselho Federal



de Medicina e a Federação Nacional dos Médicos. A discussão deste grupo de trabalho virou um grupo de trabalho sobre a hierarquização, que é CBHPM a tabela que a Associação Médica Brasileira criou, estabelece a forma hierarquizada dos procedimentos médicos e significa Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos. A ideia da CBHPM, determinado procedimento tem que ser remunerado em razão da sua complexidade, do seu risco e do seu tempo. Não posso remunerar um procedimento que tem um risco elevado, da mesma forma que remunero uma consulta. Que Se este procedimento tem um nível de complexidade elevado, ele tem que ser melhor remunerado do que aquele que tem um grau de complexidade menor, que e a Agência montou esse grupo e observamos uma coisa ruim, que gerou outros problemas no setor, outros problemas para os beneficiários. Em muitas operadoras, a dinâmica de remuneração era a seguinte: a remuneração é inversamente proporcional à frequência. Se tenho um procedimento que é muito utilizado, a tendência do preço é cair; se tenho um procedimento que é pouco utilizado, o preço pode até aumentar. Essa metodologia de remuneração foge totalmente dessa ideia de se remunerar pela complexidade, pelo risco associado e gerou um problema seriíssimo. Porque muitos médicos pararam de fazer alguns procedimentos na saúde suplementar em razão da remuneração. Que Vários procedimentos - cirurgia de amígdala é um exemplo - é um procedimento que tem um grau de complexidade,tem um risco, tem um tempo elevado para fazer o procedimento, mas paga muito mal e muitos médicos não querem fazer. Temos o exemplo da fimose, muitos urologistas não querem operar mais fimose porque é um procedimento que tem uma complexidade, tem um risco, mas as operadoras pagam mal. Então, por não ser uma remuneração associada à complexidade, aquele profissional médico não faz mais, só que a patologia não deixou de existir. Tenho a patologia que existe e o usuário desse sistema, esse beneficiário tem direito a isso, porque se ele não fizer isso na saúde suplementar, vai para o SUS. É uma alternativa de ele ir ao SUS. Outros procedimentos, outras especialidades. que Por isso, foi montado este grupo técnico. Que Esta hierarquização, a Agência vai editar uma Resolução Normativa, vamos obrigar a hierarquização. Hoje, as tabelas de algumas operadoras que tem 800 formas diferentes de remunerar, como se fossem 800 preços, e a hierarquização tem que transformar tudo isso em 42 portes, 42 gavetinhas. A hierarquização nada mais é do que 14 linhas com três colunas. 42 portes, cada porte destes, cada gavetinha destas tem vários procedimentos, do mais simples para o mais complexo, do 1A até o 14C. Conforme vai aumentando a complexidade, tem que ser melhor remunerado e a Agência vai editar uma resolução obrigando isso, obrigando as operadoras a hierarquizar. Esta discussão com hierarquização é interessante porque o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência não podia ouvir essa palavra, a imposição da CBHPM. Muitas entidades médicas tiveram processo rolando no CADE, na SDE, porque queriam obrigar os médicos a utilizar CBHPM e, até por força de uma norma do CFM que obrigava se o médico não utilizasse aquela tabela na saúde suplementar, poderia ter um processo disciplinar contra ele, e o CADE condenou as entidades médicas, que foi a Associação Médica Brasileira, a Federação Nacional dos Médicos e o Conselho Federal de Medicina. Falou: "os médicos que quiserem utilizar a CBHPM, quem não quiser tem a liberdade de escolher outra tabela." Mas a SDE e o CADE mudaram um pouco o entendimento, Há um risco associado, este setor é muito complexo, é um



setor diferente. que Não dá para comparar saúde com energia elétrica, com regulação de petróleo. que É totalmente diferente, é totalmente complexo. que Existe um bem maior ali que é a vida, que temos que estabelecer regras que garantam a qualidade assistencial desse usuário e, para garantir a assistência temos que entrar em alguns itens de contratualização, discutir hierarquização. Que outra ação que iniciaram em 2010, foi o modelo de remuneração dos hospitais. O depoente pergunta se pode continuar e diz que já está terminando. Que o grupo de trabalho de honorários, que foi citado inicialmente, agora esse grupo de trabalho, não é um grupo de trabalho de honorários, e sim, de hierarquização. Que já foi feita uma câmara técnica. Que existem duas formas de participação social na edição de normas pela Agência. A primeira são as câmaras técnicas, que são chamadas todas as entidades que representam os atores: as entidades que representam as operadoras; as que representam os médicos; as que representam os hospitais; as que representam os beneficiários. Que isto é discutido no âmbito de uma câmara técnica. Depois que se cria uma minuta de uma RN, a etapa seguinte é a consulta pública, que é a participação da sociedade como um todo. Que sai publicação site da agência que esta tem 30 dias para mandar a consulta. Que então se aguarda e recebe essas contribuições e dependendo do que vier, finaliza e publica a norma. Que o segundo grupo de trabalho que foi criado em 2010, junto com os honorários médicos, foi o modelo de remuneração dos hospitais. Que a forma como os hospitais hoje são remunerados onera de alguma forma este sistema, não por culpa dos hospitais em si, mas a forma do modelo como foi desenhado. Como é que esses hospitais são remunerados? Por "fee-for-service", que é o pagamento por procedimento. Que o beneficiário entra no hospital para fazer um parto, tudo que é utilizado naquele procedimento entra numa conta. O honorário médico, o anestesista, o instrumentador, a linha que costurou a parturiente, tantas bolinhas de algodão, a medicação. Que isso é o que se chama de "conta aberta", ou seja, tudo que utilizou naquele beneficiário lança na conta. Que é como se fosse um 'cheque em branco', vai jogando coisa, jogando coisa, jogando coisa, e o hospital manda para a operadora e a operadora tem que pagar. Que a ideia de se criar um modelo de remuneração, é para desonerar um pouco este sistema. No momento em que desonero este sistema, vou desonerar o beneficiário e passar, de fato, a remuneração para os hospitais, naquilo que eles deveriam, de fato, ganhar, diárias e taxas. Que o hospital é como se fosse um grande hotel. Ele tem que ganhar a diária do apartamento, a diária da enfermaria, ganhar pela taxa de colocação de medicamento. Que o hospital tem que ser remunerado por isso. O procedimento vai para o médico. Que os hospitais começaram a ser remunerados, em grande forma, por materiais e medicamentos. Muitos hospitais passaram a receber por isso e isso onerou um pouco o sistema, com a ideia da Agência. Para aqueles procedimentos que têm uma alta previsibilidade de resultado. Que um parto de uma mulher jovem, não diabética, não hipertensa, o resultado final daquilo é previsível: a criança vai nascer, dois, três dias ela tem alta, vai embora. Que para estes procedimentos que têm alta previsibilidade de resultado, pensamos uma coisa chamada procedimento gerenciável. Que o hospital passa a discutir isso com a operadora e vira nada mais do que um pacote. Aquele parto vai custar R\$2 mil, R\$3 mil, R\$4 mil. Mas a operadora e o hospital sabem que, no momento em que aquela paciente entrar e sair, o valor vai ser o acordado, não fica uma incerteza no ar. Que para os



procedimentos de baixa previsibilidade: vou fazer um parto em uma beneficiária de meia-idade, hipertensa, obesa, eu já não sei qual o resultado, ela pode ter algumas complicações. Nós não empacotamos, não virou procedimento, não virou procedimento gerenciável, continua a conta aberta, mas uma conta aberta aprimorada. Que outro projeto na Agência, tem uma norma chamada Qualiss Indicadores e Qualiss Divulgação. Qual o grande problema, o beneficiário que compra um plano de saúde, não tem informação suficiente para escolher aquele produto. A operadora apresenta o produto A, o produto B, ou o produto C, o produto Alfa, ou o Delta. O Alfa tem o hospital A, tem o hospital B, o outro tem o hospital C. Só que o beneficiário não tem informação suficiente para saber se aquele hospital A é melhor que o hospital B. Que em muitos casos, ele acaba pagando mais caro por isso. Que alguns hospitais divulgam dados indicadores de qualidade, só que não são dados inteligíveis, são dados não inteligíveis. Que o beneficiário não consegue olhar para um hospital. Que já tem uma resolução normativa. Que o beneficiário poderá saber saber: "esse hospital aqui não é um hospital acreditado. Ele faz parte de uma Acreditadora Internacional, uma Dart Commission, ele divulga indicadores, ele divulga dados de mortalidade infantil, ou ele divulga dados de infecção hospitalar." O beneficiário vai conseguir comparar: "esse hospital, a taxa de infecção hospitalar dele é muito menor do que o B." começo a ter dados para mensurar, por que o A é melhor que o B. Que o beneficiário passa a ter uma ferramenta, até para saber: "Não, eu não quero o produto A, eu vou para o produto B", e publicar indicadores mais confiáveis. Que a Agência vai publicar dos profissionais médicos, saber se aquele médico, de fato, é daquela especialidade; saber se, de fato, aquele obstetra, é um obstetra. Que é mais interessante para as entidades médicas rever todas estas normas da contratualização este ano, porque descobrimos que tem um conflito que afeta o beneficiário. Que o problema não é o conflito, o problema para a Agência não é se o médico ganha 30, ganha 40, ou ganha 10 reais a consulta, a Agência não vai se meter nisto. Que o problema para a Agência é se aquele médico que ganha R\$10 não quer mais atender a operadora e aquele beneficiário fica desassistido que isso é um problema para a Agência. Que se todos os cirurgiões cardiovasculares do Paraná deixam de atender uma determinada operadora, isso é problema da Agência. Que a ideia deste grupo é rever estas normas da contratualização. Que muitos destes conflitos já identificamos. Que a Agência sabe que precisa de um ambiente para se discutir questões litigiosas. Que muitas entidades reclamam que as operadoras glosam, não pagam, atrasam. Que precisa existir um ambiente para negociar e discutir essas questões litigiosas. Que vão chamar todas as entidades para participar. Que chamarão Ministério Público, chamar todo mundo para participar da norma e discutir em conjunto - e a decisão vai ser em conjunto. Que definir reajuste está fora de cogitação. Que podem manter a linha de que tem que ter um índice, que podem até discutir a periodicidade anual, coisas desse tipo; enquanto não houver alteração da lei, mas que não vão definir valor de honorário, de procedimento para nenhum profissional. Que há um projeto de lei tramitando no Congresso, que é o PL 6.964, de 2010, que é substitutivo de um Projeto de Lei do Senado, 276 de 2004. Este projeto de lei altera dois artigos da Lei 9.656, que é o marco regulatório de planos de saúde. Que primeiro, ele pega o que era o conteúdo daquela RN 71 - que falei lá atrás - e joga o conteúdo dessa norma na lei. Que altera o art. 17 colocando todos os prestadores, porque no art. 17, que só constava as



entidades hospitalares, para uma Operadora, tirar um hospital, tem que ter a autorização da Agência, mas para ela tirar um médico A e botar um médico B, não tem que ter autorização. Altera o artigo 18 e aí, sim, qual é a grande mudança da lei, que diz o seguinte: se até 90 dias do ano subsequente ao que deveria ter havido o reajuste, não houver definição, quem vai definir é a ANS. Se este projeto de lei passar, passamos a ter competência para definir o reajuste, como temos competência para definir nos contratos dos beneficiários. Que este PL passou em todas as Comissões, a última era Comissão de Constituição e Justiça, já passou, praticamente só falta à sanção da Presidente Dilma. Que se for aprovado a Agência passa a ter a competência legal.

Em seguida foi dada a palavra ao deputado Péricles de Mello, Que relatou que a ANS recebeu muitas críticas, na imprensa nacional de prejuízos dos usuários do plano de saúde. Dando exemplo declarou: *"a Folha de São Paulo, de 10 de março, publica uma manchete: A ANS leva até 12 anos para julgar operadoras. A demora da Agência do Governo em avaliar processos de irregularidades faz com que planos de saúde se livrem das punições. De 775 ações julgadas, em janeiro e fevereiro, 522 tramitavam havia cinco anos. A ANS seguia processo legal. Só veio um textinho desta reportagem, entre outras, e articulistas importantes do Brasil todo estão se colocando sobre isso, muita crítica ao governo. Rápido este trecho aqui: Órgão do governo responsável por fiscalizar esses planos e saúde, a ANS, leva até 12 anos para analisar processo em que as operadoras de plano de saúde são acusadas de irregularidades contra seus clientes. Nas últimas três semanas, a Folha de São Paulo analisou 765 processos julgados pela Diretoria da ANS, de janeiro e fevereiro. Desses 522 tramitavam havia cinco ou mais anos, na Agência. Os outros 243 processos levaram de um a quatro anos para a conclusão. Operadoras condenadas ainda podem recorrer à Justiça, para escapar das multas que vão de R\$ 5 mil a R\$ 1 milhão. A demora faz com que punições sejam canceladas e multas reduzidas, porque anos depois do processo regras foram extintas ou alteradas. A ANS não tem poder para determinar que a operadora respeite a lei atendendo ao consumidor. A multa, porém, segue como prova para o usuário recorrer à Justiça"*. Que são muitos problemas. Usando um exemplo familiar, a sua esposa operou, há 15 dias, a vesícula e, para o médico aceitar o trabalho, o preço era muito maior que o plano, um plano caro. Que o hospital pagava por procedimento para o médico um valor, depois tive que pagar a complementação, senão aquele médico não aceitava. Que há críticas também de indicações políticas, do controle, de uma série de benefícios do Governo Federal. Que tem um articulista, o Elio Gaspari, que escreveu um artigo muito forte, um pacote de veneno para a saúde, criticando duramente as novas propostas do Governo Federal com as ações do plano de saúde e mostrando os lucros bilionários, que os planos de saúde têm interesse, inclusive, de capital internacional, para vir no Brasil que é um alto negócio, mas tem trazido muito prejuízo, por consequência, aos usuários do plano.

Reiterando a fala do Deputado Péricles o Sr. Francisco Telles declarou que a matéria da Folha é de 10 de março, agora mais recente. Que a matéria da Folha de 10 de março mencionada à repórter, Andreza, pegou uma Ata da decisão Colegiada, que é o órgão máximo da Agência, com 775 processos, em dois meses. Que Julgamento em 2ª Instância, ela menciona 12 anos. Obviamente, este é o papel da mídia. Mas 12 anos eram dois processos, efetivamente. Que na verdade,

[Assinatura]

[Assinaturas]



lidamos com uma quantidade bastante grande de processos, enfim, o ano do processo, às vezes, é quase irrelevante, por causa dos desdobramentos que acontecem no decorrer dele. Que a Agência, como o Maurício já chamou a atenção, nasceu em 2000, ela tem 13 anos. Até 2007, 2008, o número de acessos à Agência via 0800, etc - anual - era na casa de 70, 80 mil/ano, ligações para a Agência e, dentre essas 70, 80 mil tinha tanto pedido de informação como reclamações de problemas. Que a Agência anotava a reclamação daquele sujeito, daquela cidadã, daquele cidadão, ao final dizia: "Agradecemos sua ligação, mas caso a senhora ou o senhor queira resolver seu problema, por favor recorra ao Judiciário". A pessoa desligava. Não imagino a frustração daquela pessoa ao desligar o telefone. Que por conta desta realidade, a Agência é um ente regulador, sempre foi, só que até então ela lidava com situações concretas de problemas do usuário, só para efeito de informação, para abrir um processo sancionador e se for o caso, aplicar a multa. Que a partir do final de dezembro 2008 a Agência implementou o que hoje está mais ou menos batido na mídia, que é a Notificação de Investigação Preliminar. Que Basicamente é o seguinte: a Agência recebe as reclamações da NIP, que correm hoje, ainda, na NIP e que são basicamente relacionadas à negativa de procedimentos de cobertura - historicamente, ultrapassam a 50% das reclamações - faz uma mediação com a operadora que tem um prazo máximo para responder a NIP e um prazo para autorizar o procedimento, se for o caso de autorização. Que a pessoa pede um procedimento ou que não está no rol de procedimentos ou porque está cumprindo carência, aquele procedimento não é devido. Que se é devido o procedimento, a operadora tem um prazo "X" para autorizar. Que resolvendo aquele problema, este número relacionado àquela operadora que esta com aquela reclamação, é monitorado pela Agência. Com este procedimento, a partir de final de 2008, portanto, 2009 e 2010, a Agência, em 2012, só para ter um número mais fresco, resolveu quase 80%, 78 vírgula qualquer coisa por cento das reclamações que chegaram ao nosso conhecimento. Que se em 2008 eram 70 mil acessos à Agência por ano, em 2012 este número pulou para quase 1 milhão e 100 mil de acessos à Agência. Que se em 70, 80 mil acessos em 2008, isto significava em torno de 5 mil reclamações que abriam processos na Agência, no ano passado, em 2012, destas um milhão e tal, foram mais ou menos 78 mil reclamações. Que se resolveu em torno de 80%, não sou bom de conta, mas finge que sobraram em torno de 16 mil reclamações para se abrir processos na Agência, nos quais a operadora é intimada, autuada, responde, etc., etc., etc. Que no final de 2011, nós, da Agência, este modelo atual de fiscalização estava fadado à falência, estava abarrotado de processos, sem conseguir dar conta, na velocidade ideal, para resolver, para terminar estes processos. Que o senhor, mencionando a matéria do jornal, é importante registrar, após o término do processo sancionador que tem 1ª instância, 2ª instância, a operada, com multa aplicada, pode se defender na Justiça. Que o resultado disto, que já foi matéria de jornal, não há nenhuma novidade, a Agência, até meados de 2012, tinha aplicado, de 2005 a o final de 2011 ou início de 2012, mais de 1 bilhão e 200 milhões de multa e arrecadado menos de 60 milhões. Que o Tribunal de Contas da União cobra: "E aí, como é que resolve?" existe uma coisa chamada lei e processo. Que para resolver a cobrança de um simples crédito, quanto tempo, quantos recursos, etc., etc. Que não só do administrativo, no Judiciário também. Que há dificuldade efetiva entre aplicar a multa e receber o valor

f



desta multa aplicada. Que esta leitura da Agência, esta focada exatamente em cima desta ineficiência do processo de aplicação de multa relacionada à inflação. Que a Agência, agora, já está com o grupo, a primeira fase já terminou, a mudança deste modelo. Que a primeira pretensão é parar de tratar, no processo sancionador, infração e auto de infração, conduta infrativa, auto de infração e multa. Que a ideia é trabalhar de forma coletiva as infrações. Que a segunda, é apostar mais fortemente em instrumentos outros que não a multa, porque a multa tem todo este procedimento demorado de recursos etc. e etc. e apostar mais no aspecto, por exemplo, em um instrumento que também está na mídia, que é a suspensão de comercialização de produtos pelas operadoras, entre outros instrumentos. Que todo este problema que é objeto desta matéria da jornalista Andreza na Folha de São Paulo, é resultado, na verdade, podemos apostar e não está errado - de uma ineficiência por parte da ANS. Que essa ineficiência decorre do crescimento de mais de 1.500% dos acessos à Agência e isso estou falando de três anos, três anos e meio - cresceu de 70 a 80 mil para 1 milhão e 100, praticamente. Que é um crescimento exponencial de acessos, com a mesma estrutura de servidores. Que a estrutura de servidores é basicamente a mesma desde 2005 e 2006 houve novos concursos praticamente para suprir vagas que foram abertas, a mesma estrutura, com problema de velocidade de atualização tecnológica, em suma. Que esta realidade de um crescimento muito grande de acesso, o que para a Agência é muito importante. Que a Agência, na verdade, a partir deste crescimento de acesso, passou a, efetivamente, conhecer o mercado de saúde suplementar a partir dos problemas cotidianos. Que não reclamamos de receber reclamações, ao contrário, queremos mais é receber as reclamações, porque em cima destes elementos é que passamos a conhecer, efetivamente, os problemas. que o retorno disso se dá de várias formas. Que a multa é um detalhe. Que apesar de ser o que mais as pessoas se impactam, visualmente, só que o efeito do resultado dela é muito baixo. Que os instrumentos de suspensão e câmaras de discussão para tentar, na questão específica que é objeto desta CPI relacionados à questão da relação de prestadores, câmara de discussão, revisão de normas, considerando, avaliando que aquelas normas apresentam fragilidade. Que a Agência, primeiro, não se furta, em nenhum momento, a participar de todos os fóruns a que é convidada, porque é exatamente por se tratar de saúde, é um tema extremamente caro para toda a sociedade. Segundo, a Agência não se furta também a revisar e reavaliar normas antes aprovadas, avaliando que a aplicação efetiva daquela norma apresentou problemas. Isso faz parte também do jogo, do processo normativo. Que a sociedade é dinâmica, as reações àquelas normas são as mais variadas e às vezes não previstas, o ponto fundamental é, problemas de muitos processos, uma quantidade enorme de processos na Agência. Que NIP, é uma grande salvação, porque antes tudo o que era reclamação virava processo e com a questão da NIP, no ano passado, quase 4/5 das reclamações foram resolvidas e não viraram processo, senão a quantidade de processos seria muito maior e já não seriam dois, mas seriam 20 anos, que ainda tem isso. A lei de prescrição de processo administrativo prevê, se você fizer a conta, o processo pode durar 20 a 25 anos, se for ver que cada ato interrompe a prescrição do processo. Que apertar este tempo, só que, às vezes, é verdade que na prática a operadora recorre e, dependendo da complexidade do problema, esse tempo pode se estender por muito tempo mesmo.

[Assinaturas manuscritas]



Essa que é a verdade. Que o desafio maior da Agência, na verdade, é não ficar totalmente influenciada pela discussão da questão da demora na aplicação da multa e, sim, construir soluções alternativas. Que o papel da multa, em última instância, tem um pouco do princípio do direito penal nesta história, que é a situação da finalidade pedagógica da pena, no nosso caso, da multa. Que como a multa, na verdade, está longe, a nosso ver, de ter esse papel pedagógico, na verdade estamos nos utilizando de outros instrumentos, como coerção, muito mais imediatas para tentar fazer pressão para que as operadoras reduzam as suas condutas inadequadas. Que como houve este crescimento abissal de reclamações na Agência, falou-se, isso é comum, é corriqueiro, dizendo que o mercado piorou muito que o papel da Agência, neste aspecto, é fundamentalmente tentar construir um espaço de equilíbrio entre as partes. Que o foco pende mais para o lado da proteção da garantia da assistência ao consumidor.

Em seguida foi dada a a palavra ao Deputado Paranhos que declarou que como o Dr. Maurício acaba de dizer em seu pronunciamento – “até conseguimos ficar sem a banda larga e, apesar de expressar a nossa raiva, o nosso desespero, ficamos sem o telefone, mas a questão da saúde é extremamente preocupante. Não dá para se tratar saúde como telefonia, como transporte”, como outros serviços que o nosso País tem e que não funcionam. Que a decepção ainda é maior com os instrumentos que têm que garantir essa tranquilidade de consumo ao cidadão. Que é bom se dizer aqui que estamos numa CPI, não estamos fazendo uma constatação do péssimo serviço de qualidade dos planos de saúde no Paraná – que já está constatado - que na verdade culminou em uma CPI, uma Comissão de investigação. Que estamos fazendo uma investigação, porque a constatação já passou da fase. Que fizemos, inclusive, uma Audiência Pública, Deputado Péricles, Deputado Adelino, que fazem parte da Comissão de Defesa do Consumidor, acompanharam isso. Que o trabalho nesta reunião com fatos, com denúncias e com sugestões, para poder dar a tranquilidade de consumo ao cidadão. Que nesta explanação que o Dr. Maurício faz - e tínhamos estas informações porque vínhamos debatendo isso há mais de um ano - mas sabemos que existe, entre os médicos e as operadoras, uma guerra grande de interesse, e que parece que numa escala de prejuízos o consumidor é que fica com a maior parte. Que os médicos têm alguns prejuízos e, verdadeiramente, não existe prejuízo para as operadoras, com algumas raras exceções, tanto é que já está constatado, inclusive, patrocínios. Que essas empresas têm dinheiro e trabalham, evidentemente, reduzindo custo sempre. Mas o que temos de fato, ou importante, uma denúncia, mas agora se trata de um depoimento numa CPI. Que o depoimento do Dr. Maurício diz que as operadoras sugerem aos médicos a mudança de procedimentos para reduzir custo. que isso é grave e é uma denúncia que esta CPI acaba de receber, e que, evidentemente, vai usar como instrumento. Porque se existe, por parte das operadoras, de forma informal já sabíamos disso, agora acabamos de constatar na CPI que existe, oficialmente, uma denúncia que operadoras sugerem as mudanças para reduzir custo. Que notadamente da pessoa que tem o plano de saúde fica no prejuízo. Que outra observação, que evidentemente isto consta na ata, que existe uma afirmação da Agência, que não haverá mudança na tabela. Que não havendo mudança na tabela, existe outra preocupação, intermediamos várias reuniões, aliás, evitamos, no Paraná, uma paralisação. Que o único Estado que não parou o serviço por uma



intermediação da Comissão de Defesa do Consumidor, mas, na expectativa, de um possível ajuste. Que agora, temos oficialmente, a ANS dizendo que não haverá reajuste na tabela. Que temos já detectado que haverá continuidade dos problemas, que os médicos, com exceção da Unimed - que é outro problema que deve ser tratado na lei nacional que se esbarra, se esbarra não, se debruça nesta questão do cooperativismo e não discute o reajuste da tabela, porque são sócios e não são funcionários. Que existe outro problema não havendo mudança na tabela, haverá as punições para as operadoras, o problema já existe e vai continuar se não houver a mudança na tabela. Solicitando também todas as multas e notificações que as operadoras do Paraná receberam nos últimos 12 meses, para saber se foi aplicada alguma penalidade às operadoras de Cascavel. Mas, avançamos aqui. E tivemos uma grande denúncia hoje, que é um fato importante desta CPI.

O Sr. Maurício usando a palavra logo em seguida para retificar a fala do Deputado Paranhos não falei que não haverá reajuste - já que está sendo gravado - falei, e afirmo, que a Agência não vai definir. Que existem normas que dizem que tem que ter critério de reajuste. Que a Agência regulamentou isto numa instrução normativa, ela disse o que tem que ser o reajuste, tem que ter um índice, um percentual. Que ela não vai definir, a ANS não vai chegar para operadora e falar: "Consulta com pediatra vai ser R\$30." Isto ela não vai fazer, isto eu afirmo! Agora, que não haverá reajuste eu não falei; falei que ANS não vai definir reajuste. Que essa é a minha afirmação. Que se o médico vai negociar 1% ou 0,1% do reajuste, isso compete às partes. Que a operadora não cumprir a Instrução Normativa 49 ela está passiva de penalidade, essa foi a minha afirmação, só para ficar claro! Quanto a interferência na atividade médica, isso tanto ocorreu, isso nasceu de uma denúncia, inclusive de um médico cooperado, para nossa surpresa vir uma denúncia de um médico cooperado, considerando a relação sócia dele, e a Agência editou uma súmula normativa, que é a Súmula Normativa 16, que trata disso, que estabelecer parâmetros estatísticos que limitem a solicitação de exame. Que a Agência já se manifestou para o setor através de uma norma. Aí, voltando na matéria que saiu, na Folha de São Paulo. Muitas das coisas que acontecem dentro da Agência nascem e acontecem por causa da pressão popular, principalmente, a pressão da mídia. Que só em 2006, 2007 a bola da vez na Agência era o ressarcimento ao SUS. Que a lei que estabelece o marco regulatório dos planos de saúde diz o seguinte: cada vez que o usuário de plano de saúde usa o sistema público, aquela operadora tem que ressarcir o SUS. Que se o paciente precisa de um produto, aquele produto não está em carência, ele tem aquele procedimento coberto, um produto hospitalar e não consigo atendimento, ou há situações não por não conseguir o atendimento, porque o beneficiário opta pelo sistema público. Que é comum beneficiário que opta pelos institutos. "Eu quero o Instituto Nacional do Câncer. Eu quero o Instituto de Ortopedia." Que se esse beneficiário utilizar o SUS, aquela operadora tem que devolver esse valor ao SUS. Por que tem que devolver, por que está na lei. Que até 2006/2007, era comum sair na mídia: a Agência tem um passivo de 1 bilhão no ressarcimento do SUS; não sei quantos bilhões; 3 bilhões; 5 bilhões. Que a Agência tem escassez de mão-de-obra de servidores. Que o RH sempre mandava para o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que é quem autoriza a contratação dos servidores públicos, e para fazer essa contratação tem que ter concurso público, tem que ter previsão no PPA, tem que ter previsão na Lei de



Diretrizes Orçamentárias e tem que estar na LOA. Que até 2006/2007, o nosso RH mandava para MPOG o seguinte: com a quantidade de servidores que eu tenho na Agência, se eu parar hoje para analisar esse passivo de ressarcimento que tenho, vou levar 30 anos. Que parou em 2007, não faço mais nada, vou analisar para frente. Que se tiver que analisar só o passivo, com essa mão-de-obra que eu tenho, vou levar 30 anos. Sempre o MPOG negava o concurso público, sempre. Que virou uma CPI. Que é positiva, não vejo como algo negativo, não. Particularmente, é isso mesmo, é ação, é a participação social, daí que nascem as coisas. Virou uma CPI lá atrás, que o Tribunal de Contas da União é controle externo do Poder Legislativo. Que há dois anos atrás mandou o Tribunal de Contas na Agência, o TCU. Que o TCU fez aquela varredura e uma das coisas que levantaram foi a seguinte: com essa mão de obra que vocês têm, de fato vocês vão levar 30 anos para analisar o passivo. Que o MPOG autorizou um concurso de 100 servidores temporários. Que depois que saiu esta matéria na Folha, o Ministro da Saúde, junto com a Presidente Dilma, autorizou o concurso de mais 300 servidores temporários para liberar. Que a participação social leva a aperfeiçoar algumas ações dentro da Agência.

Em seguida o Advogado Gabriel Schulman declarou que uma informação bastante pertinente diz respeito à complementaridade do Subsistema Público de Saúde, que usualmente é chamado Sistema Único, mas, naturalmente, não é o único porque há mais um, que é o Sistema Privado, o que é extremamente relevante, por dois motivos que precisam ser destacados: o primeiro diz respeito à diferença de tratamento que o paciente recebe no SUS e na entidade privada. Que isso é importante, mas mais importante que isso, pensando aqui no Estado do Paraná, é o fato de que, se eu tenho tratamento médico que é negado pelo Plano de Saúde, esse tratamento é custeado pelo particular, o que é injusto, ou é custeado pela saúde do Paraná, de modo que o Estado do Paraná, quando não atua de modo ainda mais incisivo do que já atua e, naturalmente tem uma forte atuação pelos órgãos de defesa do consumidor, por esta Casa, e pelo próprio Poder Judiciário, mas quando ele deixa de atuar acaba transferindo o custo da operadora para o Estado, de modo que esta fiscalização é de máximo interesse público. Que naturalmente, pelo próprio número de usuários de plano de saúde, temos uma média histórica, desde a criação da ANS, de um quarto da população com plano de saúde. Que no Paraná este índice é ainda mais elevado. Que naturalmente, é um tema de extrema importância. Que em relação à Legislação Protetiva, que aqui antes foi mencionado, me parece que temos uma legislação bastante profícua, bastante ampla. Que na questão da ausência de carência de atendimentos, passado 24 horas, a impossibilidade de reajuste por faixa etária, mais recentemente, a portabilidade dos planos de saúde, ainda com algumas restrições. Que valeria marcar que os planos coletivos estão, gradativamente, recebendo uma atenção um pouco maior, mas ainda talvez mereçam uma atenção ainda mais intensa. Que o prazo de indicação de profissionais, quando não há disponíveis, quer dizer, aquela demora no atendimento. Que esse é um dos temas mais fundamentais, porque na saúde a demora, naturalmente, implica, não só como bem foi dito aqui, uma dificuldade de acesso à internet. Que a pessoa pode morrer ou ter um agravamento. Que quem não recebe um tratamento de câncer de imediato tem um agravamento que inclusive significa um aumento de custo. Quer dizer, não faz sentido negar um tratamento de câncer no início, porque só aumenta o custo, além de ser



absolutamente desumano. Neste sentido também, no mês passado, a regra, que é a 319, obriga que a recusa seja formalizada por escrito, que é a que sempre procurei defender. Que a própria atualização do rol da Agência Nacional de Saúde, que passou a ser feita de dois em dois anos. Que foi feita em 2010 e depois em 2011, na verdade, entrando em 2012, então, de dois em dois anos. Que apesar desta legislação, há um conjunto de negativas, que são bastante conhecidas: prótese, estanque - que é certo produto utilizado, por exemplo, para cirurgias vasculares - e os tratamentos oncológicos, talvez sejam aqueles que são mais habituais. Que com a mesma habitualidade, o que se verifica são os reajustes abusivos, em algumas categorias de modo especial, entre as quais os aposentados. Que a pessoa se distancia da empresa e fica um pouco à mercê, não tem o RH para se socorrer, tem uma idade avançada - e as viúvas também, quando falece o titular. Que em relação aos aposentados é interessante também observar a forte intenção de exclusão. Que há várias tentativas dos planos de saúde de excluí-los, o que dá ao arrepio da lei, mas decorre da característica do plano de saúde, que tecnicamente se fala em utilidade marginal inversa, mas que entendemos isso de modo muito claro. Que quanto mais passa o tempo, menos interessa manter o consumidor e mais interessa pegar um novo, mais jovem, que não vai ter doença. Isso é em relação, então, aos consumidores. Parece-me que é uma legislação bastante profícua, bastante ampla e, se aplicada, vai reduzir com certeza a quantidade de processos do Poder Judiciário, que onera a população, a quantidade das pessoas que morrem, porque não têm acesso ao tratamento. Que teve que explicar para a família, porque aquela liminar não surtiu efeito e acompanhar o enterro de um cliente, o que é muito triste. E também a própria circunstância de que quando se pensa no consumidor, a atuação preventiva é aquela que me parece fundamental. Que sobre os médicos, também importante mencionar, nos tratamentos médicos, uma relação que faz com que a ideia do reajuste não possa ser totalmente afastada. Que quando falamos no reajuste médico, é claro que em uma consulta essa não interferência talvez faça algum sentido, eu não vou entrar, mas quando estou falando, de um procedimento médico, se determino uma limitação de custo há certa pressão indireta, e muitas vezes direta, do plano de saúde, em limitar o que o médico vai usar. Que quando digo que para um tratamento de câncer, eu vou usar tantas quantidades, com exame de uma certa especialidade, o médico não pode refazer a chapa, ou ele não pode, ele deve diminuir a quantidade de reagentes no exame de genética, isso interfere diretamente na qualidade da prestação do serviço, além de ser absolutamente ilegal do ponto de vista da ética médica e da legislação vigente. De modo que temos um casamento entre reajuste e o atendimento do consumidor, porque quando digo para um hospital, que ele tem 2 mil para fazer um certo atendimento. Que daí eu vou pedir licença para fazer uma ressalva aqui, embora eu entenda que toda legislação sempre tem essa limitação. Que se um hospital quer maximizar o que vou receber e dar o melhor atendimento. Há uma possibilidade, que me parece que tem que ser pensada, de haver um aumento de cobranças em caráter particular. Que o hospital vai dizer: "Olha, o plano de saúde cobra 2 mil, mas a despesa neste caso é variável". Que mesmo em procedimentos padronizados o que acontece na saúde é que pode haver variação. Que se a criança passa mal, se a mãe passa mal, se de repente você abre a mãe e encontra um tumor. Que só ressalvo que na atividade médica cada paciente tem algumas peculiaridades e quando defino certo valor para o



hospital e os materiais que ele pode usar se ele quiser usar o melhor, ele vai ter que cobrar do particular. Que gostaria de colocar quatro sugestões. A primeira a intensificação da fiscalização, o mapeamento ou pesquisa e uma atuação bastante forte. Em relação à pesquisa ou mapeamento, que são - das violações dos consumidores - justamente para permitir uma concentração naquelas situações que são mais corriqueiras, para permitir uma atuação mais constante; número de ações, a temática, no Judiciário; o levantamento do custo do repasse das negativas ao Estado do Paraná para que a população saiba o custo desse repasse e das próprias interferências na prescrição médica. Que quando se diz aqui que é necessário o equilíbrio do setor e avaliar os custos, de modo que talvez fosse interessante exigir das Operadoras a abertura das planilhas de custo para que se possa fiscalizar se essa despesa corresponde e aí, sim, permitir um equilíbrio. Para encerrar o senhor Presidente agradeceu a presença dos convidados, à equipe de assessoramento e, determinou que, para constar e produzir os efeitos legais fosse lavrada a presente ata, sendo assinada pelo senhor Presidente, membros e por mim, Lidiani Schühli Marcondes, Coordenadora Geral da Comissão. De acordo com as notas Taquigráficas do dia 09/04/2013.

DEPUTADO ADELINO RIBEIRO
Presidente

DEPUTADO STEPHANES JUNIOR
Vice-Presidente

DEPUTADO ANIBELINETO
Relator

DEPUTADO PÉRICLES DE MELO
Membro

DEPUTADO TERCILIO TURINI
Membro

DEPUTADO LEONALDO PARANHOS
Membro

DEPUTADO MAURO MORAES
Membro

LIDIANI SCHÜHLI MARCONDES
Coordenadora Geral

nºs 7.363/2013 a 7.368/2013, do Deputado Plauto Miró, para envio de voto de pesar às famílias pelo falecimento: do Sr. Marcelo Brigola, do Sr. José Machado, do Sr. Walmor Corso, da Sra. Aparecida Pereira dos Santos, da Sra. Rosilda Aparecida dos Santos e da Sra. Marli Alves Stofela; **Requerimento nº 7.372/2013**, do Deputado Dr. Batista, para envio de voto de pesar à família do Dr. Reinaldo Tavares, pelo seu falecimento, ocorrido no dia 22.8.2013, no Município de Maringá; **Requerimento nº 7.377/2013**, do Deputado Nelson Luersen, para envio de voto de pesar à família do Sr. Natalino Faust, pelo seu falecimento, ocorrido no dia 26.8.2013, na cidade de Francisco Beltrão; **Requerimento nº 7.409/2013**, da Deputada Luciana Rafagnin, para envio de voto de pesar à família do Sr. Natalino Faust, pelo seu falecimento, ocorrido no dia 26.8.2013, no Município de Francisco Beltrão; **Requerimento nº 7.417/2013**, do Deputado Belinati, para envio de voto de pesar à família da Sra. Tie Kanashiro, pelo seu falecimento, ocorrido em 25.8.2013; **Requerimento nº 7.419/2013**, do Deputado Tercílio Turini, para envio de voto de pesar à família da Sra. Tie Kanashiro, pelo seu falecimento, ocorrido no dia 25.8.2013; **Requerimento nº 7.371/2013**, do Deputado Dr. Batista, para envio de voto de congratulações ao Padre Jair Aparecido Favoretto, da Paróquia Sagrado Coração de Jesus, da Vila Moranguera, no Município de Maringá; **Requerimento nº 7.373/2013**, do Deputado Dr. Batista, para envio de voto de congratulações ao Dr. José Aparecido da Cruz, que tomará posse, nesta semana, no cargo de Procurador de Justiça do Ministério Público do Estado do Paraná; **Requerimento nº 7.374/2013**, do Deputado Dr. Batista, para envio de voto de congratulações ao Sr. Antônio Carlos Figueiredo Nardi, que foi eleito Presidente para a nova gestão 2013-2015 do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Conasems; **Requerimento nº 7.378/2013**, do Deputado Paranhos, para envio de voto de congratulações ao Conselho Regional de Corretores de Imóveis do Paraná, Creci/PR, 6ª Região, em comemoração ao Dia do Corretor de Imóveis, 27.8.2013; **Requerimento nº 7.379/2013**, do Deputado Paranhos, para envio de voto de congratulações ao Conselho Regional de Psicologia do Paraná e ao Sindicato dos Psicólogos no Estado do Paraná, em comemoração ao Dia do Psicólogo, 27.8.2013; **Requerimento nº 7.380/2013**, do Deputado Paranhos, para envio de voto de congratulações ao Sindicato dos Bancários de Cascavel e Região, à Federação dos Bancários do Paraná, e ao Sindicato dos Bancários de Curitiba e Região, em comemoração ao Dia dos Bancários, 28.8.2013; **Requerimento nº 7.381/2013**, do Deputado Paranhos, para envio de voto de congratulações à Prefeitura e à Câmara Municipal de Londrina, em homenagem ao Festival Literário de Londrina, Londrix 2013, a ser realizado no período de 28 a 31.8.2013; **Requerimento nº 7.382/2013**, do Deputado Paranhos, para envio de voto de congratulações à Prefeitura e à Câmara Municipal de Cambira, em homenagem à Exposição Agropecuária e Industrial de Cambira, Expocam, a ser realizada no período de 30.8.2013 a 1º.9.2013; **Requerimento nº 7.383/2013**, do Deputado Paranhos, para envio de voto de congratulações à Prefeitura e à Câmara Municipal de Balsa Nova, em homenagem à 6ª Caminhada na Natureza, Circuito Caminhos do Manancial, a ser realizada no dia 1º.9.2013; **Requerimento nº 7.384/2013**, do Deputado Paranhos, para envio de voto de congratulações à Prefeitura e à Câmara Municipal de Santa Lúcia, em homenagem à Exposição de Santa Lúcia, Exposalu, a ser realizada no período de 30.8.2013 a 1º.9.2013; **Requerimento nº 7.385/2013**, do Deputado Paranhos, para envio de voto de congratulações ao Conselho Regional de Educação Física da 9ª Região, Estado do Paraná, em comemoração ao Dia do Profissional de Educação Física, 1º.9.2013; **Requerimento nº 7.386/2013**, do Deputado Paranhos, para envio de voto de congratulações ao Sindicato dos Nutricionistas do Paraná, Sinpar, em comemoração ao Dia do Nutricionista, 31.8.2013; **Requerimento nº 7.387/2013**, do Deputado Paranhos, para envio de voto de congratulações à Associação Paranaense de Avicultura, Apavi, em comemoração ao Dia da Avicultura, 28.8.2013; **Requerimento nº 7.388/2013**, do Deputado Paranhos, para envio de votos de congratulações e regozijo à Prefeitura e à Câmara Municipal de Cândói, pelo seu aniversário, comemorado no dia 27.8.2013; **Requerimento nº 7.389/2013**, do Deputado Paranhos, para envio de votos de congratulações e regozijo à Prefeitura e à Câmara Municipal de Santa Lúcia, pelo seu aniversário, comemorado no dia 1º.9.2013; **Requerimento nº 7.390/2013**, do Deputado Paranhos, para envio de votos de congratulações e regozijo à Prefeitura e à Câmara Municipal, pelo aniversário do Município de Cruzeiro do Oeste, comemorado no dia 26.8.2013; **Requerimento nº 7.391/2013**, do Deputado Paranhos, para envio de voto de congratulações à Associação Paranaense contra o Fumo, em comemoração ao Dia Nacional do Combate ao Fumo, 29.8.2013; **Requerimento nº 7.392/2013**, do Deputado Paranhos, para envio de voto de congratulações à Sociedade Cultural e Esportiva Dez de Maio, Socedema, à Prefeitura e à Câmara Municipal de Toledo, em homenagem à 29ª Festa Nacional do Frango, a ser realizada no dia 1º.9.2013; **Requerimento nº 7.393/2013**, do Deputado Paranhos, para envio de voto de congratulações com menção honrosa ao Esporte Clube Tuiuti, pela comemoração do 64º aniversário, em 25.8.2013; **Requerimentos nºs 7.402/2013 a 7.404/2013**, do Deputado Professor Lemos, para envio de voto de congratulações à Prefeitura Municipal, à Câmara de Vereadores e à Secretaria Municipal da Educação, pela comemoração do aniversário dos Municípios de Joaquim Távora, Mallet e Rebouças, em 21.9.2013; **Requerimento nº 7.416/2013**, do Deputado Professor Lemos, solicitando envio de manifestação de apoio aos professores e funcionários de escola pela mobilização referente no dia 30 de agosto - Dia de Luto e Luta, e à pauta de reivindicações apresentada pela categoria através da APP, Sindicato dos Trabalhadores em Educação Pública do Paraná; **Requerimento nº 7.399/2013**, do Deputado Toninho Wandscheer, para envio de ofício ao Secretário Chefe da Casa Civil, solicitando suas gestões junto ao Governador do Estado e ao Diretor-Presidente da Sanepar, visando a implantação de rede de distribuição de água na comunidade de Coxilhão de Santa Rosa, no Município de São João do Triunfo.

Requerimentos com despacho do Presidente: Protocolo nº 7.405/2013, Ofício nº 24/2013, do Deputado Tercio Kato, Líder do PMDB, solicitando a substituição da indicação do Deputado Cleiton Kielse pelo Deputado Caio Quintana na Comissão Especial para levantar o número de entidades de utilidade pública existentes no Paraná (**À Diretoria Legislativa para anotações**); **Requerimento nº 7.406/2013**, do Deputado Ney Leprevost, solicitando que seja realizada uma Sessão Solene no dia 5.11.2013, às 18h, com a finalidade de reunir a comunidade italiana por ocasião dos 135 anos de Santa Felicidade (**À Diretoria Geral e ao Cerimonial para providências**); **Requerimento nº 7.407/2013**, do Deputado Gilberto Martin, solicitando o uso do plenarinho desta Casa, no dia 23.9.2013, no período das 10h às 12h, para realização de uma Audiência Pública para discutir

a inclusão da violação da intimidade contra a mulher na internet ou em outros meios de propagação de informação no rol das formas de violência doméstica e familiar, Projeto Maria da Penha Virtual (**À Diretoria Geral e ao Cerimonial para providências**); **Requerimento nº 7.408/2013**, da Deputada Cantora Mara Lima, solicitando a utilização do horário do Grande Expediente da Sessão Ordinária do dia 16.9.2013, para ser utilizado pelo Sr. João Jaime Nunes Ferreira, Presidente da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba, SEB, nos 70 anos de sua fundação (**À Diretoria Geral e ao Cerimonial para providências**).

JUSTIFICATIVAS DE AUSENCIA

Deferido conforme o art. 60, § 4º do Regimento Interno: Requerimento nº 7.420/2013, do Deputado Mauro Moraes, justificando sua ausência na Sessão Plenária do dia 26.8.2013.

Deferido conforme o art. 60, § 3º, alínea “d” do Regimento Interno: Requerimento nº 7.400/2013, do Deputado Douglas Fabricio, justificando sua ausência na Sessão Plenária do dia 21.8.2013, para comparecer em reunião com o Governador do Estado.

Nada mais havendo a tratar, declaro encerrada a Sessão, marcando outra para quarta-feira, dia 28 de agosto, à hora regimental, com a seguinte Ordem do Dia: Redação Final dos Projetos de Lei nºs 512/2012, 225/2013 e 304/2013; 2ª Discussão dos Projetos de Lei nºs 86/2013, 246/2013, 306/2013 e 345/2013; 1ª Discussão dos Projetos de Lei nºs 264/2013 e 328/2013.

DEPUTADO ADELINO RIBEIRO (PSL): “Questão de ordem”, Sr. Presidente?
SR. PRESIDENTE (Deputado Douglas Fabricio - PPS): “Questão de ordem”, Deputado Adelino Ribeiro.

DEPUTADO ADELINO RIBEIRO (PSL): Gostaria de convidar os membros da CPI dos Planos de Saúde, para, após a Sessão, nos reunirmos para trabalhar no Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde. Então, gostaria de convidar a todos os membros, os sete, para daqui a pouquinho nos reunirmos ali na salinha.

DEPUTADO ELTON WELTER (PT): Presidente, também queria...

SR. PRESIDENTE (Deputado Douglas Fabricio - PPS): Deputado Elton Welter.

DEPUTADO ELTON WELTER (PT): Convidar os representantes do Bloco da Agricultura Familiar - já entreguei vários convites - às 17h terá uma reunião na sala das reuniões - onde a CCJ se reúne com frequência e as CPIs também - com a representação, com os representantes do setor ligado à agricultura do Paraná.

SR. PRESIDENTE (Deputado Douglas Fabricio - PPS): Hoje?

DEPUTADO ELTON WELTER (PT): Hoje, às 17h.

SR. PRESIDENTE (Deputado Douglas Fabricio - PPS): Ok. Está feito. Mais algum? Então, Sr.s e Srs. Deputados, “**LEVANTA-SE A SESSÃO**”, (Sessão encerrada às 15h44, tendo sido lavrada a Ata para fins de publicação em atendimento ao disposto no art. 113 do Regimento Interno.)

80987/2013

Processo Legislativo

Comissões Especiais

COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE

Presidente: Deputado Adelino Ribeiro

Relator: Deputado Anibelli Neto

Membros Titulares: Deputados Tercílio Turini, Mauro Moraes, Paranhos, Péricles de Mello e Stephanes Junior

ATA DA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA – 09/04/13

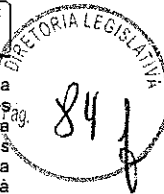
A Comissão Parlamentar de Inquérito, instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 08 de novembro de 2012, com a finalidade de “investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná” reuniu-se ordinariamente aos dezenove dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e treze, às dez horas, na Sala de Reuniões das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, sob a presidência do Deputado Adelino Ribeiro, mais os deputados, Péricles de Mello, Leonardo Paranhos e Stephanes Junior. Fizeram-se presentes: Dr. Mauricio Nunes, Diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde (ANS); Dra. Tatiana Nozaki Grave como Chefe da ANS do Paraná; Dr. Francisco Telles, Diretor de Fiscalização da ANS e o Dr. Gabriel Schulman, Advogado. O Presidente declarou aberta a reunião que teve por objetivo ouvir os representantes da Agência Nacional de Saúde. O Diretor de Fiscalização Dr. Francisco Telles, declarou QUE Este tema da saúde é um tema que está no âmbito da questão do Direito do Consumidor, mas tem um plus: saúde é uma questão muito grave, muito séria e um direito fundamental. QUE Este tema já acompanha a Agência Nacional desde muito. QUE A Agência, e isto não é novidade para ninguém, editou em 2003/2004 três normas para tratar da questão do que chamamos de contratualização: a formalização dos contratos entre operadoras e prestadores. QUE Essas normas, na verdade, tratam um pouco de tudo, de toda a parte do contrato entre as duas partes; mas a verdade é que no processo da evolução da regulação desse setor, percebeu-se que essas normas não tiveram, digamos assim, uma absorção forte pelo setor. Que no início de 2012, uma N foi editada pela Diretoria do Desenvolvimento Setorial da Agência, a N 49, que já é um foco, é o tema que é a alma da relação de contrato, que é a questão de reajuste e pagamento pelos serviços prestados pelos prestadores às operadoras. Que as normas da Agência, sem fugir a responsabilidade de tentar intensificar o espaço de negociação entre as partes, mas que a norma, o puro e simples atendimento das normas da Agência não serão por si só garantia de que a remuneração dos prestadores vai se resolver como um passe de mágica. Que Como se trata de uma discussão, e a discussão é econômica, quando entra questão de

dinheiro no meio, a coisa nunca fica simples. Que já estiveram em vários espaços, em vários fóruns, discutindo que os setores prestadores sempre vêm com uma posição de cobrar da Agência o cumprimento da norma. Que no que diz respeito ao cumprimento da norma, a Agência faz o trabalho: autua, aplica multa, chama para negociar. Em suma: o cumprimento ou não da norma a Agência faz o trabalho dela, não é na velocidade que desejamos, porque se trata, de mais de mil operadoras e mais de uma centena de milhares de prestadores. Que o grande desafio da discussão que já avançou bastante, que uma coisa era 2003/2004 quando saíram as RNs, outra coisa é 2012, quando saiu a N 49. Que o ponto fundamental é este: o puro e simples atendimento das normas da Agência não vai, por si só, resolver o problema, que é o problema cerne: por que a paralisação ano passado? Houve a interferência da Comissão aqui da Assembleia de forma hábil e extremamente oportuna, que conseguiu adiar um pouco a paralisação. Que o processo de paralisação dos médicos é um processo legítimo de pressão. De lá para cá, quantos avanços, os médicos puderam negociar de forma coletiva. Alguns avanços já aconteceram, agora a questão é o desdobramento disso para a solução da questão da remuneração, aí, efetivamente, há uma distância grande. Que Agência não está des preocupada com este tema, a Agência tem feito - e o Maurício vai detalhar - vários espaços, várias câmaras, vários fóruns para discutir e tentar, se não resolver propriamente o problema do valor da remuneração pelo menos sedimentar um caminho para que se chegue ou se aproxime mais esta distância entre operadoras e prestadoras. Que este ponto é crucial. Que tem normas da Agência. Essas normas, em grande parte, não foram cumpridas, que agem em função deste descumprimento. Novas normas foram editadas, grupos para tentar discutir instrumentos de sedimentar o espaço da discussão de remuneração também foram implementados, estão alguns em trânsito, hoje. Que ter isso como parâmetro, para tentar chegar a um espaço melhor para as partes. Que a Agência não pode efetivamente estabelecer, definir valor de remuneração, isto não está na nossa competência. Que a Agência, preocupada com este problema e reconhecendo, em várias situações, remunerações insuficientes, tem trabalhado no sentido de tentar aproximar estas distâncias. Em seguida o Sr. Mauricio Nunes relatou que ANS tem a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público, na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive, contra as suas relações com prestadores e consumidores. Que a Agência não regula prestadores de serviço, que não regula os médicos. Que a Agência é uma operadora, ela regula as operadoras. Que a finalidade primária da Agência não é regular a operadora e, sim, promover a defesa do interesse público e, para isso, promover a defesa dessa coletividade que tem planos de saúde, que tem que regular as operadoras. Que algumas dessas normas acabam alcançando esta relação com os médicos e prestadores, de uma forma geral os hospitais, as clínicas, os laboratórios. Que a Agência não regula as operadoras porque a lei que trata do marco regulatório dos planos de saúde, que é a Lei nº 9.656, em seu art. 1º, estabelece: *Submetem-se às disposições desta lei apenas as operadoras de planos de saúde*. Que a Agência não tem esta competência legal. Que uma das competências da Agência, no art. 4º - que estabelece todas as competências que ela tem - é estabelecer todas as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras. Tanto nos contratos com os beneficiários, o que é que tem que ter no contrato com o beneficiário, como no contrato que tem que ter com o médico, com o hospital, com a clínica. Com base nesta competência, a Agência editou três RNs, três Resoluções Normativas. A primeira, que foi a RN nº 42, de 2003, estabelece quais são as cláusulas que devem constar nos instrumentos com os hospitais. A segunda, Resolução Normativa nº 54, estabelece as cláusulas obrigatórias para as clínicas e prestadores de SDT, os laboratórios e serviços de imagem. E, por último, a RN nº 71, de 2004, que estabelece quais são as cláusulas obrigatórias na relação com os profissionais de saúde: médicos, dentistas. Uma das cláusulas obrigatórias, nestas três Resoluções Normativas, é a cláusula que estabelece o critério de reajuste, "Olha, operadora, na hora em que você for firmar um contrato com seu médico, com seu hospital, com sua clínica, tem que ter um critério de reajuste, definindo forma e periodicidade, de quanto em quanto tempo você vai corrigir aquele valor do serviço contratado e qual a periodicidade". Quando a Agência montou esta câmara técnica - em 2002 - ela chamou todas as entidades que representam os atores deste setor, todas as entidades que representam as operadoras, os prestadores - a Associação Médica Brasileira participou, o Conselho Federal de Medicina, a Federação Nacional dos Médicos, as entidades que representam os beneficiários - os Procons, Protestes - foi feita uma câmara técnica, um grupo de trabalho, ficou quase seis meses discutindo e se chegou a estas três Resoluções Normativas. A cláusula estabelece critério de reajuste apenas contendo a forma e a periodicidade. Que a Agência não vai definir o que é forma, que isto vai ser livremente negociado entre as partes, que é um princípio básico constitucional: a liberdade de se negociar o reajuste. A Agência começou a fiscalizar, 2004, 2005 com um programa proativo de fiscalização. Este programa começa até no âmbito de diretoria de fiscalização, naquele primeiro momento foram quase 100 operadoras fiscalizadas e percebeu-se que estes contratos tinham problemas, principalmente a cláusula de reajuste. Em 2010, a diretoria verificou, também, alguns problemas nestes contratos. E que a cláusula mais problemática foi a de reajuste. Que a forma como estas operadoras definem a cláusula, não atendia a norma. Que Colocavam, como forma de reajuste, apenas a livre negociação e o acordo entre as partes. Que a cláusula comum nestes contratos A cada 12 meses, as partes vão negociar livremente, que observaram, na prática, até por demandas das entidades médicas, demandas dos sindicatos que representavam os hospitais, Que, na prática, esses contratos não tinham reajuste. Existia uma norma prevendo: operadora, que tem que colocar uma cláusula de reajuste no contrato. E a cláusula era a livre negociação ou o acordo entre as partes. Mas, na prática, eles negociavam e não se tinha o reajuste. Que Por pressão das entidades representativas dos prestadores, das entidades representativas dos médicos, AMB, CFM, Fenam, as entidades que representam os prestadores, os prestadores

hospitais, que agência regulamentou essa norma e editou uma Instrução Normativa, mais clareza para a cláusula de reajuste, que a Agência entende como critério de reajuste, que tem que ser a forma do reajuste. Uma forma aceita pelo regulador, que ser: um índice vigente, de conhecimento público, pode-se colocar lá o IPCA, o IGPM, o INPC; pode ser um percentual pré-fixado: a cada 12 meses 10%, 5% ou 1%; pode ser a variação pecuniária positiva, que nada mais é do que uma correção monetária: a cada 12 meses corrigir o valor dos serviços contratos em "X" reais; ou pode ser uma fórmula de cálculo de reajuste - que é muito utilizada pelos hospitais, que geralmente trabalham com planilhas de custo, pegam lá quanto a variação com pessoal, dissídio, a variação com o custo fixo e no final aquilo é uma fórmula que gera um percentual. Mantivemos, na Instrução Normativa, a capacidade de as partes negociarem livremente, porque a livre negociação é um princípio e não tenho como abolir um princípio, mas a Agência obrigou o seguinte: operadora, tem um prazo final para fechar a negociação; pode negociar livremente se vai ser um índice, se vai ser um percentual, se vai ser uma fórmula; negociam livremente, se quiserem, e se não houver um acordo até a data final, o termo final estipulado, aplica-se automaticamente uma dessas formas. Então, vou negociar livremente e se não houver o acordo, tem que aplicar alguma coisa. Virou praticamente um piso ali, um mínimo. Essa Instrução Normativa também estabeleceu algumas vedações. Que Algumas operadoras queriam atrelar o reajuste à sinistralidade, que é a despesa assistencial da operadora, tudo o que ela gastou com a rede prestadora, com os hospitais, com as clínicas, com os médicos, basicamente a despesa médica. A sinistralidade, hoje, é a maior despesa que as operadoras têm. Dependendo do tipo de operadora, isso pode chegar a 90%, no caso das autogestões, mas a média vai de 75%, 80% e, no caso das autogestões, chega a 90%. Algumas operadoras estavam atrelando este reajuste à sinistralidade: se chegar a 80%, 90%, não há reajuste. Isso foi vedado. Que o reajuste, para o prestador, para o profissional de saúde, independe da sua sinistralidade, porque a sinistralidade depende de outras variáveis que não têm a ver com profissional, como, por exemplo, frequência de utilização do plano pelo beneficiário. Também foi vedada qualquer fórmula de cálculo de reajuste por percentual pré-fixado, em que o valor do contrato seja mantido ou reduzido. Em 2009 o IGPM foi 2% negativo, então não depende das partes, pode ocorrer de o índice ser negativo. Mas, o operador estabelecer uma fórmula ou um percentual que mantenha o valor ou que reduza, é vedado. Essa norma também estabeleceu um pouco das relações com os cooperados como as Unimed e as Uniodontos. A relação dos médicos cooperados com as Unimed e dos dentistas cooperados com as Uniodontos, tem algumas peculiaridades. Porque eles são regidos por uma Lei, que é a 5.764/71, que trata do cooperativismo. Um médico da Unimed ou um dentista da Uniodonto, é dono da operadora, teoricamente. Na prática, percebemos que isso não é bem assim. Mas, teoricamente, por força da lei, ele é dono e, por ser uma relação associativa, essa definição, por força da lei do cooperativismo, os valores devem ser discutidos nas assembleias gerais, ordinárias, ou extraordinárias. A lei do cooperativismo estabelece que, uma vez por ano, os cooperados têm que ir numa AGO definir o valor do honorário. Então, se a instituição respeitou aquilo que foi deliberado pelos cooperados em assembleia geral, está valendo. A norma está em vigor desde 18 de maio de 2012 para instrumentos novos. Que A norma foi publicada em 18 de maio, toda contratação nova, a partir desta data, tem que respeitar a IN. Para os instrumentos vigentes, a Agência deu um prazo até 13 de maio desse ano. Estamos falando de operadoras que tem 40 mil, 30 mil prestadores em sua rede, que tem um custo de transação grande e demos um prazo maior para adequação. Um pouco da fiscalização que foi feita, que Algumas dessas operadoras estão hoje negociando ajustes de conduta com a Agência. Que a Agência reconhece um conflito nesta relação, operadoras e prestadores, essa relação operadoras e profissionais de saúde, que Tem várias causas, a princípio, e a contratualização, que Não se consegue discutir revisão de valores, não se consegue discutir reajuste, muitos prestadores questionam as glosas indevidas: ele produz, ele tem autorização para prestar o serviço, faz o procedimento, faz o serviço, presta, manda a conta, manda a fatura, a operadora glosa, e às vezes não justifica porque glosou: "Mandeí x e me paga x, 50% de x"; atraso de pagamento, falta de pagamento; tudo o que envolve contratualização entre essas partes gera problema e gera conflito. Que As regras de descredenciamento, muitos prestadores questionam o descredenciamento arbitrário por parte das operadoras. Que A negociação é outro ponto de dificuldade. Em algumas situações, a Agência até reconhece a hipossuficiência. Que Às vezes, o médico isolado, o dentista, isoladamente, tem certa dificuldade em negociar com uma grande operadora. Isso é uma realidade. Que Outro item que os médicos questionam, é a interferência no ato médico, operadoras que limitam a solicitação de exames meramente para reduzir custos, operadoras que interferem na escolha de material, medicamento, interferência no tratamento dos pacientes. Qual é o problema para a Agência É que, neste conflito, gera risco assistencial, que a Agência foi muito criticada desde 2002, quando criou um grupo técnico para editar uma RN, dizendo qual das cláusulas que tem que ter no contrato entre a operadora e o prestador. E ela foi criticada. Porque é uma relação privada. Em sua grande maioria, estamos tratando de duas pessoas jurídicas, e ela foi muito criticada porque editou uma RN limitando, inclusive, a capacidade de se negociar. Ela disse o que tem que ter - aquilo é o mínimo - sob pena de multa, se não for cumprido, e foi muito criticada por isso. e o grande problema Quando esse conflito começa a alcançar o beneficiário: são hospitais que pedem descredenciamento porque estão sendo glosados. Não têm reajuste: são médicos que pedem descredenciamento, são especialidades médicas que montam cooperativas e saem de uma vez só de algumas operadoras, como várias especialidades que conhecemos - cirurgia cardiovascular é um exemplo - que não tem mais o profissional isolado, eles não conseguem mais negociar, monta uma cooperativa e vai todo mundo para a cooperativa. que Em alguns momentos o SDE e o CADE vê isto como cartel, que suprime totalmente a capacidade concorrencial. Que Isto é um problema para o usuário, principalmente os descredenciamentos. Infelizmente, o usuário só descobre que aquele prestador não faz mais parte da rede na hora do atendimento e, quando

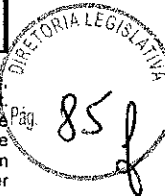
falamos de atendimento de urgência é delicado, porque ele procura aquele hospital que sempre utilizou e, na hora do atendimento, descobre que não faz mais parte. Infelizmente, em algumas situações, pode ocorrer óbito. Aí nasce o dever da Agência interferir, ela não entra na discussão se R\$30 a consulta é muito ou pouco; não entra neste mérito e não vai entrar, desde que a lei seja alterada. Mas, ela entra neste mérito no momento em que o médico da especialidade não quer mais atender a operadora e aquele beneficiário tem um plano de saúde e ele tem que ser atendido. Que agência criou uma forma de resolver isto, que foi a RN 259, que trata do tempo de atendimento. Monitoramos isto pelo tempo de atendimento. Mas, no momento em que este conflito operadora e médico alcança o beneficiário, a Agência tem que agir. Qual é a Estamos falando de 15 anos da lei que estabelece o marco regulatório e os planos de saúde; estamos falando de dez anos de norma de contratualização, que estabelece as cláusulas obrigatórias. Observamos um conflito delicado para o usuário e, por existir este conflito, que a Agência tem que agir. O que a Agência tem várias ações em andamento, que a Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e a Federação Nacional dos Médicos. A discussão deste grupo de trabalho virou um grupo de trabalho sobre a hierarquização, que é CBHPM a tabela que a Associação Médica Brasileira criou, estabelece a forma hierarquizada dos procedimentos médicos e significa Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos. A ideia da CBHPM, determinado procedimento tem que ser remunerado em razão da sua complexidade, do seu risco e do seu tempo. Não posso remunerar um procedimento que tem um risco elevado, da mesma forma que remunero uma consulta. Que Se este procedimento tem um nível de complexidade elevado, ele tem que ser melhor remunerado do que aquele que tem um grau de complexidade menor, que é a Agência montou esse grupo e observamos uma coisa ruim, que gerou outros problemas no setor, outros problemas para os beneficiários. Em muitas operadoras, a dinâmica de remuneração era a seguinte: a remuneração é inversamente proporcional à frequência. Se tenho um procedimento que é muito utilizado, a tendência do preço é cair, se tenho um procedimento que é pouco utilizado, o preço pode até aumentar. Essa metodologia de remuneração foge totalmente dessa ideia de se remunerar pela complexidade, pelo risco associado e gerou um problema seriíssimo. Porque muitos médicos pararam de fazer alguns procedimentos na saúde suplementar em razão da remuneração. Que Vários procedimentos - cirurgia de amígdala é um exemplo - é um procedimento que tem um grau de complexidade, tem um risco, tem um tempo elevado para fazer o procedimento, mas paga muito mal e muitos médicos não querem fazer. Temos o exemplo da fimose, muitos urologistas não querem operar mais fimose porque é um procedimento que tem uma complexidade, tem um risco, mas as operadoras pagam mal. Então, por não ser uma remuneração associada à complexidade, aquele profissional médico não faz mais, só que a patologia não deixou de existir. Tenho a patologia que existe e o usuário desse sistema, esse beneficiário tem direito a isso, porque se ele não fizer isso na saúde suplementar, vai para o SUS. É uma alternativa de ele ir ao SUS. Outros procedimentos, outras especialidades, que Por isso, foi montado este grupo técnico. Que Esta hierarquização, a Agência vai editar uma Resolução Normativa, vamos obrigar a hierarquização. Hoje, as tabelas de algumas operadoras que tem 800 formas diferentes de remunerar, como se fossem 800 preços, e a hierarquização tem que transformar tudo isso em 42 portes, 42 gavetinhas. A hierarquização nada mais é do que 14 linhas com três colunas. 42 portes, cada porte destes, cada gavetinha destas tem vários procedimentos, do mais simples para o mais complexo, do 1A até o 14C. Conforme vai aumentando a complexidade, tem que ser melhor remunerado e a Agência vai editar uma resolução obrigando isso, obrigando as operadoras a hierarquizar. Esta discussão com hierarquização é interessante porque o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência não podia ouvir essa palavra, a imposição da CBHPM. Muitas entidades médicas tiveram processo rolando no CADE, na SDE, porque queriam obrigar os médicos a utilizar CBHPM e, até por força de uma norma do CFM que obrigava se o médico não utilizasse aquela tabela na saúde suplementar, poderia ter um processo disciplinar contra ele, e o CADE condenou as entidades médicas, que foi a Associação Médica Brasileira, a Federação Nacional dos Médicos e o Conselho Federal de Medicina. Falou: "os médicos que quiserem utilizar a CBHPM, quem não quiser tem a liberdade de escolher outra tabela." Mas a SDE e o CADE mudaram um pouco o entendimento. Há um risco associado, este setor é muito complexo, é um setor diferente. Que Não dá para comparar saúde com energia elétrica, com regulação de petróleo, que É totalmente diferente, é totalmente complexo, que Existe um bem maior ali que é a vida, que temos que estabelecer regras que garantam a qualidade assistencial desse usuário e, para garantir a assistência temos que entrar em alguns itens de contratualização, discutir hierarquização. Que outra ação que iniciaram em 2010, foi o modelo de remuneração dos hospitais. O depoente pergunta se pode continuar e diz que já está terminando. Que o grupo de trabalho de honorários, que foi citado inicialmente, agora esse grupo de trabalho, não é um grupo de trabalho de honorários, e sim, de hierarquização. Que já foi feita uma câmara técnica. Que existem duas formas de participação social na edição de normas pela Agência. A primeira são as câmaras técnicas, que são chamadas todas as entidades que representam os atores: as entidades que representam as operadoras; as que representam os médicos; as que representam os hospitais; as que representam os beneficiários. Que isto é discutido no âmbito de uma câmara técnica. Depois que se cria uma minuta de uma RN, a etapa seguinte é a consulta pública, que é a participação da sociedade como um todo. Que sai publicação site da agência que esta tem 30 dias para mandar a consulta. Que então se aguarda e recebe essas contribuições e dependendo do que vier, finaliza e publica a norma. Que o segundo grupo de trabalho que foi criado em 2010, junto com os honorários médicos, foi o modelo de remuneração dos hospitais. Que a forma como os hospitais hoje são remunerados onera de alguma forma este sistema, não por culpa dos hospitais em si, mas a forma do modelo como foi desenhado. Como é que esses hospitais são remunerados? Por "fee-for-service", que é o pagamento por procedimento. Que o beneficiário entra no hospital para fazer um parto,

tudo que é utilizado naquele procedimento entra numa conta. O honorário médico, o anestesista, o instrumentador, a linha que costurou a parturiente, tantas bolinhas de algodão, a medicação. Que isso é o que se chama de "conta aberta", ou seja, tudo que utilizou naquele beneficiário lança na conta. Que é como se fosse um 'cheque em branco', vai jogando coisa, jogando coisa, jogando coisa, e o hospital manda para a operadora e a operadora tem que pagar. Que a ideia de se criar um modelo de remuneração, é para desonerar um pouco este sistema. No momento em que desonero este sistema, vou desonerar o beneficiário e passar, de fato, a remuneração para os hospitais, naquilo que eles deveriam, de fato, ganhar, diárias e taxas. Que o hospital é como se fosse um grande hotel. Ele tem que ganhar a diária do apartamento, a diária da enfermaria, ganhar pela taxa de colocação de medicamento. Que o hospital tem que ser remunerado por isso. O procedimento vai para o médico. Que os hospitais começaram a ser remunerados, em grande forma, por materiais e medicamentos. Muitos hospitais passaram a receber por isso e isso onerou um pouco o sistema, com a ideia da Agência. Para aqueles procedimentos que têm uma alta previsibilidade de resultado, que um parto de uma mulher jovem, não diabética, não hipertensa, o resultado final daquilo é previsível: a criança vai nascer, dois, três dias ela tem alta, vai embora. Que para estes procedimentos que têm alta previsibilidade de resultado, pensamos uma coisa chamada procedimento gerenciável. Que o hospital passa a discutir isso com a operadora e vira nada mais do que um pacote. Aquele parto vai custar R\$2 mil, R\$3 mil, R\$4 mil. Mas a operadora e o hospital sabem que, no momento em que aquela paciente entrar e sair, o valor vai ser o acordado, não fica uma incerteza no ar. Que para os procedimentos de baixa previsibilidade: vou fazer um parto em uma beneficiária de meia-idade, hipertensa, obesa, eu já não sei qual o resultado, ela pode ter algumas complicações. Nós não empacotamos, não viro procedimento, não viro procedimento gerenciável, continua a conta aberta, mas uma conta aberta aprimorada. Que outro projeto na Agência, tem uma norma chamada Qualis Indicadores e Qualis Divulgação. Qual o grande problema, o beneficiário que compra um plano de saúde, não tem informação suficiente para escolher aquele produto. A operadora apresenta o produto A, o produto B, ou o produto C, o produto Alfa, ou o Delta. O Alfa tem o hospital A, tem o hospital B, o outro tem o hospital C. Só que o beneficiário não tem informação suficiente para saber se aquele hospital A é melhor que o hospital B. Que em muitos casos, ele acaba pagando mais caro por isso. Que alguns hospitais divulgam dados indicadores de qualidade, só que não são dados inteligíveis, são dados não inteligíveis. Que o beneficiário não consegue olhar para um hospital. Que já tem uma resolução normativa. Que o beneficiário poderá saber saber: "esse hospital aqui não é um hospital acreditado. Ele faz parte de uma Acreditadora Internacional, uma Dart Commission, ele divulga indicadores, ele divulga dados de mortalidade infantil, ou ele divulga dados de infecção hospitalar." O beneficiário vai conseguir comparar: "esse hospital, a taxa de infecção hospitalar dele é muito menor do que o B." começo a ter dados para mensurar, por que o A é melhor que o B. Que o beneficiário passa a ter uma ferramenta, até para saber: "Não, eu não quero o produto A, eu vou para o produto B", e publicar indicadores mais confiáveis. Que a Agência vai publicar dos profissionais médicos, saber se aquele médico, de fato, é daquela especialidade; saber se, de fato, aquele obstetra, é um obstetra. Que é mais interessante para as entidades médicas rever todas estas normas da contratualização este ano, porque descobrimos que tem um conflito que afeta o beneficiário. Que o problema não é o conflito, o problema para a Agência não é se o médico ganha 30, ganha 40, ou ganha 10 reais a consulta, a Agência não vai se meter nisto. Que o problema para a Agência é se aquele médico que ganha R\$10 não quer mais atender a operadora e aquele beneficiário fica desassistido que isso é um problema para a Agência. Que se todos os cirurgiões cardiovasculares do Paraná deixam de atender uma determinada operadora, isso é problema da Agência. Que a ideia deste grupo é rever estas normas da contratualização. Que muitos destes conflitos já identificamos. Que a Agência sabe que precisa de um ambiente para se discutir questões litigiosas. Que muitas entidades reclamam que as operadoras glosam, não pagam, atrasam. Que precisa existir um ambiente para negociar e discutir essas questões litigiosas. Que vão chamar todas as entidades para participar. Que chamarão Ministério Público, chamar todo mundo para participar da norma e discutir em conjunto - e a decisão vai ser em conjunto. Que definir reajuste está fora de cogitação. Que podem manter a linha de que tem que ter um índice, que podem até discutir a periodicidade anual, coisas desse tipo; enquanto não houver alteração da lei, mas que não vão definir valor de honorário, de procedimento para nenhum profissional. Que há um projeto de lei tramitando no Congresso, que é o PL 6.964, de 2010, que é substitutivo de um Projeto de Lei do Senado, 276 de 2004. Este projeto de lei altera dois artigos da Lei 9.656, que é o marco regulatório de planos de saúde. Que primeiro, ele pega o que era o conteúdo daquela RN 71 - que faízi lá atrás - e joga o conteúdo dessa norma na lei. Que altera o art. 17 colocando todos os prestadores, porque no art. 17, que só constava as entidades hospitalares, para uma Operadora, tirar um hospital, tem que ter a autorização da Agência, mas para ela tirar um médico A e botar um médico B, não tem que ter autorização. Altera o artigo 18 e aí, sim, qual é a grande mudança da lei, que diz o seguinte: se até 90 dias do ano subsequente ao que deveria ter havido o reajuste, não houver definição, quem vai definir é a ANS. Se este projeto de lei passar, passamos a ter competência para definir o reajuste, como temos competência para definir nos contratos dos beneficiários. Que este PL passou em todas as Comissões, a última era Comissão de Constituição e Justiça, já passou, praticamente só falta à sanção da Presidente Dilma. Que se for aprovado a Agência passa a ter a competência legal. Em seguida foi dada a palavra ao deputado Péricles de Mello. Que relatou que a ANS recebeu muitas críticas, na imprensa nacional de prejuízos dos usuários do plano de saúde. Dando exemplo declarou: "a Folha de São Paulo, de 10 de março, publica uma manchete: A ANS leva até 12 anos para julgar operadoras. A demora da Agência do Governo em avaliar processos de irregularidades faz com que planos de saúde se livrem das punições. De 775 ações julgadas, em janeiro e



fevereiro, 522 tramitavam havia cinco anos. A ANS seguia processo legal. Só veio um textinho desta reportagem, entre outras, e articulistas importantes do Brasil todo estão se colocando sobre isso, muita crítica ao governo. Rápido este trecho aqui: Órgão do governo responsável por fiscalizar esses planos e saúde, a ANS, leva até 12 anos para analisar processo em que as operadoras de plano de saúde são acusadas de irregularidades contra seus clientes. Nas últimas três semanas, a Folha de São Paulo analisou 765 processos julgados pela Diretoria da ANS, de janeiro e fevereiro. Desses 522 tramitavam havia cinco ou mais anos, na Agência. Os outros 243 processos levaram de um a quatro anos para a conclusão. Operadoras condenadas ainda podem recorrer à Justiça, para escapar das multas que vão de R\$ 5 mil a R\$ 1 milhão. A demora faz com que punições sejam canceladas e multas reduzidas, porque anos depois do processo regras foram extintas ou alteradas. A ANS não tem poder para determinar que a operadora respeite a lei atendendo ao consumidor. A multa, porém, segue como prova para o usuário recorrer à Justiça". Que são muitos problemas. Usando um exemplo familiar, a sua esposa operou, há 15 dias, a vesícula e, para o médico aceitar o trabalho, o preço era muito maior que o plano, um plano caro. Que o hospital pagava por procedimento para o médico um valor, depois tive que pagar a complementação, senão aquele médico não aceitava. Que há críticas também de indicações políticas, do controle, de uma série de benefícios do Governo Federal. Que tem um articulista, o Ello Gaspari, que escreveu um artigo muito forte, um pacote de veneno para a saúde, criticando duramente as novas propostas do Governo Federal com as ações do plano de saúde e mostrando os lucros bilionários, que os planos de saúde têm interesse, inclusive, de capital internacional, para vir no Brasil que é um alto negócio, mas tem trazido muito prejuízo, por consequência, aos usuários do plano. Reiterando a fala do Deputado Péricles o Sr. Francisco Telles declarou que a matéria da Folha é de 10 de março, agora mais recente. Que a matéria da Folha de 10 de março mencionava a repórter, Andreza, pegou uma Ata da decisão Colegiada, que é o órgão máximo da Agência, com 775 processos, em dois meses. Que Julgamento em 2ª Instância, ela menciona 12 anos. Obviamente, este é o papel da mídia. Mas 12 anos eram dois processos, efetivamente. Que na verdade, lidamos com uma quantidade bastante grande de processos, enfim, o ano do processo, às vezes, é quase irrelevante, por causa dos desdobramentos que acontecem no decorrer dele. Que a Agência, como o Maurício já chamou a atenção, nasceu em 2000, ela tem 13 anos. Até 2007, 2008, o número de acessos à Agência via 0800, etc - anual - era na casa de 70, 80 mil/ano, ligações para a Agência e, dentre essas 70, 80 mil tinha tanto pedido de informação como reclamações de problemas. Que a Agência anotava a reclamação daquele sujeito, daquela cidadã, daquele cidadão, ao final dizia: "Agradecemos sua ligação, mas caso a senhora ou o senhor queira resolver seu problema, por favor recorra ao Judiciário". A pessoa desligava. Não imagino a frustração daquela pessoa ao desligar o telefone. Que por conta desta realidade, a Agência é um ente regulador, sempre foi, só que até então ela lidava com situações concretas de problemas do usuário, só para efeito de informação, para abrir um processo sancionador e se for o caso, aplicar a multa. Que a partir do final de dezembro 2008 a Agência implementou o que hoje está mais ou menos batido na mídia, que é a Notificação de Investigação Preliminar. Que Basicamente é o seguinte: a Agência recebe as reclamações da NIP, que correm hoje, ainda, na NIP e que são basicamente relacionadas à negativa de procedimentos de cobertura - historicamente, ultrapassam a 50% das reclamações - faz uma mediação com a operadora que tem um prazo máximo para responder a NIP e um prazo para autorizar o procedimento, se for o caso de autorização. Que a pessoa pede um procedimento ou que não está no rol de procedimentos ou porque está cumprindo carência, aquele procedimento não é devido. Que se é devido o procedimento, a operadora tem um prazo "X" para autorizar. Que resolvendo aquele problema, este número relacionado àquela operadora que está com aquela reclamação, é monitorado pela Agência. Com este procedimento, a partir de final de 2008, portanto, 2009 e 2010, a Agência, em 2012, só para ter um número mais fresco, resolveu quase 80%, 78 vírgula qualquer coisa por cento das reclamações que chegaram ao nosso conhecimento. Que se em 2008 eram 70 mil acessos à Agência por ano, em 2012 este número pulou para quase 1 milhão e 100 mil de acessos à Agência. Que se em 70, 80 mil acessos em 2008, isto significava em torno de 5 mil reclamações que abriam processos na Agência, no ano passado, em 2012, destas um milhão e tal, foram mais ou menos 78 mil reclamações. Que se resolveu em torno de 80%, não sou bom de conta, mas finge que sobraram em torno de 16 mil reclamações para se abrir processos na Agência, nos quais a operadora é intimada, autuada, responde, etc., etc., etc. Que no final de 2011, nós, da Agência, este modelo atual de fiscalização estava fadado à falência, estava abarrotado de processos, sem conseguir dar conta, na velocidade ideal, para resolver, para terminar estes processos. Que o senhor, mencionando a matéria do jornal, é importante registrar, após o término do processo sancionador que tem 1ª instância, 2ª instância, a operada, com multa aplicada, pode se defender na Justiça. Que o resultado disto, que já foi matéria de jornal, não há nenhuma novidade, a Agência, até meados de 2012, tinha aplicado, de 2005 a o final de 2011 ou início de 2012, mais de 1 bilhão e 200 milhões de multa e arrecadado menos de 60 milhões. Que o Tribunal de Contas da União cobra: "E aí, como é que resolve?" existe uma coisa chamada lei e processo. Que para resolver a cobrança de um simples crédito, quanto tempo, quantos recursos, etc., etc. Que não só do administrativo, no Judiciário também. Que há dificuldade efetiva entre aplicar a multa e receber o valor desta multa aplicada. Que esta leitura da Agência, esta focada exatamente em cima desta ineficiência do processo de aplicação de multa relacionada à inflação. Que a Agência, agora, já está com o grupo, a primeira fase já terminou, a mudança deste modelo. Que a primeira pretensão é parar de tratar, no processo sancionador, infração e auto de infração, conduta infrativa, auto de infração e multa. Que a ideia é trabalhar de forma coletiva as infrações. Que a segunda, é apostar mais fortemente em instrumentos outros que não a multa, porque a multa tem todo este procedimento demorado de recursos etc. e etc. e apostar mais no aspecto,

por exemplo, em um instrumento que também está na mídia, que é a suspensão de comercialização de produtos pelas operadoras, entre outros instrumentos. Que todo este problema que é objeto desta matéria da jornalista Andreza na Folha de São Paulo, é resultado, na verdade, podemos apostar e não está errado - de uma ineficiência por parte da ANS. Que essa ineficiência decorre do crescimento de mais de 1.500% dos acessos à Agência e isso estou falando de três anos, três anos e meio - cresceu de 70 a 80 mil para 1 milhão e 100, praticamente. Que é um crescimento exponencial de acessos, com a mesma estrutura de servidores. Que a estrutura de servidores é basicamente a mesma desde 2005 e 2006 houve novos concursos praticamente para suprir vagas que foram abertas, a mesma estrutura, com problema de velocidade de atualização tecnológica, em suma. Que esta realidade de um crescimento muito grande de acesso, o que para a Agência é muito importante. Que a Agência, na verdade, a partir deste crescimento de acesso, passou a, efetivamente, conhecer o mercado de saúde suplementar a partir dos problemas cotidianos. Que não reclamamos de receber reclamações, ao contrário, queremos mais e receber as reclamações, porque em cima destes elementos é que passamos a conhecer, efetivamente, os problemas. que o retorno disso se dá de várias formas. Que a multa é um detalhe. Que apesar de ser o que mais as pessoas se impactam, visualmente, só que o efeito do resultado dela é muito baixo. Que os instrumentos de suspensão e câmaras de discussão para tentar, na questão específica que é objeto desta CPI relacionados à questão da relação de prestadores, câmara de discussão, revisão de normas, considerando, avaliando que aquelas normas apresentam fragilidade. Que a Agência, primeiro, não se furla, em nenhum momento, a participar de todos os fóruns a que é convidada, porque é exatamente por se tratar de saúde, é um tema extremamente caro para toda a sociedade. Segundo, a Agência não se furla também a revisar e reavaliar normas antes aprovadas, avaliando que a aplicação efetiva daquela norma apresentou problemas. Isso faz parte também do jogo, do processo normativo. Que a sociedade é dinâmica, as reações àquelas normas são as mais variadas e às vezes não previstas, o ponto fundamental é, problemas de muitos processos, uma quantidade enorme de processos na Agência. Que NIP, é uma grande salvação, porque antes tudo o que era reclamação virava processo e com a questão da NIP, no ano passado, quase 4/5 das reclamações foram resolvidas e não viraram processo, senão a quantidade de processos seria muito maior e já não seriam dois, mas seriam 20 anos, que ainda tem isso. A lei de prescrição de processo administrativo prevê, se você fizer a conta, o processo pode durar 20 a 25 anos, se for ver que cada ato interrompe a prescrição do processo. Que apertar este tempo, só que, às vezes, é verdade que na prática a operadora recorre e, dependendo da complexidade do problema, esse tempo pode se estender por muito tempo mesmo. Essa que é a verdade. Que o desafio maior da Agência, na verdade, é não ficar totalmente influenciada pela discussão da questão da demora na aplicação da multa e, sim, construir soluções alternativas. Que o papel da multa, em última instância, tem um pouco do princípio do direito penal nesta história, que é a situação da finalidade pedagógica da pena, no nosso caso, da multa. Que como a multa, na verdade, está longe, a nosso ver, de ter esse papel pedagógico, na verdade estamos nos utilizando de outros instrumentos, como coerção, muito mais imediatas para tentar fazer pressão para que as operadoras reduzam as suas condutas inadequadas. Que como houve este crescimento abissal de reclamações na Agência, falou-se, isso é comum, é corriqueiro, dizendo que o mercado piorou muito que o papel da Agência, neste aspecto, é fundamentalmente tentar construir um espaço de equilíbrio entre as partes. Que o foco pende mais para o lado da proteção da garantia da assistência ao consumidor. Em seguida foi dada a palavra ao Deputado Paranhos que declarou que como o Dr. Maurício acaba de dizer em seu pronunciamento - "até conseguimos ficar sem a banda larga e, apesar de expressar a nossa raiva, o nosso desespero, ficamos sem o telefone, mas a questão da saúde é extremamente preocupante. Não dá para se tratar saúde como telefonia, como transporte", como outros serviços que o nosso País tem e que não funcionam. Que a decepção ainda é maior com os instrumentos que têm que garantir essa tranquilidade de consumo ao cidadão. Que é bom se dizer aqui que estamos numa CPI, não estamos fazendo uma constatação do péssimo serviço de qualidade dos planos de saúde no Paraná - que já está constatado - que na verdade culminou em uma CPI, uma Comissão de investigação. Que estamos fazendo uma investigação, porque a constatação já passou da fase. Que fizemos, inclusive, uma Audiência Pública, Deputado Péricles, Deputado Adelino, que fazem parte da Comissão de Defesa do Consumidor, acompanharam isso. Que o trabalho nesta reunião com fatos, com denúncias e com sugestões, para poder dar a tranquilidade de consumo ao cidadão. Que nesta explanação que o Dr. Maurício faz - e tínhamos estas informações porque vínhamos debatendo isso há mais de um ano - mas sabemos que existe, entre os médicos e as operadoras, uma guerra grande de interesse, e que parece que numa escala de prejuízos o consumidor é que fica com a maior parte. Que os médicos têm alguns prejuízos e, verdadeiramente, não existe prejuízo para as operadoras, com algumas raras exceções, tanto é que já está constatado, inclusive, patrocínios. Que essas empresas têm dinheiro e trabalham, evidentemente, reduzindo custo sempre. Mas o que temos de fato, ou importante, uma denúncia, mas agora se trata de um depoimento numa CPI. Que o depoimento do Dr. Maurício diz que as operadoras sugerem aos médicos a mudança de procedimentos para reduzir custo, que isso é grave e é uma denúncia que esta CPI acaba de receber, e que, evidentemente, vai usar como instrumento. Porque se existe, por parte das operadoras, de forma informal já sabíamos disso, agora acabamos de constatar na CPI que existe, oficialmente, uma denúncia que operadoras sugerem as mudanças para reduzir custo. Que notadamente da pessoa que tem o plano de saúde fica no prejuízo. Que outra observação, que evidentemente isto consta na ata, que existe uma afirmação da Agência, que não haverá mudança na tabela. Que não havendo mudança na tabela, existe outra preocupação, intermediários várias reuniões, aliás, evitamos, no Paraná, uma paralisação. Que o único Estado que não parou o serviço por uma intermediação da Comissão de Defesa do Consumidor, mas, na expectativa, de um possível



ajuste. Que agora, temos oficialmente, a ANS dizendo que não haverá reajuste na tabela. Que temos já detectado que haverá continuidade dos problemas, que os médicos, com exceção da Unimed - que é outro problema que deve ser tratado na lei nacional que se esbarra, se esbarra não, se debruça nesta questão do cooperativismo e não discute o reajuste da tabela, porque são sócios e não são funcionários. Que existe outro problema não havendo mudança na tabela, haverá as punições para as operadoras, o problema já existe e vai continuar se não houver a mudança na tabela. Solicitando também todas as multas e notificações que as operadoras do Paraná receberam nos últimos 12 meses, para saber se foi aplicada alguma penalidade às operadoras de Cascavel. Mas, avançamos aqui. E tivemos uma grande denúncia hoje, que é um fato importante desta CPI. O Sr. Maurício usando a palavra logo em seguida para retificar a fala do Deputado Paranhos não falei que não haverá reajuste - já que está sendo gravado - falei, e afirmo, que a Agência não vai definir. Que existem normas que dizem que tem que ter critério de reajuste. Que a Agência regulamentou isto numa instrução normativa, ela disse o que tem que ser o reajuste, tem que ter um índice, um percentual. Que ela não vai definir, a ANS não vai chegar para operadora e falar: "Consulta com pediatra vai ser R\$30." Isto ela não vai fazer, isto eu afirmo! Agora, que não haverá reajuste eu não falei; falei que ANS não vai definir reajuste. Que essa é a minha afirmação. Que se o médico vai negociar 1% ou 0,1% do reajuste, isso compete às partes. Que a operadora não cumprir a Instrução Normativa 49 ela está passiva de penalidade, essa foi a minha afirmação, só para ficar claro! Quanto a interferência na atividade médica, isso tanto ocorreu, isso nasceu de uma denúncia, inclusive de um médico cooperado, para nossa surpresa vir uma denúncia de um médico cooperado, considerando a relação sócia dele, e a Agência editou uma súmula normativa, que é a Súmula Normativa 16, que trata disso, que estabelecer parâmetros estatísticos que limitem a solicitação de exame. Que a Agência já se manifestou para o setor através de uma norma. Ai, voltando na matéria que saiu, na Folha de São Paulo. Muitas das coisas que acontecem dentro da Agência nascem e acontecem por causa da pressão popular, principalmente, a pressão da mídia. Que só em 2006, 2007 a bola da vez na Agência era o ressarcimento ao SUS. Que a lei que estabelece o marco regulatório dos planos de saúde diz o seguinte: cada vez que o usuário de plano de saúde usa o sistema público, aquela operadora tem que ressarcir o SUS. Que se o paciente precisa de um produto, aquele produto não está em carência, ele tem aquele procedimento coberto, um produto hospitalar e não consigo atendimento, ou há situações não por não conseguir o atendimento, porque o beneficiário opta pelo sistema público. Que é comum beneficiário que opta pelos institutos. "Eu quero o Instituto Nacional do Câncer. Eu quero o Instituto de Ortopedia." Que se esse beneficiário utilizar o SUS, aquela operadora tem que devolver esse valor ao SUS. Por que tem que devolver, por que está na lei. Que até 2006/2007, era comum sair na mídia: a Agência tem um passivo de 1 bilhão no ressarcimento do SUS; não sei quantos bilhões; 3 bilhões; 5 bilhões. Que a Agência tem escassez de mão-de-obra de servidores. Que o RH sempre mandava para o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que é quem autoriza a contratação dos servidores públicos, e para fazer essa contratação tem que ter concurso público, tem que ter previsão no PPA, tem que ter previsão na Lei de Diretrizes Orçamentárias e tem que estar na LOA. Que até 2006/2007, o nosso RH mandava para MPOG o seguinte: com a quantidade de servidores que eu tenho na Agência, se eu parar hoje para analisar esse passivo de ressarcimento que tenho, vou levar 30 anos. Que parou em 2007, não faço mais nada, vou analisar para frente. Que se tiver que analisar só o passivo, com essa mão-de-obra que eu tenho, vou levar 30 anos. Sempre o MPOG negava o concurso público, sempre. Que virou uma CPI. Que é positiva, não vejo como algo negativo, não. Particularmente, é isso mesmo, é ação, é a participação social, daí que nascem as coisas. Virou uma CPI lá atrás, que o Tribunal de Contas da União é controle externo do Poder Legislativo. Que há dois anos atrás mandou o Tribunal de Contas na Agência, o TCU. Que o TCU fez aquela varredura e uma das coisas que levantaram foi a seguinte: com essa mão de obra que vocês têm, de fato vocês vão levar 30 anos para analisar o passivo. Que o MPOG autorizou um concurso de 100 servidores temporários. Que depois que saiu esta matéria na Folha, o Ministro da Saúde, junto com a Presidente Dilma, autorizou o concurso de mais 300 servidores temporários para liberar. Que a participação social leva a aperfeiçoar algumas ações dentro da Agência. Em seguida o Advogado Gabriel Schulman declarou que uma informação bastante pertinente diz respeito à complementaridade do Subsistema Público de Saúde, que usualmente é chamado Sistema Único, mas, naturalmente, não é o único porque há mais um, que é o Sistema Privado, o que é extremamente relevante, por dois motivos que precisam ser destacados: o primeiro diz respeito à diferença de tratamento que o paciente recebe no SUS e na entidade privada. Que isso é importante, mas mais importante que isso, pensando aqui no Estado do Paraná, é o fato de que, se eu tenho tratamento médico que é negado pelo Plano de Saúde, esse tratamento é custeado pelo particular, o que é injusto, ou é custeado pela saúde do Paraná, de modo que o Estado do Paraná, quando não atua de modo ainda mais incisivo do que já atua e, naturalmente tem uma forte atuação pelos órgãos de defesa do consumidor, por esta Casa, e pelo próprio Poder Judiciário, mas quando ele deixa de atuar acaba transferindo o custo da operadora para o Estado, de modo que esta fiscalização é de máximo interesse público. Que naturalmente, pelo próprio número de usuários de plano de saúde, temos uma média histórica, desde a criação da ANS, de um quarto da população com plano de saúde. Que no Paraná este índice é ainda mais elevado. Que naturalmente, é um tema de extrema importância. Que em relação à Legislação Protetiva, que aqui antes foi mencionado, me parece que temos uma legislação bastante profícua, bastante ampla. Que na questão da ausência de carência de atendimentos, passado 24 horas, a impossibilidade de reajuste por faixa etária, mais recentemente, a portabilidade dos planos de saúde, ainda com algumas restrições. Que valeria marcar que os planos coletivos estão, gradativamente, recebendo uma atenção um pouco maior, mas ainda talvez mereçam uma atenção ainda mais intensa. Que o prazo de indicação de profissionais, quando não há disponíveis, quer dizer, aquela demora no atendimento. Que esse é um

dos temas mais fundamentais, porque na saúde a demora, naturalmente, implica, não só como bem foi dito aqui, uma dificuldade de acesso à internet. Que a pessoa pode morrer ou ter um agravamento. Que quem não recebe um tratamento de câncer de imediato tem um agravamento que inclusive significa um aumento de custo. Quer dizer, não faz sentido negar um tratamento de câncer no início, porque só aumenta o custo, além de ser absolutamente desumano. Neste sentido também, no mês passado, a regra, que é a 319, obriga que a recusa seja formalizada por escrito, que é a que sempre procurei defender. Que a própria atualização do rol da Agência Nacional de Saúde, que passou a ser feita de dois em dois anos. Que foi feita em 2010 e depois em 2011, na verdade, entrando em 2012, então, de dois em dois anos. Que apesar desta legislação, há um conjunto de negativas, que são bastante conhecidas: prótese, estante - que é certo produto utilizado, por exemplo, para cirurgias vasculares - e os tratamentos oncológicos, talvez sejam aqueles que são mais habituais. Que com a mesma habitualidade, o que se verifica são os reajustes abusivos, em algumas categorias de modo especial, entre as quais os aposentados. Que a pessoa se distancia da empresa e fica um pouco à mercê, não tem o RH para se socorrer, tem uma idade avançada - e as viúvas também, quando falece o titular. Que em relação aos aposentados é interessante também observar a forte intenção de exclusão. Que há várias tentativas dos planos de saúde de excluí-los, o que dá ao arripio da lei, mas decorre da característica do plano de saúde, que tecnicamente se fala em utilidade marginal inversa, mas que entendemos isso de modo muito claro. Que quanto mais passa o tempo, menos interessa manter o consumidor e mais interessa pegar um novo, mais jovem, que não vai ter doença. Isso é em relação, então, aos consumidores. Parece-me que é uma legislação bastante profícua, bastante ampla e, se aplicada, vai reduzir com certeza a quantidade de processos do Poder Judiciário, que onera a população, a quantidade das pessoas que morrem, porque não têm acesso ao tratamento. Que teve que explicar para a família, porque aquela liminar não surtiu efeito e acompanhar o enterro de um cliente, o que é muito triste. E também a própria circunstância de que quando se pensa no consumidor, a atuação preventiva é aquela que me parece fundamental. Que sobre os médicos, também importante mencionar, nos tratamentos médicos, uma relação que faz com que a ideia do reajuste não possa ser totalmente afastada. Que quando falamos no reajuste médico, é claro que em uma consulta essa não interferência talvez faça algum sentido, eu não vou entrar, mas quando estou falando, de um procedimento médico, se determino uma limitação de custo há certa pressão indireta, e muitas vezes direta, do plano de saúde, em limitar o que o médico vai usar. Que quando digo que para um tratamento de câncer, eu vou usar tantas quantidades, com exame de uma certa especialidade, o médico não pode refazer a chapa, ou ele não pode, ele deve diminuir a quantidade de reagentes no exame de genética, isso interfere diretamente na qualidade da prestação do serviço, além de ser absolutamente ilegal do ponto de vista da ética médica e da legislação vigente. De modo que temos um casamento entre reajuste e o atendimento do consumidor, porque quando digo para um hospital, que ele tem 2 mil para fazer um certo atendimento. Que daí eu vou pedir licença para fazer uma ressalva aqui, embora eu entenda que toda legislação sempre tem essa limitação. Que se um hospital quer maximizar o que vou receber e dar o melhor atendimento. Há uma possibilidade, que me parece que tem que ser pensada, de haver um aumento de cobranças em caráter particular. Que o hospital vai dizer: "Olha, o plano de saúde cobra 2 mil, mas a despesa neste caso é variável". Que mesmo em procedimentos padronizados o que acontece na saúde é que pode haver variação. Que se a criança passa mal, se a mãe passa mal, se de repente você abre a mãe e encontra um tumor. Que só ressalvo que na atividade médica cada paciente tem algumas peculiaridades e quando defino certo valor para o hospital e os materiais que ele pode usar se ele quiser usar o melhor, ele vai ter que cobrar do particular. Que gostaria de colocar quatro sugestões. A primeira a intensificação da fiscalização, o mapeamento ou pesquisa e uma atuação bastante forte. Em relação à pesquisa ou mapeamento, que são - das violações dos consumidores - justamente para permitir uma concentração naquelas situações que são mais corriqueiras, para permitir uma atuação mais constante; número de ações, a temática, o Judiciário; o levantamento do custo do repasse das negativas ao Estado do Paraná para que a população saiba o custo desse repasse e das próprias interferências na prescrição médica. Que quando se diz aqui que é necessário o equilíbrio do setor e avaliar os custos, de modo que talvez fosse interessante exigir das Operadoras a abertura das planilhas de custo para que se possa fiscalizar se essa despesa corresponde e aí, sim, permitir um equilíbrio. Para encerrar o senhor Presidente agradeceu a presença dos convidados, à equipe de assessoramento e, determinou que, para constar e produzir os efeitos legais fosse lavrada a presente ata, sendo assinada pelo senhor Presidente, membros e por mim, Lidiani Schühli Marcondes, Coordenadora Geral da Comissão. De acordo com as notas Taquigráficas do dia 09/04/2 013.

DEPUTADO ADELINO RIBEIRO
Presidente

DEPUTADO STEPHANES
JUNIOR
Vice Presidente

DEPUTADO ANIBELLI NETO
Relator

DEPUTADO PÉRICLES DE
MELO
Membro

DEPUTADO TERCILIO TURINI
Membro

DEPUTADO LEONALDO
PARANHOS
Membro

DEPUTADO MAURO MORAES
Membro

LIDIANI SCHÜHLI
MARCONDES
Coordenadora Geral



COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE
Presidente: Deputado Adelino Ribeiro
Relator: Deputado Anibelli Neto
Membros Titulares: Deputados Tercilio Turini, Mauro Moraes,
Paranhos, Péricles de Mello e Stephanes Junior

ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA – 16/04/13

A Comissão Parlamentar de Inquérito, instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012, com a finalidade de “investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná” reuniu-se ordinariamente aos dezesseis dias do mês de maio do ano de dois mil e treze, às dez horas, na Sala de Reuniões das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, sob a presidência do Deputado Adelino Ribeiro, mais os deputados, Péricles de Mello, Anibelli Neto e Mauro Moraes. Fizeram-se presentes: Dra. Cláudia Silvano, Diretora do Procon do Paraná, Dra. Cila de Fátima Mendes dos Santos, também do Procon do Paraná; o Presidente do Conselho Regional de Odontologia, Dr. Roberto Veiga Cavali; Dr. Emerson Luiz Jorge, Dr. Celso Russo, Presidente da Associação Brasileira de Odontologia do Paraná; Dr. Everson da Silva Biazon, Procurador Jurídico do Conselho Regional de Odontologia do Paraná. O Presidente declarou aberta a reunião que teve por objetivo ouvir os representantes da Agência Nacional de Saúde. A Coordenadora do Procon Claudia Silvano, relatou alguns dados do Procon, para trazer a realidade em termos de reclamações relativas aos planos de saúde. Afirmou QUE em 2012 o PROCON realizou 1.725



atendimentos. Desses 217 viraram processo administrativo, o que é um número significativo, porque daria, em média, uma reclamação por dia, em relação às operadoras. Que os principais problemas dizem respeito a: questão de cancelamento de contrato; não cumprimento de contrato, que é um grande motivador das reclamações, modificação unilateral do contrato, cláusulas abusivas em contratos, recusa no atendimento no fornecimento de guia, mal atendimento, recusa na cobertura, cobrança indevida, dúvida sobre cobrança, duplicidade, dúvida sobre procedimento imposto ao consumidor e a questão dos reajustes e prazos de carências. Que são esses os motivadores. Que nos últimos anos, está havendo um problema que tem levado os consumidores e até mesmo os Órgãos de Defesa do Consumidor de uma forma mais contundente, a agir. Sobre a Agência Reguladora (ANS), quanto à questão da cobrança por fora por parte dos profissionais - inclusive, fizemos, intermediamos, nós, Procon, Ministério Público e entidades de defesa do consumidor, uma conversa que se deu sobre a cobrança por fora por parte dos anestesistas. QUE este tipo de procedimento - cobrança por fora - é algo absolutamente ilegal. Que o consumidor contrata a operadora e para isso ele paga a sua contra prestação, que é a mensalidade e que sabemos que não é barato, não é fácil pagar uma mensalidade de um plano de saúde. Sobre as questões entre médicos e operadoras declarou Que o médico entende que a sua remuneração não é justa, não é coerente com o serviço prestado, e isso tem feito com que alguns profissionais, algumas categorias, regularmente, ameacem descredenciamento, ou até mesmo forcem uma cobrança por fora. Que diferentemente de qualquer outra relação, a relação entre médico e paciente tem algumas especificidades, porque é, sobretudo, uma relação de confiança, é diferente de eu contratar outro prestador de serviço qualquer. Que a relação entre o médico e o paciente é relação baseada na confiança. Que recentemente teve a questão da cobrança dos obstetras, o obstetra com a justificativa que ele não era contratado para atender em qualquer horário, propunha, já no começo da relação com a paciente, uma cobrança de um valor extra. Isso tem gerado um número significativo de reclamações. Que, de fato, se comparar o número de reclamações de operadoras de telefonia com o número de reclamações de Plano de Saúde, o número é insignificante. Mas esse tipo de comparação não cabe, porque estamos falando de um bem jurídico absolutamente relevante, que é a vida, a saúde e segurança do consumidor. Que tem que haver, uma atitude mais efetiva da Agência Nacional, não só regulamentando, mas cobrando também. Que a regulamentação existe, mas a cobrança tem que ser mais efetiva. Que também dos Órgãos da Defesa do Consumidor deve fazer essa cobrança para cessar, definitivamente, esses problemas que existem entre operadores e consumidores.

Em seguida o Deputado Anibelli Neto questionou se existe um contrato estabelecido entre o contratante e a operadora? Deve ser respeitado o contrato? Existem jurisprudências?

A Dra. Claudia Silvano declarou Que o contrato tem que ser respeitado, evidentemente. Mas existem alguns contratos que trazem disposições contrárias à lei. Exemplo: contratos que são anteriores à Lei nº 9.656, que é a lei que regulamenta, com todas as suas outras normatizações, porque não é só ela que trata dos planos de saúde e dá outras providências. Ela estabelece que um rol de procedimentos mínimos, dependendo do tipo de atendimento que o consumidor



contrate: ambulatorial, hospitalar, tem que ser respeitado. Que existem alguns contratos firmados antes desta, que trazem disposições contrárias ao Código de Defesa do Consumidor. Que além da Lei nº 9.656, aplica-se, também o Código de Defesa do Consumidor. Que isto é sumulado, o STJ sumulou, através da Súmula nº 481 - , 461, que aplica-se aos planos de saúde, o CDC. Que se o contrato contiver uma cláusula que contraria a lei, pode ser revisto. Que o que foi contratado, se estiver dentro do que a legislação prevê, tem que ser respeitado. Isto também é fato. Que tem duas situações. A situação um, um contrato, do qual o consumidor teve um conhecimento prévio - esta é uma questão, também, nem sempre o contrato é disponibilizado para o consumidor, o que deve ser, todo consumidor tem direito de conhecer seus direitos e seus deveres naquela relação, qual é o tipo de atendimento que terá, dependendo do tipo de contratação que ele faça: plano ambulatorial, plano hospitalar. Que é claro que as pessoas têm uma expectativa em relação a estes contratos. Que a lei permite o estabelecimento de alguns prazos para atendimento. Que se o consumidor contrata hoje e se ele contrata um plano com obstetrícia, tem que cumprir uma carência de 300 dias, a CPT, que é Cobertura Parcial Temporária, e outros tipos de carência, que estão previstas. Que se o consumidor foi informado adequadamente, este contrato - se não tiver nenhuma contrariedade à legislação - terá que ser respeitado. Que há outra questão, que é a questão da falta de informação. Normalmente, no momento da venda, se diz: "Olha, vai parar um helicóptero no teto da sua casa, vai te pegar e te levar no melhor hospital do mundo." E isso não é verdade. Que a rede credenciada também tem que ser informada ao consumidor. Que existem umas disposições novas e estas informações têm que estar no site das operadoras. Que precisa haver informação prévia, mas a informação prévia tem que, além de prévia, ser adequada, ostensiva, que o consumidor, de fato, saiba o que está contratando.

Em seguida o Deputado Anibelli Neto questionou, em caso de inadimplência qual seria o direito dessa pessoa?

A Dra. Claudia Silvano Declarou que a legislação determina, que se o usuário está inadimplente por 60 dias consecutivos ou não, desde que ele seja informado (de novo a questão da informação) quando se fizerem 51 dias de atraso e não houver, enfim, o ajuste, o pagamento, o contrato poderá ser rescindido. Que isso não ocorre de forma unilateral, porque houve aí a informação e houve do outro lado, a inadimplência. Que os 60 dias podem ser consecutivos ou não, nós estamos no mês de abril, a pessoa não pagou o mês de fevereiro e pagou o mês de março, então em fevereiro eu tenho a parcela em aberto. Há a possibilidade, desde que o consumidor seja devidamente informado, evidentemente, de rescisão do contrato. Que acerca da jurisprudência, você vai encontrar juízes que entendem que se o porteiro recebeu o aviso de recebimento é válido e outros entendem que não. Que vai depender do entendimento do Poder Judiciário. Para ilustrar: atendemos um caso de uma moça que está em quase estado vegetativo, e tinha uma parcela deste ano em atraso, janeiro. Houve a rescisão do contrato e conseguiram, judicialmente, uma liminar para a reativação. Não sei se a liminar será mantida, mas em relação a esse caso especificamente houve o aviso, a mãe foi avisada, que é a contratante/pagadora. Foi avisada que se não houvesse a regularização, o contrato seria rescindido. Mas, a lei permite que haja a rescisão havendo 60 dias de atraso, consecutivos ou não, desde que haja aviso prévio no dia 51 de atraso, até o dia 51 de atraso.



Em seguida o Dr. Roberto Cavali declarou que também tem problemas em relação às operadoras. Que os problemas, diferentemente do que levantou a Dra. Cláudia, dizem respeito aos prestadores de serviço, aos cirurgiões dentistas, porque as operadoras descumprem os contratos feitos com os profissionais e isso resulta em um descumprimento também do atendimento à população, porque se alguém não está satisfeito naquilo que contratou, ele não pode prestar um bom atendimento. Colando algumas situações que me permitiria ler: Primeiro, saúde bucal é saúde. Hoje as operadoras, e algumas delas ainda o fazem, dão o plano de assistência odontológica como um brinde para quem compra o plano de assistência médica, o que é um absurdo, porque não existe saúde sem saúde na boca. Que a ciência mostra isso através de evidências muito claras, da importância do exame bucal para que possam ser feitos diagnósticos de doenças sistêmicas e muitas delas com repercussões bucais e repercussões também sistêmicas de problemas bucais. Que é importante que isso seja trabalhado no rol de procedimentos da ANS não como um penduricalho, não como um brinde a quem compra um plano médico, mas, sim, como parte integrante desse plano médico. Que algumas ocorrências que são relatadas pelos profissionais devem ser consideradas. Que dificilmente recebem reclamações dos pacientes, porque os pacientes fazem essas reclamações ao Procon. Que dificilmente vão ao Conselho. Que a cobrança por fora é algo totalmente antiético. Que o Conselho Regional de Odontologia não aceita cobrança por fora de jeito nenhum. Que ninguém é obrigado a ser credenciado em um plano. Se é deve fazer isso conhecendo o contrato; e aceita ou não. Que não se pode depois discutir isso com o usuário, que é a parte frágil desta relação. Que o usuário não tem culpa de nada, ele não obrigou a aceitar. Por outro lado, a questão dos honorários, é um pagamento irrisório que as operadoras fazem, é lamentável que isso aconteça. Que algumas vezes esse valor é negativo, porque é diferente da área médica, em que os honorários são por prestação de serviço, o médico recebe um valor pelo serviço que ele prestou. Que na odontologia isso é diferente, os profissionais são pagos por procedimento, além do serviço que eu presto naquele valor que a operadora me paga está embutido toda a infraestrutura, todo o material de consumo. Que o hospital do cirurgião-dentista é o seu consultório. Que quando tenho um plano médico, um procedimento cirúrgico num hospital, tem o valor do honorário médico, ele recebe pelo trabalho executado, e o hospital recebe pela taxa de sala, todos os materiais utilizados. Que o cirurgião-dentista recebe um único valor, que embute em toda essa conta os seus honorários, os impostos que ele paga sobre isso, os custos de materiais, os seus auxiliares, que são as assistentes de saúde bucal, ou os técnicos que trabalham juntos e que fazem parte também da formação do preço, luz, água e as salas. Que isso é algo pelo qual deveríamos brigar com as operadoras, para que elas dividam essa situação, honorários uma coisa, custos outra. Que eles aprenderam que não é bom isso para eles, porque a medicina tem essa vantagem. Que eles sabem que isso não é bom, e não aceitam discutir isso, porque alegam que é uma gama muito grande de materiais que poderia se usar, de um jeito ou de outro. Que outra situação é a questão da CBHPO, que é a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos, feita pelo Conselho Federal e entidades de renome com respeitabilidade no Brasil, como a Fipe, e que não é respeitada, como a CBHPM na medicina também não é respeitada pelos planos. Que dizem que é impossível o pagamento, fazem reajustes que não

[Assinatura]



são repassados ao profissional, os reajustes são só para os usuários. Que estão há dez anos sem reajuste e esta é uma necessidade que gostariam de colocar para que a Agência cobre - como bem disse a Dra. Claudia, regulamentos ela tem, e muito, o que ela precisa é cobrar, precisa fazer essas leis terem validade. Que o Judiciário tem que se manifestar de forma mais rápida, porque sabemos que um dos grandes entraves é esse, eu jogo a coisa para o Judiciário e deixo que a coisa corra. Que ter um reajuste pelo menos que fosse igual ao reajuste dos usuários nos honorários, e que fosse um índice conhecido, não reajustes que eles tiram do nada. Que o segundo ponto seria alguns procedimentos odontológicos que exigem o tratamento em ambiente hospitalar e que muitas vezes o plano nega, porque ele diz: o cirurgião-dentista não tem o direito de atender em hospital. Que quando o contrato do usuário diz que ele tem direito a atendimento hospitalar, não cabe à operadora dizer quem vai fazer esse atendimento. Por que, o próprio procedimento exige o atendimento em ambiente hospitalar, ou a condição sistêmica. Um paciente cardíaco que tenha um risco grande de sofrer um infarto durante um atendimento no consultório, não é muito mais seguro, não é muito melhor que o atendimento dele seja feito num ambiente hospitalar? Evidente. Que o plano às vezes nega, porque ele diz: "Não, esse procedimento não está no seu contrato". Os exames complementares da mesma forma. Que chega ao cúmulo de profissionais da área da odontologia pedirem um exame complementar, um hemograma, e que quando recebem o resultado do exame, conta como médico requisitante: "Doutor fulano". Mas quem pediu esse exame não foi o cirurgião-dentista? Foi. Mas o plano não paga se o cirurgião-dentista pedir. Então, ele obriga esse paciente a passar por um médico e o médico ter que fazer a requisição, quando também o contrato diz que o paciente tem direito àquele exame e, pela legislação, o cirurgião-dentista tem direito a requerer esse exame, quando da necessidade para o seu procedimento. Que outro ponto é uma questão que envolve a saúde do próprio consumidor: a questão dos Raios X. Que é largamente utilizado para fazer perícia do procedimento odontológico realizado. Que quando terminaria o procedimento o paciente deveria ser encaminhado para um outro profissional, que faria um exame bucal nesse paciente e o acompanharia. O profissional diz que fez tal procedimento e este segundo profissional vai observar se o procedimento foi feito. Que para evitar pagar esse outro profissional, os planos exigem tomadas radiográficas. Que existem alguns procedimentos em que a tomada radiográfica é importante, é condição *sine qua non* para que eu possa saber se o procedimento foi realizado ou não. Que um tratamento de canal, eu não enxergo dentro do canal, só os Raios X vão me dizer. Mas restaurações, extrações dentárias não precisam de Raios X. Que a operadora obriga o paciente a tomar Raios X totalmente desnecessários, cumulativo a ele e que vai fazer mal à sua saúde, para poder provar que o procedimento foi realizado. Que outra situação que também é bastante emblemática são as glosas administrativas. Que quando o paciente passa por uma perícia e essa perícia constata que o trabalho ou não foi executado ou está mal feito, o plano tem todo direito de glosar esse trabalho e dizer ao profissional que faça novamente. Que só outro profissional da área que pode avaliar o trabalho, mas eles não passam para outro profissional e, simplesmente, fazem uma glosa percentual, 20%. Que o profissional, às vezes, não reclama dessa glosa, porque o valor é tão ínfimo e preferem não reclamar. Que parece que eles jogam com essa margem, de tantos profissionais que são glosados



e não reclamam, então ganham em cima disso também. Que eu aceito um contrato, ninguém me obriga a aceitar, mas, infelizmente, o mercado de trabalho é motivo para outra discussão: as escolas de Odontologia, proliferaram neste país de uma forma totalmente desordenada. Que uma oferta de mão de obra muito grande e mal distribuída no Brasil: na região norte e nordeste faltam profissionais; no sul e sudeste sobram e as operadoras se aproveitam disso, porque sabem, inclusive quando conversamos com alguns representantes falando da possibilidade do descredenciamento, eles praticamente riem de nós. Que descredenciam cem, mas tem duzentos na fila para entrar. Que esse é um problema sério.

Em seguida o Dr. Emerson Luiz Jorge tratou da questão de um procedimento que é feito diariamente nos pacientes, a tomada radiográfica. Relatou que como não tem reajuste há muitos anos, um procedimento de Raios X, é pago ao cirurgião-dentista, R\$2,47. Que Raios X Peri apical pode ser feito pelo cirurgião-dentista, mas a panorâmica tem que ser num centro de radiologia, são pagos R\$2,47 a tomada radiográfica. Que isso não paga nem a película. Que se você vai lá fazer uma extração de três ou quatro dentes, o plano pede uma radiografia antes do procedimento e uma radiografia depois do procedimento. Que está expondo o paciente à tomada radiográfica e se, o procedimento foi realizado, o paciente assinou que isso se procedeu, o plano pede a radiografia pós-procedimento e se o colega não realizar, orientando o paciente de que ele não deve ser submetido à tomada radiográfica novamente, o plano glosa o procedimento e não paga o profissional por não ter feito a radiografia final. Que temos que ir ao encontro da valorização profissional e, principalmente, também, ao bom serviço prestado à população, muitos colegas também não querem realizar esse procedimento, porque eles vão ter um custo negativo, porque está pagando a película, paga o procedimento, paga a secretária, paga a infraestrutura. Que muitas vezes, também pode correr o risco de não ter um bom atendimento com esse exame complementar. Que a CBHPO, que foi realizada por todas as entidades, mais a FIPE, não é respeitada, como não é respeitada também a CBHPM - uma resolução do Conselho Federal de Odontologia e da ANS dizendo que os planos, que o procedimento a ser realizados, no exemplo da radiografia, é determinado pelo cirurgião-dentista a necessidade ou não da tomada radiográfica. Que as operadoras não cumprem e continuam glosando.

Em seguida o Deputado Péricles de Mello declarou. Que o que leva uma pessoa a fazer um plano de saúde na área médica é a imprevisibilidade da doença. Na odontologia não é exatamente assim. Que existe maior previsibilidade com relação aos serviços odontológicos que gera uma relação diferente entre as operadoras de odontologia do que com a medicina por causa desse fator. Que a questão das cooperativas – Uniodonto - onde os próprios profissionais se organizavam. Elas não conseguem competir. Esse tipo de cooperativa tem dificuldade de competir com os planos.

Em seguida o Dr. Roberto Cavali fez o uso da palavra declarando que um plano médico é contratado sem saber o que vai me ocorrer. Que a odontologia é mais previsível. Que isso é um problema que as operadoras levantam. Que o paciente faz o plano, faz um tratamento e aí sai fora. Que a questão da Uniodonto: é uma dificuldade para ela concorrer. As operadoras começam a baixar o preço e obrigam a Uniodonto a baixar também. Que quando os cirurgiões dentistas vão ao Conselho



reclamar da Uniodonto, eu sempre digo: "mas aquilo é de vocês. A operadora visa um lucro, a Uniodonto não. Ela vai distribuir entre vocês." Mas a resposta do pessoal que dirige a Uniodonto: "Eles baixam demais o preço, jogam o preço lá embaixo e se não os acompanharmos perdemos mercado". Que quem tem plano odontológico basicamente são as empresas que oferecem como um benefício aos seus funcionários. Dificilmente vai encontrar uma pessoa física que tenha um plano odontológico. Que a empresa procura o menor custo. O menor custo é dado por um grande plano, que tem uma força maior. A Uniodonto, às vezes, não consegue. Então, ela tem que ir baixando também.

O Deputado Anibelli Neto questionou como o Conselho Federal tem abordado essas falhas e essas questões judiciais.

Dr. Emerson Luiz Jorge relatou que foi feito no final do ano passado, com os Conselhos Regionais do país, uma reunião conjunta com as operadoras de planos odontológicos, para tentar alguns ajustes nessas questões que foram citadas. Que as ações têm sido feitas mais em Conselhos Regionais e nós somos federal. Que atua mais em nível de um assessoramento, em nível dos regionais que eles têm autonomia plena, e cada regional tem a sua particularidade. Que todas as ações que são feitas nos regionais têm o apoio jurídico também do Conselho Federal. Que nessa reunião com as operadoras, foram traçados alguns pontos para uma reavaliação, para em um segundo momento. Mas a bem da verdade, o que sentimos é que eles são muito bem assessorados e vão "passando a bola", que não há uma resposta positiva, em relação a isso, que a TAC agora em relação à Odontoprev, que estava glosando os procedimentos, de R\$2 mil de multa, se porventura não cumprisse a resolução.

Em seguida foi dada a palavra ao Dr Celso Russo este relatou que e há necessidade de algumas correções das tabelas de procedimentos dos planos de saúde. O Dr. Emerson colocou muito bem a questão da radiologia, dos trabalhos terceirizados, especificamente da prótese. Que além da realização de um procedimento há em termos de infraestrutura - um custo terceirizado. Que as pessoas não têm como fazer um bom serviço e as que fazem se submetendo a esses valores, acabam prestando um serviço de qualidade muito inferior. Que às vezes, o próprio conveniado, que não tem nada a ver com isso não sabe. Que é um trabalho árduo, que o cirurgião-dentista tem que fazer para haja qualidade no serviço, porque não é o simples fato de fazer, colocar na boca do paciente. Porque ao invés de estar colaborando com a saúde, estará prejudicando. Que um fator importante, que faz com que muitos profissionais de qualidade, que poderiam estar atendendo nesses planos de saúde, saiam, descredenciem-se e, quem realmente é lesada, é a população. Que a Associação de Odontologia não é um órgão regulador. Isso cabe ao conselho. Porém, luta pelo bem-estar da classe, pela união da classe, para dar melhores condições para o trabalho de cirurgião-dentista.

Em seguida a Dra. Claudia Silvano declarou que a insatisfação dos profissionais com as questões impostas pelas operadoras acaba repercutindo em desfavor do consumidor. Que de uma forma ou de outra, a repercussão é sempre em desfavor do consumidor. Seja com a prestação de serviços, no caso da prótese, ou na imposição da última radiografia. Que enquanto órgão de defesa do consumidor, esta questão entre profissional e operadora, seja independentemente do tipo, se é cooperativa, se é plano de saúde, se é seguro saúde, é uma questão secundária e



que não deve, evidentemente, repercutir em desfavor do consumidor. Que essa é a posição. Que os profissionais e que as entidades representativas dos profissionais têm toda a condição de promover uma discussão, mesmo que seja judicial, entre o profissional e a operadora. O que não pode é o consumidor ser prejudicado.

O Deputado Anibelli Neto questionou que no caso o Conselho Federal de Odontologia também deveria arguir isso judicialmente. Que deve ter uma autonomia para cada Unidade da Federação, cada Conselho Regional, mas um Conselho Federal tem uma força muito grande.

A Dra. Cláudia Silvano respondeu que a tomada de uma medida judicial é a forma mais correta neste caso.

Em seguida o Dr. Emerson fez uso da palavra e declarou sobre a questão da tomada radiográfica. Que foi feita uma ação judicial. Que teve um TAC com relação à Odontoprev. Que estão sendo feitas as ações, mas, muitas vezes, tenta-se a conversação, um acordo, porque tudo que é judicial é muito mais moroso, e quem acaba sendo prejudicado é o próprio paciente. Que uma coisa que também falta, por parte dos planos é a orientação ao consumidor informando o que o plano vai oferecer ou não. Porque ninguém vai ficar lendo dez, quinze páginas de contrato, como também deveria ser obrigação de quem está assinando, ler o contrato. Mas, muitas vezes, o paciente chega para nós e fala: "Não, mas a operadora falou que eu teria direito a esse procedimento, agora chega aqui e eu não tenho!". Que falta conscientização de quem está oferecendo o plano.

A Dra. Cláudia Silvano relatou que se deve exigir que a operadora informe adequadamente, definir bem quem é quem nesse cenário. Que é papel dos órgãos de defesa do consumidor exigir, sim, que o atendimento seja dado, que aquilo que foi contratado seja prestado. Que a questão da informação é essencial. É primordial saber qual é o direito do consumidor dentro daquilo que foi contratado.

Em seguida o Dr. Roberto Veiga Cavali declarou que a questão da radiografia, quando o Dr. Emerson coloca o valor, ele só exemplificou. Que o pior não é o valor, o pior é o paciente ter que tomar esse raio sem necessidade. Que outra coisa muito importante é a leitura do contrato. Que infelizmente, tem médicos, que dizem: "Eu não conheço o contrato que eu assinei". Que o profissional não sabe o contrato que assina. "Me traga uma cópia do contrato". Ele diz: "Mas eu não tenho a cópia". Que fica difícil para essa representação. Que os conselhos têm tentado isso, até mesmo extrapolando o diploma legal que nos diz da questão da Regulação do Exercício Profissional. Mas, extrapolamos muitas vezes isso, indo ao Judiciário e indo ao Ministério Público, fazendo as denúncias. A Lei nº 4.324 é muito frágil no que fazer contra os planos. Existem quatro punições: advertência confidencial; censura confidencial; censura pública; suspensão e cassação. Que suspender a comercialização de uma operadora não resolve a nada.

O Deputado Anibelli Neto indagou sobre o ensejo dos 217 processos administrativos citados anteriormente pela Dra. Cláudia Silvano. Viraram multa ou viraram termo de ajustamento. A Dra. Cláudia Silvano respondeu que não. Que são processos individuais, que têm seu trâmite e que podem culminar com aplicação de sanção de multa. Em seguida Deputado Anibelli Neto perguntou qual é a opinião particular a respeito da Unimed, que dá R\$100 milhões para um clube de futebol e deixa a desejar, em vários casos, no Brasil inteiro.



Dra. Claudia Silvano respondeu que é inadmissível que o serviço seja prestado de maneira inadequada. Que há um ambiente de desconfiança entre o profissional e a operadora. Que tudo o que o profissional determina é motivo de desconfiança. Isto acaba sempre repercutindo no consumidor. Que um médico prescreve um determinado procedimento, este procedimento é submetido à segunda opinião. Que esta submissão à segunda opinião é algo legal. Não é ilegal. Mas que o problema é que isto se tornou uma prática muito comum. Mas, por que é que todo procedimento prescrito tem que ser submetido a outro profissional? É claro que não tem só a questão patrimonial que está em jogo, de pagar e não ter o atendimento. Há outra questão, que é um eventual agravamento do estado de saúde do consumidor: "Olha, você vai fazer tal exame." Chega a operadora e diz: "Não, por que ele vai se submeter? Tem que ter uma justificativa." Então, este ambiente de desconfiança acaba gerando um prejuízo para o consumidor. E não é somente um prejuízo patrimonial. É muito mais que isso. É um prejuízo à saúde. Por que é que o outro tem que ver, passar para ele, passar para ela, todo mundo tem que conferir se é isso mesmo. Este ambiente de desconfiança, a suspeita da fraude, que parece ser algo que reina neste meio. É impressionante isso! Há uma evidente suspeita de que o profissional, seja o cooperado ou qualquer outra forma de constituição da empresa, esteja sempre... Existe isso? Existe, claro que existe. Só que a operadora não pode tornar isto uma prática comum. Tem que ter outros meios de controle e não submeter o consumidor a tempos de espera em razão deste ambiente de desconfiança, que parece reinar.

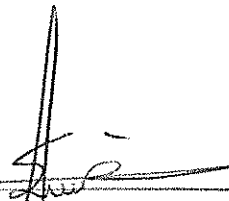
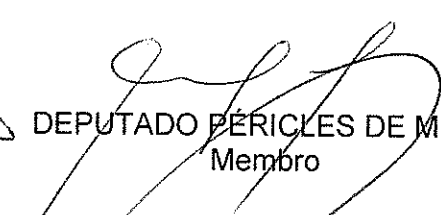
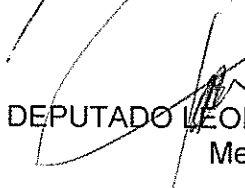
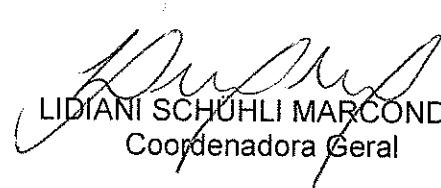
Em seguida o Dr. Roberto Cavali declarou que na odontologia é a mesma coisa. Que pode não se perder a vida numa demora. Mas se perde um dente, e é um órgão. Que este sentimento de desconfiança perpassa por esta relação. Que tem profissionais que enganam, não há dúvidas, Mas não são todos. É uma minoria, e a operadora trata a todos, na vala comum "Todos me enganam." Que então precisa fazer perícias, radiografias, segundas e opiniões. Que na área médica, é muito pior, porque é questão, às vezes, de vida ou morte.

O Dr. Everson Da Silva Biazon Procurador do Conselho destacou a situação do atendimento hospitalar. Relatou Que essa situação em que se nega procedimentos odontológicos em hospital para fins odontológicos. Que o paciente não é atendido no hospital. Que se lá está, por uma enfermidade, o plano não autoriza o procedimento odontológico. Que o profissional cirurgião-dentista no ambiente hospitalar é uma exigência natural, porque a odontologia faz parte da saúde humana, e é lei no Estado do Paraná, aprovada em 2011, que exige um cirurgião-dentista compondo a equipe multidisciplinar, multifuncional das UTIs. Que essa lei é a Lei Estadual 16.786/2011, que determina que os hospitais públicos e privados tenham o cirurgião-dentista compondo a equipe. Que foi aprovada na Câmara dos Deputados e aguarda a sanção da Presidente o Projeto de Lei nº 2.776, colocando a obrigatoriedade de um cirurgião-dentista nas UTIs no Brasil todo. Como é que ficaria a situação do plano já que é obrigatória a presença de um dentista para atender àquele paciente, e o plano não autoriza o procedimento, porque para fins odontológicos não pode ser feito no hospital. Que é uma reserva de lucro do plano. Que o Conselho de Odontologia só tem o mecanismo da Ação Civil Pública e questões processuais exigem que seja mais de um caso, mais de um caso a se colocar essa evidência para levar ao Judiciário.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ
5ª Sessão Legislativa - 17ª Legislatura



Para encerrar o senhor Presidente agradeceu a presença dos convidados, à equipe de assessoramento e, determinou que, para constar e produzir os efeitos legais fosse lavrada a presente ata, sendo assinada pelo senhor Presidente, membros e por mim, Lidiani Schühli Marcondes. De acordo com as notas Taquigráficas do dia 16/04/2013.

 DEPUTADO ADELINO RIBEIRO Presidente	 DEPUTADO STEPHANES JUNIOR Vice-Presidente
 DEPUTADO ANIBELLI NETO Relator	 DEPUTADO PERICLES DE MELO Membro
 DEPUTADO TERCILIO TURINI Membro	 DEPUTADO LEONALDO PARANHOS Membro
 DEPUTADO MAURO MORAES Membro	 LIDIANI SCHÜHLI MARCONDES Coordenadora Geral

COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE

Presidente: Deputado Adelino Ribeiro
Relator: Deputado Anibelli NetoMembros Titulares: Deputados Tercilio Turini, Mauro Moraes,
Paranhos, Péricles de Mello e Stephanes Junior

ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA – 16/04/13

A Comissão Parlamentar de Inquérito, instituída pelo Ato do Presidente nº 19, de 06 de novembro de 2012, com a finalidade de “investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de plano de saúde no Estado do Paraná” reuniu-se ordinariamente aos dezesseis dias do mês de maio do ano de dois mil e treze, às dez horas, na Sala de Reuniões das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, sob a presidência do Deputado Adelino Ribeiro, mais os deputados, Péricles de Mello, Anibelli Neto e Mauro Moraes. Fizeram-se presentes: Dra. Cláudia Silvano, Diretora do Procon do Paraná, Dra. Cila de Fátima Mendes dos Santos, também do Procon do Paraná; o Presidente do Conselho Regional de Odontologia, Dr. Roberto Veiga Cavali; Dr. Emerson Luiz Jorge, Dr. Celso Russo, Presidente da Associação Brasileira de Odontologia do Paraná; Dr. Everson da Silva Biazon, Procurador Jurídico do Conselho Regional de Odontologia do Paraná. O Presidente declarou aberta a reunião que teve por objetivo ouvir os representantes da Agência Nacional de Saúde. A Coordenadora do Procon Claudia Silvano, relatou alguns dados do Procon, para trazer a realidade em termos de reclamações relativas aos planos de saúde. Afirmou QUE em 2012 o PROCON realizou 1.725 atendimentos. Desses 217 viraram processo administrativo, o que é um número significativo, porque daria, em média, uma reclamação por dia, em relação às operadoras. Que os principais problemas dizem respeito a: questão de cancelamento de contrato; não cumprimento de contrato, que é um grande motivador das reclamações, modificação unilateral do contrato, cláusulas abusivas em contratos, recusa no atendimento no fornecimento de guia, mal atendimento, recusa na cobertura, cobrança indevida, dúvida sobre cobrança, duplicidade, dúvida sobre procedimento imposto ao consumidor e a questão dos reajustes e prazos de carências. Que são esses os motivadores. Que nos últimos anos, está havendo um problema que tem levado os consumidores e até mesmo os Órgãos de Defesa do Consumidor de uma forma mais contundente, a agir. Sobre a Agência Reguladora (ANS), quanto à questão da cobrança por fora por parte dos profissionais - inclusive, fizemos, intermediamos, nós, Procon, Ministério Público e entidades de defesa do consumidor, uma conversa que se deu sobre a cobrança por fora por parte dos anestesiologistas. QUE este tipo de procedimento - cobrança por fora - é algo absolutamente ilegal. Que o consumidor contrata a operadora e para isso ele paga a sua contra prestação, que é a mensalidade e que sabemos que não é barato, não é fácil pagar uma mensalidade de um plano de saúde. Sobre as questões entre médicos e operadoras declarou Que o médico entende que a sua remuneração não é justa, não é coerente com o serviço prestado, e isso tem feito com que alguns profissionais, algumas categorias, regularmente, ameacem descumprimento, ou até mesmo forcem uma cobrança por fora. Que diferentemente de qualquer outra relação, a relação entre médico e paciente tem algumas especificidades, porque é, sobretudo, uma relação de confiança, é diferente de eu contratar outro prestador de serviço qualquer. Que a relação entre o médico e o paciente é relação baseada na confiança. Que recentemente teve a questão da cobrança dos obstetras, o obstetra com a justificativa que ele não era contratado para atender em qualquer horário, propunha, já no começo da relação com a paciente, uma cobrança de um valor extra. Isso tem gerado um número significativo de reclamações. Que, de fato, se comparar o número de reclamações de operadoras de telefonia com o número de reclamações de Plano de Saúde, o número é insignificante. Mas esse tipo de comparação não cabe, porque estamos falando de um bem jurídico absolutamente relevante, que é a vida, a saúde e segurança do consumidor. Que tem que haver, uma atitude mais efetiva da Agência Nacional, não só regulamentando, mas cobrando também. Que a regulamentação existe, mas a cobrança tem que ser mais efetiva. Que também dos Órgãos da Defesa do Consumidor deve fazer essa cobrança para cessar, definitivamente, esses problemas que existem entre operadores e consumidores. Em seguida o Deputado Anibelli Neto questionou se existe um contrato estabelecido entre o contratante e a operadora? Deve ser respeitado o contrato? Existem jurisprudências? A Dra. Claudia Silvano declarou Que o contrato tem que ser respeitado, evidentemente. Mas existem alguns contratos que trazem disposições contrárias à lei. Exemplo: contratos que são anteriores à Lei nº 9.656, que é a lei que regulamenta, com todas as suas outras normalizações, porque não é só ela que trata dos planos de saúde e dá outras providências. Ela estabelece que um rol de procedimentos mínimos, dependendo do tipo de atendimento que o consumidor contrata: ambulatorial, hospitalar, tem que ser respeitado. Que existem alguns contratos firmados antes desta, que trazem disposições contrárias ao Código de Defesa do Consumidor. Que além da Lei nº 9.656, aplica-se, também o Código de Defesa do Consumidor. Que isto é sumulado, o STJ sumulou, através da Súmula nº 481 - , 461, que aplica-se aos planos de saúde, o CDC. Que se o contrato tiver uma cláusula que contraria a lei, pode ser revisto. Que o que foi contratado, se estiver dentro do que a legislação prevê, tem que ser respeitado. Isto também é fato. Que tem duas situações. A situação um, um contrato, do qual o consumidor teve um conhecimento prévio - esta é uma questão, também, nem sempre o contrato é disponibilizado para o consumidor, o que deve ser, todo consumidor tem direito de conhecer seus direitos e seus deveres naquela relação, qual é o tipo de atendimento que terá, dependendo do tipo de contratação que ele faça: plano ambulatorial, plano hospitalar. Que é claro que as pessoas têm

uma expectativa em relação a estes contratos. Que a lei permite o estabelecimento de alguns prazos para atendimento. Que se o consumidor contrata hoje e se ele contrata um plano com obstetrícia, tem que cumprir uma carência de 300 dias, a CPT, que é Cobertura Parcial Temporária, e outros tipos de carência, que estão previstas. Que se o consumidor foi informado adequadamente, este contrato - se não tiver nenhuma contrariedade à legislação - terá que ser respeitado. Que há outra questão, que é a questão da falta de informação. Normalmente, no momento da venda, se diz: “Olha, vai parar um helicóptero no teto da sua casa, vai te pegar e te levar no melhor hospital do mundo.” E isso não é verdade. Que a rede credenciada também tem que ser informada ao consumidor. Que existem umas disposições novas e estas informações têm que estar no site das operadoras. Que precisa haver informação prévia, mas a informação prévia tem que, além de prévia, ser adequada, ostensiva, que o consumidor, de fato, saiba o que está contratando. Em seguida o Deputado Anibelli Neto questionou, em caso de inadimplência qual seria o direito dessa pessoa? A Dra. Claudia Silvano declarou que a legislação determina, que se o usuário está inadimplente por 60 dias consecutivos ou não, desde que ele seja informado (de novo a questão da informação) quando se fizerem 51 dias de atraso e não houver, enfim, o ajuste, o pagamento, o contrato poderá ser rescindido. Que isso não ocorre de forma unilateral, porque houve aí a informação e houve do outro lado, a inadimplência. Que os 60 dias podem ser consecutivos ou não, nós estamos no mês de abril, a pessoa não pagou o mês de fevereiro e pagou o mês de março, então em fevereiro eu tenho a parcela em aberto. Há a possibilidade, desde que o consumidor seja devidamente informado, evidentemente, de rescisão do contrato. Que acerca da jurisprudência, você vai encontrar juizes que entendem que se o porteiro recebeu o aviso de recebimento é válido e outros entendem que não. Que vai depender do entendimento do Poder Judiciário. Para ilustrar: atendemos um caso de uma moça que está em quase estado vegetativo, e tinha uma parcela deste ano em atraso, janeiro. Houve a rescisão do contrato e conseguiram, judicialmente, uma liminar para a reativação. Não sei se a liminar será mantida, mas em relação a esse caso especificamente houve o aviso, a mãe foi avisada, que é a contratante/pagadora. Foi avisada que se não houvesse a regularização, o contrato seria rescindido. Mas, a lei permite que haja a rescisão havendo 60 dias de atraso, consecutivos ou não, desde que haja aviso prévio no dia 51 de atraso, até o dia 51 de atraso. Em seguida o Dr. Roberto Cavali declarou que também tem problemas em relação às operadoras. Que os problemas, diferentemente do que levantou a Dra. Cláudia, dizem respeito aos prestadores de serviço, aos cirurgiões dentistas, porque as operadoras descumprem os contratos feitos com os profissionais e isso resulta em um descumprimento também do atendimento à população, porque se alguém não está satisfeito naquilo que contratou, ele não pode prestar um bom atendimento. Colando algumas situações que me permitiria ler: Primeiro, saúde bucal é saúde. Hoje as operadoras, e algumas delas ainda o fazem, dão o plano de assistência odontológica como um brinde para quem compra o plano de assistência médica, o que é um absurdo, porque não existe saúde sem saúde na boca. Que a ciência mostra isso através de evidências muito claras, da importância do exame bucal para que possam ser feitos diagnósticos de doenças sistêmicas e muitas delas com repercussões bucais e repercussões também sistêmicas de problemas bucais. Que é importante que isso seja trabalhado no rol de procedimentos da ANS não como um penduricalho, não como um brinde a quem compra um plano médico, mas, sim, como parte integrante desse plano médico. Que algumas ocorrências que são relatadas pelos profissionais devem ser consideradas. Que dificilmente recebem reclamações dos pacientes, porque os pacientes fazem essas reclamações ao Procon. Que dificilmente vão ao Conselho. Que a cobrança por fora é algo totalmente antiético. Que o Conselho Regional de Odontologia não aceita cobrança por fora de jeito nenhum. Que ninguém é obrigado a ser credenciado em um plano. Se é deve fazer isso conhecendo o contrato; e aceita ou não. Que não se pode depois discutir isso com o usuário, que é a parte frágil desta relação. Que o usuário não tem culpa de nada, ele não obrigou a aceitar. Por outro lado, a questão dos honorários, é um pagamento irrisório que as operadoras fazem, é lamentável que isso aconteça. Que algumas vezes esse valor é negativo, porque é diferente da área médica, em que os honorários são por prestação de serviço, o médico recebe um valor pelo serviço que ele prestou. Que na odontologia isso é diferente, os profissionais são pagos por procedimento, além do serviço que eu presto naquele valor que a operadora me paga está embutido toda a infraestrutura, todo o material de consumo. Que o hospital do cirurgião-dentista é o seu consultório. Que quando tenho um plano médico, um procedimento cirúrgico num hospital, tem o valor do honorário médico, ele recebe pelo trabalho executado, e o hospital recebe pela taxa de sala, todos os materiais utilizados. Que o cirurgião-dentista recebe um único valor, que embute em toda essa conta os seus honorários, os impostos que ele paga sobre isso, os custos de materiais, os seus auxiliares, que são as assistentes de saúde bucal, ou os técnicos que trabalham juntos e que fazem parte também da formação do preço, luz, água e as salas. Que isso é algo pelo qual deveríamos brigar com as operadoras, para que elas dividam essa situação, honorários uma coisa, custos outra. Que eles aprenderam que não é bom isso para eles, porque a medicina tem essa vantagem. Que eles sabem que isso não é bom, e não aceitam discutir isso, porque alegam que é uma gama muito grande de materiais que poderia se usar, de um jeito ou de outro. Que outra situação é a questão da CBHPO, que é a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos, feita pelo Conselho Federal e entidades de renome com respeitabilidade no Brasil, como a Fipe, e que não é respeitada, como a CBHPM na medicina também não é respeitada pelos planos. Que dizem que é impossível o pagamento, fazem reajustes que não são repassados ao profissional, os reajustes são só para os usuários. Que estão há dez anos sem reajuste e esta é uma

necessidade que gostariam de colocar para que a Agência cobre - como bem disse a Dra. Claudia, regulamentos ela tem, e muito, o que ela precisa é cobrar, precisa fazer essas leis terem validade. Que o Judiciário tem que se manifestar de forma mais rápida, porque sabemos que um dos grandes entraves é esse, eu jogo a coisa para o Judiciário e deixo que a coisa corra. Que ter um reajuste pelo menos que fosse igual ao reajuste dos usuários nos honorários, e que fosse um índice conhecido, não reajustes que eles tiram do nada. Que o segundo ponto seria alguns procedimentos odontológicos que exigem o tratamento em ambiente hospitalar e que muitas vezes o plano nega, porque ele diz: o cirurgião-dentista não tem o direito de atender em hospital. Que quando o contrato do usuário diz que ele tem direito a atendimento hospitalar, não cabe à operadora dizer quem vai fazer esse atendimento. Por que, o próprio procedimento exige o atendimento em ambiente hospitalar, ou a condição sistêmica. Um paciente cardíaco que tenha um risco grande de sofrer um infarto durante um atendimento no consultório, não é muito mais seguro, não é muito melhor que o atendimento dele seja feito num ambiente hospitalar? Evidente. Que o plano às vezes nega, porque ele diz: "Não, esse procedimento não está no seu contrato". Os exames complementares da mesma forma. Que chega ao cúmulo de profissionais da área da odontologia pedirem um exame complementar, um hemograma, e que quando recebem o resultado do exame, conta como médico requisitante: "Doutor fulano". Mas quem pediu esse exame não foi o cirurgião-dentista? Foi. Mas o plano não paga se o cirurgião-dentista pedir. Então, ele obriga esse paciente a passar por um médico e o médico ter que fazer a requisição, quando também o contrato diz que o paciente tem direito àquele exame e, pela legislação, o cirurgião-dentista tem direito a requerer esse exame, quando da necessidade para o seu procedimento. Que outro ponto é uma questão que envolve a saúde do próprio consumidor: a questão dos Raios X. Que é largamente utilizado para fazer perícia do procedimento odontológico realizado. Que quando terminaria o procedimento o paciente deveria ser encaminhado para um outro profissional, que faria um exame bucal nesse paciente e o acompanharia. O profissional diz que fez tal procedimento e este segundo profissional vai observar se o procedimento foi feito. Que para evitar pagar esse outro profissional, os planos exigem tomadas radiográficas. Que existem alguns procedimentos em que a tomada radiográfica é importante, é condição *sine qua non* para que eu possa saber se o procedimento foi realizado ou não. Que um tratamento de canal, eu não enxergo dentro do canal, só os Raios X vão me dizer. Mas restaurações, extrações dentárias não precisam de Raios X. Que a operadora obriga o paciente a tomar Raios X totalmente desnecessários, cumulativo a ele e que vai fazer mal à sua saúde, para poder provar que o procedimento foi realizado. Que outra situação que também é bastante emblemática são as glosas administrativas. Que quando o paciente passa por uma perícia e essa perícia constata que o trabalho ou não foi executado ou está mal feito, o plano tem todo direito de glosar esse trabalho e dizer ao profissional que faça novamente. Que só outro profissional da área que pode avaliar o trabalho, mas eles não passam para outro profissional e, simplesmente, fazem uma glosa percentual, 20%. Que o profissional, às vezes, não reclama dessa glosa, porque o valor é tão ínfimo e preferem não reclamar. Que parece que eles jogam com essa margem, de tantos profissionais que são glosados e não reclamam, então ganham em cima disso também. Que eu aceito um contrato, ninguém me obriga a aceitar, mas, infelizmente, o mercado de trabalho é motivo para outra discussão: as escolas de Odontologia, proliferaram neste país de uma forma totalmente desordenada. Que uma oferta de mão de obra muito grande e mal distribuída no Brasil: na região norte e nordeste faltam profissionais; no sul e sudeste sobram e as operadoras se aproveitam disso, porque sabem, inclusive quando conversamos com alguns representantes falando da possibilidade do descredenciamento, eles praticamente riem de nós. Que descredenciam cem, mas tem duzentos na fila para entrar. Que esse é um problema sério. Em seguida o Dr. Emerson Luiz Jorge tratou da questão de um procedimento que é feito diariamente nos pacientes, a tomada radiográfica. Relatou que como não tem reajuste há muitos anos, um procedimento de Raios X, é pago ao cirurgião-dentista, R\$2,47. Que Raios X Peri apical pode ser feito pelo cirurgião-dentista, mas a panorâmica tem que ser num centro de radiologia, são pagos R\$2,47 a tomada radiográfica. Que isso não paga nem a película. Que se você vai lá fazer uma extração de três ou quatro dentes, o plano pede uma radiografia antes do procedimento e uma radiografia depois do procedimento. Que está expondo o paciente à tomada radiográfica e se, o procedimento foi realizado, o paciente assinou que isso se procedeu, o plano pede a radiografia pós-procedimento e se o colega não realizar, orientando o paciente de que ele não deve ser submetido à tomada radiográfica novamente, o plano glosa o procedimento e não paga o profissional por não ter feito a radiografia final. Que temos que ir ao encontro da valorização profissional e, principalmente, também, ao bom serviço prestado à população, muitos colegas também não querem realizar esse procedimento, porque eles vão ter um custo negativo, porque está pagando a película, paga o procedimento, paga a secretária, paga a infraestrutura. Que muitas vezes, também pode correr o risco de não ter um bom atendimento com esse exame complementar. Que a CBHPO, que foi realizada por todas as entidades, mais a FIPE, não é respeitada, como não é respeitada também a CBHPM - uma resolução do Conselho Federal de Odontologia e da ANS dizendo que os planos, que o procedimento a ser realizados, no exemplo da radiografia, é determinado pelo cirurgião-dentista a necessidade ou não da tomada radiográfica. Que as operadoras não cumprem e continuam glosando. Em seguida o Deputado Péricles de Mello declarou. Que o que leva uma pessoa a fazer um plano de saúde na área médica é a imprevisibilidade da doença. Na odontologia não é exatamente assim. Que existe maior previsibilidade com relação aos serviços odontológicos que gera uma relação diferente entre as operadoras

de odontologia do que com a medicina por causa desse fator. Que a questão das cooperativas - Uniodonto - onde os próprios profissionais se organizavam. Elas não conseguem competir. Esse tipo de cooperativa tem dificuldade de competir com os planos. Em seguida o Dr. Roberto Cavali fez o uso da palavra declarando que um plano médico é contratado sem saber o que vai me ocorrer. Que a odontologia é mais previsível. Que isso é um problema que as operadoras levantam. Que o paciente faz o plano, faz um tratamento e aí sai fora. Que a questão da Uniodonto: é uma dificuldade para ela concorrer. As operadoras começam a baixar o preço e obrigam a Uniodonto a baixar também. Que quando os cirurgiões dentistas vão ao Conselho reclamar da Uniodonto, eu sempre digo: "mas aquilo é de vocês. A operadora visa um lucro, a Uniodonto não. Ela vai distribuir entre vocês." Mas a resposta do pessoal que dirige a Uniodonto: "Eles baixam demais o preço, jogam o preço lá embaixo e se não os acompanharmos perdemos mercado". Que quem tem plano odontológico basicamente são as empresas que oferecem com um benefício aos seus funcionários. Difícilmente vai encontrar uma pessoa física que tenha um plano odontológico. Que a empresa procura o menor custo. O menor custo é dado por um grande plano, que tem uma força maior. A Uniodonto, às vezes, não consegue. Então, ela tem que ir baixando também. O Deputado Anibelli Neto questionou como o Conselho Federal tem abordado essas falhas e essas questões judiciais. Dr. Emerson Luiz Jorge relatou que foi feito no final do ano passado, com os Conselhos Regionais do país, uma reunião conjunta com as operadoras de planos odontológicos, para tentar alguns ajustes nessas questões que foram citadas. Que as ações têm sido feitas mais em Conselhos Regionais e nós somos federal. Que atua mais em nível de um assessoramento, em nível dos regionais que eles têm autonomia plena, e cada regional tem a sua particularidade. Que todas as ações que são feitas nos regionais têm o apoio jurídico também do Conselho Federal. Que nessa reunião com as operadoras, foram traçados alguns pontos para uma reavaliação, para em um segundo momento. Mas a bem da verdade, o que sentimos é que eles são muito bem assessorados e vão "passando a bola", que não há uma resposta positiva, em relação a isso, que a TAC agora em relação à Odontoprev, que estava glosando os procedimentos, de R\$2 mil de multa, se porventura não cumprisse a resolução. Em seguida foi dada a palavra ao Dr Celso Russo este relatou que e há necessidade de algumas correções das tabelas de procedimentos dos planos de saúde. O Dr. Emerson colocou muito bem a questão da radiologia, dos trabalhos terceirizados, especificamente da prótese. Que além da realização de um procedimento há em termos de infraestrutura - um custo terceirizado. Que as pessoas não têm como fazer um bom serviço e as que fazem se submetendo a esses valores, acabam prestando um serviço de qualidade muito inferior. Que às vezes, o próprio conveniado, que não tem nada a ver com isso não sabe. Que é um trabalho árduo, que o cirurgião-dentista tem que fazer para haja qualidade no serviço, porque não é o simples fato de fazer, colocar na boca do paciente. Porque ao invés de estar colaborando com a saúde, estará prejudicando. Que um fator importante, que faz com que muitos profissionais de qualidade, que poderiam estar atendendo nesses planos de saúde, saiam, descredenciem-se e, quem realmente é lesada, é a população. Que a Associação de Odontologia não é um órgão regulador. Isso cabe ao conselho. Porém, luta pelo bem-estar da classe, pela união da classe, para dar melhores condições para o trabalho de cirurgião-dentista. Em seguida a Dra. Claudia Silvano declarou que a insatisfação dos profissionais com as questões impostas pelas operadoras acaba repercutindo em desfavor do consumidor. Que de uma forma ou de outra, a repercussão é sempre em desfavor do consumidor. Seja com a prestação de serviços, no caso da prótese, ou na imposição da última radiografia. Que enquanto órgão de defesa do consumidor, esta questão entre profissional e operadora, seja independentemente do tipo, se é cooperativa, se é plano de saúde, se é seguro saúde, é uma questão secundária e que não deve, evidentemente, repercutir em desfavor do consumidor. Que essa é a posição. Que os profissionais e que as entidades representativas dos profissionais têm toda a condição de promover uma discussão, mesmo que seja judicial, entre o profissional e a operadora. O que não pode é o consumidor ser prejudicado. O Deputado Anibelli Neto questionou que no caso o Conselho Federal de Odontologia também deveria arguir isso judicialmente. Que deve ter uma autonomia para cada Unidade da Federação, cada Conselho Regional, mas um Conselho Federal tem uma força muito grande. A Dra. Claudia Silvano respondeu que a tomada de uma medida judicial é a forma mais correta neste caso. Em seguida o Dr. Emerson fez uso da palavra e declarou sobre a questão da tomada radiográfica que foi feita uma ação judicial. Que teve um TAC com relação à Odontoprev. Que estão sendo feitas as ações, mas, muitas vezes, tenta-se a conversação, um acordo, porque tudo que é judicial é muito mais moroso, e quem acaba sendo prejudicado é o próprio paciente. Que uma coisa que também falta, por parte dos planos é a orientação ao consumidor informando o que o plano vai oferecer ou não. Porque ninguém vai ficar lendo dez, quinze páginas de contrato, como também deveria ser obrigação de quem está assinando, ler o contrato. Mas, muitas vezes, o paciente chega para nós e fala: "Não, mas a operadora falou que eu teria direito a esse procedimento, agora chega aqui e eu não tenho!". Que falta conscientização de quem está oferecendo o plano. A Dra. Claudia Silvano relatou que se deve exigir que a operadora informe adequadamente, definir bem quem é quem nesse cenário. Que é papel dos órgãos de defesa do consumidor exigir, sim, que o atendimento seja dado, que aquilo que foi contratado seja prestado. Que a questão da informação é essencial. É primordial saber qual é o direito do consumidor dentro daquilo que foi contratado. Em seguida o Dr. Roberto Veiga Cavali declarou que a questão da radiografia, quando o Dr. Emerson coloca o valor, ele só exemplificou. Que o pior não é o valor, o pior é o paciente ter que tomar esse raio sem necessidade. Que outra coisa muito importante é a leitura do contrato.

ATO DO PRESIDENTE Nº 19/2013

O Presidente da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 20, inc. XXXII, e tendo em vista o disposto no art. 35, do Regimento Interno,

DECLARA

constituída a Comissão Especial, conforme Proposição do Deputado CAÍTO QUINTANA, aprovada na Sessão Ordinária do dia 20 de agosto de 2013, com seis assinaturas e autuada na Diretoria Legislativa, com a finalidade de *"averiguar e relacionar o número de entidades declaradas de Utilidade Pública no Estado do Paraná"*. A Comissão Especial será composta pelos Deputados Caíto Quintana (PMDB), titular e Gilberto Martin (PMDB), suplente; Anibelli Neto (PMDB), titular e Jonas Guimarães (PMDB), suplente; Cantora Mara Lima (PSDB), titular e Rose "Litro" (PSDB), suplente; Pedro Lupion (DEM), titular e Elio Rusch (DEM), suplente; Tadeu Veneri (PT), titular, e Toninho Wandscheer (PT), suplente; Andre Bueno (PDT), titular e Fernando Scanavaca (PDT), suplente; Tercilio Turini (PPS), titular e Dr. Batista (PMN), suplente. Os trabalhos da Comissão deverão ser processados no prazo de noventa dias, com observância às disposições da Constituição Estadual e do Regimento Interno da Assembleia Legislativa.

Sala da Presidência, em 28 de agosto de 2013.

Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

80953/2013

Editais e Contratos

AVISO DE EDITAL

A ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ, através de sua Diretoria de Apoio Técnico, torna público a realização do seguinte procedimento licitatório:

Pregão, na Forma Presencial para Registro de Preços nº 052/2013

Data da abertura: 12/09/2013

Horário: 10h30min

Objeto: Contratação de empresa especializada em fornecimento e instalação de persianas para esta Assembleia Legislativa ALEP.

Valor máximo: R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais).

Mais informações, bem como a íntegra do Edital e anexos, poderão ser obtidos junto a Diretoria de Apoio Técnico da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, Praça Nossa Senhora da Salette, s/n – Centro Cívico, no horário das 09:00h às 12:00h e das 13:00h às 18:00h, ou pelo fone (041) 3350-4255 ou ainda pelo Site: www.alep.pr.gov.br/transparencia/licitacoes-e-contratos/editais

Dotação: 001.001.4000.4490.5218.

Diretoria de Apoio Técnico

Curitiba, 29 de Agosto de 2013.

81044/2013

Que infelizmente, tem médicos, que dizem: "Eu não conheço o contrato que eu assinei". Que o profissional não sabe o contrato que assina. "Me traga uma cópia do contrato". Ele diz: "Mas eu não tenho a cópia". Que fica difícil para essa representação. Que os conselhos têm tentado isso, até mesmo extrapolando o diploma legal que nos diz da questão da Regulação do Exercício Profissional. Mas, extrapolamos muitas vezes isso, indo ao Judiciário e indo ao Ministério Público, fazendo as denúncias. A Lei nº 4.324 é muito frágil no que fazer contra os planos. Existem quatro punições: advertência confidencial; censura confidencial; censura pública; suspensão e cassação. Que suspender a comercialização de uma operadora não resolve a nada. O Deputado Anibelli Neto indagou sobre o ensejo dos 217 processos administrativos citados anteriormente pela Dra. Claudia Silvano. Viraram multa ou viraram termo de ajustamento. A Dra. Claudia Silvano respondeu que não. Que são processos individuais, que têm seu trâmite e que podem culminar com aplicação de sanção de multa. Em seguida Deputado Anibelli Neto perguntou qual é era opinião particular a respeito da Unimed, que dá R\$100 milhões para um clube de futebol e deixa a desejar, em vários casos, no Brasil inteiro. Dra. Claudia Silvano respondeu que é inadmissível que o serviço seja prestado de maneira inadequada. Que há um ambiente de desconfiança entre o profissional e a operadora. Que tudo o que o profissional determina é motivo de desconfiança. Isto acaba sempre repercutindo no consumidor. Que um médico prescreve um determinado procedimento, este procedimento é submetido à segunda opinião. Que esta submissão à segunda opinião é algo legal. Não é ilegal. Mas que o problema é que isto se tornou uma prática muito comum. Mas, por que é que todo procedimento prescrito tem que ser submetido a outro profissional? É claro que não tem só a questão patrimonial que está em jogo, de pagar e não ter o atendimento. Há outra questão, que é um eventual agravamento do estado de saúde do consumidor: "Olha, você vai fazer tal exame." Chega a operadora e diz: "Não, por que ele vai se submeter? Tem que ter uma justificativa." Então, este ambiente de desconfiança acaba gerando um prejuízo para o consumidor. E não é somente um prejuízo patrimonial. É muito mais que isso. É um prejuízo à saúde. Por que é que o outro tem que ver, passar para ele, passar para ela, todo mundo tem que conferir se é isso mesmo. Este ambiente de desconfiança, a suspeita da fraude, que parece ser algo que reina neste meio. É impressionante isso! Há uma evidente suspeita de que o profissional, seja o cooperado ou qualquer outra forma de constituição da empresa, esteja sempre... Existe isso? Existe, claro que existe. Só que a operadora não pode tornar isto uma prática comum. Tem que ter outros meios de controle e não submeter o consumidor a tempos de espera em razão deste ambiente de desconfiança, que parece reinar. Em seguida o Dr. Roberto Cavali declarou que na odontologia é a mesma coisa. Que pode não se perder a vida numa demora. Mas se perde um dente, e é um órgão. Que este sentimento de desconfiança perpassa por esta relação. Que tem profissionais que enganam, não há dúvidas. Mas não são todos. É uma minoria, e a operadora trata a todos, na vala comum "Todos me enganam." Que então precisa fazer perícias, radiografias, segundas e opiniões. Que na área médica, é muito pior, porque é questão, às vezes, de vida ou morte. O Dr. Everson Da Silva Biazon Procurador do Conselho destacou a situação do atendimento hospitalar. Relatou Que essa situação em que se nega procedimentos odontológicos em hospital para fins odontológicos. Que o paciente não é atendido no hospital. Que se lá está, por uma enfermidade, o plano não autoriza o procedimento odontológico. Que o profissional cirurgião-dentista no ambiente hospitalar é uma exigência natural, porque a odontologia faz parte da saúde humana, e é lei no Estado do Paraná, aprovada em 2011, que exige um cirurgião-dentista compondo a equipe multidisciplinar, multifuncional das UTIs. Que essa lei é a Lei Estadual 16.786/2011, que determina que os hospitais públicos e privados tenham o cirurgião-dentista compondo a equipe. Que foi aprovada na Câmara dos Deputados e aguarda a sanção da Presidente o Projeto de Lei nº 2.776, colocando a obrigatoriedade de um cirurgião-dentista nas UTIs no Brasil todo. Como é que ficaria a situação do plano já que é obrigatória a presença de um dentista para atender aquele paciente, e o plano não autoriza o procedimento, porque para fins odontológicos não pode ser feito no hospital. Que é uma reserva de lucro do plano. Que o Conselho de Odontologia só tem o mecanismo da Ação Civil Pública e questões processuais exigem que seja mais de um caso, mais de um caso a se colocar essa evidência para levar ao Judiciário. Para encerrar o senhor Presidente agradeceu a presença dos convidados, à equipe de assessoramento e, determinou que, para constar e produzir os efeitos legais fosse lavrada a presente ata, sendo assinada pelo senhor Presidente, membros e por mim, Lidiani Schühli Marcondes. De acordo com as notas Taquigráficas do dia 16/04/2013.

DEPUTADO ADELINO RIBEIRO
Presidente

DEPUTADO STEPHANES
JUNIOR
Vice Presidente

DEPUTADO ANIBELLI NETO
Relator

DEPUTADO PÉRICLES DE
MELO
Membro

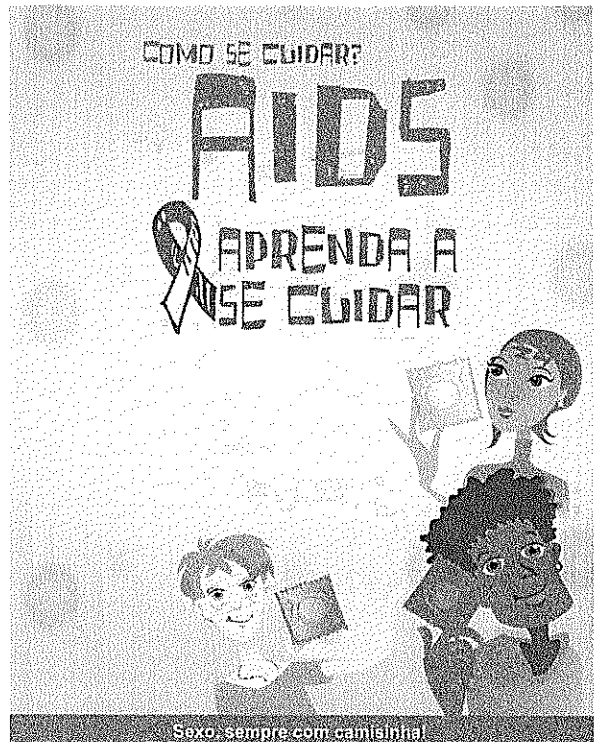
DEPUTADO TERCILIO TURINI
Membro

DEPUTADO LEONALDO
PARANHOS
Membro

DEPUTADO MAURO MORAES
Membro

LIDIANI SCHÜHLI
MARCONDES
Coordenadora Geral

80956/2013





Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Diretoria Legislativa – Coordenadoria de Taquigrafia

6ª Sessão Legislativa – 17ª Legislatura



COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE

Presidente: Deputado Adelino Ribeiro

Relator: Deputado Anibelli Neto

Membros Titulares: Deputados Tercílio Turini, Mauro Moraes, Paranhos,

Péricles de Mello e Stephanes Junior

ATA DA 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA – 07/05/13

A Comissão Parlamentar de Inquérito, instituída pelo Ato Presidencial nº 19 de 06 de novembro de 2012, com a finalidade de “investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras dos planos de saúde no Estado do Paraná”, reuniu-se ordinariamente aos sete dias do mês de maio de dois mil e treze, às dez horas, na Sala das Comissões da Assembleia Legislativa do Paraná, sob a presidência do senhor deputado Adelino Ribeiro e sob a Relatoria do senhor Deputado Anibelli Neto, mais os deputados Tercílio Turini e Leonaldo Paranhos. Os depoentes intimados que se fizeram presentes foram os senhores Dr. Cadri Massuda e Sra. Dulcemar de Conto, representando o Grupo Abrange (Associação Brasileira de Medicina de Grupo); Dr. Sandro Leal Alves representando a Fenasaúde (Federação Nacional da Saúde Suplementar); Dr. Mauro Pereira representando a Unidas (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde).

Sob a proteção de Deus, o senhor presidente declarou aberta a sessão, com o objetivo de ouvir os intimados na data e em seguida os deputados Anibelli Neto e Tercílio Turini fizeram o uso da palavra para considerações iniciais.

Na sequência, o senhor presidente, Deputado Adelino Ribeiro, concedeu a palavra ao senhor Cadri Massuda, que relatou que: “as operadoras de plano de saúde representam hoje 25% da população, atendendo quarenta e oito milhões e setecentas mil pessoas (48.700.000). Não era assim quando foi criada a ANS (Agência Nacional de Saúde), quando havia trinta milhões de usuários dos planos de saúde e hoje passou para quarenta e oito milhões de usuários, graças principalmente a população da classe C. Hoje a classe C junto com a classe D representam o grande contingente de beneficiários do plano de saúde. Nos Estados de Santa Catarina e Paraná, o Grupo Abrange atende quase vinte milhões de pessoas, as cooperativas dezessete milhões e meio de pessoas, autogestões cinco milhões, seguradoras cinco milhões e oitocentas pessoas. Antes da ANS existia cerca de 5 mil empresas, a partir da implementação da ANS, devido a exigência de suporte financeiro e determinadas normativas, metade das empresas desapareceu, chegando em 98 com aproximadamente duas mil e quinhentas empresas. Doze anos depois, depois de quase duas mil leis apresentadas, normativas da ANS, restaram 20% somente das empresas.



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Diretoria Legislativa – Coordenadoria de Taquigrafia

6ª Sessão Legislativa – 17ª Legislatura



Hoje, conforme dados da ANS, existem 973 operadoras com beneficiários – falando da parte médica, o que representa 20%. Destas 973 empresas, 32 – todos bancos, seguradoras, cooperativas – dão cobertura a 25 milhões de usuários, metade do atendimento.

Segundo o depoente, se referindo à situação econômico-financeira das empresas, “Hoje em dia são como um banco, tem que ter reserva, têm que ter condições de bancar o sinistro, ou vão fechar. E por isso vem fechando a cada dia novas empresas. Aquelas que estão em atividade foram criadas em outros tempos. Não existe mágica no nosso sistema. O usuário paga, a operadora intermedia e os prestadores fazem seus serviços: médicos, laboratórios, hospitais. Os prestadores, que são médicos, laboratórios, hospitais, prestam serviços e este serviço que prestam chama-se sinistro. Sinistro, mais a taxa administrativa, que toda empresa tem, este conjunto são as despesas. As receitas menos despesas, é o resultado. O lucro é 2% ao ano, o que significa 50 anos para recuperar o capital investido. O sinistro das empresas têm – estes são dados da ANS – girado em torno de 82,4%. As taxas administrativas em média representam 15,1%. A soma dos dois dá 97,5%. Isto quer dizer que as empresas estão trabalhando com uma lucratividade de 2,5% ao ano. O sistema é perverso, por não possibilitar que se saiba quanto vai ser gasto com entrada de uma pessoa num hospital, fica-se na dependência da doença do cliente, não se sabe quantos dias vai ficar e nem o tratamento que será necessário, é como se estivesse dando um cheque em branco. Se ficar numa UTI, o custo-médio da UTI varia de dois mil e quinhentos reais (R\$ 2.500) a três mil reais (R\$ 3.000.) Se ficar dez dias, trinta mil reais (R\$ 30.000). Então, é uma dificuldade em organizar as finanças, por causa deste sistema que não te impõe limites. Principalmente diante tecnologia e equipamentos novos que se fazem necessários para atendimento da população”.

Outra causa apontada pelo depoente para o que considera alto custo, é o envelhecimento da população. Segundo o senhor Cadri Massuda “O problema do envelhecimento da população é que os novos medicamentos e novas tecnologias, estão dobrando o número de pessoas idosas. Com o organismo vai envelhecendo e ocorrem doenças crônicas, que não têm tratamento de cura, que tem que se levar até o fim da vida. E quanto mais pessoas de idade tiver, mais custo vai ter. Hoje Uma pessoa que tem dor de cabeça vai lá no Google, tentar ver o que é dor de cabeça, pode achar que é um tumor, um derrame. E aí vai ver que para isso, ele precisa de uma ressonância, uma tomografia. E ele chega ao médico e diz: *o senhor não vai me pedir isso aqui?* Mesmo achando que ele é tensional. E isso custa dinheiro! No *Fantástico*, toda vez que sai uma reportagem de uma doença, os consultórios desta especialidade se abarrotam de pessoas querendo informações. São todos os materiais cada vez mais caros, cada vez mais complexos e que se observa que depois de um tempo os resultados são muito parecidos com os que estavam sendo usados, tudo o que sai novo, sai prescrito. A ANS fornece um Rol de procedimentos, uma lista dizendo todos os exames e medicamentos que devem ser atendidos, sem dizer de onde vira renda para suportar tais despesas, ou mesmo reajustes para suporta-las. Por isso que estão distribuindo para Comissão um livro que é feito por juristas, advogados e Ministros, sobre planos de saúde e dizendo que gostaria que antes que tomassem qualquer conclusão final desta CPI lessem este livro. Representa



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Diretoria Legislativa – Coordenadoria de Taquigrafia

6ª Sessão Legislativa – 17ª Legislatura



250 empresas, 12.800 médicos próprios, o que dá 121 milhões de consultas ao ano e 3,6 milhões de internações, um importe financeiro de noventa e quatro bilhões de reais (R\$ 94.000.000.000,00) bilhões ao ano, muito mais do que o Ministério da Saúde coloca nos 150 milhões de habitantes”.

Sobre os horários médicos, o depoente declarou que “Há cerca de 10 anos representavam em torno de 30% dos nossos custos assistenciais, hoje representam 18%. E esse dinheiro foi para onde? Foi para as empresas? Não foi para as empresas, não. Se redistribuiu, principalmente para os hospitais, com 42%, e para os exames de diagnóstico. a mudança na segmentação de produtos, com a exclusão no cálculo atuarial dos honorários médicos e livre negociação entre médicos e usuários, pode ser uma solução a ser levantada no que diz respeito aos valores pagos aos médicos. Observado o seguinte: a ANS só permite a venda de quatro produtos. Se tivesse um produto que excluísse os honorários médicos, em que o segurado fosse em uma consulta, ele negociaria com o médico o valor da consulta, não tenho dúvida nenhuma de que inclusive as consultas médicas abaixaram. Óbvio que esse valor no cálculo atuarial diminuiria inclusive o custo do plano de saúde, porque sairia fora uma parte significativa dessa pizza, que são os honorários médicos”.

Na sequência o senhor Relator, deputado Anibelli Neto, questionou o depoente: “Sobre a ANS, o que ela faz, o que ela poderia fazer e o que ela deixa de fazer, dentro da concepção de que é uma agência reguladora, criada automaticamente, para regular o serviço da saúde no Brasil? O depoente respondeu que: “Na ANS, tinha algumas empresas que eram de fachada, as quais foram obrigadas a se profissionalizar ou desaparecer. Com a implementação das normativas duas mil e quinhentas empresas desapareceram, além de obrigarem as empresas que permaneceram a melhorarem os serviços, o que foi um ganho com a entrada da ANS. Só que ela começou a extrapolar a sua função, se tornando inviável às empresas continuarem acompanhando. Hoje, inclusive, sendo causa de encarecendo de plano por causa disso, vez que se tem que ter uma estrutura só para atender a ANS. Só para você ter uma ideia, em Pernambuco tem sete operadoras, quatro estão sobre gerência fiscal da ANS. De tal sorte que o que se pressupõe é que em 2020 vão sobrar 400 empresas. Está para desaparecer mais de 500 empresas graças a essas intervenções que a ANS está provocando”.

Em seguida o senhor Presidente, deputado Adelino Ribeiro, concedeu a palavra à senhora Dulcemar de Conto, que disse que “Para complementar a questão da ANS, relatando que o problema é que um é regulado e o resto não. Onde se tem um tripé em plano de saúde: cliente, prestadores e empresas. O médico não é regulado, o hospital não é regulado, muito menos a indústria farmacêutica que vive, tiraniza, suga esse País. Se abrir o Diário Oficial, são 14 milhões de multas que foram aplicadas às operadoras, o que não é divulgado. Que a operadora paga três tabelas para a ANS de cada atendimento que o SUS faz. As operadoras têm que provisionar o ressarcimento ao SUS cobrado, inclusive multas e juros”.

O senhor Relator, Anibelli Neto, questionou a depoente que fazia o uso da palavra, perguntando: “Então, qual seria a sua sugestão em relação a ANS?”. Em resposta, a senhora Dulcemar de Conto disse que: “Se é uma agência reguladora da saúde suplementar, suplementar quer dizer o que o Estado não garante. Completando que a saúde suplementar é composta por operadoras de



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Diretoria Legislativa – Coordenadoria de Taquigrafia

6ª Sessão Legislativa – 17ª Legislatura



planos de saúde, hospitais particulares, médicos, clínicas, serviços. E, se só existe norma para um, é lógico que vai ter conflito. Que tem oito mil, cento e quatorze procedimentos no rol a serem cumpridos, a partir do momento em que esse rol é atualizado tem que ser atendido, tenha dinheiro ou não tenha. Que o reajuste é inferior ao custo, e ainda assim somente é concedido se solicitado, estando os pagamentos da ANS todos em dia. A ANS tem que ser mais conhecida. O ônus da prova tem sido das operadoras, o que gera um custo administrativo para se defender da Agência Nacional que não precisava ter”.

Na sequência, o senhor presidente, Deputado Adelino Ribeiro, concedeu a palavra ao depoente senhor Mauro Pereira, representante da Unidas. Ele relatou que: “A Unidas Nacional representa em torno de cinco milhões de usuários, no Paraná em torno de duzentas e trinta mil pessoas, como a entidade sem fins lucrativos e a maioria das empresas é patrocinada por órgãos federais, estaduais e municipais. Por conta disso, graças a um trabalho que a Unidas tem feito, são vistos com outros olhos pelos médicos, com um relacionamento bem tranquilo. Seu objetivo é atender o usuário. A sua renda só vem de contribuição do associado e da patrocinadora, não vem de nenhum outro lugar. Expões que a ANS espreme de uma forma muito complicada, o que tem prejudicado bastante, não só as entidades de grupo, mas de autogestões. A ANS enxerga só um lado. A Unidas não é uma operadora, é um órgão que congrega entidades de autogestão, que são entidades sem fins lucrativos”, encerrando a sua fala.

Em seguida foi concedida a palavra ao representante da FenaSaúde, senhor Sandro Leal Alves, que relatou: “Federação Nacional de Saúde Suplementar é a entidade que representa só as seguradoras especializadas em saúde. Regulada pela SUSEG na década de 70, atualmente pela ANS. A FenaSaúde hoje conta com 15 grupos empresariais, são 29 operadoras dentro de um universo de operadoras de 1.320. Estão garantidas nas empresas da FenaSaúde aproximadamente vinte e cinco milhões de pessoas, que isso é 36% do mercado, que é um mercado que representa cerca de um quarto da população brasileira. Em 2012 essas empresas da FenaSaúde devolveram à sociedade, na forma de pagamento de despesa, cerca de trinta bilhões de reais, num total de quase oitenta. Só em 2012, foram realizados quase um bilhão de procedimentos. Ou seja, 996 milhões de procedimentos. Procedimentos esses que são: consultas, exames, internações, terapias, etc. Ressaltando que, hoje cerca de 94% do financiamento dos hospitais estão ligados às operadoras de planos de saúde. É pela via dos hospitais que surgem tecnologias, inovações tecnológicas, procedimentos, enfim, tem um lado muito positivo em termos de melhoria da qualidade de vida das pessoas, mas por outro lado, tem custos, e para que ele seja sustentável ele tem que funcionar na base do seguro. As pessoas muitas vezes confundem um pouco o sistema de seguro, que é o mutualismo, com o sistema de acumulação, como se fosse uma previdência. Ele funciona quase que estritamente como um seguro, com algumas diferenças, mas a base do sistema é a base securitária. Em primeiro lugar o custo desse produto só vai ser conhecido no futuro, o qual vai ser calculado pelos atuários, que com base em estatísticas matemáticas e dados históricos, conseguem prever de certa forma o custo que vai ter lá na frente, a fim de que a empresa tenha como pagar os custos no futuro com concretização dos eventos”.



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Diretoria Legislativa – Coordenadoria de Taquigrafia

6ª Sessão Legislativa – 17ª Legislatura



Dando sequência, o depoente relatou que: “Conforme dados da Fenasaúde, em termos de receita, de 2007 para 2012, essas receitas cresceram cerca de 117%. Ao mesmo tempo, as despesas totais cresceram 129%, as despesas com a prestação da assistência cresceram 133%, ou seja, mais do que as receitas, sendo que o item que mais vem crescendo, está relacionado às internações. O que vêm assumindo um papel bastante preocupante. Como qualquer setor da economia, poderia se questionar por que crescem tanto essas despesas? Em parte por conta do envelhecimento da população, deslocando as faixas etárias para as faixas etárias superiores, com impacto no custo de cerca de 43%. Na Fenasaúde acredita-se que a prevenção é o caminho mais correto para mitigar alguns desses problemas, com adoção de hábitos saudáveis, o que engloba, muitas vezes, utilização desnecessária dos recursos tecnológicos, sem avaliação correta do custo e do benefício dessa incorporação tecnológica”.

Dando sequência à sessão, o senhor presidente, Deputado Adelino Ribeiro deixou a palavra livre aos deputados para questionamentos. O senhor Relator, Deputado Anibelli Neto, perguntou “a respeito de afirmações feitas no tocante ao aumento no plano de saúde por conta da taxa de administração, considerando órtese, prótese e materiais de alto custo, diante da justificativa que não é repassado, como deveria ser feito?”. A depoente senhora Dulcemar de Conto disse que “de 100% de arrecadação, até 75% vai para a assistência à saúde e os outros, 25% para despesas com impostos, despesas administrativas de local e folha de pagamento. A medicina de grupo da Associação que represento trabalha sofredamente e, além disso, o investimento em tecnologia é alto. Agora por exemplo estão sendo aplicados cerca de 835 mil códigos para taxas, materiais, medicamentos, num padrão único nacional. Os benefícios disso virão para todos, porque os hospitais, médicos, laboratórios e operadoras vão trabalhar numa linguagem única. Mas o investimento para fazer isso é alto em pessoas, em sistemas informatizados. Assim o médico que não tem o computador no consultório, não vai mais poder atender o Plano de Saúde, porque a transmissão é eletrônica, não se requer mais papeis, a partir de primeiro de dezembro. Pelo que vê, que tem que ter uma distribuição menor, pois talvez seja interessante também vir a esta Casa nessa discussão a Fehospar, que representa os Hospitais particulares”.

Em seguida o senhor presidente, deputado Adelino Ribeiro, questionou o representante da Abramge, senhor Cadri Massuda, a respeito dos atrasos de pagamentos por parte dos planos de saúde e desmotivação dos médicos, solicitando sua opinião. O depoente respondeu que: “São por conta de uma série de fatores. Primeiro, como foi mostrado, pelo fato de algumas empresas não estão bem das pernas, havendo necessidade de algum fluxo de caixa para pagamento disso. A situação está toda desorganizada. O médico ganha pouco, tudo bem, mas está se cobrando muito em locais que não deviam ser cobrado. Que por vezes tem que pagar o Hospital, pois se não pagar o Hospital ele não atende e aí acaba as vezes atrasando para o médico. É preciso ter um diálogo franco entre as partes, para que ambas possam se entender”.

O senhor deputado Leonaldo Paranhos, pediu o uso da palavra e disse que: “Estamos aqui numa CPI, da mesma forma que eu falei aqui na outra reunião dessa CPI, nós estamos aqui numa Comissão Parlamentar de Investigação. Infelizmente, foi necessário chegar nesse ponto para que pudessemos debater



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Diretoria Legislativa – Coordenadoria de Taquigrafia

6ª Sessão Legislativa – 17ª Legislatura



esse tema. Aliás, estamos debatendo há muito tempo. Sou Presidente da Comissão de Defesa do Consumidor, o Deputado Adelino é o Vice-Presidente, durante um ano tentamos aqui no Estado do Paraná intermediar isso que o Dr. Cadri acaba de dizer, essa bagunça que existe e o grande prejudicado é o consumidor. ANS, os Planos de Saúde, os Hospitais e os Médicos brigam diariamente e o consumidor é o grande lesado. E quero ser muito claro aqui, que falo em defesa do consumidor, Deputado Adelino. Porque não é mais possível, nós não precisamos nem ouvir aqui os consumidores, todos os números mostram o descontentamento que existe com os planos de saúde no nosso País, que aliás lideram junto com a telefonia o ranking de produtos de maior reclamação. Se a Senhora tem alguma dúvida Dra. Dulcinéia, a Senhora pode pesquisar que é isso que eu estou falando. O seu gesto, o seu olhar parece que não concorda, mas esses são os números. Nós tivemos aqui o depoimento de um dos Diretores da ANS, que diz o seguinte (e está gravado): “que alguns médicos recebem determinação das operadoras, de algumas operadoras, para mudar o procedimento de exames e procedimentos cirúrgicos.” Gostaria de perguntar ao Dr. Cadri, se isso ele tem conhecimento?”. O depoente respondeu ao senhor deputado que: “Não é ético e as operadoras éticas não o fazem. Porque não é ético você mudar procedimentos. O que acontece muitas vezes são códigos errados apresentados. Então, chega numa tabela, porque agora existem várias tabelas. Tem a tabela MB, tem a tabela CHPM 4ª edição, 5ª edição, 6ª edição e às vezes o médico escreve um código por uma tabela e que você tem que colocar no teu sistema a tabela que está vigente. E aí existe a mudança do código, não do procedimento, porque a mudança do procedimento incorre em sanções éticas, profissionais e junto a Agência Nacional, que se você fizer isso você leva uma multa de 50 mil reais. Então, não acontece isso daqui. O que acontece é justamente é um ajuste, justamente por causa dessas. Com a apresentação do TIS (?) vai acabar regulamentando, porque virá uma tabela única nacional e que hospitais, operadoras e médicos vão ter que se adaptar”. O senhor deputado Leonaldo Paranhos seguiu com os questionamentos: “Nós estamos aqui numa CPI, evidentemente que isso está sendo gravado. Então, da mesma forma eu quero saber do Sandro e também do Mauro se concordam com isso. E reafirmar que o Senhor está fazendo uma afirmação. E quero perguntar: Esse equívoco, essa mudança do código, essa mudança nesta operação não traz nenhum prejuízo para o consumidor?”. “Não deve”, respondeu o senhor Cadri Massuda. “Não deve ou não traz?”, reforçou o deputado Paranhos. O depoente então respondeu que “Não traz. São códigos, apenas mudança de códigos, isso quando houver. E é natural que quando isso aconteça a operadora deva comunicar para o médico para que ele não faça de novo, dizendo olha: você colocou o código de apêndice 390 não sei o que e não é 39 é 42, porque a tabela é outra. Entende? Não se muda de maneira nenhuma o procedimento apresentado”.

Então o deputado Paranhos questionou se “Entre um código de um exame de Raio X e uma ressonância são códigos diferentes”, recebendo do depoente uma resposta afirmativa: “Isso são”. O deputado então reforçou que: “Isso não acontece do paciente precisar de uma ressonância e a operadora determinar que faça um Raio X?”. O depoente respondeu que: “Não. Não pode. O que ela pode por lei que a ANS permite é você pedir uma segunda opinião, passar por



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Diretoria Legislativa – Coordenadoria de Taquigrafia

6ª Sessão Legislativa – 17ª Legislatura



uma auditoria, pedir uma segunda opinião e que tem que ser de comum acordo entre as partes para ver a indicação do procedimento. Mas ela não pode chegar e dizer: Não, pera aí, você não vai fazer ressonância, vai fazer tomografia. Certo?”.

O senhor presidente, então, entrevistou e afirmou que “Mas esse médico falou aqui”. Em resposta o senhor Cadri Massuda respondeu que “Então, ele está mal informado. Isso não pode acontecer”.

Em seguida o senhor deputado Leonaldo Paranhos disse que: “Da mesma forma que eu perguntei para a ANS eu pergunto ao Senhor, se o Senhor tem conhecimento de algum médico que devido a tabela da CBNHPM, se algum médico, o Senhor tem conhecimento que deixou de fazer algum procedimento? Porque essa tabela é uma tabela que ela paga, segundo os médicos, uma remuneração muito baixa. Por exemplo, uma cirurgia de fimose, por exemplo, o Senhor tem conhecimento que algum médico conveniado deixou de fazer esse tipo de cirurgia porque a tabela é muito baixa?”. O senhor Cadri Massuda respondeu que “Deputado Paranhos, eu quero deixar bem claro, aqui, que quem fez a tabela foram os próprios médicos. É uma tabela criada pelos médicos codificada pelos médicos e valores dados pelos médicos”. O senhor deputado interrompeu e reforçou o questionamento: “O Senhor conhece algum médico que deixou de fazer o procedimento”. No que o senhor Cadri Massuda respondeu que “Isso aqui não é problema...”. E foi novamente indagado pelo senhor Deputado Paranhos: “Isso aqui é uma CPI Dr. Cadri. É uma CPI. Eu queria saber se o Senhor diz sim ou não. O Senhor pode dizer sim ou não”. O depoente respondeu que: “Eu estou tentando dizer que a tabela não foi feita pelas operadoras. Foi feita pelos médicos e os médicos que deram os valores. Então, se o médico é livre, ele tem a arbitrariedade de fazer ou não por essa tabela”.

O senhor deputado Paranhos insistiu no questionamento: “Sim, mas o paciente que tem o plano de saúde ele tem direito a uma cirurgia de fimose. Eu quero ouvir do Senhor, se o Senhor conhece algum médico que deixou de fazer uma cirurgia?”. O depoente respondeu que “Deve existir, claro que deve existir”.

Em seguida o senhor Deputado Paranhos solicitou ao senhor Presidente que registrasse a resposta em Ata. Em seguida a senhora Dulcemar de Conto afirmou não ter conhecimento de nenhum médico que tenha se recusado a fazer o procedimento e pediu para que também ficasse registrado em Ata, o que foi consentido pelo senhor Deputado Paranhos, que indagou o senhor Sandro se ele tinha conhecimento da negativa de algum médico em realizar o procedimento devido ao baixo valor. O depoente respondeu que “Não me recordo, mas com certeza existe”, então o senhor deputado solicitou que também ficasse registrado em Ata.

Em seguida, o senhor Sandro deu sequência à resposta, dizendo que: “Quanto essa questão, a primeira pergunta da mudança de código, o que as empresas da Fenasaúde defendem é o segmento de protocolos clínicos, diretrizes clínicas baseado na melhor evidência científica possível. O que pode acontecer é que alguma solicitação que esteja muito fora dessa melhor evidência científica, dos protocolos clínicos a operadora ela pode solicitar uma segunda opinião médica. Gostaria de dar um exemplo, que é muito interessante para pensarmos nessa questão de cirurgia de coluna. O Hospital Israelita Albert Einstein, ele constituiu um grupo técnico de médicos do hospital para avaliar



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Diretoria Legislativa – Coordenadoria de Taquigrafia

6ª Sessão Legislativa – 17ª Legislatura



todos aqueles casos onde foram recomendada cirurgias de coluna e que, portanto, seria o grande direcionador dessas ortes e próteses que comentamos, aqui, bastante. A conclusão desse estudo que foi apresentado inclusive em seminários internacionais, enfim, amplamente divulgado, saiu na imprensa na semana passada, é que: dos casos recomendados para cirurgia cerca de 71%, ou 72% dessas indicações foram recomendados o tratamento convencional. Então, esse caso exprime bem o papel da operadora no sentido de, inclusive, auxiliar aquele beneficiário, que pode ter sido indicado para uma cirurgia... Aliás um relato pessoal, isso já aconteceu comigo há 10 anos atrás, eu não quis fazer a cirurgia, fui para o tratamento convencional. Só que nesse País, infelizmente, parece que virou uma moda de se fazer cirurgias de coluna. E muitas das vezes, isso tem consequências clínicas para os beneficiários e que é papel da operadora também como gestora daquele recurso verificar se está dentro do protocolo, está cumprindo as melhores recomendações. Então, nós da Fenasaúde defendemos esse tipo de ação de seguir protocolos com embasamento científico. Essa que é a nossa posição”.

Em seguida o senhor Deputado Paranhos afirmou que “Então, Senhor Presidente, o Senhor veja a situação do nosso paciente, a fragilidade, nós temos aqui um médico na Mesa, o médico sugere um procedimento e aí a operadora informa outro. Imagine a cabeça do paciente, ele sai da sala do médico com uma informação e aí ele recebe uma outra informação que não é técnica de que ele não deve fazer isso. Eu me sinto na obrigação de registrar isso. Só para registrar, até para não ficar parecendo aqui que estamos fazendo um sensacionalismo em cima desse segmento. Mas nós vimos aqui a explanação dos números, pena que não tem aqui o número dos lucros das operadoras”. O senhor presidente interrompeu afirmando que os números constando os lucros das empresas foi repassado, de cerca de dois por cento. Então o senhor deputado Paranhos prosseguiu, dizendo que: “Temos aqui no site do Ministério da Saúde os lucros anunciados e isso é conhecido no mundo todo, no ano de 2010. Aliás, publicado no dia 26 de junho de 2002, um bilhão e duzentos e setenta milhões de reais do segmento. Aliás, minha pergunta era exatamente essa: se os senhores entendem, mas, não precisa responder, se esse setor dá prejuízo. Porque pelo que vemos tanto dos planos de saúde como da comunicação, celular, é uma reclamação generalizada. E, também, quanto aquela questão da Justiça determinar os procedimentos, aí sim quero ouvir a senhora. Quando a Justiça determina essa obrigatoriedade liminar, onde a Justiça busca isso e diz o seguinte: é para atender!”.

A depoente, senhora Dulcemar, respondeu que: “Quando recebemos uma liminar, primeiro a gente compra na hora. Ela seja discutível ou não. Onde a Justiça se pauta para atender, os juízes alegam e acho que vai ter um encontro grande que está para acontecer dia 3 de junho aqui, de discussão, que ele não tem conhecimento: saúde sempre é emergência e ele determina a liminar. Acabou. O contrato tenha cobertura, não tenha cobertura, deixa de ser um produto, deixa de ter todas as regras. E lhe digo mais: existem operadoras que se é um risco emergencial de saúde primeiro ela vai fazer e ela faz. A questão da reclamação dos usuários. Há duas semanas a ANS esteve em Curitiba fazendo uma explanação no Hotel Mabu, esses indicadores são dela, representa 0,17% da população de planos de saúde que é de 43.691.982 pessoas. Na ANS foram 75 em 2012. Tem os Procons que ... concordo que o



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Diretoria Legislativa – Coordenadoria de Taquigrafia

6ª Sessão Legislativa – 17ª Legislatura



cliente reclama, concordo que ele paga. O ponto final da minha explanação eu não apresentei, mas o começo onde ela diz quem paga a conta? É o consumidor, por causa desta bagunça. Ele não entende o contrato. Saúde é regido por um contrato. Não é atendimento, é a saúde”.

Então o senhor Deputado Paranhos disse que “para esclarecer que a Justiça quando determina isso, ela busca no rol de legislação que existe na ANS e naquela lei de 98, que é a lei dos planos de saúde”. Em resposta, a depoente disse que “Não, discordo do senhor. Têm juízes que dizem o seguinte: não me interessa a lei. Muitos juízes não conhecem a lei e os advogados poderiam se manifestar aqui. Para isso estamos trazendo ANS, Ministro da Saúde para uma discussão com o juiz para chegar a um denominador comum”.

Então o senhor Deputado Paranhos relatou que: “Vou passar um outro dado do Idec, que 80% das pessoas que são lesadas ou que se sentem lesadas também já não mais vão até o Procon reclamar, porque se sentem impossibilitadas de ter, evidentemente, seu atendimento. Para finalizar, Sr. Presidente, gostaria que a nossa depoente, a Dra. Dulcemar pudesse constar aqui de quem ela recebeu esse documento. É uma denúncia anônima?”. A depoente respondeu que seria de “um médico”. O senhor deputado insistiu, dizendo que “Gostaria que a senhora relatasse, aqui, o nome do médico. Estamos aqui numa CPI, essa é uma informação que a CPI vai buscar. A senhora traz um documento e eu gostaria que a senhora dissesse aqui, registrasse em ata o nome do médico que passou esse documento”. A depoente então registrou que “Foi a Dra. Rosemari Elisabeth Sabota”.

Em seguida o senhor deputado Anibelli Neto, relatou que: “Aqui teve, nas sessões anteriores, teve um médico e eu aqui, infelizmente, não me recordo o nome, mas consta nas atas anteriores, que um paciente seu foi encaminhado para outro profissional sem que ele fosse comunicado. Ou seja, quando o paciente ligou para a operadora, a operadora falou: pegue esse outro profissional que tinha um vínculo com o hospital da operadora, automaticamente baixando o custo. Alguns dos senhores sabem alguma situação parecida com essa, alguma coisa nesse sentido?”. O senhor Cadri Massuda respondeu que: “Isso não deve acontecer. A gente não pode responder. Existem 970 empresas atuantes, se acontece, não é certo. É errado e nós da Abrange não preconizamos isso. Assim como, repetindo: não pode haver troca de procedimento, de exames, isso não é preconizado por nós”. O senhor deputado reforçou o questionamento: “Esse profissional deve fazer qual caminho daí, no caso dessa situação: fazer uma reclamação por escrito?”. Em resposta, o senhor Cadri Massuda respondeu que sim e prosseguiu: “Ele pode fazer uma reclamação. A ANS, hoje, está recebendo qualquer tipo de reclamação via, 0800, hoje estamos em uma camisa de força com a ANS que somos julgados pelo número de reclamações que a ANS recebe. E as empresas têm produtos suspensos. Vou dar um exemplo simples do que é isso aqui. Uma paciente, e foi me relatado esta semana, foi pedido um exame de colonoscopia. Bem, a colonoscopia existe um preparo, para quem não sabe tem que fazer um preparo: três dias tomar remédio e tal. Mas ela achava que tinha que fazer no dia seguinte. Foi marcado para uma semana, dentro das normas legais, ela não ficou contente, ela ligou para a ANS dizendo que o médico tinha pedido esse exame de urgência, de emergência. Foi mandada uma reclamação para essa empresa mostrando esse pedido. Quando chegou o



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Diretoria Legislativa – Coordenadoria de Taquigrafia

6ª Sessão Legislativa – 17ª Legislatura



papel, a emergência estava escrito com 'h'. A própria paciente escreveu, emergência, com 'h', emergência, e a operadora foi punida com uma notificação de uma situação. Aí foi entrado em contato com o médico: "Não, não é emergência". Mas por uma necessidade da paciente, a operadora foi punida. Essa camisa de força que está acontecendo. Realmente, Dr. Paranhos, o senhor que diz que defende os consumidores, realmente eles devem ser defendidos. A nossa medicina suplementar melhorou muito o que era e o que é hoje e os direitos dos consumidores está muito à vista. E nós também estamos muito à vista, nós somos uma vitrine, estamos a todo instante sendo questionados por juízes, por Procons e faz com que melhoramos. Essas discussões só têm a engrandecer as empresas".

O senhor presidente consultou os deputados e depoentes se alguém mais teria algo a questionar ou comentar e diante da negativa dos presentes, encerrou a sessão.

Por fim, determinou que, para constar e produzir os efeitos legais fosse lavrada a presente ata, sendo assinada pelo senhor Presidente, membros e por mim, Lidiani Schühli Marcondes.

DEPUTADO ADELINO RIBEIRO
Presidente

DEPUTADO STEPHANES JUNIOR
Vice Presidente

DEPUTADO ANIBELLINETO
Relator

DEPUTADO PÉRICLES DE MELO
Membro

DEPUTADO TERCILIO TURINI
Membro

DEPUTADO LEONALDO PARANHOS
Membro

DEPUTADO MAURO MORAES
Membro

LIDIANI SCHÜHLI MARCONDES
Coordenadora Geral

Processo Legislativo

Comissões Especiais

COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE

Presidente: Deputado Adelino Ribeiro

Relator: Deputado Anibelli Neto

Membros Titulares: Deputados Tercílio Turini, Mauro Moraes, Paranhos, Péricles de Mello e Stephanes Junior

ATA DA 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA – 07/05/13

A Comissão Parlamentar de Inquérito, instituída pelo Ato Presidencial nº 19 de 06 de novembro de 2012, com a finalidade de “investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras dos planos de saúde no Estado do Paraná”, reuniu-se ordinariamente aos sete dias do mês de maio de dois mil e treze, às dez horas, na Sala das Comissões da Assembleia Legislativa do Paraná, sob a presidência do senhor deputado Adelino Ribeiro e sob a Relatoria do senhor Deputado Anibelli Neto, mais os deputados Tercílio Turini e Leonardo Paranhos. Os depoentes intimados que se fizeram presentes foram os senhores Dr. Cadri Massuda e Sra. Dulcemar de Conto, representando o Grupo Abrange (Associação Brasileira de Medicina de Grupo); Dr. Sandro Leal Alves representando a Fenasáude (Federação Nacional da Saúde Suplementar); Dr. Mauro Pereira representando a Unidas (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde). Sob a proteção de Deus, o senhor presidente declarou aberta a sessão, com o objetivo de ouvir os intimados na data e em seguida os deputados Anibelli Neto e Tercílio Turini fizeram o uso da palavra para considerações iniciais. Na sequência, o senhor presidente, Deputado Adelino Ribeiro, concedeu a palavra ao senhor Cadri Massuda, que relatou que: “as operadoras de plano de saúde representam hoje 25% da população, atendendo quarenta e oito milhões e setecentas mil pessoas (48.700.000). Não era assim quando foi criada a ANS (Agência Nacional de Saúde), quando havia trinta milhões de usuários dos planos de saúde e hoje passou para quarenta e oito milhões de usuários, graças principalmente a população da classe C. Hoje a classe C junto com a classe D representam o grande contingente de beneficiários do plano de saúde. Nos Estados de Santa Catarina e Paraná, o Grupo Abrange atende quase vinte milhões de pessoas, as cooperativas dezessete milhões e meio de pessoas, autogestões cinco milhões, seguradoras cinco milhões e oitocentas pessoas. Antes da ANS existia cerca de 5 mil empresas, a partir da implementação da ANS, devido a exigência de suporte financeiro e determinadas normativas, metade das empresas desapareceu, chegando em 98 com aproximadamente duas mil e quinhentas empresas. Doze anos depois, depois de quase duas mil leis apresentadas, normativas da ANS, restaram 20% somente das empresas. Hoje, conforme dados da ANS, existem 973 operadoras com beneficiários – falando da parte médica, o que representa 20%. Destas 973 empresas, 32 - todos bancos, seguradoras, cooperativas - dão cobertura a 25 milhões de usuários, metade do atendimento. Segundo o depoente, se referindo à situação econômica, financeira das empresas, “Hoje em dia são como um banco, tem que ter reserva, têm que ter condições de bancar o sinistro, ou vão fechar. E por isso vem fechando a cada dia novas empresas. Aquelas que estão em atividade foram criadas em outros tempos. Não existe mágica no nosso sistema. O usuário paga, a operadora intermedia e os prestadores fazem seus serviços: médicos, laboratórios, hospitais. Os prestadores, que são médicos, laboratórios, hospitais, prestam serviços e este serviço que prestam chama-se sinistro. Sinistro, mais a taxa administrativa, que toda empresa tem, este conjunto são as despesas. As receitas menos despesas, é o resultado. O lucro é 2% ao ano, o que significa 50 anos para recuperar o capital investido. O sinistro das empresas têm – estes são dados da ANS – girado em torno de 82,4%. As taxas administrativas em média representam 15,1%. A soma dos dois dá 97,5%. Isto quer dizer que as empresas estão trabalhando com uma lucratividade de 2,5% ao ano. O sistema é perverso, por não possibilitar que se saiba quanto vai ser gasto com entrada de uma pessoa num hospital, fica-se na dependência da doença do cliente, não se sabe quantos dias vai ficar e nem o tratamento que será necessário, é como se estivesse dando um cheque em branco. Se ficar numa UTI, o custo-médio da UTI varia de dois mil e quinhentos reais (R\$ 2.500) a três mil reais (R\$ 3.000.) Se ficar dez dias, trinta mil reais (R\$ 30.000). Então, é uma dificuldade em organizar as finanças, por causa deste sistema que não te impõe limites. Principalmente diante tecnologia e equipamentos novos que se fazem necessários para atendimento da população”. Outra causa apontada pelo depoente para o que considera alto custo, é o envelhecimento da população. Segundo o senhor Cadri Massuda “O problema do envelhecimento da população é que os novos medicamentos e novas tecnologias, estão dobrando o número de pessoas idosas. Com o organismo vai envelhecendo e ocorrem doenças crônicas, que não têm tratamento de cura, que tem que se levar até o fim da vida. E quanto mais pessoas de idade tiver, mais custo vai ter. Hoje Uma pessoa que tem dor de cabeça vai lá no Google, tentar ver o que é dor de cabeça, pode achar que é um tumor, um derrame. E aí vai ver que para isso, ele precisa de uma ressonância, uma tomografia. E ele chega ao médico e diz: o senhor não vai me pedir isso aqui? Mesmo achando que ele é tensional. E isso custa

dinheiro! No Fantástico, toda vez que sai uma reportagem de uma doença, os consultórios desta especialidade se abarrotam de pessoas querendo informações. São todos os materiais cada vez mais caros, cada vez mais complexos e que se observa que depois de um tempo os resultados são muito parecidos com os que estavam sendo usados, tudo o que sai novo, sai prescrito. A ANS fornece um Rol de procedimentos, uma lista dizendo todos os exames e medicamentos que devem ser atendidos, sem dizer de onde vira renda para suportar tais despesas, ou mesmo reajustes para suportá-las. Por isso que estão distribuindo para Comissão um livro que é feito por juristas, advogados e Ministros, sobre planos de saúde e dizendo que gostaria que antes que tomassem qualquer conclusão final desta CPI, lessem este livro. Representa 250 empresas, 12.800 médicos próprios, o que dá 121 milhões de consultas ao ano e 3,6 milhões de internações, um importe financeiro de noventa e quatro bilhões de reais (R\$ 94.000.000.000,00) bilhões ao ano, muito mais do que o Ministério da Saúde coloca nos 150 milhões de habitantes”. Sobre os horários médicos, o depoente declarou que “Há cerca de 10 anos representavam em torno de 30% dos nossos custos assistenciais, hoje representam 18%. E esse dinheiro foi para onde? Foi para as empresas? Não foi para as empresas, não. Se redistribuiu, principalmente para os hospitais, com 42%, e para os exames de diagnóstico, a mudança na segmentação de produtos, com a exclusão no cálculo atuarial dos honorários médicos e livre negociação entre médicos e usuários, pode ser uma solução a ser levantada no que diz respeito aos valores pagos aos médicos. Observado o seguinte: a ANS só permite a venda de quatro produtos. Se tivesse um produto que excluísse os honorários médicos, em que o segurado fosse em uma consulta, ele negociaria com o médico o valor da consulta, não tenho dúvida nenhuma de que inclusive as consultas médicas baixaram. Óbvio que esse valor no cálculo atuarial diminuiria inclusive o custo do plano de saúde, porque sairia fora uma parte significativa dessa pizza, que são os honorários médicos”. Na sequência o senhor Relator, deputado Anibelli Neto, questionou o depoente: “Sobre a ANS, o que ela faz, o que ela poderia fazer e o que ela deixa de fazer, dentro da concepção de que é uma agência reguladora, criada automaticamente, para regular o serviço da saúde no Brasil? O depoente respondeu que: “Na ANS, tinha algumas empresas que eram de fachada, as quais foram obrigadas a se profissionalizar ou desaparecer. Com a implementação das normativas duas mil e quinhentas empresas desapareceram, além de obrigarem as empresas que permaneceram a melhorarem os serviços, o que foi um ganho com a entrada da ANS. Só que ela começou a extrapolar a sua função, se tornando inviável às empresas continuarem acompanhando. Hoje, inclusive, sendo causa de encarecendo de plano por causa disso, vez que se tem que ter uma estrutura só para atender a ANS. Só para você ter uma ideia, em Pernambuco tem sete operadoras, quatro estão sobre gerência fiscal da ANS. De tal sorte que o que se pressupõe é que em 2020 vão sobrar 400 empresas. Está para desaparecer mais de 500 empresas graças a essas intervenções que a ANS está provocando”. Em seguida o senhor Presidente, deputado Adelino Ribeiro, concedeu a palavra à senhora Dulcemar de Conto, que disse que “Para complementar a questão da ANS, relatando que o problema é que um é regulado e o resto não. Onde se tem um tripé em plano de saúde: cliente, prestadores e empresas. O médico não é regulado, o hospital não é regulado, muito menos a indústria farmacêutica que vive, tiraniza, suga esse País. Se abrir o Diário Oficial, são 14 milhões de multas que foram aplicadas às operadoras, o que não é divulgado. Que a operadora paga três tabelas para a ANS de cada atendimento que o SUS faz. As operadoras têm que provisionar o ressarcimento ao SUS cobrado, inclusive multas e juros”. O senhor Relator, Anibelli Neto, questionou a depoente que fazia o uso da palavra, perguntando: “Então, qual seria a sua sugestão em relação a ANS?”. Em resposta, a senhora Dulcemar de Conto disse que: “Se é uma agência reguladora da saúde suplementar, suplementar quer dizer o que o Estado não garante. Completando que a saúde suplementar é composta por operadoras de planos de saúde, hospitais particulares, médicos, clínicas, serviços. E, se só existe norma para um, é lógico que vai ter conflito. Que tem oito mil, cento e quatorze procedimentos no rol a serem cumpridos, a partir do momento em que esse rol é atualizado tem que ser atendido, tenha dinheiro ou não tenha. Que o reajuste é inferior ao custo, e ainda assim somente é concedido se solicitado, estando os pagamentos da ANS todos em dia. A ANS tem que ser mais conhecida. O ônus da prova tem sido das operadoras, o que gera um custo administrativo para se defender da Agência Nacional que não precisava ter”. Na sequência, o senhor presidente, Deputado Adelino Ribeiro, concedeu a palavra ao depoente senhor Mauro Pereira, representante da Unidas. Ele relatou que: “A Unidas Nacional representa em torno de cinco milhões de usuários, no Paraná em torno de duzentas e trinta mil pessoas, como a entidade sem fins lucrativos e a maioria das empresas é patrocinada por órgãos federais, estaduais e municipais. Por conta disso, graças a um trabalho que a Unidas tem feito, são vistos com outros olhos pelos médicos, com um relacionamento bem tranquilo. Seu objetivo é atender o usuário. A sua renda só vem de contribuição do associado e da patrocinadora, não vem de nenhum outro lugar. Expõe que a ANS espreme de uma forma muito complicada, o que tem prejudicado bastante, não só as entidades de grupo, mas de autogestões. A ANS enxerga só um lado. A Unidas não é uma operadora, é um órgão que congrega entidades de autogestão, que são entidades sem fins lucrativos”, encerrando a sua fala. Em seguida foi concedida a palavra ao representante da Fenasáude, senhor Sandro Leal Alves, que relatou: “Federação Nacional de Saúde Suplementar é a entidade que representa só as seguradoras especializadas em saúde. Regulada pela SUSEG na década de 70, atualmente pela ANS. A FenaSaúde hoje conta com 15 grupos empresariais, são 29 operadoras dentro de um universo de operadoras de 1.320. Estão garantidas nas empresas da FenaSaúde

aproximadamente vinte e cinco milhões de pessoas, que isso é 36% do mercado, que é um mercado que representa cerca de um quarto da população brasileira. Em 2012 essas empresas da FenaSaúde devolveram à sociedade, na forma de pagamento de despesa, cerca de trinta bilhões de reais, num total de quase oitenta. Só em 2012, foram realizados quase um bilhão de procedimentos. Ou seja, 996 milhões de procedimentos. Procedimentos esses que são: consultas, exames, internações, terapias, etc. Ressaltando que, hoje cerca de 94% do financiamento dos hospitais estão ligados às operadoras de planos de saúde. É pela via dos hospitais que surgem tecnologias, inovações tecnológicas, procedimentos, enfim, tem um lado muito positivo em termos de melhoria da qualidade de vida das pessoas, mas por outro lado, tem custos, e para que ele seja sustentável ele tem que funcionar na base do seguro. As pessoas muitas vezes confundem um pouco o sistema de seguro, que é o mutualismo, com o sistema de acumulação, como se fosse uma previdência. Ele funciona quase que estritamente como um seguro, com algumas diferenças, mas a base do sistema é a base securitária. Em primeiro lugar o custo desse produto só vai ser conhecido no futuro, o qual vai ser calculado pelos atuários, que com base em estatísticas matemáticas e dados históricos, conseguem prever de certa forma o custo que vai ter lá na frente, a fim de que a empresa tenha como pagar os custos no futuro com concretização dos eventos". Dando sequência, o depoente relatou que: "Conforme dados da Fenasau, em termos de receita, de 2007 para 2012, essas receitas cresceram cerca de 117%. Ao mesmo tempo, as despesas totais cresceram 129%, as despesas com a prestação da assistência cresceram 133%, ou seja, mais do que as receitas, sendo que o item que mais vem crescendo, está relacionado às internações. O que vêm assumindo um papel bastante preocupante. Como qualquer setor da economia, poderia se questionar por que crescem tanto essas despesas? Em parte por conta do envelhecimento da população, deslocando as faixas etárias para as faixas etárias superiores, com impacto no custo de cerca de 43%. Na Fenasau acredita-se que a prevenção é o caminho mais correto para mitigar alguns desses problemas, com adoção de hábitos saudáveis, o que engloba, muitas vezes, utilização desnecessária dos recursos tecnológicos, sem avaliação correta do custo e do benefício dessa incorporação tecnológica". Dando sequência à sessão, o senhor presidente, Deputado Adelino Ribeiro deixou a palavra livre aos deputados para questionamentos. O senhor Relator, Deputado Aníbel Neto, perguntou "a respeito de afirmações feitas no tocante ao aumento no plano de saúde por conta da taxa de administração, considerando órtese, prótese e materiais de alto custo, diante da justificativa que não é repassado, como deveria ser feito?". A depoente senhora Dulcemar de Conto disse que "de 100% de arrecadação, até 75% vai para a assistência à saúde e os outros, 25% para despesas com impostos, despesas administrativas de local e folha de pagamento. A medicina de grupo da Associação que represento trabalha sofredamente e, além disso, o investimento em tecnologia é alto. Agora por exemplo estão sendo aplicados cerca de 835 mil códigos para taxas, materiais, medicamentos, num padrão único nacional. Os benefícios disso virão para todos, porque os hospitais, médicos, laboratórios e operadoras vão trabalhar numa linguagem única. Mas o investimento para fazer isso é alto em pessoas, em sistemas informatizados. Assim o médico que não tem o computador no consultório, não vai mais poder atender o Plano de Saúde, porque a transmissão é eletrônica, não se requer mais papeis, a partir de primeiro de dezembro. Pelo que vê, que tem que ter uma distribuição menor, pois talvez seja interessante também vir a esta Casa nessa discussão a Fehospar, que representa os Hospitais particulares". Em seguida o senhor presidente, deputado Adelino Ribeiro, questionou o representante da Abramge, senhor Cadri Massuda, a respeito dos atrasos de pagamentos por parte dos planos de saúde e desmotivação dos médicos, solicitando sua opinião. O depoente respondeu que: "São por conta de uma série de fatores. Primeiro, como foi mostrado, pelo fato de algumas empresas não estão bem das pernas, havendo necessidade de algum fluxo de caixa para pagamento disso. A situação está toda desorganizada. O médico ganha pouco, tudo bem, mas está se cobrando muito em locais que não deviam ser cobrado. Que por vezes tem que pagar o Hospital, pois se não pagar o Hospital ele não atende e aí acaba as vezes atrasando para o médico. É preciso ter um diálogo franco entre as partes, para que ambas possam se entender". O senhor deputado Leonaldo Paranhos, pediu o uso da palavra e disse que: "Estamos aqui numa CPI, da mesma forma que eu falei aqui na outra reunião dessa CPI, nós estamos aqui numa Comissão Parlamentar de Investigação. Infelizmente, foi necessário chegar nesse ponto para que pudéssemos debater esse tema. Aliás, estamos debatendo há muito tempo. Sou Presidente da Comissão de Defesa do Consumidor, o Deputado Adelino é o Vice-Presidente, durante um ano tentamos aqui no Estado do Paraná intermediar isso que o Dr. Cadri acaba de dizer, essa bagunça que existe e o grande prejudicado é o consumidor. ANS, os Planos de Saúde, os Hospitais e os Médicos brigam diariamente e o consumidor é o grande lesado. E quero ser muito claro aqui, que falo em defesa do consumidor, Deputado Adelino. Porque não é mais possível, nós não precisamos nem ouvir aqui os consumidores, todos os números mostram o descontentamento que existe com os planos de saúde no nosso País, que aliás lideram junto com a telefonia o ranking de produtos de maior reclamação. Se a Senhora tem alguma dúvida Dra. Dulcinéia, a Senhora pode pesquisar que é isso que eu estou falando. O seu gesto, o seu olhar parece que não concorda, mas esses são os números. Nós tivemos aqui o depoimento de um dos Diretores da ANS, que diz o seguinte (e está gravado): "que alguns médicos recebem determinação das operadoras, de algumas operadoras, para mudar o procedimento de exames e procedimentos cirúrgicos." Gostaria de perguntar ao Dr. Cadri, se isso ele tem conhecimento?". O depoente respondeu ao senhor deputado que: "Não é ético e as operadoras éticas não o fazem. Porque não é ético você mudar

procedimentos. O que acontece muitas vezes são códigos errados apresentados. Então, chega numa tabela, porque agora existem várias tabelas. Tem a tabela MB, tem a tabela CHPM 4ª edição, 5ª edição, 6ª edição e às vezes o médico escreve um código por uma tabela e que você tem que colocar no teu sistema a tabela que está vigente. E aí existe a mudança do código, não do procedimento, porque a mudança do procedimento incorre em sanções éticas, profissionais e junto a Agência Nacional, que se você fizer isso você leva uma multa de 50 mil reais. Então, não acontece isso daqui. O que acontece é justamente é um ajuste, justamente por causa dessas. Com a apresentação do TIS (?) vai acabar regulamentando, porque virá uma tabela única nacional e que hospitais, operadoras e médicos vão ter que se adaptar". O senhor deputado Leonaldo Paranhos seguiu com os questionamentos: "Nós estamos aqui numa CPI, evidentemente que isso está sendo gravado. Então, da mesma forma eu quero saber do Sandro e também do Mauro se concordam com isso. E reafirmar que o Senhor está fazendo uma afirmação. E quero perguntar: Esse equivoco, essa mudança do código, essa mudança nesta operação não traz nenhum prejuízo para o consumidor?". "Não deve", respondeu o senhor Cadri Massuda. "Não deve ou não traz", reforçou o deputado Paranhos. O depoente então respondeu que "Não traz. São códigos, apenas mudança de códigos, isso quando houver. É natural que quando isso aconteça a operadora deva comunicar para o médico para que ele não faça de novo, dizendo olha: você colocou o código de apêndice 390 não sei o que e não é 39 é 42, porque a tabela é outra. Entende? Não se muda de maneira nenhuma o procedimento apresentado". Então o deputado Paranhos questionou se "Entre um código de um exame de Raios X e uma ressonância são códigos diferentes", recebendo do depoente uma resposta afirmativa: "Isso são". O deputado então reforçou que: "Isso não acontece do paciente precisar de uma ressonância e a operadora determinar que faça um Raios X?". O depoente respondeu que: "Não. Não pode. O que ela pode por lei que a ANS permite é você pedir uma segunda opinião, passar por uma auditoria, pedir uma segunda opinião e que tem que ser de comum acordo entre as partes para ver a indicação do procedimento. Mas ela não pode chegar e dizer: Não, pera aí, você não vai fazer ressonância, vai fazer tomografia. Certo?". O senhor presidente, então, entrevistou e afirmou que "Mas esse médico falou aqui". Em resposta o senhor Cadri Massuda respondeu que "Então, ele está mal informado. Isso não pode acontecer". Em seguida o senhor deputado Leonaldo Paranhos disse que: "Da mesma forma que eu perguntei para a ANS eu pergunto ao Senhor, se o Senhor tem conhecimento de algum médico que devido a tabela da CBNHPM, se algum médico, o Senhor tem conhecimento que deixou de fazer algum procedimento? Porque essa tabela é uma tabela que ela paga, segundo os médicos, uma remuneração muito baixa. Por exemplo, uma cirurgia de fimose, por exemplo, o Senhor tem conhecimento que algum médico conveniado deixou de fazer esse tipo de cirurgia porque a tabela é muito baixa?". O senhor Cadri Massuda respondeu que "Deputado Paranhos, eu quero deixar bem claro, aqui, que quem fez a tabela foram os próprios médicos. É uma tabela criada pelos médicos codificada pelos médicos e valores dados pelos médicos". O senhor deputado interrompeu e reforçou o questionamento: "O Senhor conhece algum médico que deixou de fazer o procedimento". No que o senhor Cadri Massuda respondeu que "Isso aqui não é problema...". E foi novamente indagado pelo senhor Deputado Paranhos: "Isso aqui é uma CPI Dr. Cadri. É uma CPI. Eu queria saber se o Senhor diz sim ou não. O Senhor pode dizer sim ou não". O depoente respondeu que: "Eu estou tentando dizer que a tabela não foi feita pelas operadoras. Foi feita pelos médicos e os médicos que deram os valores. Então, se o médico é livre, ele tem a arbitrariedade de fazer ou não por essa tabela". O senhor deputado Paranhos insistiu no questionamento: "Sim, mas o paciente que tem o plano de saúde ele tem direito a uma cirurgia de fimose. Eu quero ouvir do Senhor, se o Senhor conhece algum médico que deixou de fazer uma cirurgia?". O depoente respondeu que "Deve existir, claro que deve existir". Em seguida o senhor Deputado Paranhos solicitou ao senhor Presidente que registrasse a resposta em Ata. Em seguida a senhora Dulcemar de Conto afirmou não ter conhecimento de nenhum médico que tenha se recusado a fazer o procedimento e pediu para que também ficasse registrado em Ata, o que foi consentido pelo senhor Deputado Paranhos, que indagou o senhor Sandro se ele tinha conhecimento da negativa de algum médico em realizar o procedimento devido ao baixo valor. O depoente respondeu que "Não me recordo, mas com certeza existe", então o senhor deputado solicitou que também ficasse registrado em Ata. Em seguida, o senhor Sandro deu sequência à resposta, dizendo que: "Quanto essa questão, a primeira pergunta da mudança de código, o que as empresas da Fenasau defendem é o segmento de protocolos clínicos, diretrizes clínicas baseado na melhor evidência científica possível. O que pode acontecer é que alguma solicitação que esteja muito fora dessa melhor evidência científica, dos protocolos clínicos a operadora ela pode solicitar uma segunda opinião médica. Gostaria de dar um exemplo, que é muito interessante para pensarmos nessa questão de cirurgia de coluna. O Hospital Israelita Albert Einstein, ele constituiu um grupo técnico de médicos do hospital para avaliar todos aqueles casos onde foram recomendada cirurgias de coluna e que, portanto, seria o grande direcionador dessas ortes e próteses que comentamos, aqui, bastante. A conclusão desse estudo que foi apresentado inclusive em seminários internacionais, enfim, amplamente divulgado, saiu na imprensa na semana passada, é que: dos casos recomendados para cirurgia cerca de 71%, ou 72% dessas indicações foram recomendados o tratamento convencional. Então, esse caso exprime bem o papel da operadora no sentido de, inclusive, auxiliar aquele beneficiário, que pode ter sido indicado para uma cirurgia... Aliás um relato pessoal, isso já aconteceu comigo há 10 anos atrás, eu não quis fazer a cirurgia, fui para o tratamento convencional. Só

que nesse País, infelizmente, parece que virou uma moda de se fazer cirurgias de coluna. E muitas das vezes, isso tem consequências clínicas para os beneficiários e que é papel da operadora também como gestora daquele recurso verificar se está dentro do protocolo, está cumprindo as melhores recomendações. Então, nós da Fenasáude defendemos esse tipo de ação de seguir protocolos com embasamento científico. Essa que é a nossa posição". Em seguida o senhor Deputado Paranhos afirmou que "Então, Senhor Presidente, o Senhor veja a situação do nosso paciente, a fragilidade, nós temos aqui um médico na Mesa, o médico sugere um procedimento e aí a operadora informa outro. Imagine a cabeça do paciente, ele sai da sala do médico com uma informação e aí ele recebe uma outra informação que não é técnica de que ele não deve fazer isso. Eu me sinto na obrigação de registrar isso. Só para registrar, até para não ficar parecendo aqui que estamos fazendo um sensacionalismo em cima desse segmento. Mas nós vimos aqui a explanação dos números, pena que não tem aqui o número dos lucros das operadoras". O senhor presidente interrompeu afirmando que os números constando os lucros das empresas foi repassado, de cerca de dois por cento. Então o senhor deputado Paranhos prosseguiu, dizendo que: "Temos aqui no site do Ministério da Saúde os lucros anunciados e isso é conhecido no mundo todo, no ano de 2010. Aliás, publicado no dia 26 de junho de 2002, um bilhão e duzentos e setenta milhões de reais do segmento. Aliás, minha pergunta era exatamente essa: se os senhores entendem, mas, não precisa responder, se esse setor dá prejuízo. Porque pelo que vemos tanto dos planos de saúde como da comunicação, celular, é uma reclamação generalizada. E, também, quanto aquela questão da Justiça determinar os procedimentos, aí sim quero ouvir a senhora. Quando a Justiça determina essa obrigatoriedade liminar, onde a Justiça busca isso e diz o seguinte: é para atender!". A depoente, senhora Dulcemar, respondeu que: "Quando recebemos uma liminar, primeiro a gente compra na hora. Ela seja discutível ou não. Onde a Justiça se pauta para atender, os juízes alegam e acho que vai ter um encontro grande que está para acontecer dia 3 de junho aqui, de discussão, que ele não tem conhecimento: saúde sempre é emergência e ele determina a liminar. Acabou. O contrato tenha cobertura, não tenha cobertura, deixa de ser um produto, deixa de ter todas as regras. E lhe digo mais: existem operadoras que se é um risco emergencial de saúde primeiro ela vai fazer e ela faz. A questão da reclamação dos usuários. Há duas semanas a ANS esteve em Curitiba fazendo uma explanação no Hotel Mabu, esses indicadores são dela, representa 0,17% da população de planos de saúde que é de 43.691.982 pessoas. Na ANS foram 75 em 2012. Tem os Procons que ... concordo que o cliente reclama, concordo que ele paga. O ponto final da minha explanação eu não apresentei, mas o começo onde ela diz quem paga a conta? É o consumidor, por causa desta bagunça. Ele não entende o contrato. Saúde é regido por um contrato. Não é atendimento, é a saúde". Então o senhor Deputado Paranhos disse que "para esclarecer que a Justiça quando determina isso, ela busca no rol de legislação que existe na ANS e naquela lei de 98, que é a lei dos planos de saúde". Em resposta, a depoente disse que "Não, discordo do senhor. Têm juízes que dizem o seguinte: não me interessa a lei. Muitos juízes não conhecem a lei e os advogados poderiam se manifestar aqui. Para isso estamos trazendo ANS, Ministro da Saúde para uma discussão com o juiz para chegar a um denominador comum". Então o senhor Deputado Paranhos relatou que: "Vou passar um outro dado do Idac, que 80% das pessoas que são lesadas ou que se sentem lesadas também já não mais vão até o Procon reclamar, porque se sentem impossibilitadas de ter, evidentemente, seu atendimento. Para finalizar, Sr. Presidente, gostaria que a nossa depoente, a Dra. Dulcemar pudesse constar aqui de quem ela recebeu esse documento. É uma denúncia anônima?". A depoente respondeu que seria de "um médico". O senhor deputado insistiu, dizendo que "Gostaria que a senhora relatasse, aqui, o nome do médico. Estamos aqui numa CPI, essa é uma informação que a CPI vai buscar. A senhora traz um documento e eu gostaria que a senhora dissesse aqui, registrasse em ata o nome do médico que passou esse documento". A depoente então registrou que "Foi a Dra. Rosemari Elisabeth Sabota". Em seguida o senhor deputado Anibelli Neto, relatou que: "Aqui teve, nas sessões anteriores, teve um médico e eu aqui, infelizmente, não me recordo o nome, mas consta nas atas anteriores, que um paciente seu foi encaminhado para outro profissional sem que ele fosse comunicado. Ou seja, quando o paciente ligou para a operadora, a operadora falou: pegue esse outro profissional que tinha um vínculo com o hospital da operadora, automaticamente baixando o custo. Alguns dos senhores sabem alguma situação parecida com essa, alguma coisa nesse sentido?". O senhor Cadri Massuda respondeu que: "Isso não deve acontecer. A gente não pode responder. Existem 970 empresas atuantes, se acontece, não é certo. É errado e nós da Abrange não preconizamos isso. Assim como, repetindo: não pode haver troca de procedimento, de exames, isso não é preconizado por nós". O senhor deputado reforçou o questionamento: "Esse profissional deve fazer qual caminho daí, no caso dessa situação: fazer uma reclamação por escrito?". Em resposta, o senhor Cadri Massuda respondeu que sim e prosseguiu: "Ele pode fazer uma reclamação. AANS, hoje, está recebendo qualquer tipo de reclamação via, 0800, hoje estamos em uma camisa de força com a ANS que somos julgados pelo número de reclamações que a ANS recebe. E as empresas têm produtos suspensos. Vou dar um exemplo simples do que é isso aqui. Uma paciente, e foi me relatado esta semana, foi pedido um exame de colonoscopia. Bem, a colonoscopia existe um preparo, para quem não sabe tem que fazer um preparo: três dias tomar remédio e tal. Mas ela achava que tinha que fazer no dia seguinte. Foi marcado para uma semana, dentro das normas legais, ela não ficou contente, ela ligou para a ANS dizendo que o médico tinha pedido esse exame de urgência, de emergência. Foi mandada uma reclamação para

essa empresa mostrando esse pedido. Quando chegou o papel, a emergência estava escrito com 'h'. A própria paciente escreveu, emergência, com 'h', emergência, e a operadora foi punida com uma notificação de uma situação. Aí foi entrado em contato com o médico: "Não, não é emergência". Mas por uma necessidade da paciente, a operadora foi punida. Essa camisa de força que está acontecendo. Realmente, Dr. Paranhos, o senhor que diz que defende os consumidores, realmente eles devem ser defendidos. A nossa medicina suplementar melhorou muito o que era e o que é hoje e os direitos dos consumidores está muito à vista. E nós também estamos muito à vista, nós somos uma vitrine, estamos a todo instante sendo questionados por juízes, por Procons e faz com que melhoramos. Essas discussões só têm a engrandecer as empresas". O senhor presidente consultou os deputados e depoentes se alguém mais teria algo a questionar ou comentar e diante da negativa dos presentes, encerrou a sessão. Por fim, determinou que, para constar e produzir os efeitos legais lavrada a presente ata, sendo assinada pelo senhor Presidente, membros e por mim, Lidiani Schühli Marcondes.

DEPUTADO ADELINO RIBEIRO Presidente	DEPUTADO STEPHANES JÚNIOR Vice Presidente
DEPUTADO ANIBELLI NETO Relator	DEPUTADO PÉRICLES DE MELO Membro
DEPUTADO TERCILIO TURINI Membro	DEPUTADO LEONALDO PARANHOS Membro
DEPUTADO MAURO MORAES Membro	LIDIANI SCHÜHLI MARCONDES Coordenadora Geral

81273/2013

COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE

Presidente: Deputado Adelino Ribeiro
Relator: Deputado Anibelli Neto
Membros Titulares: Deputados Tercilio Turini, Mauro Moraes, Paranhos, Péricles de Mello e Stephanes Junior

Ata da 7ª Reunião Ordinária – 21/05/2013

A Comissão Parlamentar de Inquérito, instituída pelo Ato Presidencial nº 19 de 06 de novembro de 2012, com a finalidade de "investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras dos planos de saúde no Estado do Paraná", reuniu-se ordinariamente aos vinte e um dias do mês de maio de dois mil e treze, às dez horas, na Sala das Comissões da Assembleia Legislativa do Paraná, sob a presidência do senhor deputado Adelino Ribeiro, mais os senhores deputados Stephanes Júnior, vice-presidente da Comissão, e Anibelli Netto, relator. Fizeram-se presente, intimados pela referida Comissão, o senhor Orestes Barroso Medeiros, presidente da Unimed Paraná. Paulo Roberto Fernandes Faria, Superintendente da Unimed Paraná; Paulo Henrique Cariani, vice-presidente da Uniodonto Curitiba e Presidente da Uniodonto Paraná. Sob a proteção de Deus, o senhor presidente declarou aberta a sessão, com o objetivo de ouvir os intimados na data e em seguida os deputados Stephanes Júnior e Anibelli Netto fizeram o uso da palavra para considerações iniciais. Passou-se, então, à ordem do dia da reunião e o senhor presidente, Deputado Adelino Ribeiro, concedeu a palavra ao presidente da Unimed Paraná, senhor Orestes Barroso Medeiros, que relatou que "para o sistema Unimed é uma oportunidade de poder mostrar aos Poderes constituídos do Estado e da República o que nós fazemos, quem nós somos, quais são as nossas dificuldades e as nossas virtudes, assim entendido por nós". O depoente apresentou-se em seguida, dizendo que: "Sou médico, sou cirurgião do aparelho digestivo, eu sou de Londrina, minha origem é Londrina, eu sou associado ou sócio da cooperativa de Londrina e eu estou na Federação das Unimeds, assim como os outros colegas aqui, o Paulo que é ortopedista em Umuarama. Nós estamos na direção da Federação das Unimeds do Paraná. Eu faço questão de dizer isso, porque a Unimed é uma cooperativa e o movimento cooperativo é importante que se entenda as diferenças do sistema Unimed, das demais empresas desse segmento cooperativista da qual nós fazemos parte, porque existe diferenças fundamentais com as empresas de medicina de grupo". O depoente fez uma pausa para repassar aos deputados membros da CPI um relatório constando informações sobre a Unimed no Estado do Paraná. Em seguida o depoente informou aos deputados que iria ler parte do depoimento que preparou para a CPI: "A sua complexidade se dá pelo fato de ter se tornado ao longo dos anos um grupo de cooperativas que formam a marca Unimed. Talvez seja difícil para qualquer pessoa entender a complexidade das relações estabelecidas entre essas cooperativas e entender que a marca Unimed é formada pura e simplesmente por essa relação de colaboração e co-dependência que mantem entre as coirmãs. Os médicos que compõem a Unimed são donos das cooperativas respectivas a que estão filiados. Sendo assim cada cooperativa paga o que acordo com seus sócios utilizando por base a nomenclatura da classificação Brasileira e hierarquizada -CBHPM- que é uma orientação das própria associações de classe. Em última instância a própria orientação dos médicos que determinará a definição de valores a serem recebidos, uma vez que essa produção que é revertida em sobras, cooperativas não têm lucros, tem sobras e elas são distribuídas. Todas as decisões da cooperativa, inclusive de patrocínios nesse ou naquele setor são tomadas pelos órgãos colegiados responsáveis e em última instância



COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE

Presidente: Deputado Adelino Ribeiro

Relator: Deputado Anibelli Neto

**Membros Titulares: Deputados Tercilio Turini, Mauro Moraes,
Paranhos, Péricles de Mello e Stephanes Junior**

Ata da 7ª Reunião Ordinária – 21/05/2013

A Comissão Parlamentar de Inquérito, instituída pelo Ato Presidencial nº 19 de 06 de novembro de 2012, com a finalidade de “investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras dos planos de saúde no Estado do Paraná”, reuniu-se ordinariamente aos vinte e um dias do mês de maio de dois mil e treze, às dez horas, na Sala das Comissões da Assembleia Legislativa do Paraná, sob a presidência do senhor deputado Adelino Ribeiro, mais os senhores deputados Stephanes Júnior, vice-presidente da Comissão, e Anibelli Netto, relator. Fizeram-se presente, intimados pela referida Comissão, o senhor Orestes Barroso Medeiros, presidente da Unimed Paraná. Paulo Roberto Fernandes Faria, Superintendente da Unimed Paraná; Paulo Henrique Cariani, vice-presidente da Uniodonto Curitiba e Presidente da Uniodonto Paraná. Sob a proteção de Deus, o senhor presidente declarou aberta a sessão, com o objetivo de ouvir os intimados na data e em seguida os deputados Stephanes Júnior e Anibelli Netto fizeram o uso da palavra para considerações iniciais. Passou-se, então, à ordem do dia da reunião e o senhor presidente, Deputado Adelino Ribeiro, concedeu a palavra ao presidente da Unimed Paraná, senhor Orestes Barroso Medeiros, que relatou que “para o sistema Unimed é uma



oportunidade de poder mostrar aos Poderes constituídos do Estado e da República o que nós fazemos, quem nós somos, quais são as nossas dificuldades e as nossas virtudes, assim entendido por nós". O depoente apresentou-se em seguida, dizendo que: "Sou médico, sou cirurgião do aparelho digestivo, eu sou de Londrina, minha origem é Londrina, eu sou associado ou sócio da cooperativa de Londrina e eu estou na Federação das Unimeds, assim como os outros colegas aqui, o Paulo que é ortopedista em Umuarama. Nós estamos na direção da Federação das Unimeds do Paraná. Eu faço questão de dizer isso, porque a Unimed é uma cooperativa e o movimento cooperativo é importante que se entenda as diferenças do sistema Unimed, das demais empresas desse segmento cooperativista da qual nós fazemos parte, porque existe diferenças fundamentais com as empresas de medicina de grupo". O depoente fez uma pausa para repassar aos deputados membros da CPI um relatório constando informações sobre a Unimed no Estado do Paraná.

Em seguida o depoente informou aos deputados que iria ler parte do depoimento que preparou para a CPI: "A sua complexidade se dá pelo fato de ter se tornado ao longo dos anos um grupo de cooperativas que formam a marca Unimed. Talvez seja difícil para qualquer pessoa entender a complexidade das relações estabelecidas entre essas cooperativas e entender que a marca Unimed é formada pura e simplesmente por essa relação de colaboração e co-dependência que mantem entre as coirmãs. Os médicos que compõem a Unimed são donos das cooperativas respectivas a que estão filiados. Sendo assim cada cooperativa paga o que acorda com seus sócios utilizando por base a nomenclatura da classificação Brasileira e hierarquizada - CBHPM- que é uma orientação das próprias associações de classe. Em última instância a própria orientação dos médicos que determinará a definição de valores a serem recebidos, uma vez que essa produção que é revertida em sobras, cooperativas não têm lucros, tem sobras e elas são distribuídas. Todas as decisões da cooperativa, inclusive de patrocínios nesse ou naquele setor são tomadas pelos órgãos colegiados responsáveis e em última instância aprovados por suas assembleias. Uma Unimed não tem poder nenhum sobre as outras, elas são independentes e totalmente autônomas, algumas têm 1 milhão de clientes ou mais, outras são pequenas e não chegam, por vezes, a ter menos de 10 mil beneficiários. Esparramadas pelo Brasil as Unimeds estão sujeitas a realidade de cada localidade suas demandas e suas exigências. As Unimeds maiores dependem das pequenas e vice-versa. Por isso, a cooperação é vital entre as cooperativas, o que de fato ocorre há 45 anos e o intercâmbio entre elas é o que garante a capilaridade, ou seja, o fato de uma pessoa poder ser atendida tanto numa Unimed, tanto no sul quanto no norte do País. A Unimed é a maior experiência cooperativista em área de saúde um todo mundo e também a maior rede de assistência médica no Brasil, presente em 83% do território nacional". Continuou o depoente informando aos deputados que a Unimed hoje é composta "por 360 cooperativas médicas, operadoras ou prestadoras de serviço, que prestam assistência a mais de 18 milhões de clientes em todo País, clientes Unimed contam com mais de 109 mil médicos, além de pronto atendimento, laboratórios, ambulâncias, hospitais

A

2



próprios. Hoje o sistema já possui 111 hospitais próprios das cooperativas e hospitais credenciados em número de 3 mil e 97 hospitais, para garantir assistência médica, hospitalar e de diagnóstico complementar oferecidos, resultando em 25 mil recursos credenciados e são mais de 69 mil empregos diretos. Nós temos 38% do mercado nacional e recebemos há vários anos prêmios da marca mais lembrada. As Cooperativas chamadas Singulares formam as Federações no âmbito dos seus Estados, que por sua vez formam a Confederação Nacional. Fora as 360 Cooperativas do Sistema Unimed também é composto por uma Central Nacional que é uma Cooperativa de abrangência Nacional, que presta serviços em âmbito nacional e tem uma Seguradora que também atende em âmbito nacional. Aí tem os dados do Sistema Unimed e eu queria agora focar aqui no Paraná. No Paraná nós somos 22 Cooperativas chamadas de primeiro grau e também são chamadas de Cooperativas Singulares. Cada uma com personalidade jurídicas distinta, com quadro de médicos cooperados associados também distintos”.

O depoente informou que “Essas Cooperativas são regidas por Legislações específicas citando de forma particular a 5764/71 seus Estatutos sociais e ainda por todo um marco regulatório da chamada saúde suplementar advinda da Lei nº 9656/98. O Sistema Unimed Paranaense, ou seja, as 20 singulares operadoras e 2 singulares prestadoras mais a Federação em 31 de dezembro contava com um milhão, trezentos e noventa e seis mil e trezentos e dez (1.396.310) beneficiários. Sendo que o total de beneficiários de toda saúde suplementar no Paraná nessa data era de dois milhões, quinhentos e oitenta e quatro mil e duzentos e quarenta e três (2.584.243) usuários. Nós temos em 31 de dezembro [2012] 9.407 médicos cooperados, 6 hospitais próprios, 307 hospitais credenciados, 1.288 clínicas, 493 laboratórios também credenciados. E toda essa estrutura atende em torno de 13% da população do Estado. Atualmente nós empregamos diretamente aqui no Estado do Paraná 4.075 colaboradores e no ano passado nós realizamos seis milhões, quinhentos e cinquenta e quatro mil e quinhentas e vinte e sete (6.554.527) consultas médicas, duzentos vinte cinco mil e duzentos e vinte e cinco (225.220) internamentos hospitalares e dezessete milhões, oitocentos e vinte e um mil e seiscentos e vinte (17.821.620) exames foram realizados nesses nossos beneficiários”.

O depoente também pediu para frisar que “relevante serviço que essas Cooperativas prestam no âmbito dos Municípios Paranaenses. Os recursos que as Cooperativas captam da sociedade civil tem retornado integralmente as regiões onde elas estão inseridas. Este retorno tem contribuído de maneira muito importante, para que a sustentação econômica de milhares de médicos, centenas de hospitais clínicas e laboratórios, além da manutenção de milhares de postos de trabalho direto ou indiretamente vinculados às atividades de saúde. Além disso, as Cooperativas constituem hoje importante segmento contribuinte de impostos por exercerem suas atividades estritamente na formalidade”.

Também informou o depoente que “muitas das questões que hoje se discute, e acho que essa ida dessa Comissão para o interior é extremamente importante, porque às vezes muitas das questões - e eu já vi reclamações até de colegas



médicos - elas se resumem muito em questões pontuais dentro de uma unidade. Por exemplo, aqui em Curitiba, a capital que é a maior e as vezes se esquece toda essa abrangência Estadual que os Sistema tem. Vou citar para que se veja a importância disso a nível de Estado. A Unimed de Apucarana tem 171 médicos cooperados e 16 mil beneficiários. A Unimed Cascavel tem 456 médicos cooperados e 64.389 beneficiários. A Unimed Cianorte tem 102 médicos cooperados e 8.590 beneficiários. A Unimed Costa Oeste, que é lá em Toledo, ela tem 223 médicos cooperados e 46.799 beneficiários. A Unimed Curitiba tem 4.734 médicos cooperados e 564.431 beneficiários. A Unimed Foz do Iguaçu tem 166 cooperados e 16.955 beneficiários. A Unimed Francisco Beltrão 136 cooperados 13.327 beneficiários. A Unimed de Guarapuava tem 232 médicos cooperados e 23.444 beneficiários. A Unimed de Londrina tem 1.047 médicos cooperados e 172.958 beneficiários. A Unimed Noroeste do Paraná, que é lá em Umuarama, tem 219 médicos cooperados e 19.181 beneficiários. A Unimed Norte do Paraná que é Cornélio Procopio tem 100 médicos cooperados e 10.887 beneficiários. A Unimed Norte Pioneiro que é em Jacarezinho tem 158 médicos cooperados e 10. 525 beneficiários. A Unimed Oeste do Paraná é em Medianeira, tem 114 cooperados e 20.922 beneficiários. A Unimed Paranaguá tem 98 cooperados e 25.908 beneficiários. A Unimed de Paranavaí tem 154 médicos cooperados e 19.861 beneficiários. A Unimed de Pato Branco 225 médicos cooperados e 29.557 beneficiários. A Unimed de Ponta Grossa 384 médicos cooperados 46.322 beneficiários. A Unimed Regional Campo Mourão tem 108 cooperados, 16. 8531 beneficiários. A Unimed de Maringá 814 médicos cooperados, 160.428 beneficiários. Vale do Piquiri que é Palotina tem 27 médicos cooperados 7.679 beneficiários e a Federação por ser de segundo grau não tem nenhum cooperado. Os cooperados são as 22 Unimeds sócias e 100. 460 beneficiários, perfazendo um percentual de 9.407 médicos cooperados, no Estado do Paraná e mais 1. 396.310 beneficiários.”.

Na sequência o depoente apresentou dados sobre a cooperativa, que segundo ele “são dados auditados e que representam a evolução do sistema ao longo dos anos. Peguei os dados de 2008 até 2012, para que possamos fazer uma análise. Em 2008 o sistema Unimed no Estado do Paraná e o conjunto de cooperativas faturou um bilhão, quinhentos e sessenta e um milhões, oitenta e sete mil e seiscentos reais (R\$ 1.561.087.600,00). Em 2012 faturamos dois bilhões, seiscentos e setenta e nove milhões, sessenta e nove mil e novecentos e setenta e oito reais (R\$ 2.679.069.978). Isso dá uma evolução da receita de 2008 até hoje de 71.6% na receita das cooperativas no Estado do Paraná. Se compararmos isso com os números GPM à variação que houve no período, o GPM foi 36.13%%, IPCA 31.85% numa variação da INS acumulada de 39.7%, que são os reajustes permitidos pela agência. Eu chamo a atenção por quê? Porque realmente é importante o aumento de receita das cooperativas nesse período. Por outro lado eu também coloquei para frente quais foram os custos assistências que as cooperativas tiveram nesse mesmo período de 2008 a 2012. Ela saiu de um bilhão, trezentos e quarenta e oito milhões (R\$ 1.348.000.000,00) em 2008, para dois bilhões, trezentos e quarenta e dois milhões (R\$ 2.342.000.000,00) em 2012, ou seja, uma variação



de 73,7%, portanto acima do aumento de receita que ela teve, neste mesmo período. Coloquei, também, na próxima página, a evolução das despesas administrativas, todas elas, do sistema Unimed no Paraná. De 2008 a 2012 também. Saiu de um valor de duzentos e vinte e dois milhões e oitocentos e trinta e nove mil de reais (R\$ 222.839.000,00) para um valor de trezentos e vinte e sete milhões e oitocentos e dez mil reais (327.810.000,00) em 2012, numa variação de 47,1%. Para frente veremos alguns dados, mas o Sistema Unimed está fazendo um esforço danado para reduzir despesas. Aumenta-se o volume de arrecadação dentro das cooperativas, mas por outro lado a despesa assistencial tem efetivamente suplantado a possibilidade de aumento de receita”.

Continuou o depoente: “Na página 17 há um gráfico interessante. Este gráfico mostra, separa os três componentes do custo assistencial, ou seja, despesa administrativa mais a despesa que chamamos acessórios. Quando falamos em custo-acessório, estamos falando em custo hospitalar, materiais, medicamentos, prótese, órtese, exames, ou seja, toda a parte acessória para o atendimento médico. Se olharmos ao longo do tempo, e falarei dos números de 2012, temos uma despesa administrativa de todas as cooperativas do Paraná, na ordem de 12,2%, temos uma despesa acessória de 54,5% de toda a despesa e mais 32,9%, que é destinado ao médico cooperado. São as receitas distribuídas aos médicos cooperados. Então, neste componente vemos que as cooperativas estão reduzindo seu gasto, mas estão pagando bastante para outros custos e efetivamente para um médico cooperado sobra, realmente, muito pouco, que é 32%, hoje. Quero lembrar que em 2008 este número era de 29,7%, ou seja, há um esforço para que se possa remunerar melhor os cooperados. É um esforço de todas as cooperativas, isto. Na próxima página, a de número 18, é um gráfico interessante, que mostra a renda média do cooperado. Porque escutamos muito a questão: quanto vale uma consulta ou quanto vale um exame? Mas, quanto efetivamente está havendo de aumento de receita para o médico, ou seja, aquilo que efetivamente ao final do mês entra no bolso do médico. Saímos, em 2008, de uma renda média *per capita* anual de R\$ 67.316,00 para em 2012, uma renda média *per capita* de 103 mil e 171. Isto dá um aumento, nos valores repassados aos cooperados, de 53,26% neste período. Na próxima página, tenho a evolução do número de médicos cooperados no Estado do Paraná, que aumentou de 2008 para 2012, 9,18%. Saiu de 8.616 para 9.407 médicos cooperados. A evolução da quantidade de beneficiários, também, de 2008 a 2012, cresceu 26,3%, saindo de 1 milhão e 105 para 1 milhão e 390, que é o número de hoje”.

Sobre as consultas médicas o depoente declarou que: “Eu fiz questão também de colocar na página 23, são duas tabelas, uma de 2011 e uma de 2012, que é o valor médio de consulta médica praticada em cada uma dessas cooperativas, e a evolução que ela teve. Eu chamo a atenção, é um dado só interessante aqui, a Unimed Vale do Piquiri, mostrei que é uma Unimed pequena, tem 23 cooperados e sete mil beneficiários em média, em 2001 ela pagou uma média de consulta de oitenta e seis reais, e em 2012 essa média caiu para setenta e seis reais. O que a Unimed Vale do Piquiri fez que ela diminuiu o valor da consulta? Ela comprou um hospital, ela investiu em hospital, ela está investindo



em recurso próprio. Então, há um acerto com seus cooperados e diminuiu o valor de repasse para que ela possa investir no recurso próprio para os seus cooperados poderem trabalhar. Chamo a atenção que isso está acontecendo em várias cidades do Paraná, hoje nós temos seis hospitais próprios, Paranavaí é assim, Foz do Iguaçu é assim, Ponta Grossa é assim, aonde mais tem? Cianorte, Cianorte não, Cornélio Procópio também inaugurou agora um hospital. Então, é importante essas variações que vocês entendam, porque os valores que eventualmente diminuem da receita são investimentos que a própria cooperativa está fazendo, e isso ela faz dentro das suas assembleias, dentro dos órgãos colegiados, para poder fazer esses investimentos. E mostrar também que não existe um valor num Estado, o valor depende de cada cooperativa, da realidade de cada discussão entre aquela cooperativa e os seus cooperados. Por isso que eventualmente em alguma situação pontual pode ter reclamação, e a gente sabe que existe, nós temos conhecimento disso. Mas em razão da forma de trabalhar as cooperativas é assim que funciona”.

Ouvindo o presidente da Unimed Paraná, senhor Oestes Barroso Medeiros, o senhor presidente da CPI dos Planos de Saúde passou a palavra ao senhor Paulo Henrique Cariani, presidente da Uniodonto Paraná, que se apresentou aos deputados, dizendo ter nascido na cidade de Jussara, no Paraná, e cursado o curso de Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Curitiba, graduado em 1991 e tendo ingressado em 1992 no cooperativismo, através da Uniodonto Curitiba. Hoje ocupa o cargo de vice-presidente da Uniodonto Curitiba e presidente da Federação.

Explicou o depoente que “A cooperativa odontológica e a cooperativa médica a formação é a mesma. Como o Dr. Orestes fez uma explanação brilhante sobre o que é cooperativa, vou tentar passar números nacionais, trazer esses números para o nosso Estado para que os senhores tenham conhecimento. Os nossos números são mais modestos que o segmento médico. A odontologia tem um valor de custo bastante inferior. Hoje o sistema Uniodonto nacional, a Uniodonto Brasil é composta por 120 Uniodonto. Do qual desses 120 temos 89 Unidontos que têm um número de usuários abaixo de 20 mil usuários. Nós temos 23 Unidontos que têm o número de usuários entre 20 a 100 mil usuários. E somente 5 Unidontos que estão acima de cem mil usuários. A Uniodonto Paraná é uma instituição. Ela não é uma operadora de vidas. Então, ela não tem atendimento, nem cooperados. Ela é uma representante na hierarquia das cooperativas. Então, ela é uma cooperativa de 2º grau. Hoje, as operadoras de planos odontológicos no Paraná, nós temos quatro. No passado tivemos 14. Infelizmente, hoje, nós temos somente a Uniodonto Curitiba, a Uniodonto Londrina, a Uniodonto Maringá e a Uniodonto Ponta Grossa. No passado tivemos a Uniodonto Foz do Iguaçu, a Uniodonto Cascavel, a Uniodonto Paranavaí, a Uniodonto Umuarama, a Uniodonto Pato Branco, Cornélio Procópio, Apucarana. Porém, o mecanismo de operadoras com a Agência Nacional vindo, houve um custo, um acréscimo do custo da operação e pelos valores do ticket odontológico ficaram inviáveis alguns setores nas cooperativas odontológicas. Hoje, a nossa massa está distribuída da seguinte maneira: a Uniodonto Maringá, nós temos 94 cooperados, 12.530 beneficiários



e ela não apresenta nenhum processo no Procon de usuários; a Uniodonto Londrina, ela tem 181 cooperados, 14.309 beneficiários e não apresenta também nenhuma situação no Procon; a Uniodonto Ponta Grossa, ela tem 78 cooperados, 8.849 beneficiários e nenhum problema no Procon; e a Uniodonto Curitiba, que tem 420.105 beneficiários, hoje, um total de 1.606 cooperados e todas as situações perante o PROOCN, elas estão de 2010, 1.106 cooperados e até 2013, nós só temos uma ação no Procon encerrada. Todas as nossas operadoras, hoje, do Estado, apresentam o IDSS – Índice de Desempenho de Saúde Suplementar acima, a nota máxima”.

Seguiu o depoente explicando que “Temos hoje um custo assistencial na faixa de 60, 65% de sinistro, que é pagamento ao cooperado de trabalhos assistenciais. A média das operadoras hoje fica em 50%. Procuramos sempre ter um pagamento adequado e tentar criar sempre um diferencial, em termos de pagamento”, encerrando o seu depoimento.

Na sequência o deputado Stephanes Júnior solicitou ao senhor presidente permissão para que o senhor Paulo Stoelr, representante da Ocepar (Organização das Cooperativas do Estado do Paraná) e consultor jurídico da Federação das Cooperativas fizesse o uso da palavra. O depoente diz que gostaria de “ressaltar quatro pontos, que eu entendo serem importantes, principalmente, para análise dos Deputados sobre a questão. E eu falo me manifestando em nome da Organização das Cooperativas do Estado do Paraná. Então, a Ocepar congrega todas as Sociedades Cooperativas, aqui registradas na Ocepar. Então, a natureza jurídica de Sociedade Cooperativa. É importante ressaltar que a Sociedade Cooperativa é uma sociedade diferente das sociedades empresárias. De fato “sui generis” mista. Ela tem alguns aspectos de S/A, alguns aspectos de Ltda., alguns aspectos, inclusive, de Associação. O que vem a ser uma Cooperativa. Ela nada mais é do que uma sociedade construída pelos seus membros os cooperados, para ligar atividade econômica do cooperado ao mercado. Então ela não tem atividade econômica própria distinta dos seus cooperados como são as Ltda., S/As, e Sociedades Empresárias, elas se confundem, uma figura que se confunde com o próprio cooperado. Por exemplo, estamos hoje aqui falando do ramo saúde, mas poderíamos falar do ramo agropecuário também. A Sociedade Cooperativa ela não produz nenhum tipo de grão na Cooperativa Agropecuária, quem produz é o cooperado. O que é que ela faz, liga o produto do cooperado ao mercado. As de saúde é a mesma coisa, todas as Cooperativas são iguais. As Unimed e Uniodontos, não praticam odontologia ou medicina, elas ligam os médicos, os dentistas ao mercado. Então não tem na verdade a finalidade lucrativa, inclusive, é proibida por lei a finalidade lucrativa, então ninguém lucra, a sociedade não lucra. Quem lucra o dono do produto, do serviço. Esse produto ou serviço é colocado através da cooperativa no mercado. E como é que são esses preços. O mercado que dita ou mesmo a ANS que dita”.

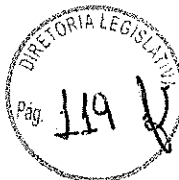
O senhor presidente consultou o senhor Paulo Roberto Fernandes, supervisor da Unimed, se este gostaria de fazer o uso da palavra, tendo a negativa do presente.

Na sequência o senhor presidente, deputado Adelino Ribeiro, questionou o representante da Uniodonto, Paulo Henrique Cariani: “Alguns profissionais que

7



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Diretoria Legislativa – Coordenadoria de Taquigrafia



aqui estiveram afirmaram que os planos se negam a pagar o Raio X e alguns, inclusive, exigem a contraprova. O que o senhor tem a nos dizer". O senhor Paulo Henrique respondeu o seguinte: "Deputado essa regra não tem utilização na Uniodonto, nós não exigimos raio X para comprovação administrativa, que é uma pratica de algumas operadoras. Nós, o cirurgião dentista, o cooperado, ele tem a autonomia para exercer o seu diagnóstico e execução de solicitação de exames. Hoje nós não temos a solicitação de exames radiográficos finais de procedimento para comprovação administrativa, não é uma pratica utilizada por nós". Dando continuidade, o senhor presidente, deputado Adelino Ribeiro interpelou novamente o depoente: "Outra pergunta é sobre o porquê o plano não cobre o material utilizado nas clinicas pelo cirurgião dentista?". O depoente, senhor Paulo Henrique, disse "não temos conhecimento". Então, o senhor presidente, deputado Adelino Ribeiro reforçou que "Quem passou isso para nós foi o Conselho Regional de odontologia. O pessoal fez essas colocações quando esteve aqui". Então o depoente, senhor Paulo Henrique Cariani relatou que "muitas vezes tem um conflito onde existe o roll de cobertura de procedimentos, que a Agência Nacional regula e existe os procedimentos que não fazem, contemplam o roll. Vou citar um exemplo pontual: um tratamento estético, ele não faz parte do roll. Então, ele não contempla o atendimento. O Senhor citou o Conselho Regional de Odontologia, o Conselho Regional de Odontologia, ele fez uma reunião das operadoras, ele dispensou a Uniodonto porque não apresentava nenhuma situação irregular".

O senhor presidente, deputado Adelino Ribeiro insistiu no questionamento acerca das radiografias, dizendo que nas oitivas anteriores fora informado que "As operadoras têm exigido dos cirurgiões dentistas como condição para comprovação do serviço prestado." Em resposta, o senhor Paulo Henrique disse que: "Como eu relatei para o senhor, podemos dizer que 50% do mercado está na mão de seis operadoras. Hoje, os conselhos, eles fizeram um trabalho bastante positivo onde temos uma principal operadora, hoje, que ela detém quase 35% do mercado, onde ela faz esse tipo de exigência, de exames radiográficos final para a comprovação de procedimentos que não tenha necessidade expondo o beneficiário a radiação e assim por diante. Volto a afirmar ao senhor é uma prática não utilizada por nós. Os nossos quesitos são o cirurgião dentista tem que realizar os exames radiográficos conforme a técnica protocolada pela profissão".

Na sequência, o senhor Relator, deputado Anibelli Neto questionou os representantes da Unimed. "Qual é a opinião dos senhores a respeito do papel e se esse papel estaria sendo bem desempenhado pela Agência Nacional de Saúde?". O presidente da Unimed Paraná, senhor Orestes Barroso Medeiros, respondeu o seguinte: "É preciso retrocedermos um pouquinho...o Sistema de Saúde Suplementar começou acerca de 50 anos, não é? E a saúde suplementar a partir de 1998 que foi a Lei ° 9.659 que foi editada e a Agência foi criada em 2000. Acho que a Agência trouxe um enorme benefício para o setor. Primeiro que o setor que funcionava há mais de 50 anos, completamente desregulamentado, num determinado momento esse setor já era grande quando houve a regulamentação. Havia mais de duas mil (2.000) operadoras. Duas mil e setecentos (2.700) me parece esse número. E quando a Agência



começou a atuar o processo regulatório começou e as pessoas, ou as empresas começaram a viver sobre uma nova realidade. A Agência veio para regulamentar o mercado. Acho que era um mercado que precisava ser regulado realmente, ele tem características muito especiais na área de saúde. Não é uma regulação tão simples, tanto que ela vem acontecendo já desde 2000. Nós ainda não temos um modelo perfeito de regulação. Mas acho que a Agência teve um papel fundamental. É óbvio que em determinados momentos falamos assim: "A Agência tem uma tinta mais pesada ou uma mão mais pesada em alguma regra que efetivamente é mais difícil de ser cumprida. Mas acho o papel da Agência fundamental, temos trabalhado muito em parceria até com a Agência. Sabemos que não é simples o setor, que hoje ainda não está perfeita essa regulação. Mas acho que é um papel importante da Agência, nós realmente entendemos, a Unimed Brasil entende que isso é muito importante. Temos as nossas críticas pontuais, mas nada que desabone a ação da Agência". O deputado Adelino Neto reforçou o questionamento, perguntando "O que o senhor entende que poderia ser melhorado por parte da Agência Nacional de Saúde. O senhor Orestes Barroso respondeu que: "Eu vou citar algumas coisas que hoje temos colocado. Hoje, as operadoras e não é a Unimed, mas as operadoras todas, elas foram reguladas baseado em conceitos de seguro. Então se você olhar hoje uma seguradora as reservas que ela tem que fazer todas as obrigações - o sistema hoje de operadoras e plano de saúde, ele está muito - vamos dizer assim - muito similar à questão e seguros. Só tem algumas diferenças, no caso das Unimeds, por exemplo, quando você faz um seguro de um carro, ou um seguro de vida, você estipula qual é o valor que vai ser segurado. Quando você faz um seguro na Unimed, ou as operadoras de Plano de Saúde, elas entram, por exemplo, oferecendo o serviço, nós não temos o valor dessa conta. Essa conta pode custar R\$ Um mil reais (1.000,00), ou esse paciente se internar num hospital e ficar um mês numa UTI e custar um milhão de reais (R\$ 1.000.000,00). Nós, hoje, temos o que chamamos *Fundo de Alto Custo*, e trabalhávamos com valores em torno de R\$ 30 mil. Hoje, este *Fundo*, estamos falando em valores acima de R\$ 300 mil. Não há, vamos dizer assim, uma previsão muito clara de gastos. Por outro lado, temos que dar assistência, ou seja, a obrigação das operadoras é dar assistência. Pois bem, hoje existe na agência, aproximadamente, vou *chutar* o número, mas é mais ou menos isso, em torno de cinco bilhões de reais em (R\$ 5.000.000.000,00) reservas das operadoras bloqueados na agência. Temos pedido e estamos trabalhando no sentido de que libere parte destes recursos, que possam ser aplicados na assistência, por exemplo, hospital. Sabemos a situação do interior, as cidades pequenas estão sumindo, se os senhores conhecerem a realidade do interior verão que os hospitais estão desaparecendo, os leitos hospitalares estão desaparecendo. E queremos recursos para investir em leitos, para garantir a assistência. Não estamos encontrando, na agência, respaldo suficiente para podermos utilizar recursos nossos, que estão bloqueados na agência, que possam ser utilizados. Estas, por exemplo, são pequenas diferenças que temos com a agência. Mas, de forma geral, acho que a agência tem um papel fundamental".



Na sequência o senhor Relator, deputado Anibelli Neto fez o seguintes questionamento: "Na página 26 [relatório apresentado pela Unimed] o senhor comentou sobre as sobras líquidas em relação à Unimed no Estado do Paraná, em relação à receita. Então, isso eu posso entender como lucro?. Em resposta, o senhor depoente respondeu que: "Nas cooperativas nós não falamos em lucro, nós falamos em sobra, porque quando se fecha o ano, nós fazemos uma assembleia e colocamos para a assembleia: olha, tenho uma sobra de 1,7%, que foi a média, qual é o destino que vocês querem dar? O destino pode ser distribuir para eles, retornar para o cooperado, ou o destino pode ser investimento ou, eventualmente, aumentar o capital da cooperativa". Então o senhor Relator questionou sobre: "Esse 1,76 de sobra, Dr. Orestes, significa quanto em valor?". O depoente respondeu que: "Nós tivemos em 2012 em torno de dois bilhões e setecentos milhões de reais (R\$ 2.700.000.000,00). Então, esse número está por volta de cinquenta milhões de reais (R\$ 50.000.000,00), mais ou menos. É um número pequeno para o volume de faturamento".

Na sequência o Relator afirmou que: "Acho que uma pergunta que é muito importante, e eu até agora não consegui responder isso em todas as sessões, e eu reiteradamente perguntava para os nossos convidados e todos também não sabiam responder, e cabe agora fazer essa pergunta. Se aqui é falado em fazer um esforço danado para diminuir a despesa, se aqui é colocado como recomendação para a ANS liberar aqueles quase, uma parte dos bilhões para que as cooperativas, enfim, possam fazer os investimentos. Sendo sabedor que existe uma independência entre a Unimed Curitiba. E aqui eu quero pedir para o Senhor Presidente que também faça o convite para a Unimed Curitiba para que eles possam cooperar nessa CPI. Como é que pode ser investido cem milhões de reais numa equipe de futebol? Certo, e mesmo com a melhor das boas vontades de uma Unimed para fazer um serviço, você vê cem milhões de reais para uma equipe de futebol. Então, sinceramente, na cabeça de qualquer pessoa, do ser humano, é inadmissível alguma coisa nesse sentido. Então essa é a pergunta que eu faço para os senhores, porque se fala em sobras, vocês fazem um raciocínio do que vai ser feito de despesa para o que vocês vão gastar. E se sobra, é melhor do que falte, porque se faltasse as vezes o serviço não seria tão bom. Mas essa pergunta dos cem milhões para o Fluminense eu gostaria, do fundo da minha alma, que me respondessem porque eu acho uma vergonha". Em resposta, o senhor Orestes Barroso afirmou que: "Cada decisão parte de cada uma das cooperativas, e nós não temos nenhuma influência com relação a Unimed Rio. Os números que eu tenho da Unimed Rio e que me foram passados, eu não posso dizer isso oficialmente, até porque eu não sou da Unimed Rio, mas eu posso passar alguns números que os investimentos da Unimed Rio no Fluminense no ano de 2012 foram de trinta e cinco milhões de reais (R\$ 35.000.000,00). A Unimed Rio teve um faturamento no ano de 2012 de três bilhões e meio de reais (R\$ 3.500.000.000,00), esse foi o faturamento. Trinta e cinco milhões de reais corresponde a 1% do seu faturamento. "Seriam as sobras então", questionou o senhor Relator. O depoente respondeu que: "Veja bem, quando você faz um orçamento financeiro você coloca investimentos que vai fazer em marketing,



em comunicação, vários investimentos. A Unimed Rio usa uma alíquota de 1% para investimento na área de marketing. Eu posso dizer que a maioria das cooperativas do Paraná o investimento em marketing nosso talvez chegue a 0,3%, 0,2% dentro do orçamento que é feito. Se perguntarem: 1% para mim, eu Orestes da Federação se eu faria? Eu teria que levar para minha assembleia para decidir se faríamos um investimento desse porte. Mas a Unimed Rio faz 1%. Não sei se alguém tem números de outras empresas, mas os investimentos giram, em algumas empresas, até 2% do faturamento eles aplicam em publicidade. Se falarem que trinta e cinco milhões é muito dinheiro? É muito dinheiro, com certeza. Mas quem fatura três bilhões e meio! A Unimed Rio teve sobra.

O senhor Paulo Roberto Fernandes Faria pediu a palavra e relatou que “Esse assunto não é polêmico só a nível, vamos dizer assim, aqui estamos dentro de uma Casa de Leis, mas ele é polêmico dentro de toda comunidade, ele é polêmico dentro da Unimed. Ele é polêmico dentro dos médicos. Foi uma decisão dos médicos da Unimed Rio. Hoje isso, muitas diretorias de Unimed, muitos cooperados polemizam esse assunto. Um fato, nós estávamos discutindo isso nesta semana, porque sabemos que isso vem muito à tona mesmo é que, de alguma maneira, isso deu uma visibilidade enorme para a Unimed. E a Unimed Rio teve uma alavancagem com isso. Agora, se isso é um bom gasto ou não para a atividade que nós exercemos? Se poderíamos investir o mesmo 1%? Não acho que o problema está no volume financeiro, talvez na destinação. Se pudéssemos destinar de maneira diferente, é uma coisa a ser discutida. Mas posso garantir que a discussão, a polêmica está intrinsicamente no nosso setor também, na nossa intimidade”.

O deputado Stephanes Júnior pediu a palavra e disse que: “Eu dirigi, por um bom tempo, uma empresa de medicina, que foi a AMIL. Mas ela investia, na época, em publicidade também, em time de vôlei, porque isso gerava novos clientes, vendas, gerava um entrosamento com a sociedade, identidade com a comunidade. Isso fazia com que a marca se consolidasse e acabava dando retorno para a empresa. As empresas que investem em futebol, ou algum outro esporte, o investimento em publicidade acaba retornando para a empresa e criando um link com a comunidade. Independente disso, eu queria fazer uma pergunta voltada para uma outra área. Vejo um problema que o setor está tendo muito forte, é a questão da judicialização que está acontecendo no setor. Pessoas que, indevidamente, fazem um plano ontem, estão na carência ainda e entram na justiça e é dado, normalmente um advogado já marcado, no Judiciário já há um problema acontecendo lá dentro, para uma cirurgia importante que custa uma fortuna para as empresas. Isso está acontecendo com vocês também?

O senhor Orestes Barroso respondeu que: “A questão da judicialização está acontecendo para todas, não só no setor privado, no setor público também. O Secretário de Saúde tem passado apuros aí com relação à judicialização. Por isso que eu falo do modelo. O modelo de atenção hoje no Brasil, focado em especialistas, em especialidades, ele não dá chance, eventualmente, para que, quando chegue a um especialista já chegue com alguma determinação de qual foi o diagnóstico, como é que isso pode ser tocado para frente, uma orientação



para aquele profissional. Então, existe uma questão que eu falo, é uma questão de polícia e eu não vou discutir na questão de polícia, que é o mau uso da tecnologia e que, obviamente, tem uma rede de advogados já preparados, para entrar com as ações. Nós temos, sei de um caso da Unimed Curitiba, em que um profissional no ano de 2011, senão me engano, gerou mais de, me parece foi treze milhões de reais (R\$ 13.000.000,00) ou trinta milhões de reais (R\$ 30.000.000,00) em um ano de despesa, via liberação judicial de medicamentos off label, medicamentos que não tinham indicação para aquele caso e que o juiz teve que dar. Eu sou pai de juiz, conheço bem. O juiz na hora em que ele vai dar, ele tem que ter um respaldo. Ele tem na mão alguém que fala: "Eu estou com câncer. Estou com uma doença grave." O juiz vai liberar, porque para ele, não tem a quem se apoiar. O Conselho Nacional de Justiça criou uma Comissão aqui no Estado do Paraná, que vem trabalhando na tentativa de mostrar aos juízes, diretrizes corretas baseadas em evidências, para que ele possa basear a sua decisão. Hoje, ele não tem. Então, existe algo que eu falo que é uma questão de polícia. Existe a questão que o juiz precisa ser informado. Agora, a maioria dos casos de litígios que acontecem, é exatamente nessa linha. Em algumas situações, obviamente, aí sim estamos com um bom profissional lá na ponta. Estamos com um paciente, que eventualmente precisa daquele produto. Aquele produto embora haja uma discussão técnica, se é aplicável, ou se não é aplicável, é boa medicina, ou não é boa medicina, já está incorporado aquele tratamento, ou não é. Essa discussão, que às vezes leva, eu acho que a gente tem que tratar para tentar solucionar. O resto eu acho que é questão de polícia e questão dos juízes também de receberem a orientação". O deputado Paranhos solicitou a palavra e agradeceu a oportunidade, relatando na sequência: "Na verdade eu vou fazer a mesma pergunta que eu fiz aos demais Planos que aqui estiveram na oportunidade. Já estamos tratando desse tema há bastante tempo pela Comissão de Defesa do Consumidor e mais ou menos nós já temos um retrato daquilo que é a realidade da reclamação dos consumidores dos portadores dos Planos de Saúde e também da reclamação dos médicos e das próprias operadoras e no meu ponto de vista a fragilidade que tem a ANS. Mas a minha pergunta foi no sentido que houve aqui uma afirmação de uma agente da ANS, dizendo que alguns Planos de Saúde interferem na decisão do médico no que diz respeito a um procedimento ou um pedido de exame. Também houve por parte de uma operadora do Plano de Saúde, dizendo que alguns médicos devido a tabela se recusam a fazer alguns procedimentos, que entendem que são valores irrisórios e, portanto, acabam não fazendo. Gostaria de ouvi-los se tem informação sobre essas afirmações e se isso acontece de fato". O representante da Unimed respondeu que: "Disse aqui que o processo regulatório ele ainda não está perfeito e existem imperfeições. E o sistema pela Unimed têm 46 anos vivemos uma boa parte do tempo na informalidade, até porque não havia regulação, a partir de 2000 entramos na regulação. Obviamente, que falhas ainda ocorrem tanto por parte das operadoras e não só a Unimed, mas de qualquer operadora. Até porque as pessoas que estão lá, às vezes já estão há bastante tempo, eu digo um auditor que está dentro de uma Unimed hoje, que está há vinte anos no sistema, ele veio de uma fase que não



tinha nenhuma regulação, para uma fase que tem regulação, acontece sim. A regulação também está avançando e agora, por exemplo, teve a Resolução Normativa nº 319, que é aquela que fala com relação as negativas terem que ser por escrito com todos os prazos e essa aconteceu agora. E quando você olha “mas por que você pode negar”. Está lá” você pode negar por questões específicas”. Mas não era assim no passado, isso entrou em vigor tem 15 dias por aí. É possível que, por exemplo, um auditor que se baseasse numa diretriz tirada por uma medicina baseada em evidência e que ele tenha eventualmente negado um determinado procedimento, porque não tinha uma diretriz estabelecida de acordo, é possível. Tanto que existem reclamações, as reclamações geram NIPs. Os NIPs sentamos com as agências e estabeleceu-se, e em 50% dos casos o cliente tem razão com a coisa liberada e em quase 50% não tem razão, são pedidos realmente absurdo, mas numa parte é possível que tenha sim. Acho que sistema está evoluindo, essa Resolução nº 319 agora em que você tem que dar a negativa por escrito, firmado, ela vem exatamente para suprir uma lacuna que não digo que não acontecia na Unimed, mas acontecia em qualquer operadora eventualmente, de haver uma negativa. Mas o trabalho todo que vem sendo desenvolvido e eu falo isso e é interessante nós enxergarmos os números, mostrei para os Deputados os números que são seis milhões e quinhentos mil consultas, são dezessete milhões de exames, 220 mil internamentos. Se fizermos o cálculo do número de reclamações e número de NIPs é relativamente pequeno pelo volume que se apresenta. Mas é possível temos trabalhado, temos corrigido, tanto que não temos hoje, praticamente nada pendente, nós resolvemos todas as questões. Como as Unimeds também tenham a sua individualidade. Tentamos com que os auditores todos tenham a mesma formação, sigam o mesmo padrão. Mas é possível que efetivamente aconteça, Deputado”.

Em seguida o deputado Paranhos disse, para concluir sua participação, que: “O Formato de remuneração dos médicos da Unimed se trata por procedimento? Eu lembro que nós discutimos isso no momento da paralização e falávamos muito da tabela, o formato de remuneração dos médicos da Unimed é diferente dos outros e das outras Dr.? O senhor Orestes Barroso respondeu que “Não. O formato, a forma de pagamento no Brasil, no sistema privado é o chamado “fill for servisse”, ou seja paga-se por procedimento. A questão toda dentro da Unimed é que nós temos um padrão, as Unimeds seguem um padrão que é o padrão da CBHPM em quantificação. Mas em volume de recurso que cada um recebe as Unimeds tentam pagar mais ou menos na dependência da sua possibilidade com o seu cooperado. Eu mostrei, já tinha entregado para o Senhor daquela vez aqueles valores diferentes. Cada cooperativa tem um acordo com os seus cooperados. Mas basicamente ela paga o rateio, o que sobra para pagar para os médicos divide-se pelo quantitativo da CBHPM, ou alguma outra tabela acordada, mas normalmente a CBHPM e paga-se ao cooperado”.

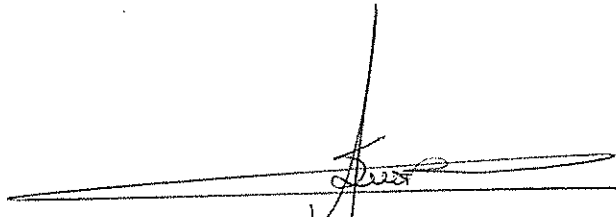
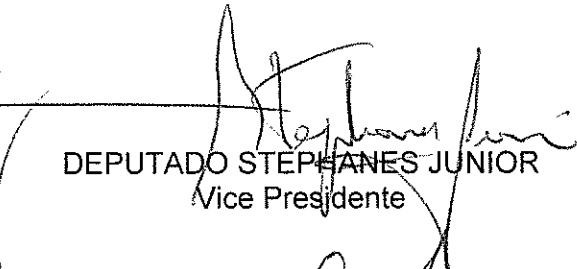
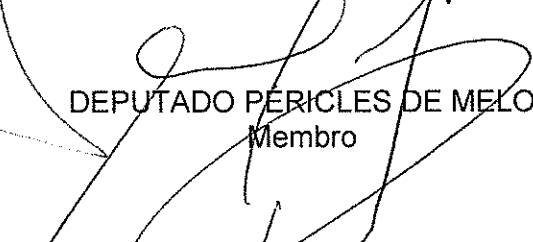
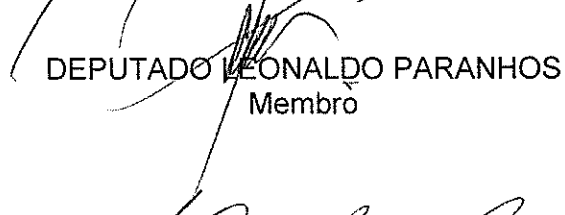
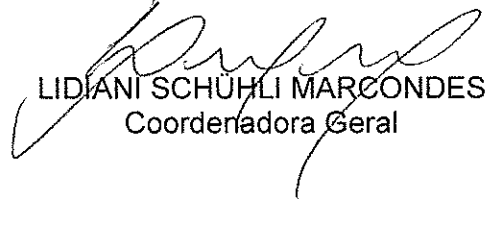
Não havendo mais assuntos a serem tratados, o senhor presidente, Deputado Adelino Ribeiro, agradeceu a presença de todos e deu por encerrada a sessão.



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Diretoria Legislativa – Coordenadoria de Taquigrafia



Por fim, determinou que, para constar e produzir os efeitos legais fosse lavrada a presente ata, sendo assinada pelo senhor Presidente, membros e por mim, Lidiani Schühli Marcondes.

 DEPUTADO ADELINO RIBEIRO Presidente	 DEPUTADO STEPHANES JUNIOR Vice Presidente
 DEPUTADO ANIBELLI NETO Relator	 DEPUTADO PERICLES DE MELO Membro
 DEPUTADO TERCILIO TURINI Membro	 DEPUTADO LEONALDO PARANHOS Membro
 DEPUTADO MAURO MORAES Membro	 LIDIANI SCHÜHLI MARCONDES Coordenadora Geral

A Comissão Parlamentar de Inquérito, instituída pelo Ato Presidencial nº 19 de 08 de novembro de 2012, com a finalidade de "investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras dos planos de saúde no Estado do Paraná", reuniu-se ordinariamente aos vinte e um dias do mês de maio de dois mil e treze, às dez horas, na Sala das Comissões da Assembleia Legislativa do Paraná, sob a presidência do senhor deputado Adelino Ribeiro, mais os senhores deputados Stephanes Júnior, vice-presidente da Comissão, e Anibelli Netto, relator. Fizeram-se presente, intimados pela referida Comissão, o senhor Orestes Barroso Medeiros, presidente da Unimed Paraná. Paulo Roberto Fernandes Faria, Superintendente da Unimed Paraná; Paulo Henrique Cariani, vice-presidente da Uniodonto Curitiba e Presidente da Uniodonto Paraná. Sob a proteção de Deus, o senhor presidente declarou aberta a sessão, com o objetivo de ouvir os intimados na data e em seguida os deputados Stephanes Júnior e Anibelli Netto fizeram o uso da palavra para considerações iniciais. Passou-se, então, à ordem do dia da reunião e o senhor presidente, Deputado Adelino Ribeiro, concedeu a palavra ao presidente da Unimed Paraná, senhor Orestes Barroso Medeiros, que relatou que "para o sistema Unimed é uma oportunidade de poder mostrar aos Poderes constituídos do Estado e da República o que nós fazemos, quem nós somos, quais são as nossas dificuldades e as nossas virtudes, assim entendido por nós". O depoente apresentou-se em seguida, dizendo que: "Sou médico, sou cirurgião do aparelho digestivo, eu sou de Londrina, minha origem é Londrina, eu sou associado ou sócio da cooperativa de Londrina e eu estou na Federação das Unimed, assim como os outros colegas aqui, o Paulo que é ortopedista em Umuarama. Nós estamos na direção da Federação das Unimed do Paraná. Eu faço questão de dizer isso, porque a Unimed é uma cooperativa e o movimento cooperativo é importante que se entenda as diferenças do sistema Unimed, das demais empresas desse segmento cooperativista da qual nós fazemos parte, porque existe diferenças fundamentais com as empresas de medicina de grupo". O depoente fez uma pausa para repassar aos deputados membros da CPI um relatório constando informações sobre a Unimed no Estado do Paraná. Em seguida o depoente informou aos deputados que iria ler parte do depoimento que preparou para a CPI: "A sua complexidade se dá pelo fato de ter se tomado ao longo dos anos um grupo de cooperativas que formam a marca Unimed. Talvez seja difícil para qualquer pessoa entender a complexidade das relações estabelecidas entre essas cooperativas e entender que a marca Unimed é formada pura e simplesmente por essa relação de colaboração e co-dependência que mantem entre as coirmãs. Os médicos que compõem a Unimed são donos das cooperativas respectivas a que estão filiados. Sendo assim cada cooperativa paga o que acordo com seus sócios utilizando por base a nomenclatura da classificação Brasileira e hierarquizada -CBHPM- que é uma orientação das própria associações de classe. Em última instância a própria orientação dos médicos que determinará a definição de valores a serem recebidos, uma vez que essa produção que é revertida em sobras, cooperativas não têm lucros, tem sobras e elas são distribuídas. Todas as decisões da cooperativa, inclusive de patrocínios nesse ou naquele setor são tomadas pelos órgãos colegiados responsáveis e em última instância

aprovados por suas assembleias. Uma Unimed não tem poder nenhum sobre as outras, elas são independentes e totalmente autônomas, algumas têm 1 milhão de clientes ou mais, outras são pequenas e não chegam, por vezes, a ter menos de 10 mil beneficiários. Esparramadas pelo Brasil as Unimed estão sujeitas a realidade de cada localidade suas demandas e suas exigências. As Unimed maiores dependem das pequenas e vice-versa. Por isso, a cooperação é vital entre as cooperativas, o que de fato ocorre há 45 anos e o intercâmbio entre elas é o que garante a capilaridade, ou seja, o fato de uma pessoa poder ser atendida tanto numa Unimed, tanto no sul quanto no norte do País. A Unimed é a maior experiência cooperativista em área de saúde um todo mundo e também a maior rede de assistência médica no Brasil, presente em 83% do território nacional". Continuou o depoente informando aos deputados que a Unimed hoje é composta "por 360 cooperativas médicas, operadoras ou prestadoras de serviço, que prestam assistência a mais de 18 milhões de clientes em todo País, clientes Unimed contam com mais de 109 mil médicos, além de pronto atendimento, laboratórios, ambulâncias, hospitais próprios. Hoje o sistema já possui 111 hospitais próprios das cooperativas e hospitais credenciados em número de 3 mil e 97 hospitais, para garantir assistência médica, hospitalar e de diagnóstico complementar oferecidos, resultando em 25 mil recursos credenciados e são mais de 69 mil empregos diretos. Nós temos 38% do mercado nacional e recebemos há vários anos prêmios da marca mais lembrada. As Cooperativas chamadas Singulares formam as Federações no âmbito dos seus Estados, que por sua vez formam a Confederação Nacional. Fora as 360 Cooperativas do Sistema Unimed também é composto por uma Central Nacional que é uma Cooperativa de abrangência Nacional, que presta serviços em âmbito nacional e tem uma Seguradora que também atende em âmbito nacional. Ai tem os dados do Sistema Unimed e eu queria agora focar aqui no Paraná. No Paraná nós somos 22 Cooperativas chamadas de primeiro grau e também são chamadas de Cooperativas Singulares. Cada uma com personalidade jurídica distinta, com quadro de médicos cooperados associados também distintos". O depoente informou que "Essas Cooperativas são regidas por Legislações específicas citando de forma particular a 5764/71 seus Estatutos sociais e ainda por todo um marco regulatório da chamada saúde suplementar advinda da Lei nº 9656/98. O Sistema Unimed Paranaense, ou seja, as 20 singulares operadoras e 2 singulares prestadoras mais a Federação em 31 de dezembro contava com um milhão, trezentos e noventa e seis mil e trezentos e dez (1.396.310) beneficiários. Sendo que o total de beneficiários de toda saúde suplementar no Paraná nessa data era de dois milhões, quinhentos e oitenta e quatro mil e duzentos e quarenta e três (2.584.243) usuários. Nós temos em 31 de dezembro [2012] 9.407 médicos cooperados, 6 hospitais próprios, 307 hospitais credenciados, 1.288 clínicas, 493 laboratórios também credenciados. E toda essa estrutura atende em torno de 13% da população do Estado. Atualmente nós empregamos diretamente aqui no Estado do Paraná 4.075 colaboradores e no ano passado nós realizamos seis milhões, quinhentos e cinquenta e quatro mil e quinhentas e vinte e sete (6.554.527) consultas médicas, duzentos vinte cinco mil e duzentos e vinte e cinco (225.220) internamentos hospitalares e dezessete milhões, oitocentos e vinte e um mil e seiscentos e vinte (17.821.620) exames foram realizados nesses nossos beneficiários". O depoente também pediu para frisar que "relevante serviço que essas Cooperativas prestam no âmbito dos Municípios Paranaenses. Os recursos que as Cooperativas captam da sociedade civil tem retornado integralmente as regiões onde elas estão inseridas. Este retorno tem contribuído de maneira muito importante, para que a sustentação econômica de milhares de médicos, centenas de hospitais clínicos e laboratórios, além da manutenção de milhares de postos de trabalho direto ou indiretamente vinculados às atividades de saúde. Além disso, as Cooperativas constituem hoje importante segmento contribuinte de impostos por exercerem suas atividades estritamente na formalidade". Também informou o depoente que "muitas das questões que hoje se discute, e acho que essa ida dessa Comissão para o interior é extremamente importante, porque às vezes muitas das questões - e eu já vi reclamações até de colegas médicos - elas se resumem muito em questões pontuais dentro de uma unidade. Por exemplo, aqui em Curitiba, a capital que é a maior e as vezes se esquece toda essa abrangência Estadual que os Sistema tem. Vou citar para que se veja a importância disso a nível de Estado. A Unimed de Apucarana tem 171 médicos cooperados e 16 mil beneficiários. A Unimed Cascavel tem 456 médicos cooperados e 64.389 beneficiários. A Unimed Cianorte tem 102 médicos cooperados e 8.590 beneficiários. A Unimed Costa Oeste, que é lá em Toledo, ela tem 223 médicos cooperados e 46.799 beneficiários. A Unimed Curitiba tem 4.734 médicos cooperados e 564.431 beneficiários. A Unimed Foz do Iguaçu tem 166 cooperados e 16.955 beneficiários. A Unimed Francisco Beltrão 136 cooperados 13.327 beneficiários. A Unimed de Guarapuava tem 232 médicos cooperados e 23.444 beneficiários. A Unimed de Londrina tem 1.047 médicos cooperados e 172.958 beneficiários. A Unimed Noroeste do Paraná, que é lá em Umuarama, tem 219 médicos cooperados e 19.181 beneficiários. A Unimed Norte do Paraná que é Cornélio Procopio tem 100 médicos cooperados e 10.887 beneficiários. A Unimed Norte Pioneiro que é em Jacarezinho tem 158 médicos cooperados e 10.525 beneficiários. A Unimed Oeste do Paraná é em Medianeira, tem 114 cooperados e 20.922 beneficiários. A Unimed Paranaguá tem 98 cooperados e 25.908 beneficiários. A Unimed de Paranavaí tem 154 médicos cooperados e 19.861 beneficiários. A Unimed de Pato Branco 225 médicos cooperados e 29.557 beneficiários. A Unimed de Ponta Grossa 384 médicos cooperados 46.322 beneficiários. A Unimed Regional Campo Mourão tem 108 cooperados, 16.8531 beneficiários. A Unimed de Maringá 814 médicos cooperados, 160.428 beneficiários. Vale do Piquiri que é Pailatina tem 27 médicos cooperados 7.679 beneficiários e a Federação por ser de segundo grau não tem nenhum cooperado. Os cooperados são as 22 Unimed sócias e 100.460 beneficiários, perfazendo um percentual de 9.407 médicos cooperados, no Estado do Paraná e mais 1.396.310 beneficiários.". Na sequência o depoente apresentou dados sobre a

cooperativa, que segundo ele "são dados auditados e que representam a evolução do sistema ao longo dos anos. Peguei os dados de 2008 até 2012, para que possamos fazer uma análise. Em 2008 o sistema Unimed no Estado do Paraná e o conjunto de cooperativas faturou um bilhão, quinhentos e sessenta e um milhões, oitenta e sete mil e seiscentos reais (R\$ 1.561.087.600,00). Em 2012 faturamos dois bilhões, seiscentos e setenta e nove milhões, sessenta e nove mil e novecentos e setenta e oito reais (R\$ 2.679.069.978). Isso dá uma evolução da receita de 2008 até hoje de 71,6% na receita das cooperativas no Estado do Paraná. Se compararmos isso com os números GPM à variação que houve no período, o GPM foi 36,13%%, IPCA 31,85% numa variação da INS acumulada de 39,7%, que são os reajustes permitidos pela agência. Eu chamo a atenção por quê? Porque realmente é importante o aumento de receita das cooperativas nesse período. Por outro lado eu também coloquei para frente quais foram os custos assistências que as cooperativas tiveram nesse mesmo período de 2008 a 2012. Ela saiu de um bilhão, trezentos e quarenta e oito milhões (R\$ 1.348.000.000,00) em 2008, para dois bilhões, trezentos e quarenta e dois milhões (R\$ 2.342.000.000,00) em 2012, ou seja, uma variação de 73,7%, portanto acima do aumento de receita que ela teve, neste mesmo período. Coloquei, também, na próxima página, a evolução das despesas administrativas, todas elas, do sistema Unimed no Paraná. De 2008 a 2012 também. Saiu de um valor de duzentos e vinte e dois milhões e oitocentos e trinta e nove mil de reais (R\$ 222.839.000,00) para um valor de trezentos e vinte e sete milhões e oitocentos e dez mil reais (327.810.000,00) em 2012, numa variação de 47,1%. Para frente veremos alguns dados, mas o Sistema Unimed está fazendo um esforço danado para reduzir despesas. Aumenta-se o volume de arrecadação dentro das cooperativas, mas por outro lado a despesa assistencial tem efetivamente suplantado a possibilidade de aumento de receita". Continuou o depoente: "Na página 17 há um gráfico interessante. Este gráfico mostra, separa os três componentes do custo assistencial, ou seja, despesa administrativa mais a despesa que chamamos acessórios. Quando falamos em custo-acessório, estamos falando em custo hospitalar, materiais, medicamentos, prótese, órtese, exames, ou seja, toda a parte acessória para o atendimento médico. Se olharmos ao longo do tempo, e falarei dos números de 2012, temos uma despesa administrativa de todas as cooperativas do Paraná, na ordem de 12,2%, temos uma despesa acessória de 54,5% de toda a despesa e mais 32,9%, que é destinado ao médico cooperado. São as receitas distribuídas aos médicos cooperados. Então, neste componente vemos que as cooperativas estão reduzindo seu gasto, mas estão pagando bastante para outros custos e efetivamente para um médico cooperado sobra, realmente, muito pouco, que é 32%, hoje. Quero lembrar que em 2008 este número era de 29,7%, ou seja, há um esforço para que se possa remunerar melhor os cooperados. É um esforço de todas as cooperativas, isto. Na próxima página, a de número 18, é um gráfico interessante, que mostra a renda média do cooperado. Porque escutamos muito a questão: quanto vale uma consulta ou quanto vale um exame? Mas, quanto efetivamente está havendo de aumento de receita para o médico, ou seja, aquilo que efetivamente ao final do mês entra no bolso do médico. Saímos, em 2008, de uma renda média *per capita* anual de R\$ 67.316,00 para em 2012, uma renda média *per capita* de 103 mil e 171. Isto dá um aumento, nos valores repassados aos cooperados, de 53,26% neste período. Na próxima página, tenho a evolução do número de médicos cooperados no Estado do Paraná, que aumentou de 2008 para 2012, 9,18%. Saiu de 8.616 para 9.407 médicos cooperados. A evolução da quantidade de beneficiários, também, de 2008 a 2012, cresceu 26,3%, saindo de 1 milhão e 105 para 1 milhão e 390, que é o número de hoje". Sobre as consultas médicas o depoente declarou que: "Eu fiz questão também de colocar na página 23, são duas tabelas, uma de 2011 e uma de 2012, que é o valor médio de consulta médica praticada em cada uma dessas cooperativas, e a evolução que ela teve. Eu chamo a atenção, é um dado só interessante aqui, a Unimed Vale do Piquiri, mostrei que é uma Unimed pequena, tem 23 cooperados e sete mil beneficiários em média, em 2001 ela pagou uma média de consulta de oitenta e seis reais, e em 2012 essa média caiu para setenta e seis reais. O que a Unimed Vale do Piquiri fez que ela diminuiu o valor da consulta? Ela comprou um hospital, ela investiu em hospital, ela está investindo em recurso próprio. Então, há um acerto com seus cooperados e diminuiu o valor de repasse para que ela possa investir no recurso próprio para os seus cooperados poderem trabalhar. Chamo a atenção que isso está acontecendo em várias cidades do Paraná, hoje nós temos seis hospitais próprios, Paranavaí é assim, Foz do Iguaçu é assim, Ponta Grossa é assim, aonde mais tem? Cianorte, Cianorte não, Cornélio Procopio também inaugurou agora um hospital. Então, é importante essas variações que vocês entendam, porque os valores que eventualmente diminuem da receita são investimentos que a própria cooperativa está fazendo, e isso ela faz dentro das suas assembleias, dentro dos órgãos colegiados, para poder fazer esses investimentos. E mostrar também que não existe um valor num Estado, o valor depende de cada cooperativa, da realidade de cada discussão entre aquela cooperativa e os seus cooperados. Por isso que eventualmente em alguma situação pontual pode ter reclamação, e a gente sabe que existe, nós temos conhecimento disso. Mas em razão da forma de trabalhar as cooperativas é assim que funciona". Ouvido o presidente da Unimed Paraná, senhor Oestes Barroso Medeiros, o senhor presidente da CPI dos Planos de Saúde passou a palavra ao senhor Paulo Henrique Cariani, presidente da Uniodonto Paraná, que se apresentou aos deputados, dizendo ter nascido na cidade de Jussara, no Paraná, e cursado o curso de Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Curitiba, graduado em 1991 e tendo ingressado em 1992 no cooperativismo, através da Uniodonto Curitiba. Hoje ocupa o cargo de vice-presidente da Uniodonto Curitiba e presidente da Federação. Explicou o depoente que "A cooperativa odontológica e a cooperativa médica a formação é a mesma. Como o Dr. Orestes fez uma explanação brilhante sobre o que é cooperativa, vou tentar passar números nacionais, trazer esses números para o nosso Estado para que os senhores tenham



conhecimento. Os nossos números são mais modestos que o segmento médico. A odontologia tem um valor de custo bastante inferior. Hoje o sistema Unidonto nacional, a Uniodonto Brasil é composta por 120 Unidonto. Do qual desses 120 temos 89 Unidontos que têm um número de usuários abaixo de 20 mil usuários. Nós temos 23 Unidontos que têm o número de usuários entre 20 a 100 mil usuários. E somente 5 Unidontos que estão acima de cem mil usuários. A Uniodonto Paraná é uma instituição. Ela não é uma operadora de vidas. Então, ela não tem atendimento, nem cooperados. Ela é uma representante na hierarquia das cooperativas. Então, ela é uma cooperativa de 2º grau. Hoje, as operadoras de planos odontológicos no Paraná, nós temos quatro. No passado tivemos 14. Infelizmente, hoje, nós temos somente a Uniodonto Curitiba, a Uniodonto Londrina, a Uniodonto Maringá e a Uniodonto Ponta Grossa. No passado tivemos a Uniodonto Foz do Iguaçu, a Uniodonto Cascavel, a Uniodonto Paranavai, a Uniodonto Umuarama, a Uniodonto Pato Branco, Cornélio Procopio, Apucarana. Porém, o mecanismo de operadoras com a Agência Nacional vindo, houve um custo, um acréscimo do custo da operação e pelos valores do ticket odontológico ficaram inviáveis alguns setores nas cooperativas odontológicas. Hoje, a nossa massa está distribuída da seguinte maneira: a Uniodonto Maringá, nós temos 94 cooperados, 12.530 beneficiários e ela não apresenta nenhum processo no Procon de usuários; a Uniodonto Londrina, ela tem 181 cooperados, 14.309 beneficiários e não apresenta também nenhuma situação no Procon; a Uniodonto Ponta Grossa, ela tem 78 cooperados, 8.849 beneficiários e nenhum problema no Procon; e a Uniodonto Curitiba, que tem 420.105 beneficiários. hoje, um total de 1.606 cooperados e todas as situações perante o PROCON, elas estão de 2010, 1.106 cooperados e até 2013, nós só temos uma ação no Procon encerrada. Todas as nossas operadoras, hoje, do Estado, apresentam o IDSS – Índice de Desempenho de Saúde Suplementar acima, a nota máxima”. Seguiu o depoente explicando que “Temos hoje um custo assistencial na faixa de 60, 65% de sinistro, que é pagamento ao cooperado de trabalhos assistenciais. A média das operadoras hoje fica em 50%. Procuramos sempre ter um pagamento adequado e tentar criar sempre um diferencial, em termos de pagamento”, encerrando o seu depoimento. Na sequência o deputado Stephanes Júnior solicitou ao senhor presidente permissão para que o senhor Paulo Stoelr, representante da Ocepar (Organização das Cooperativas do Estado do Paraná) e consultor jurídico da Federação das Cooperativas fizesse o uso da palavra. O depoente diz que gostaria de “ressaltar quatro pontos, que eu entendo serem importantes, principalmente, para análise dos Deputados sobre a questão. E eu falo me manifestando em nome da Organização das Cooperativas do Estado do Paraná. Então, a Ocepar congrega todas as Sociedades Cooperativas, aqui registradas na Ocepar. Então, a natureza jurídica de Sociedade Cooperativa. É importante ressaltar que a Sociedade Cooperativa é uma sociedade diferente das sociedades empresárias. De fato “sui generis” mista. Ela tem alguns aspectos de S/A, alguns aspectos de Ltda., alguns aspectos, inclusive, de Associação. O que vem a ser uma Cooperativa. Ela nada mais é do que uma sociedade construída pelos seus membros os cooperados, para ligar atividade econômica do cooperado ao mercado. Então ela não tem atividade econômica própria distinta dos seus cooperados como são as Ltda., S/As, e Sociedades Empresárias, elas se confundem, uma figura que se confunde com o próprio cooperado. Por exemplo, estamos hoje aqui falando do ramo saúde, mas poderíamos falar do ramo agropecuário também. A Sociedade Cooperativa ela não produz nenhum tipo de grão na Cooperativa Agropecuária, quem produz é o cooperado. O que é que ela faz, liga o produto do cooperado ao mercado. As de saúde é a mesma coisa, todas as Cooperativas são iguais. As Unimed e Unidontos, não praticam odontologia ou medicina, elas ligam os médicos, os dentistas ao mercado. Então não tem na verdade a finalidade lucrativa, inclusive, é proibida por lei a finalidade lucrativa, então ninguém lucra, a sociedade não lucra. Quem lucra o dono do produto, do serviço. Esse produto ou serviço é colocado através da cooperativa no mercado. E como é que são esses preços. O mercado que dita ou mesmo a ANS que dita”. O senhor presidente consultou o senhor Paulo Roberto Fernandes, supervisor da Unimed, se este gostaria de fazer o uso da palavra, tendo a negativa do presente. Na sequência o senhor presidente, deputado Adelino Ribeiro, questionou o representante da Uniodonto, Paulo Henrique Cariani: “Alguns profissionais que aqui estiveram afirmaram que os planos se negam a pagar o Raio X e alguns, inclusive, exigem a contraprova. O que o senhor tem a nos dizer”. O senhor Paulo Henrique respondeu o seguinte: “Deputado essa regra não tem utilização na Uniodonto, nós não exigimos raio X para comprovação administrativa, que é uma prática de algumas operadoras. Nós, o cirurgião dentista, o cooperado, ele tem a autonomia para exercer o seu diagnóstico e execução de solicitação de exames. Hoje nós não temos a solicitação de exames radiográficos finais de procedimento para comprovação administrativa, não é uma prática utilizada por nós”. Dando continuidade, o senhor presidente, deputado Adelino Ribeiro interpeleu novamente o depoente: “Outra pergunta é sobre o porquê o plano não cobre o material utilizado nas clínicas pelo cirurgião dentista?”. O depoente, senhor Paulo Henrique, disse “não temos conhecimento”. Então, o senhor presidente, deputado Adelino Ribeiro reforçou que “Quem passou isso para nós foi o Conselho Regional de odontologia. O pessoal fez essas colocações quando esteve aqui”. Então o depoente, senhor Paulo Henrique Cariani relatou que “muitas vezes tem um conflito onde existe o roll de cobertura de procedimentos, que a Agência Nacional regula e existe os procedimentos que não fazem, contemplam o roll. Vou citar um exemplo pontual: um tratamento estético, ele não faz parte do roll. Então, ele não contempla o atendimento. O Senhor citou o Conselho Regional de Odontologia, o Conselho Regional de Odontologia, ele fez uma reunião das operadoras, ele dispensou a Uniodonto porque não apresentava nenhuma situação irregular”. O senhor presidente, deputado Adelino Ribeiro insistiu no questionamento acerca das radiografias, dizendo que nas oitivas anteriores fora informado que “As operadoras têm exigido dos cirurgiões dentistas como condição para comprovação do serviço prestado.” Em resposta, o

senhor Paulo Henrique disse que: “Como eu relatei para o senhor, podemos dizer que 50% do mercado está na mão de seis operadoras. Hoje, os conselhos, eles fizeram um trabalho bastante positivo onde temos uma principal operadora, hoje, que ela detém quase 35% do mercado, onde ela faz esse tipo de exigência, de exames radiográficos final para a comprovação de procedimentos que não tenha necessidade expondo o beneficiário a radiação e assim por diante. Volto a afirmar ao senhor é uma prática não utilizada por nós. Os nossos quesitos são o cirurgião dentista tem que realizar os exames radiográficos conforme a técnica protocolada pela profissão”. Na sequência, o senhor Relator, deputado Anibelli Neto questionou os representantes da Unimed. “Qual é a opinião dos senhores a respeito do papel e se esse papel estaria sendo bem desempenhado pela Agência Nacional de Saúde?”. O presidente da Unimed Paraná, senhor Orestes Barroso Medeiros, respondeu o seguinte: “É preciso retrocedermos um pouquinho...o Sistema de Saúde Suplementar começou acerca de 50 anos, não é? E a saúde suplementar a partir de 1998 que foi a Lei nº 9.695 que foi editada e a Agência foi criada em 2000. Acho que a Agência trouxe um enorme benefício para o setor. Primeiro que o setor que funcionava há mais de 50 anos, completamente desregulamentado, num determinado momento esse setor já era grande quando houve a regulamentação. Havia mais de duas mil (2.000) operadoras. Duas mil e setecentos (2.700) me parece esse número. E quando a Agência começou a atuar o processo regulatório começou e as pessoas, ou as empresas começaram a viver sobre uma nova realidade. A Agência veio para regulamentar o mercado. Acho que era um mercado que precisava ser regulado realmente, ele tem características muito especiais na área de saúde. Não é uma regulação tão simples, tanto que ela vem acontecendo já desde 2000. Nós ainda não temos um modelo perfeito de regulação. Mas acho que a Agência teve um papel fundamental. É óbvio que em determinados momentos falamos assim: “A Agência tem uma tinta mais pesada ou uma mão mais pesada em alguma regra que efetivamente é mais difícil de ser cumprida. Mas acho o papel da Agência fundamental, temos trabalhado muito em parceria até com a Agência. Sabemos que não é simples o setor, que hoje ainda não está perfeita essa regulação. Mas acho que é um papel importante da Agência, nós realmente entendemos, a Unimed Brasil entende que isso é muito importante. Temos as nossas críticas pontuais, mas nada que desabone a ação da Agência”. O deputado Adelino Neto reforçou o questionamento, perguntando “O que o senhor entende que poderia ser melhorado por parte da Agência Nacional de Saúde. O senhor Orestes Barroso respondeu que: “Eu vou citar algumas coisas que hoje temos colocado. Hoje, as operadoras e não é a Unimed, mas as operadoras todas, elas foram reguladas baseado em conceitos de seguro. Então se você olhar hoje uma seguradora as reservas que ela tem que fazer todas as obrigações - o sistema hoje de operadoras e plano de saúde, ele está muito - vamos dizer assim - muito similar à questão e seguros. Só tem algumas diferenças, no caso das Unimed, por exemplo, quando você faz um seguro de um carro, ou um seguro de vida, você estipula qual é o valor que vai ser segurado. Quando você faz um seguro na Unimed, ou as operadoras de Plano de Saúde, elas entram, por exemplo, oferecendo o serviço, nós não temos o valor dessa conta. Essa conta pode custar R\$ Um mil reais (1.000,00), ou esse paciente se internar num hospital e ficar um mês numa UTI e custar um milhão de reais (R\$ 1.000.000,00). Nós, hoje, temos o que chamamos *Fundo de Alto Custo*, e trabalhávamos com valores em torno de R\$ 30 mil. Hoje, este *Fundo*, estamos falando em valores acima de R\$ 300 mil. Não há, vamos dizer assim, uma previsão muito clara de gastos. Por outro lado, temos que dar assistência, ou seja, a obrigação das operadoras é dar assistência. Pois bem, hoje existe na agência, aproximadamente, vou *chutar* o número, mas é mais ou menos isso, em torno de cinco bilhões de reais em (R\$ 5.000.000.000,00) reservas das operadoras bloqueados na agência. Temos pedido e estamos trabalhando no sentido de que libere parte destes recursos, que possam ser aplicados na assistência, por exemplo, hospital. Sabemos a situação do interior, as cidades pequenas estão sumindo, se os senhores conhecerem a realidade do interior verão que os hospitais estão desaparecendo, os leitos hospitalares estão desaparecendo. E queremos recursos para investir em leitos, para garantir a assistência. Não estamos encontrando, na agência, respaldo suficiente para podermos utilizar recursos nossos, que estão bloqueados na agência, que possam ser utilizados. Estas, por exemplo, são pequenas diferenças que temos com a agência. Mas, de forma geral, acho que a agência tem um papel fundamental”. Na sequência o senhor Relator, deputado Anibelli Neto fez o seguintes questionamento: “Na página 26 [relatório apresentado pela Unimed] o senhor comentou sobre as sobras líquidas em relação à Unimed no Estado do Paraná, em relação à receita. Então, isso eu posso entender como lucro?. Em resposta, o senhor depoente respondeu que: “Nas cooperativas nós não falamos em lucro, nós falamos em sobra, porque quando se fecha o ano, nós fazemos uma assembleia e colocamos para a assembleia: olha, tenho uma sobra de 1,7%, que foi a média, qual é o destino que vocês querem dar? O destino pode ser distribuir para eles, retornar para o cooperado, ou o destino pode ser investimento ou, eventualmente, aumentar o capital da cooperativa”. Então o senhor Relator questionou sobre: “Esse 1,76 de sobra, Dr. Orestes, significa quanto em valor?”. O depoente respondeu que: “Nós tivemos em 2012 em torno de dois bilhões e setecentos milhões de reais (R\$ 2.700.000.000,00). Então, esse número está por volta de cinquenta milhões de reais (R\$ 50.000.000,00), mais ou menos. É um número pequeno para o volume de faturamento”. Na sequência o Relator afirmou que: “Acho que uma pergunta que é muito importante, e eu até agora não consegui responder isso em todas as sessões, e eu reiteradamente perguntava para os nossos convidados e todos também não sabiam responder, e cabe agora fazer essa pergunta. Se aqui é falado em fazer um esforço danado para diminuir a despesa, se aqui é colocado como recomendação para a ANS liberar aqueles quase, uma parte dos bilhões para que as cooperativas, enfim, possam fazer os investimentos. Sendo sabedor que existe uma interdependência entre a Unimed Curitiba. E aqui eu quero pedir para o Senhor



Presidente que também faça o convite para a Unimed Curitiba para que eles possam cooperar nessa CPI. Como é que pode ser investido cem milhões de reais numa equipe de futebol? Certo, e mesmo com a melhor das boas vontades de uma Unimed para fazer um serviço, você vê cem milhões de reais para uma equipe de futebol. Então, sinceramente, na cabeça de qualquer pessoa, do ser humano, é inadmissível alguma coisa nesse sentido. Então essa é a pergunta que eu faço para os senhores, porque se fala em sobras, vocês fazem um raciocínio do que vai ser feito de despesa para o que vocês vão gastar. E se sobra, é melhor do que falte, porque se faltasse as vezes o serviço não seria tão bom. Mas essa pergunta dos cem milhões para o Fluminense eu gostaria, do fundo da minha alma, que me respondessem porque eu acho uma vergonha". Em resposta, o senhor Orestes Barroso afirmou que: "Cada decisão parte de cada uma das cooperativas, e nós não temos nenhuma influência com relação a Unimed Rio. Os números que eu tenho da Unimed Rio e que me foram passados, eu não posso dizer isso oficialmente, até porque eu não sou da Unimed Rio, mas eu posso passar alguns números que os investimentos da Unimed Rio no Fluminense no ano de 2012 foram de trinta e cinco milhões de reais (R\$ 35.000.000,00). A Unimed Rio teve um faturamento no ano de 2012 de três bilhões e meio de reais (R\$ 3.500.000.000,00), esse foi o faturamento. Trinta e cinco milhões de reais corresponde a 1% do seu faturamento. "Seriam as sobras então", questionou o senhor Relator. O depoente respondeu que: "Veja bem, quando você faz um orçamento financeiro você coloca investimentos que vai fazer em marketing, em comunicação, vários investimentos. A Unimed Rio usa uma alíquota de 1% para investimento na área de marketing. Eu posso dizer que a maioria das cooperativas do Paraná o investimento em marketing nosso talvez chegue a 0,3%, 0,2% dentro do orçamento que é feito. Se perguntarem: 1% para mim, eu Orestes da Federação se eu faria? Eu teria que levar para minha assembleia para decidir se fariamos um investimento desse porte. Mas a Unimed Rio faz 1%. Não sei se alguém tem números de outras empresas, mas os investimentos giram, em algumas empresas, até 2% do faturamento eles aplicam em publicidade. Se falarem que trinta e cinco milhões é muito dinheiro? É muito dinheiro, com certeza. Mas quem fatura três bilhões e meio! A Unimed Rio teve sobra. O senhor Paulo Roberto Fernandes Faria pediu a palavra e relatou que "Esse assunto não é polêmico só a nível, vamos dizer assim, aqui estamos dentro de uma Casa de Leis, mas ele é polêmico dentro de toda comunidade, ele é polêmico dentro da Unimed. Ele é polêmico dentro dos médicos. Foi uma decisão dos médicos da Unimed Rio. Hoje isso, muitas diretorias de Unimed, muitos cooperados polemizam esse assunto. Um fato, nós estávamos discutindo isso nesta semana, porque sabemos que isso vem muito à tona mesmo é que, de alguma maneira, isso deu uma visibilidade enorme para a Unimed. E a Unimed Rio teve uma alavancagem com isso. Agora, se isso é um bom gasto ou não para a atividade que nós exercemos? Se poderíamos investir o mesmo 1%? Não acho que o problema está no volume financeiro, talvez na destinação. Se pudéssemos destinar de maneira diferente, é uma coisa a ser discutida. Mas posso garantir que a discussão, a polêmica está intrinsicamente no nosso setor também, na nossa intimidade". O deputado Stephanes Júnior pediu a palavra e disse que: "Eu dirigi, por um bom tempo, uma empresa de medicina, que foi a AML. Mas ela investia, na época, em publicidade também, em time de vôlei, porque isso gerava novos clientes, vendas, gerava um entrosamento com a sociedade, identidade com a comunidade. Isso fazia com que a marca se consolidasse e acabava dando retorno para a empresa. As empresas que investem em futebol, ou algum outro esporte, o investimento em publicidade acaba retornando para a empresa e criando um link com a comunidade. Independente disso, eu queria fazer uma pergunta voltada para uma outra área. Vejo um problema que o setor está tendo muito forte, é a questão da judicialização que está acontecendo no setor. Pessoas que, indevidamente, fazem um plano ontem, estão na carência ainda e entram na justiça e é dado, normalmente um advogado já marcado, no Judiciário já há um problema acontecendo lá dentro, para uma cirurgia importante que custa uma fortuna para as empresas. Isso está acontecendo com vocês também? O senhor Orestes Barroso respondeu que: "A questão da judicialização está acontecendo para todas, não só no setor privado, no setor público também. O Secretário de Saúde tem passado apuros aí com relação à judicialização. Por isso que eu falo do modelo. O modelo de atenção hoje no Brasil, focado em especialistas, em especialidades, ele não dá chance, eventualmente, para que, quando chegue a um especialista já chegue com alguma determinação de qual foi o diagnóstico, como é que isso pode ser tocado para frente, uma orientação para aquele profissional. Então, existe uma questão que eu faio, é uma questão de polícia e eu não vou discutir na questão de polícia, que é o mau uso da tecnologia e que, obviamente, tem uma rede de advogados já preparados, para entrar com as ações. Nós temos, sei de um caso da Unimed Curitiba, em que um profissional no ano de 2011, senão me engano, gerou mais de, me parece foi treze milhões de reais (R\$ 13.000.000,00) ou trinta milhões de reais (R\$ 30.000.000,00) em um ano de despesa, via liberação judicial de medicamentos off label, medicamentos que não tinham indicação para aquele caso e que o juiz teve que dar. Eu sou pai de juiz, conheço bem. O juiz na hora em que ele vai dar, ele tem que ter um respaldo. Ele tem na mão alguém que fala: "Eu estou com câncer. Estou com uma doença grave." O juiz vai liberar, porque para ele, não tem a quem se apoiar. O Conselho Nacional de Justiça criou uma Comissão aqui no Estado do Paraná, que vem trabalhando na tentativa de mostrar aos juizes, diretrizes corretas baseadas em evidências, para que ele possa basear a sua decisão. Hoje, ele não tem. Então, existe algo que eu faio que é uma questão de polícia. Existe a questão que o juiz precisa ser informado. Agora, a maioria dos casos de litígios que acontecem, é exatamente nessa linha. Em algumas situações, obviamente, aí sim estamos com um bom profissional lá na ponta. Estamos com um paciente, que eventualmente precisa daquele produto. Aquele produto embora haja uma discussão técnica, se é aplicável, ou se não é aplicável, é boa medicina,

ou não é boa medicina, já está incorporado aquele tratamento, ou não é. Essa discussão, que às vezes leva, eu acho que a gente tem que tratar para tentar solucionar. O resto eu acho que é questão de polícia e questão dos juizes também de receberem a orientação". O deputado Paranhos solicitou a palavra e agradeceu a oportunidade, relatando na sequência: "Na verdade eu vou fazer a mesma pergunta que eu fiz aos demais Planos que aqui estiveram na oportunidade. Já estamos tratando desse tema há bastante tempo pela Comissão de Defesa do Consumidor e mais ou menos nós já temos um retrato daquilo que é a realidade da reclamação dos consumidores dos portadores dos Planos de Saúde e também da reclamação dos médicos e das próprias operadoras e no meu ponto de vista a fragilidade que tem a ANS. Mas a minha pergunta foi no sentido que houve aqui uma afirmação de uma agente da ANS, dizendo que alguns Planos de Saúde interferem na decisão do médico no que diz respeito a um procedimento ou um pedido de exame. Também houve por parte de uma operadora do Plano de Saúde, dizendo que alguns médicos devido a tabela se recusam a fazer alguns procedimentos, que entendem que são valores irrisórios e, portanto, acabam não fazendo. Gostaria de ouvi-los se tem informação sobre essas afirmações e se isso acontece de fato". O representante da Unimed respondeu que: "Disse aqui que o processo regulatório ele ainda não está perfeito e existem imperfeições. E o sistema pela Unimed têm 46 anos vivemos uma boa parte do tempo na informalidade, até porque não havia regulação, a partir de 2000 entramos na regulação. Obviamente, que falhas ainda ocorrem tanto por parte das operadoras e não só a Unimed, mas de qualquer operadora. Até porque as pessoas que estão lá, às vezes já estão há bastante tempo, eu digo um auditor que está dentro de uma Unimed hoje, que está há vinte anos no sistema, ele veio de uma fase que não tinha nenhuma regulação, para uma fase que tem regulação, acontece sim. A regulação também está avançando e agora, por exemplo, teve a Resolução Normativa nº 319, que é aquela que fala com relação as negativas terem que ser por escrito com todos os prazos e essa aconteceu agora. E quando você olha "mas por que você pode negar". Está lá" você pode negar por questões específicas". Mas não era assim no passado, isso entrou em vigor tem 15 dias por aí. É possível que, por exemplo, um auditor que se baseasse numa diretriz tirada por uma medicina baseada em evidência e que ele tenha eventualmente negado um determinado procedimento, porque não tinha uma diretriz estabelecida de acordo, é possível. Tanto que existem reclamações, as reclamações geram NIPs. Os NIPs sentamos com as agências e estabelece-se, e em 50% dos casos o cliente tem razão com a coisa liberada e em quase 50% não tem razão, são pedidos realmente absurdo, mas numa parte é possível que tenha sim. Acho que sistema está evoluindo, essa Resolução nº 319 agora em que você tem que dar a negativa por escrito, firmado, ela vem exatamente para suprir uma lacuna que não digo que não acontecia na Unimed, mas acontecia em qualquer operadora eventualmente, de haver uma negativa. Mas o trabalho todo que vem sendo desenvolvido e eu falo isso e é interessante nós enxergarmos os números, mostrei para os Deputados os números que são seis milhões e quinhentos mil consultas, são dezessete milhões de exames, 220 mil internamentos. Se fizermos o cálculo do número de reclamações e número de NIPs é relativamente pequeno pelo volume que se apresenta. Mas é possível temos trabalhado, temos corrigido, tanto que não temos hoje, praticamente nada pendente, nós resolvemos todas as questões. Como as Unimed também tenham a sua individualidade. Tentamos com que os auditores todos tenham a mesma formação, sigam o mesmo padrão. Mas é possível que efetivamente aconteça, Deputado". Em seguida o deputado Paranhos disse, para concluir sua participação, que: "O Formato de remuneração dos médicos da Unimed se trata por procedimento? Eu lembro que nós discutimos isso no momento da paralização e falávamos muito da tabela, o formato de remuneração dos médicos da Unimed é diferente dos outros e das outras Dr.? O senhor Orestes Barroso respondeu que "Não. O formato, a forma de pagamento no Brasil, no sistema privado é o chamado "fill for service", ou seja paga-se por procedimento. A questão toda dentro da Unimed é que nós temos um padrão, as Unimed seguem um padrão que é o padrão da CBHPM em quantificação. Mas em volume de recurso que cada um recebe as Unimed tentam pagar mais ou menos na dependência da sua possibilidade com o seu cooperado. Eu mostrei, já tinha entregado para o Senhor daquela vez aqueles valores diferentes. Cada cooperativa tem um acordo com os seus cooperados. Mas basicamente ela paga o rateio, o que sobra para pagar para os médicos divide-se pelo quantitativo da CBHPM, ou alguma outra tabela acordada, mas normalmente a CBHPM e paga-se ao cooperado". Não havendo mais assuntos a serem tratados, o senhor presidente, Deputado Adelino Ribeiro, agradeceu a presença de todos e deu por encerrada a sessão. Por fim, determinou que, para constar e produzir os efeitos legais fosse lavrada a presente ata, sendo assinada pelo senhor Presidente, membros e por mim, Lidiani Schühli Marcondes,

DEPUTADO ADELINO RIBEIRO
Presidente

DEPUTADO STEPHANES
JUNIOR
Vice Presidente

DEPUTADO ANIBELLI NETO
Relator

DEPUTADO PÉRICLES DE
MELO
Membro

DEPUTADO TERCILIO TURINI
Membro

DEPUTADO LEONALDO
PARANHOS
Membro

DEPUTADO MAURO MORAES
Membro

LIDIANI SCHÜHLI
MARCONDES
Coordenadora Geral



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Diretoria Legislativa – Coordenadoria de Taquigrafia



COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE

Presidente: Deputado Adelino Ribeiro

Relator: Deputado Anibelli Neto

Membros Titulares: Deputados Tercílio Turini, Mauro Moraes,
Paranhos, Péricles de Mello e Stephanes Junior

Ata da 8ª Reunião Ordinária – 27/08/2013

A Comissão Parlamentar de Inquérito, instituída pelo Ato Presidencial nº 19 de 06 de novembro de 2012, com a finalidade de “investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras dos planos de saúde no Estado do Paraná” reuniu-se ordinariamente aos vinte e sete dias do mês de agosto de dois mil e treze, às catorze horas, na Assembleia Legislativa do Paraná, sob a presidência do senhor deputado Adelino Ribeiro, mais os senhores deputados Stephanes Júnior, vice-presidente da Comissão, Anibelli Netto, relator e os membros Péricles de Mello, Tercílio Turini, Leonaldo Paranhos e Mauro Moraes. O senhor presidente declarou aberta a sessão com o objetivo de aprovar o relatório dos trabalhos realizados pela Comissão, apresentado pelo relator Deputado Anibelli Neto. Estando todos os membros da CPI presentes, procedeu-se a leitura do referido documento, que foi aprovado por unanimidade. Não havendo mais assuntos a serem tratados, o senhor presidente, Deputado Adelino Ribeiro, agradeceu a presença de todos e deu por encerrada a sessão. Por fim, determinou que para constar e produzir os efeitos legais fosse lavrada a presente ata, sendo assinada pelo senhor Presidente, membros e por mim, Lidiani Schühli Marcondes.

DEPUTADO ADELINO RIBEIRO
Presidente

DEPUTADO STEPHANES JUNIOR
Vice Presidente

DEPUTADO ANIBELLI NETO
Relator

DEPUTADO PÉRICLES DE MELO
Membro

DEPUTADO TERCÍLIO TURINI
Membro

DEPUTADO LEONALDO PARANHOS
Membro

DEPUTADO MAURO MORAES
Membro

LIDIANI SCHÜHLI MARCONDES
Coordenadora Geral



de certificados de menção honrosa ao Delegado Chefe do Grupo TIGRE, PCPR, Sr. Sivaneide de Almeida Gomes; **Requerimento nº 7.453/2013**, do Deputado Ney Leprevost, para envio de votos de congratulações ao Mercado Municipal de Curitiba, em razão de seus 55 anos de fundação; **Requerimento nº 7.454/2013**, do Deputado Ney Leprevost, para envio de voto de congratulações ao Instituto Interamericano de Direito Aplicado e Justiça; **Requerimento nº 7.455/2013**, do Deputado Ney Leprevost, para envio de voto de congratulações à Diretoria da Associação Brasileira de Agências de Viagens do Paraná, ABAV-PR; **Requerimento nº 7.457/2013**, do Deputado Wilson Quinteiro, para envio de voto de congratulações ao Município de Cambira, na pessoa de seu Prefeito, Sr. Maurício dos Santos, pela realização da Exposição Agropecuária e Industrial de Cambira, Expocam; **Requerimento nº 7.467/2013**, do Deputado Anibelli Neto, para envio de votos de congratulações e aplausos ao Município de Mamboré, pela comemoração de seus 53 anos, no dia 10 de setembro; **Requerimento nº 7.468/2013**, do Deputado Anibelli Neto, para envio de votos de congratulações e aplausos ao Município de Santa Mônica, pela comemoração de seus 23 anos, no dia 10 de setembro; **Requerimento nº 7.466/2013**, do Deputado Nelson Luersen, para envio de expediente à Presidência da República, Ministério dos Transportes e DNIT, solicitando providências para agilizar as obras do Crema, já licitadas, no trecho da BR-163, que vai de Barracão até a BR-277 no Município de Cascavel, e que se tome providências para duplicação da BR-163, no trecho que vai da BR-277 em Cascavel até o trevo de Marmelândia, em Realeza; **Requerimento nº 7.470/2013**, do Deputado Toninho Wandscheer, para envio de ofício à Chefia da Casa Civil do Governo do Estado, solicitando o encaminhamento de pedido ao Governador do Estado e ao Secretário de Estado da Segurança Pública, pleiteando a destinação de uma viatura e de um delegado, investigadores e servidores para a Delegacia de Polícia de Mandrituba.

Requerimentos com despacho do Presidente: Requerimento nº 7.432/2013, do Deputado Duílio Genari, Líder do Bloco PP/PV/PSL, comunicando que indica o Deputado Antonio Carlos Belinati como membro titular, e o Deputado Rascia Rodrigues, como membro suplente, da Comissão de Assuntos Metropolitanos (A Diretoria Legislativa para anotações); **Requerimento nº 7.461/2013**, dos Deputados Ney Leprevost e Dr. Balista, solicitando à Mesa Executiva da Assembleia Legislativa que seja realizada Sessão Solene no dia 16.10.2013, às 18h30, com a finalidade de reunir comunidade médica (A DG e ao Cerimonial para providências); **Requerimento nº 7.471/2013**, do Deputado Duílio Genari, solicitando a realização de Sessão Solene para entrega de título de Cidadão Benemérito do Estado do Paraná ao Sr. Archimedes de Macedo, concedido de acordo com a Lei nº 17.418, no dia 3.10.2013, às 16h (A DG e ao Cerimonial para providências.)

JUSTIFICATIVAS DE AUSÊNCIA

Deferidos conforme o art. 60, § 4º do Regimento Interno: Requerimento nº 7.426/2013, do Deputado Stephanes Junior, justificando sua ausência na Sessão Plenária do dia 27.8.2013; **Requerimento nº 7.433/2013**, do Deputado Jonas Guimarães, justificando sua ausência na Sessão Plenária do dia 26.8.2013; **Requerimento nº 7.435/2013**, do Deputado Roberto Acioli, justificando sua ausência na Sessão Plenária do dia 20.8.2013; **Requerimento nº 7.464/2013**, do Deputado Nelson Justus, justificando sua ausência na Sessão Plenária do dia 28.8.2013, para tratar de assuntos relativos a roubo ocorrido em sua residência.

Deferidos conforme o art. 60, § 3º, alínea "a" do Regimento Interno: Requerimento nº 7.462/2013, do Deputado Evandro Junior, justificando sua ausência na Sessão Plenária do dia 27.8.2013; **Requerimento nº 7.463/2013**, do Deputado Evandro Junior, justificando sua ausência na Sessão Plenária do dia 28.8.2013.

Deferido conforme o art. 60, § 3º, alínea "b" do Regimento Interno: Requerimento nº 7.474/2013, do Deputado Caio Quintana, justificando sua ausência na Sessão Plenária do dia 28.8.2013, em razão de viagem para acompanhar visitas do Governador ao interior do Estado.

Deferidos conforme o art. 60, § 3º, alínea "d" do Regimento Interno: Requerimento nº 7.436/2013, do Deputado Pedro Lupion, justificando sua ausência na Sessão Plenária do dia 21.8.2013, para representar a Assembleia em reunião com o Governador; **Requerimento nº 7.465/2013**, do Deputado Douglas Fabrício, justificando sua ausência na Sessão Plenária do dia 28.8.2013, para representar a Assembleia em reunião no interior do Estado, com o Secretário e Vice-Governador. Nada mais havendo a tratar, declaro encerrada a Sessão, marcando outra para segunda-feira, dia 2 de setembro, à hora regimental, com a seguinte Ordem do Dia: Redação Final dos Projetos de Lei nºs 194/2013 e 305/2013; 2ª Discussão dos Projetos de Lei nºs 264/2013 e 328/2013; 1ª Discussão dos Projetos de Lei nºs 611/2012, 85/2013, 263/2013, 329/2013 e 344/2013. **"LEVANTA-SE A SESSÃO"**. Obrigado, Deputado Duílio, Deputado Tercílio e Deputado Tadeu pela presença e atenção; Deputado Bernardo e Deputado Alexandre pela presença e pela conversa paralela. (Sessão encerrada às 17h33, tendo sido lavrada a Ata para fins de publicação em atendimento ao disposto no art. 113 do Regimento Interno.)

81936/2013

Processo Legislativo

Comissões Especiais

COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE

Presidente: Deputado Adelino Ribeiro

Relator: Deputado Anibelli Neto

Membros Titulares: Deputados Tercílio Turini, Mauro Moraes, Paranhos, Péricles de Mello e Stephanes Junior

Ata da 8ª Reunião Ordinária – 27/08/2013

A Comissão Parlamentar de Inquérito, instituída pelo Ato Presidencial nº 19 de 06 de novembro de 2012, com a finalidade de "investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras dos planos de saúde no Estado do Paraná" reuniu-se ordinariamente aos vinte e sete dias do mês de agosto de dois mil e treze, às catorze horas, na Assembleia Legislativa do Paraná, sob a presidência do senhor deputado Adelino Ribeiro, mais os senhores

deputados Stephanes Júnior, vice-presidente da Comissão, Anibelli Netto, relator e os membros Péricles de Mello, Tercílio Turini, Leonaldo Paranhos e Mauro Moraes. O senhor presidente declarou aberta a sessão com o objetivo de aprovar o relatório dos trabalhos realizados pela Comissão, apresentado pelo relator Deputado Anibelli Neto. Estando todos os membros da CPI presentes, procedeu-se a leitura do referido documento, que foi aprovado por unanimidade. Não havendo mais assuntos a serem tratados, o senhor presidente, Deputado Adelino Ribeiro, agradeceu a presença de todos e deu por encerrada a sessão. Por fim, determinou que para constar e produzir os efeitos legais fosse lavrada a presente ata, sendo assinada pelo senhor Presidente, membros e por mim, Lidiani Schühli Marcondes.

DEPUTADO ADELINO RIBEIRO
Presidente

DEPUTADO STEPHANES JUNIOR
Vice-Presidente

DEPUTADO ANIBELLI NETO
Relator

DEPUTADO PÉRICLES DE MELO
Membro

DEPUTADO TERCILIO TURINI
Membro

DEPUTADO LEONALDO PARANHOS
Membro

DEPUTADO MAURO MORAES
Membro

LIDIANI SCHÜHLI MARCONDES
Coordenadora Geral

81955/2013

Comissão Executiva

ATO DO PRESIDENTE Nº 20/2013

O Presidente da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 20 do Regimento Interno, e em razão da vaga de suplente do PMDB no Conselho de Ética e Decoro Parlamentar, decorrente da eleição do Deputado Stephanes Junior para a 5ª Secretaria da Mesa Diretora, bem como da deliberação constante na Ata nº 76, publicada no Diário Oficial da Assembleia, Edição nº 494, de 28 de agosto de 2013,

D E C L A R A

eleito o Deputado TERUO KATO (PMDB) para ocupar a suplência do Deputado Caio Quintana (PMDB) no Conselho de Ética e Decoro Parlamentar da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, para atuação na 17ª Legislatura, 3ª e 4ª Sessões Legislativas.

Sala da Presidência, em 2 de setembro de 2013.

DEPUTADO VALDIR ROSSONI
Presidente

81937/2013

ATO DA COMISSÃO EXECUTIVA Nº 1139/2013

A Comissão Executiva da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, no uso de suas atribuições regimentais, com base no que dispõe a Lei Estadual nº 16.390, de 2 de fevereiro de 2010, e tendo em vista o contido no processo protocolado sob o nº 7335, de 21 de junho de 2013,

R E S O L V E:

Exonerar, STEFANIE CARINA FREIBERGER, Matrícula nº 10.344, portadora do RG 9.757.904-0/PR do cargo em Comissão de simbologia G2, junto à COMISSÃO DE ASSUNTOS METROPOLITANOS, a partir de 14 de junho de 2013.

(republicado)

Palácio XIX de Dezembro, 27 de junho de 2013

VALDIR ROSSONI
Presidente

PLAUTO MIRÓ
1º Secretário

ADEMIR BIER
2º Secretário

81966/2013



LIDO NO EXPEDIENTE
CONCEDIDO APOIAMENTO A.D.L.

Em, 04 SET. 2013

Mauro

1º Secretário

RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO
PARLAMENTAR DE INQUÉRITO
DESTINADA A INVESTIGAR OS
PROCEDIMENTOS DAS EMPRESAS
OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE
NO ESTADO DO PARANÁ



COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO

(ATO DO PRESIDENTE Nº 19/2012)

PRESIDENTE

DEPUTADO ADELINO RIBEIRO

VICE-PRESIDENTE

DEPUTADO STEPHANES JUNIOR

RELATOR

DEPUTADO ANIBELLI NETO

MEMBROS EFETIVOS

DEPUTADO TERCILIO TURINI

DEPUTADO PÉRICLES DE MELO

DEPUTADO LEONALDO PARANHOS

DEPUTADO MAURO MORAES



1. DO CONHECIMENTO DO FATO

Inúmeras denúncias advindas dos consumidores e dos meios de comunicação dão conta de que muitas empresas operadoras de planos de saúde vêm descumprindo a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Fez-se necessária, portanto, a atuação desta Casa de Leis, visando apurar as irregularidades e propor mudanças. A CPI trabalhou para analisar a baixa remuneração dos médicos e cirurgiões dentistas, bem como apurar as denúncias dos consumidores, buscando melhoria no atendimento, redução de filas e de custos aos beneficiários.

2. DA CONSTITUIÇÃO E FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO

2.1 DA CONSTITUIÇÃO

A Comissão Parlamentar de Inquérito foi constituída a partir do Requerimento DAP nº 6445/2012, aprovado pelo Ato do Presidente nº 19/2012, de 06 de novembro de 2012, com prazo inicial de 120 (cento e vinte) dias prorrogáveis por mais 60 (sessenta) dias, sendo composta por 07 membros.

Assinatura manuscrita, provavelmente de um dos membros da comissão ou do relator.



2.2 DA COMPOSIÇÃO

Em 19 de novembro de 2012, na Sala de Reuniões do Centro de Operações das CPIs, reuniram-se os membros indicados pelas lideranças para comporem a Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde e, na Primeira Reunião Ordinária da CPI encaminharam a deliberação da Composição da CPI, sendo eleito o Deputado Adelino Ribeiro para presidir a Comissão, o Deputado Anibelli Neto como Relator e como membros efetivos os parlamentares: Stephanes Junior, Mauro Moraes, Douglas Fabrício, Leonaldo Paranhos e Péricles de Melo.

Em 08 de maio de 2013 o Presidente apresentou requerimento em Plenário informando a substituição do Deputado Douglas Fabrício pelo Deputado Tercílio Turini.

2.3 DO FUNCIONAMENTO

Devidamente instalada e estabelecidas as normas gerais de seu funcionamento a Comissão realizou 1 (uma) Reunião de Instalação, 7 (sete) Reuniões Ordinárias e 3 (três) Audiências Públicas.

Assinatura manuscrita, provavelmente do Presidente da Comissão, feita com uma caneta escura.



3. DO PRAZO

A Comissão iniciou seus trabalhos em 06 de novembro de 2012 e encerrou seu prazo regimental de 120 (cento e vinte) dias em 21 de abril de 2013. O requerimento de dilação de prazo para a finalização dos trabalhos foi apresentado em plenário pelo Presidente em 08 de abril de 2013. Após a prorrogação de 60 (sessenta) dias a CPI encerrou suas atividades no dia 17 de junho de 2013, devendo entregar este relatório para ser aprovado em Plenário em até 05 (cinco) sessões.

Assinatura manuscrita, provavelmente do Presidente da Comissão, localizada no canto inferior direito da página.



4. RESUMOS DAS REUNIÕES (DEPOIMENTOS)

**AUDIÊNCIA CPI PLANOS DE SAÚDE DIA 19 DE FEVEREIRO DE
2013**

**INTIMADOS: ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ E ASSOCIAÇÃO
MÉDICA BRASILEIRA**



[Assinatura manuscrita]



DEPOIMENTOS 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA

Depoimento Dr. João Carlos Gonçalves Baracho
Presidente da Associação Médica do Paraná

Declarou que na relação dos médicos com a saúde suplementar não há vínculo trabalhista. Os profissionais trabalham por produção mediante contratos, sendo que na maioria desses não há cláusula de reajuste ou quando consta é desrespeitada pelas operadoras dos planos.

A pauta de reivindicações da classe médica consiste em contratos com índice de reajuste anual (INPC) para honorários e consultas médicas, sendo o valor da consulta próximo a R\$ 100,00 (cem reais).

Esclareceu que não há proteção por parte das entidades médicas a profissionais que realizam cobranças indevidas. Têm-se buscado os direitos dos profissionais por meio de medidas judiciais e principalmente pelas negociações.



Se estima que desde o dia 7 de abril de 2011 houve cerca de 3 mil descredenciamentos no Estado do Paraná. Ressaltou que isso não significa 3 mil médicos se descredenciando, mas sim, que um médico pode se descredenciar de mais de um plano de saúde. Porém, de fato há cerca de 3 mil médicos promovendo seu descredenciamento.

Existem cidades em que esse movimento se tornou mais evidente, como por exemplo em União da Vitória e Ivaiporã, onde a totalidade dos médicos pediu para se descredenciar, mas de forma individual, não caracterizando, portanto, formação de cartel.

Sobre a ANS declarou que existe um conflito de interesses e se percebe que muitos dos diretores que passaram pela Agencia são oriundos exatamente das seguradoras. Então, a Associação Médica cobra da ANS, maior fiscalização, por exemplo, de coisas simples como a exigência no contrato de que exista cláusula de reajuste anual.

Sobre a remuneração, após análises continuadas do cenário os estudos apontam para o consumo do valor dessa consulta no seguinte sentido: há uma tributação de 27,5% de imposto de renda. Além dos custos de manutenção do pessoal, consultório e custo de manutenção de equipamentos. Assim, uma consulta de R\$ 42,00 (quarenta e dois reais) acaba rendendo ao médico em torno de R\$ 5,60 (cinco reais e setenta centavos). Isso representa uma necessidade de uma jornada de trabalho de quatorze ou dezesseis horas dentro desses critérios para manutenção de um mínimo possível para sobrevivência.

O ideal seria que o valor pago por uma consulta ficasse em torno de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais). Mas a classe médica não reivindica isso. O que se têm colocado nas negociações com os planos de saúde é o valor de R\$ 80,00 (oitenta reais) como referencial mínimo e os reajustes indexados anualmente.



Quanto aos descredenciamentos relatou que existe uma falta absoluta de pediatras em planos de saúde. Faltam profissionais também em endocrinologia e há algumas outras áreas em que o número de profissionais não é muito expressivo.

Há casos em que um descredenciamento representa bastante para o plano de saúde, como na linha da geriatria, pneumologia, dermatologia e neurologia, neurocirurgia, neuropediatra.

Depoimento Dr. Fabiano Sponholz Araujo
Advogado da Associação Médica do Paraná

Declara que a Associação Médica, o Conselho Regional de Medicina e o Sindicato têm tentado atuar em consonância em defesa da profissão e que foram propostas pelo Sindicato dos Médicos três ações civis públicas.

A assessoria jurídica do Sindicato, do qual ele não faz parte, ingressou com a Ação Civil Pública na Justiça do Trabalho, nos anos de 2010 e 2011. Uma delas já foi julgada procedente em primeiro grau contra a ABRAMGE. As outras duas foram julgadas improcedentes, não pela análise do mérito, apenas pela análise da competência da Justiça do Trabalho para fazer esse julgamento. A discussão está em fase de segundo grau.





Depoimento Dr. José Fernando Macedo
Vice-Presidente da Associação Médica do Paraná e Vice-
Presidente da Associação Médica Brasileira

Relatou que os números da Associação Médica Brasileira na região Centro-Sul, que engloba São Paulo e Paraná, demonstram que há mais de 150 mil médicos. A sua preocupação, falando como paranaense e como Vice e Ex-Presidente da Associação Médica do Paraná, é a situação da qualidade do atendimento médico. Os médicos já não querem atender porque não paga a conta do seu consultório. Os pediatras estão virando burocratas e auditores de empresas. Porque não conseguem, com a consulta médica, pagar os custos de um consultório médico. Isso é público e notório. No concurso de residência médica não se arruma médicos fazendo concurso para ser pediatra. Indaga como ficarão os filhos dos paranaenses.

Preocupa-se com a qualidade daqueles que trabalham, que ainda estão doando para as operadoras um quinhão do seu trabalho no atendimento de uma criança. Sua preocupação é no sentido de que um diagnóstico malfeito é uma sequela para o resto da vida. Como no caso de uma criança com febre que chega ao consultório e não recebe o diagnóstico preciso. Casos como o de meningite em que a pessoa pode ficar paraplégica ou hemiplégica pelo resto da vida. Essa é a preocupação.

Desde 2007 vem lutando para se criar um produto novo a ser vendido pelas operadoras. A ideia é desvincular a consulta médica. Pois



o indivíduo tem plano de saúde pelo acidente, pela UTI, pela cirurgia complexa.

Sobre a ANS declarou que esta deveria ser a balizadora de todas estas discussões e já ter resolvido há muitos anos. Porque ela é que determina os aumentos sucessivos às operadoras: 7%, 8%, 5%. A ANS regula muitas coisas. Ela cobra das operadoras de saúde muitas coisas, inclusive meio absurdas, o que atrapalha até a própria operadora. Mas é omissa quanto ao repasse àqueles que fazem acontecer o serviço de saúde.

Assinatura manuscrita, provavelmente do representante da ANS mencionado no texto.



Depoimento Dr. Luiz Ernesto Pujol
Departamento de Defesa Profissional da AMP

Afirmou ser um lutador do SUS. Não atende no meu consultório, nunca atendeu, em 40 anos de formado, nenhum tipo de Plano de Saúde. Sua consulta é muito cara para quem pode pagar e de graça para o doente que chega e é atendido.

A preocupação da Associação é, também, o doente; que não tem mais um atendimento humanizado.

Há que se que defender o médico, sim. Mas, acima de tudo, há que se voltar a dar qualidade ao doente. Mas essa qualidade só volta se os planos cederem um pouco nos seus lucros e os repassarem a quem os faz ter o lucro. É o trabalho médico que dá o lucro à operadora. Não existe operadora sem médico.

Sobre a ANS, declarou que é uma Agência Reguladora. Reguladora de um serviço prestado à população que o próprio Governo não dá pelo SUS. No entanto a Agência não tem êxito em equilibrar as forças. Isso ocorre principalmente porque se tornou, infelizmente, uma situação política. A Agencia não é apartidária. Se fosse atenderia as metas para as quais foi criada.



AUDIÊNCIA CPI PLANOS DE SAÚDE DIA 12 DE MARÇO DE 2013

**INTIMADOS: SINDICATO DOS MÉDICOS DO PARANÁ E CONSELHO
REGIONAL DE MEDICINA**





DEPOIMENTOS 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA

Depoimento Dr. Alexandre Gustavo Bley

Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná

Já há mais de uma década a classe médica tem tentado um processo de negociação com as operadoras de saúde e tem como resposta, na maioria das vezes, o silêncio. As respostas que vêm são respostas que até podem ser consideradas como propostas indecorosas em relação à classe médica. Esse movimento cresceu em 2010 tomando proporção nacional.

Estão preocupados com o mercado da saúde suplementar e com a forma como as coisas estão acontecendo. O profissional tem se



sentido desestimulado ao atendimento desse segmento ao passo que a demanda está crescendo.

A Presidente da República está assinalando com uma proposta de desoneração fiscal para as operadoras para que elas possam implementar alguns planos ditos planos populares para abarcar a classe "C" e a classe "D" fazendo com que aumente ainda mais o número de usuários destes planos.

Mas o caminho é inverso dentro da classe médica. Muitos estão se descredenciando e parando de atender os planos de saúde. Vai chegar um momento de colapso.

A respeito da ANS, o maior problema hoje é que ela produz o regramento, mas não fiscaliza e não faz cumprir. A Resolução nº 71 de 2004 estipula que todos os Médicos, sejam pessoas físicas ou jurídicas, têm que ter um contrato com as suas operadoras e nesse contrato tem que existir uma série de cláusulas. As operadoras não cumprem essa normativa da ANS, pois não recebem sanção.

Falta uma base contratual sólida para existir condições de trabalho. A Agência Nacional de Saúde está modificando a sua estrutura, modificou a presidência. Mas, a partir do momento que o Governo tomou uma decisão e criou a Agência Nacional de Saúde e começou todo um processo de regulamentação deixou bem claro o que quer para a saúde suplementar.

Isso tem sido construído ao longo desses últimos anos. E estamos chegando naquilo que seria o ponto final, que é retirar uma



parcela significativa dos pacientes do Sistema Único de Saúde e repassar para o sistema suplementar, uma privatização do SUS.

Para que isso ocorresse já precisaria ter uma série de normas, já precisaria o Governo estar dentro de uma agência regulatória de forma muito clara para que isso possa ser colocado em prática para diminuir a parcela do Governo na assistência e colocar para dentro de um sistema suplementar.

A Agência Nacional de Saúde até então em nenhum momento quis regulamentar a relação entre médicos e operadoras. O sistema de saúde suplementar é mercado, e o sistema de saúde público é um direito constitucional e dever do Estado.

A partir do momento que se coloca a saúde numa lógica de mercado, esta lógica foca o lucro e não o acesso a saúde. Um empresário do setor de saúde é como qualquer outro empresário. Ele visa lucro.

Não é possível fazer saúde com R\$ 80,00 (oitenta reais) por mês e quem vai pagar essa conta é a produção. São os médicos, são os hospitais. E não há interesse em regulamentar. A ANS já mostrou a que veio. Uma agência que está sendo construída para a privatização do sistema público.

Várias reclamações já foram feitas perante ANS. A Agência sabe que não existe cumprimento das Resoluções que ela emite por parte das operadoras. Seria muito tranquilo se existisse uma lei que outorgasse a fiscalização ao Conselho, dando a possibilidade de cassar o registro de uma operadora e, conseqüentemente, ela não poder atuar se ela não



estiver cumprindo aquilo que o regramento jurídico assim determina. O Conselho não tem essa competência.

Quando iniciou, no início dos anos 2000, uma situação mais forte da classe médica em cima das operadoras, o CADE (Conselho Administrativo de Defesa Econômica) emitiu uma Resolução e existem inúmeras ações deste órgão contra as entidades médicas determinando que os Concelhos não podem – e isso ainda está em âmbito judicial – penalizar ou responsabilizar os Diretores Técnicos das operadoras.

Relatou que é óbvio que o governo não pode desistir do SUS. É uma questão constitucional. Se ele não tem a condição, vai abrir para a iniciativa privada. Mas o que verificamos é que existe uma tendência muito clara de levar uma parcela significativa da população para a saúde suplementar. Com isso o Sistema Único de Saúde ficaria para um número menor de usuários. Hoje quem paga a conta são os municípios, que suam para poder fechar a conta da saúde.

Pela Lei nº 9656/98 todas as operadoras têm que se registrar nos Concelhos Regionais de Medicina, e pela Lei nº 6839/80 as operadores tem de ter um diretor-técnico registrado no Conselho. A ANS tem uma visão deturpada quando ela diz que somente a matriz necessita ser registradas e as filiais não. Isso dificulta a ação do Conselho. Seria interessante que todas as operadoras para atuar dentro do Estado estivessem devidamente registradas com seus diretores técnicos, e que esses diretores técnicos fossem responsabilizados por cumprir aquilo que manda a lei. Isso já seria um grande avanço.

Sobre a ideia dos planos de saúde retirarem das obrigações a consulta, para ser utilizado mais na questão de exames e tratamentos declarou que é uma possibilidade, que não vê dificuldade nenhuma nisso. A dificuldade maior é perante os usuários com direitos adquiridos.



Há que se considerar o direito da pessoa de não querer migrar para esse tipo de plano. Vai ter que ser um plano muito atrativo no custo mensal para justificar o pagamento da consulta e do plano.

Deixar um plano de saúde somente para alto custo, cirurgias, exames complexos é o ideal. O médico tem a relação direta com o paciente. A existência de um intermediário muitas vezes é um problema. Hoje se tem um intermediário, que é a operadora.

Relatou, ainda, que se desligou de dez planos de saúde nos últimos três anos. Citou dois grandes.

Um deles é a AMIL. Plano que atendia desde quando tinha quatro mil usuários e a sede era na Praça Osório. A AMIL de forma sistemática começou a atrasar os pagamentos. Demorava três, quatro meses para pagar. Até que uma paciente sua chegou e perguntou se ele tinha algum problema com a AMIL. Ele respondeu que não, a não ser pelos atrasos nos pagamentos. A paciente então lhe contou que foi liberar a cirurgia que ele havia solicitado e o plano a encaminhou para outro especialista. Então ele ligou para a auditora e ela estava tentando direcionar a paciente para um vascular do hospital próprio da Amil. Por questões de custo.

A paciente ficou preocupada se ele tinha algum problema, se tinha feito alguma coisa. Aquilo causou um mal-estar, uma quebra de confiança na relação. Considerou isso uma traição. Pois quando a própria operadora precisou dele por ocasião de um processo trabalhista ele ajudou e não cobrou nada pela perícia. Na realidade era uma questão econômica e plantaram uma desconfiança num paciente seu, e isso não aconteceu com um só.



A outra operadora é a Sul América. Em data ocasião ele entregou a fatura, atrasada, mas entregou e depois de três meses não foi feito o pagamento. Quando foi verificar, não localizaram a fatura. Então mostrou o comprovante carimbado e assinado pela operadora provando a entrega e foi informado de que só poderiam pagar mediante a apresentação da original. Ressaltou que a original estava em poder da operadora e foi informado que infelizmente não havia nada a ser feito, que ele deveria entrar na justiça. Então, fez uma declaração de próprio punho se descredenciando e que não iria cumprir aviso de 30 dias quebrando totalmente o contrato. Disseram que ele não poderia fazer isso. Ele disse para entrarem na justiça e nunca mais atendeu a Sul América.

Depoimento Dr. Murilo Rubens

Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná

Relatou que os médicos que atendem as operadoras do Plano de Saúde se mobilizaram nos últimos anos com a ameaça de paralisar os

Assinatura manuscrita do Dr. Murilo Rubens.



seus atendimentos em virtude da ausência de reajuste nos honorários há mais de 10 anos por parte da esmagadora maioria dos planos de saúde.

O levantamento efetuado pelos sindicatos dos médicos constatou que enquanto a inflação variou 105.36% nos anos (2000 a 2010), as mensalidades dos planos de saúde aumentaram cerca de 137%. Para os usuários de planos de saúde de faixa etária mais avançada, os reajustes chegaram até quase 500%.

No que se refere a Agência Nacional de Saúde, o grande problema é que as operadoras descumprem a Normativa nº 71 de março de 2004, que expressamente estabelece como obrigação dos planos de saúde a inclusão da cláusula de reajustes dos honorários pagos aos médicos credenciados, especificando os critérios, a forma e a periodicidade do reajuste.

Em 2010 a Agência Nacional de Saúde respondeu uma consulta formulada por entidades médicas em relação aos planos de saúde tendo por base essa Resolução nº 71/2004 e ao se manifestar sobre os contratos das operadoras com os médicos a resposta foi a seguinte: "Todas estão em desconformidade com o que dispõe a Resolução Normativa nº 71.04."

A classe médica está solidária com o usuário que é a parte mais prejudicada. As duas categorias são prejudicadas, mas os mais prejudicados atualmente são usuários dos planos de saúde.

Assinatura manuscrita, provavelmente do representante da classe médica mencionado no texto.



Em busca dos aumentos dos seus lucros as operadoras negam coberturas e, ao mesmo tempo se recusam negociar aumentos nos honorários dos médicos credenciados.

Os planos de saúde tem 48.7 milhões de clientes. No ano passado faturaram R\$ 83 bilhões de reais. O equivalente a uma arrecadação mensal de todos os tributos federais.

O setor cresceu 50.6% desde 2003 e não houve nenhum reajuste dos honorários médicos. Cada vez mais dificultam o relacionamento entre o médico e o paciente. Dificultam a autorização de exames e sempre que possível encaminham exames de alto-custo para o Sistema Único de Saúde.

Essa questão também foi levantada, essa normatização que o Governo Federal pretende fazer de benefícios tributários. A desoneração vai fazer com que haja uma renúncia fiscal de R\$ 15 bilhões de reais. Esses R\$ 15 bilhões de reais, simplesmente, poderiam ser aplicados diretamente no Sistema Único de Saúde.

A Agencia Nacional de Saúde, respondendo a alguns Deputados, suspendeu temporariamente no ano passado 396 planos de 56 operadoras porque elas descumpriam os contratos vigentes com os usuários. Que desses 56 planos, 28 foram eliminados totalmente de comercialização.

Assinatura manuscrita, provavelmente de um representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Depoimento Dr. Luiz Gustavo Andrade
Advogado do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná

Os planos de saúde quando contratam os médicos não contratam como seus empregados com vínculos celetistas. Se assim fosse eles teriam reajustes convencionais fixados de acordo com a convenção coletiva ou mesmo teriam todos os outros direitos trabalhistas decorrentes da CLT.

Mas o vínculo que se forma entre o plano de saúde e o médico é um vínculo autônomo. Os médicos prestam serviços como autônomos e a única proteção do ponto de vista jurídico que estes médicos autônomos têm é a Resolução Normativa nº 71 de 2004, que obrigaria estes planos de saúde a nos contratos que eles firmam com os médicos estabelecer um critério de reajuste.

Na medida em que descumprem esta Resolução Normativa caberia à ANS fiscalizar o efetivo cumprimento e multar os planos de saúde que não observam a legislação. O que restou aos médicos do Paraná, após deliberações tomadas pela Comissão de Honorários Médicos, com a participação da CRM, Associação Médica do Paraná e do Sindicato dos Médicos, foi demandar judicialmente buscando o cumprimento desta Resolução nº 71 através uma ação civil pública.

Constatou-se que os planos de saúde, vislumbrando esta possibilidade dos médicos entrarem em juízo tanto coletivamente quanto individualmente, porque muitos médicos demandaram individualmente, têm obrigado os médicos a constituir pessoas jurídicas para afastar a tutela jurisdicional trabalhista, afastar a competência da Justiça do Trabalho para julgar estas demandas propostas pelos profissionais. A



ANS é omissa neste sentido, deixando de fiscalizar e de exigir o cumprimento da Resolução.

AUDIÊNCIA CPI PLANOS DE SAÚDE DIA 09 DE ABRIL DE 2013

**INTIMADOS: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR E
DR. GABRIEL SCHULMAN**





DEPOIMENTOS 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA

Depoimento Dr. Francisco Telles
Diretor de Fiscalização da ANS

A Agência editou em 2003/2004 três normas para tratar da questão da formalização dos contratos entre operadoras e prestadores. Mas a verdade é que no processo da evolução da regulação desse setor percebeu-se que essas normas não tiveram uma absorção forte pelo setor.

No início de 2012, uma normativa foi editada pela Diretoria do Desenvolvimento Setorial da Agência, a Normativa nº 49, que trata da questão de reajuste e pagamento pelos serviços prestados pelos médicos às operadoras.



Mas o puro e simples atendimento das normas da Agência não será por si só garantia de que a remuneração dos prestadores vai se resolver como um passe de mágica.

A ANS já esteve em vários espaços, em vários fóruns, discutindo que os setores prestadores sempre vêm com uma posição de cobrar da Agência o cumprimento da norma. No que diz respeito ao cumprimento da norma, a Agência faz o trabalho: autua, aplica multa, chama para negociar.

A Agência faz o trabalho dela. Não é na velocidade que desejamos, porque se trata de mais de mil operadoras e mais de uma centena de milhares de prestadores. Mas não está despreocupada com este tema.

A ANS edita as normas, mas essas normas, em grande parte, não são cumpridas. Alegou que agem em função deste descumprimento. Novas normas foram editadas, grupos para tentar discutir instrumentos de sedimentar o espaço da discussão de remuneração também foram implementados.

A Agência não pode efetivamente estabelecer, definir valor de remuneração. Isto não está na competência dada a ANS pela lei.

Este órgão tem 13 anos. Até 2007, 2008, o número anual de acessos via 0800 era na casa de 70, 80 mil/ano, dentre as quais tinha tanto pedido de informação como reclamações. A reclamação era registrada e ao final se dizia ao usuário: *Agradecemos sua ligação, mas caso a senhora ou o senhor queira resolver seu problema, por favor recorra ao Judiciário.*

Mas a partir do final de dezembro 2008 a Agência implementou a Notificação de Investigação Preliminar (NIP). Por meio da qual recebe as



reclamações - basicamente relacionadas à negativa de procedimentos de cobertura - faz uma mediação com a operadora que tem um prazo máximo para responder e para autorizar o procedimento, se for o caso de autorização. Resolvendo aquele problema, este número relacionado àquela operadora é monitorado pela Agência.

Com este procedimento, a partir de final de 2008 a Agência tem resolvido as reclamações dos usuários de planos de saúde. Em 2012 resolveu quase 80% das reclamações.

Nos casos em que a multa é aplicada, há dificuldade efetiva entre aplicar a multa e receber o valor.

De qualquer forma, os atrasos e lentidão dos processos da Agência decorrem do crescimento de mais de 1.500% dos acessos. É um crescimento exponencial de acessos, com a mesma estrutura de servidores desde 2005.

Depoimento Sr. Mauricio Nunes
Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS

A ANS tem a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde regulando as operadoras setoriais, inclusive, contra as suas relações com prestadores e consumidores. A Agência não regula prestadores de serviço, não regula os médicos.

A finalidade primária da Agência não é regular a operadora e, sim, promover a defesa do interesse público. E para este fim é que tem de regular as operadoras. Então, algumas dessas normas acabam



alcançando esta relação com os médicos e prestadores, de uma forma geral os hospitais, as clínicas, os laboratórios.

A Agência não regula as operadoras porque a lei que trata do marco regulatório dos planos de saúde, que é a Lei nº 9.656, em seu art. 1º, estabelece: *Submetem-se às disposições desta lei apenas as operadoras de planos de saúde.* A Agência não tem esta competência legal.

Uma das competências da Agência, no art. 4º - que traz todas as competências que ela tem - é estabelecer todas as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras. Tanto nos contratos com os beneficiários como no contrato que tem que ter com o médico, com o hospital, com a clínica.

Com base nesta competência, a Agência editou três Resoluções Normativas. A primeira, que foi a RN nº 42, de 2003, estabelece quais são as cláusulas que devem constar nos instrumentos com os hospitais. A segunda, Resolução Normativa nº 54, estabelece as cláusulas obrigatórias para as clínicas e prestadores de SDT, os laboratórios e serviços de imagem. E, por último, a RN nº 71, de 2004, que estabelece quais são as cláusulas obrigatórias na relação com os profissionais de saúde: médicos, dentistas.

Uma das cláusulas obrigatórias, nestas três Resoluções Normativas, é a cláusula que estabelece o critério de reajuste.

A Agência começou a fiscalizar em 2004/2005 com um programa proativo de fiscalização. Este programa começa até no âmbito da Diretoria de Fiscalização, naquele primeiro momento foram quase 100 operadoras fiscalizadas e percebeu-se que estes contratos tinham problemas, principalmente a cláusula de reajuste.



A forma como estas operadoras definem a cláusula, não atendia a norma. Colocavam como forma de reajuste apenas a livre negociação e o acordo entre as partes. Mas na prática esses contratos não tinham reajuste.

Por pressão das entidades representativas dos prestadores, das entidades representativas dos médicos, AMB, CFM, Fenam a Agência regulamentou essa norma e editou uma Instrução Normativa dando mais clareza para a cláusula de reajuste.

Algumas operadoras pretendiam atrelar o reajuste à sinistralidade, que é a despesa assistencial da operadora, tudo o que ela gastou com a rede prestadora, com os hospitais, com as clínicas, com os médicos, basicamente a despesa médica.

A sinistralidade, hoje, é a maior despesa que as operadoras têm. Dependendo do tipo de operadora, isso pode chegar a 90%, no caso das autogestões, mas a média vai de 75%, 80% e, no caso das autogestões, chega a 90%.

Algumas operadoras estavam atrelando o reajuste dos honorários médicos à sinistralidade: se chegar a 80%, 90%, não há reajuste. Isso foi vedado.

Também foi vedada qualquer fórmula de cálculo de reajuste por percentual pré-fixado, em que o valor do contrato seja mantido ou reduzido. Em 2009 o IGPM foi 2% negativo, então não depende das partes, pode ocorrer de o índice ser negativo. Mas, a operadora estabelecer uma fórmula ou um percentual que mantenha o valor ou que reduza, é vedado.

Essa norma também estabeleceu um pouco das relações com os cooperados como as Unimeds e as Uniodontos. A relação dos médicos



cooperados com as Unimeds e dos dentistas cooperados com as Uniodontos, tem algumas peculiaridades. Porque eles são regidos por uma Lei, que é a Lei nº 5.764/71 que trata do cooperativismo.

Um médico da Unimed ou um dentista da Uniodonto é dono da operadora, teoricamente. Na prática, percebemos que isso não é bem assim. Mas, teoricamente, por força da lei, ele é dono e, por ser uma relação associativa, essa definição, por força da lei do cooperativismo, os valores devem ser discutidos nas assembleias gerais, ordinárias, ou extraordinárias uma vez por ano.

Então, se a instituição respeitou aquilo que foi deliberado pelos cooperados em assembleia geral, está valendo.

A Agência reconhece um conflito nesta relação operadora e prestadores. Tem várias causas: a questão dos reajustes, as glosas indevidas, o descredenciamento arbitrário por parte das operadoras. A negociação é outro ponto de dificuldade. Em algumas situações, a Agência até reconhece a hipossuficiência. Às vezes, o médico, o dentista, isoladamente, tem certa dificuldade em negociar com uma grande operadora. Isso é uma realidade.

Outro item que os médicos questionam é a interferência no ato médico, operadoras que limitam a solicitação de exames meramente para reduzir custos, operadoras que interferem na escolha de material, medicamento, interferência no tratamento dos pacientes.

O grande problema surge quando esse conflito entre operadoras e prestadores começa a alcançar o beneficiário: são hospitais que pedem descredenciamento porque estão sendo glosados. Não têm reajuste: são médicos que pedem descredenciamento, são especialidades médicas que montam cooperativas e saem de uma vez



só de algumas operadoras, como várias especialidades que conhecemos - cirurgia cardiovascular é um exemplo - que não tem mais o profissional isolado, eles não conseguem mais negociar, montam uma cooperativa e vai todo mundo para a cooperativa. Em alguns momentos o SDE e o CADE vêm isto como cartel, que suprime totalmente a capacidade concorrencial.

A ideia da CBHPM, determinado procedimento tem que ser remunerado em razão da sua complexidade, do seu risco e do seu tempo. Não se pode remunerar um procedimento que tem um risco elevado da mesma forma que se remunera uma consulta. Se este procedimento tem um nível de complexidade elevado, ele tem que ser melhor remunerado do que aquele que tem um grau de complexidade menor.

Em muitas operadoras a remuneração é inversamente proporcional à frequência. Se um procedimento é muito utilizado a tendência do preço é cair; se um procedimento que é pouco utilizado o preço pode aumentar.

Essa metodologia de remuneração foge totalmente dessa ideia de se remunerar pela complexidade, pelo risco associado e gerou um problema seríssimo. Muitos médicos pararam de fazer alguns procedimentos na saúde suplementar em razão da remuneração. Cirurgia de amígdala é um exemplo.

A Agência vai editar uma resolução obrigando as operadoras a hierarquizar os procedimentos e remunerar conforma a complexidade.

O segundo grupo de trabalho que foi criado em 2010, junto com os honorários médicos, foi o que revê o modelo de remuneração dos hospitais. A forma como os hospitais são remunerados onera o sistema.



Não por culpa dos hospitais em si, mas a forma do modelo como foi desenhado. Os hospitais são remunerados "fee-for-service". O pagamento é feito por procedimento.

Por exemplo, a beneficiária entra no hospital para fazer um parto, tudo que é utilizado naquele procedimento entra numa conta. O honorário médico, o anestesista, o instrumentador, a linha que costurou a parturiente, tantas bolinhas de algodão, a medicação e etc. Isso é o que se chama de "conta aberta", ou seja, tudo que utilizou naquele beneficiário lança na conta.

A ideia é criar um modelo de remuneração para desonerar um pouco este sistema. No momento em que desonero este sistema vou desonerar o beneficiário e passar a remuneração para os hospitais naquilo que eles deveriam, de fato, ganhar: diárias e taxas.

O hospital é como se fosse um grande hotel. Ele tem que ganhar a diária do apartamento, a diária da enfermaria, ganhar pela taxa de colocação de medicamento e o procedimento vai para o médico.

Depoimento Dr. Gabriel Schulman
Advogado Convidado

Assinatura manuscrita de Gabriel Schulman.



Declarou que uma informação bastante pertinente diz respeito à complementaridade do Subsistema Público de Saúde. Se o tratamento médico que é negado pelo Plano de Saúde esse tratamento é custeado pelo particular (o que é injusto) ou é custeado pela saúde do Paraná, ou seja o custo que deveria ser da operadora é transferido o Estado, de modo que esta fiscalização é de máximo interesse público.

Naturalmente, pelo próprio número de usuários de plano de saúde temos uma média histórica, desde a criação da ANS, de um quarto da população com plano de saúde. No Paraná este índice é ainda mais elevado.

Em relação à Legislação Protetiva, que aqui antes foi mencionado, me parece que temos uma legislação bastante profícua, bastante ampla.

A demora no atendimento é um dos temas fundamentais porque na saúde a demora implica um agravamento ou até mesmo a morte.

Quem não recebe um tratamento de câncer de imediato tem um agravamento que inclusive significa um aumento de custo, de maneira que não faz sentido negar um tratamento de câncer no início. Porque só aumenta o custo, além de ser absolutamente desumano.

Neste sentido também, no mês passado, a regra, que é a 319, obriga que a recusa seja formalizada por escrito. A própria atualização do rol da Agência Nacional de Saúde, que passou a ser feita de dois em dois anos.

Apesar desta legislação, há um conjunto de negativas que são bastante conhecidas: prótese, estaque - que é certo produto utilizado, por exemplo, para cirurgias vasculares - e os tratamentos oncológicos, talvez sejam aqueles que são mais habituais. Com a mesma



habitualidade, o que se verifica são os reajustes abusivos em algumas categorias de modo especial, entre as quais os aposentados. A pessoa se distancia da empresa e fica um pouco à mercê, não tem o RH para se socorrer, tem uma idade avançada - e as viúvas também, quando falece o titular.

Ainda em relação aos aposentados é interessante observar a forte intenção de exclusão. Há várias tentativas dos planos de saúde de excluí-los ao arrepio da lei, mas decorre da característica do plano de saúde. Tecnicamente se fala em utilidade marginal inversa, mas que entendemos isso de modo muito claro. Quanto mais passa o tempo, menos interessa manter o consumidor e mais interessa pegar um novo, mais jovem, que não vai ter doença. Isso é em relação, então, aos consumidores.

Se aplicada a legislação já existente vai reduzir com certeza a quantidade de processos do Poder Judiciário, que onera a população, a quantidade das pessoas que morrem, porque não têm acesso ao tratamento.

Certa vez teve que explicar para a família porque aquela liminar não surtiu efeito e acompanhar o enterro de um cliente. Quando se pensa no consumidor a atuação preventiva é aquela que parece fundamental.

Sobre os médicos e tratamentos, uma relação que faz com que a ideia do reajuste não possa ser totalmente afastada é que quando falamos no reajuste médico. Quando falamos de um procedimento médico, se determino uma limitação de custo há certa pressão indireta, e muitas vezes direta, do plano de saúde, em limitar o que o médico vai usar. Quando digo que para um tratamento de câncer eu vou usar tantas quantidades, com exame de uma certa especialidade, o médico não



pode refazer a chapa, ele deve diminuir a quantidade de reagentes no exame de genética, isso interfere diretamente na qualidade da prestação do serviço, além de ser absolutamente ilegal do ponto de vista da ética médica e da legislação vigente, de modo que temos um casamento entre reajuste e o atendimento do consumidor. Porque quando digo para um hospital que ele tem 2 mil para fazer um certo atendimento, se um hospital quer maximizar o que vou receber e dar o melhor atendimento há uma possibilidade de haver um aumento de cobranças em caráter particular. O hospital vai dizer: *O plano de saúde cobra 2 mil, mas a despesa neste caso é variável.*

Além disso, mesmo em procedimentos padronizados o que acontece na saúde é que pode haver variação. Se a criança passa mal, se a mãe passa mal, se de repente o médico abre a mãe e encontra um tumor. Na atividade médica cada paciente tem algumas peculiaridades e quando se define certo valor para o hospital e os materiais que ele pode usar se ele quiser usar o melhor, ele vai ter que cobrar do particular.

Coloca quatro sugestões. Intensificação da fiscalização, o mapeamento ou pesquisa e uma atuação bastante forte das violações dos consumidores justamente para permitir uma concentração naquelas situações que são mais corriqueiras, para permitir uma atuação mais constante; número de ações, a temática, no Judiciário; o levantamento do custo do repasse das negativas ao Estado do Paraná para que a população saiba o custo desse repasse e das próprias interferências na prescrição médica. Que quando se diz aqui que é necessário o equilíbrio do setor e avaliar os custos, de modo que talvez fosse interessante exigir das Operadoras a abertura das planilhas de custo para que se possa fiscalizar se essa despesa corresponde e aí, sim, permitir um equilíbrio.



AUDIÊNCIA CPI PLANOS DE SAÚDE DIA 16 DE ABRIL DE 2013

**INTIMADOS: CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA,
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOTOLOGIA E PROCON**





DEPOIMENTOS 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA

Depoimento Dra. Claudia Silvano

Diretora do Procon do Paraná

Trazendo a realidade em termos de reclamações relativas aos planos de saúde afirmou que em 2012 o PROCON realizou 1.725 atendimentos. Desses 217 viraram processo administrativo, o que é um número significativo, porque daria, em média, uma reclamação por dia, em relação às operadoras. Os principais problemas dizem respeito a: questão de cancelamento de contrato; não cumprimento de contrato, modificação unilateral do contrato, cláusulas abusivas em contratos, recusa no atendimento no fornecimento de guia, mal atendimento, recusa na cobertura, cobrança indevida, dúvida sobre cobrança,



duplicidade, dúvida sobre procedimento imposto ao consumidor e a questão dos reajustes e prazos de carências.

Sobre a Agência Reguladora (ANS), quanto à questão da cobrança por fora por parte dos profissionais – o PROCON, o Ministério Público e entidades de defesa do consumidor intermediaram uma conversa que se deu sobre a cobrança por fora por parte dos anestesistas. Este tipo de procedimento - cobrança por fora - é algo absolutamente ilegal. O consumidor contrata a operadora e para isso ele paga a sua contra prestação, que é a mensalidade e que sabemos que não é barato, não é fácil pagar uma mensalidade de um plano de saúde.

Sobre as questões entre médicos e operadoras, o médico entende que a sua remuneração não é justa, não é coerente com o serviço prestado, e isso tem feito com que alguns profissionais, algumas categorias, regularmente, ameacem descredenciamento, ou até mesmo forcem uma cobrança por fora. Diferentemente de qualquer outra relação, a relação entre médico e paciente tem algumas especificidades, porque é, sobretudo, uma relação de confiança.

Recentemente teve a questão da cobrança dos obstetras. O obstetra com a justificativa que ele não era contratado para atender em qualquer horário propunha, já no começo da relação com a paciente, uma cobrança de um valor extra. Isso tem gerado um número significativo de reclamações.

Tem que haver uma atitude mais efetiva da Agência Nacional. Não só regulamentando, mas cobrando também.

A regulamentação existe, mas a cobrança tem que ser mais efetiva.

Assinatura manuscrita, provavelmente do representante da Agência Reguladora (ANS), localizada no final do texto.



O contrato tem que ser respeitado, evidentemente. Mas existem alguns contratos que trazem disposições contrárias à lei. Exemplo: contratos que são anteriores à Lei nº 9.656, que é a lei que regulamenta, com todas as suas outras normatizações, porque não é só ela que trata dos planos de saúde e dá outras providências. Ela estabelece que um rol de procedimentos mínimos, dependendo do tipo de atendimento que o consumidor contrate: ambulatorial, hospitalar, tem que ser respeitado.

Existem alguns contratos firmados antes desta lei que trazem disposições contrárias ao Código de Defesa do Consumidor.

Além da Lei nº 9.656 aplica-se também o Código de Defesa do Consumidor. Isto é sumulado. Súmula nº 469 do STJ.

Se o contrato contiver uma cláusula que contraria a lei pode ser revisto. Mas se estiver dentro do que a legislação prevê, tem que ser respeitado. Isto também é fato. Mas nem sempre o contrato é disponibilizado para o consumidor, especificando qual é o tipo de atendimento que terá, dependendo do tipo de contratação que ele faça: plano ambulatorial, plano hospitalar. A lei permite o estabelecimento de alguns prazos para atendimento e se o consumidor foi informado adequadamente, este contrato - se não tiver nenhuma contrariedade à legislação - terá que ser respeitado.

O problema é a questão da falta de informação. Normalmente, no momento da venda, se diz: "Olha, vai parar um helicóptero no teto da sua casa, vai te pegar e te levar no melhor hospital do mundo." E isso não é verdade.

A rede credenciada também tem que ser informada ao consumidor. Que existem umas disposições novas e estas informações têm que estar no site das operadoras. Que precisa haver informação



prévia, mas a informação prévia tem que, além de prévia, ser adequada, ostensiva, que o consumidor, de fato, saiba o que está contratando.

No que diz respeito aos atrasos nos pagamentos pelos usuários, a legislação determina que se o usuário está inadimplente por 60 dias consecutivos ou não, desde que ele seja informado quando se fizerem 51 dias de atraso e não houver o pagamento, o contrato poderá ser rescindido. Isso não ocorre de forma unilateral porque houve a informação e houve do outro lado, a inadimplência. Os 60 dias podem ser consecutivos ou não.

Declarou que a insatisfação dos profissionais com as questões impostas pelas operadoras acaba repercutindo em desfavor do consumidor. De uma forma ou de outra a repercussão é sempre em desfavor do consumidor.

Seja com a prestação de serviços, no caso da prótese, ou na imposição da última radiografia.

Os profissionais e as entidades representativas têm toda a condição de promover uma discussão, mesmo que seja judicial, entre o profissional e a operadora. O que não pode é o consumidor ser prejudicado.

É inadmissível que o serviço seja prestado de maneira inadequada. Há um ambiente de desconfiança entre o profissional e a operadora. Tudo o que o profissional determina é motivo de desconfiança. Isto acaba sempre repercutindo no consumidor.

Um médico prescreve um determinado procedimento, este procedimento é submetido à segunda opinião. Que esta submissão à segunda opinião é algo legal. Não é ilegal. Mas que o problema é que isto se tornou uma prática muito comum. Mas, por que é que todo



procedimento prescrito tem que ser submetido a outro profissional? É claro que não tem só a questão patrimonial que está em jogo, de pagar e não ter o atendimento. Há outra questão, que é um eventual agravamento do estado de saúde do consumidor: "Olha, você vai fazer tal exame." Chega a operadora e diz: "Não, por que ele vai se submeter? Tem que ter uma justificativa." Então, este ambiente de desconfiança acaba gerando um prejuízo para o consumidor. E não é somente um prejuízo patrimonial. É muito mais que isso. É um prejuízo à saúde. Por que é que o outro tem que ver, passar para ele, passar para ela, todo mundo tem que conferir se é isso mesmo. Este ambiente de desconfiança, a suspeita da fraude, que parece ser algo que reina neste meio. É impressionante isso! Há uma evidente suspeita de que o profissional, seja o cooperado ou qualquer outra forma de constituição da empresa, esteja sempre... Existe isso? Existe, claro que existe. Só que a operadora não pode tornar isto uma prática comum. Tem que ter outros meios de controle e não submeter o consumidor a tempos de espera em razão deste ambiente de desconfiança, que parece reinar.

Depoimento Dr. Roberto Cavali
Presidente do Conselho Regional de Odontologia

Assinatura manuscrita do Dr. Roberto Cavali.



Declarou que o problema dos cirurgiões dentistas consiste no fato de que as operadoras descumprem os contratos feitos com os profissionais e isso resulta em um descumprimento também do atendimento à população, porque se alguém não está satisfeito naquilo que contratou, ele não pode prestar um bom atendimento. Hoje as operadoras, e algumas delas ainda o fazem, dão o plano de assistência odontológica como um brinde para quem compra o plano de assistência médica, o que é um absurdo, porque não existe saúde sem saúde na boca. A ciência mostra isso através de evidências muito claras, da importância do exame bucal para que possam ser feitos diagnósticos de doenças sistêmicas e muitas delas com repercussões bucais e repercussões também sistêmicas de problemas bucais.

É importante que isso seja trabalhado no rol de procedimentos da ANS não como um penduricalho, não como um brinde a quem compra um plano médico, mas, sim, como parte integrante desse plano médico.

O Conselho Regional de Odontologia não aceita cobrança por fora de jeito nenhum. Ninguém é obrigado a ser credenciado em um plano. Se é deve fazer isso conhecendo o contrato; e aceita ou não. Não se pode depois discutir isso com o usuário, que é a parte frágil desta relação.

Por outro lado, a questão dos honorários é complicada. É um pagamento irrisório que as operadoras fazem, é lamentável que isso aconteça. Algumas vezes esse valor é negativo, porque é diferente da área médica em que os honorários são por prestação de serviço. O médico recebe um valor pelo serviço que ele prestou.

Na odontologia isso é diferente, os profissionais são pagos por procedimento, além do serviço que eu presto naquele valor que a



operadora me paga está embutido toda a infraestrutura, todo o material de consumo.

O hospital do cirurgião-dentista é o seu consultório.

Quando tenho um plano médico, um procedimento cirúrgico num hospital é pago em duas partes: o valor do honorário médico pelo trabalho executado, e o hospital recebe pela taxa de sala e todos os materiais utilizados.

Porém, o cirurgião-dentista recebe um único valor, que embute em toda essa conta os seus honorários, os impostos que ele paga sobre isso, os custos de materiais, os seus auxiliares, que são as assistentes de saúde bucal, ou os técnicos que trabalham juntos e que fazem parte também da formação do preço, luz, água e as salas.

Outra situação é a questão da CBHPO, que é a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos, feita pelo Conselho Federal e entidades de renome com respeitabilidade no Brasil, como a Fipe, e que não é respeitada, assim como a CBHPM na medicina também não é respeitada pelos planos.

Dizem que é impossível o pagamento, fazem reajustes que não são repassados ao profissional.

Os dentistas estão há dez anos sem reajuste. O reajuste deveria ser igual ao reajuste dos usuários nos honorários e um índice conhecido.

Alguns procedimentos odontológicos exigem tratamento em ambiente hospitalar e muitas vezes o plano nega. Quando o contrato do usuário diz que ele tem direito a atendimento hospitalar, não cabe à operadora dizer quem vai fazer esse atendimento. O próprio procedimento exige o atendimento em ambiente hospitalar, ou a



condição sistêmica. Um paciente cardíaco que tenha um risco grande de sofrer um infarto durante um atendimento no consultório, não é muito mais seguro, não é muito melhor que o atendimento dele seja feito num ambiente hospitalar? Evidente. Os exames complementares da mesma forma. Chega ao cúmulo de profissionais da área da odontologia pedirem um exame complementar, um hemograma, e quando recebem o resultado do exame, consta como médico requisitante: "Doutor fulano". Mas quem pediu esse exame não foi o cirurgião-dentista? Foi. Mas o plano não paga se o cirurgião-dentista pedir. Então, ele obriga esse paciente a passar por um médico e o médico ter que fazer a requisição, quando também o contrato diz que o paciente tem direito àquele exame e, pela legislação, o cirurgião-dentista tem direito a requerer esse exame, quando da necessidade para o seu procedimento.

Sobre a questão dos Raios X. É largamente utilizado para fazer perícia do procedimento odontológico realizado. Quando terminaria o procedimento o paciente deveria ser encaminhado para outro profissional, que faria um exame bucal nesse paciente e o acompanharia. O profissional diz que fez tal procedimento e este segundo profissional vai observar se o procedimento foi feito.

Para evitar pagar esse outro profissional os planos exigem tomadas radiográficas. Existem alguns procedimentos em que a tomada radiográfica é importante, é condição *sine qua non* para que eu possa saber se o procedimento foi realizado ou não, num tratamento de canal, por exemplo. Mas restaurações ou extrações dentárias não precisam de Raios X.

A operadora obriga o paciente a tomar Raios X totalmente desnecessários, que vai fazer mal à sua saúde, para poder provar que o procedimento foi realizado.



Há também o problema das glosas administrativas. Quando o paciente passa por uma perícia e essa perícia constata que o trabalho ou não foi executado ou está mal feito, o plano tem todo direito de glosar esse trabalho e dizer ao profissional que faça novamente.

Mas somente outro profissional da área pode avaliar o trabalho, considerando o conhecimento técnico necessário. Mas as operadoras não passam para outro profissional e, simplesmente, fazem uma glosa percentual, 20%.

O profissional, às vezes, não reclama dessa glosa porque o valor é tão ínfimo e preferem não reclamar. Parece que as empresas jogam com essa margem e ganham em cima disso também.

Assinatura manuscrita, provavelmente do representante da Diretoria Legislativa.



Depoimento Dr. Emerson Luiz Jorge

Relatou que devido a falta de reajustes na tabela de remuneração, um dentista recebe por um procedimento de Raios X R\$2,47.

O Raios X Peri apical pode ser feito pelo cirurgião-dentista, mas a panorâmica tem que ser num centro de radiologia e são pagos os mesmos R\$2,47 pela tomada radiográfica. Isso não paga nem a película.

Sobre a realização excessiva desse exame declarou que se é feita uma extração de três ou quatro dentes, o plano pede uma radiografia antes do procedimento e uma radiografia depois do procedimento e com isso está expondo o paciente à tomada radiográfica desnecessária. O procedimento foi realizado, o paciente assinou que isso se procedeu, o plano pede a radiografia pós-procedimento e se o colega não realizar, orientando o paciente de que ele não deve ser submetido à tomada radiográfica novamente, o plano glosa o procedimento e não paga o profissional por não ter feito a radiografia final.

Foi proposta uma demanda judicial para tratar da tomada radiográfica. Teve um TAC com relação à Odontoprev. Mas tudo que é judicial é muito mais moroso, e quem acaba sendo prejudicado é o próprio paciente.

Outra coisa que também falta, por parte dos planos é a orientação ao consumidor informando o que o plano vai oferecer ou não. Porque ninguém vai ficar lendo dez, quinze páginas de contrato, como também



deveria ser obrigação de quem está assinando, ler o contrato. Mas, muitas vezes, o paciente chega e fala: "Não, mas a operadora falou que eu teria direito a esse procedimento, agora chega aqui e eu não tenho". Que falta conscientização de quem está oferecendo o plano.

Depoimento Dr. Celso Russo

Presidente da Associação Brasileira de Odontologia do Paraná

Relatou que e há necessidade de algumas correções das tabelas de procedimentos dos planos de saúde. Os profissionais não têm como fazer um bom serviço e as que fazem se submetendo a esses valores, acabam prestando um serviço de qualidade muito inferior.

O conveniado, que não tem nada a ver com isso não sabe. Mas é um trabalho árduo que o cirurgião-dentista tem que fazer para haja qualidade no serviço, porque não é o simples fato de fazer, colocar na boca do paciente. Porque ao invés de estar colaborando com a saúde, estará prejudicando se o material não for de boa qualidade.

Esse é um fator importante que faz com que muitos profissionais de qualidade que poderiam estar atendendo nesses planos de saúde descredenciem-se e quem realmente é lesada, é a população.

A Associação de Odontologia não é um órgão regulador. Isso cabe ao conselho. Porém, luta pelo bem-estar da classe, pela união da classe, para dar melhores condições para o trabalho de cirurgião-dentista.

Assinatura manuscrita de Dr. Celso Russo.



Depoimento Dr. Everson Da Silva Biazon
Procurador do Conselho Regional de Odontologia do Paraná

Destacou a situação do atendimento hospitalar. O paciente não é atendido no hospital. Se lá está, por uma enfermidade, o plano não autoriza o procedimento odontológico. O profissional cirurgião-dentista no ambiente hospitalar é uma exigência natural, porque a odontologia faz parte da saúde humana, e é lei no Estado do Paraná, aprovada em 2011, que haja um cirurgião-dentista compondo a equipe multidisciplinar das UTIs - Lei Estadual 16.786/2011.

Como é que ficaria a situação do plano já que é obrigatória a presença de um dentista para atender àquele paciente, e o plano não autoriza o procedimento porque para fins odontológicos não pode ser feito no hospital.

É uma reserva de lucro do plano. O Conselho de Odontologia só tem o mecanismo da Ação Civil Pública e questões processuais exigem que seja mais de um caso, mais de um caso a se colocar essa evidência para levar ao Judiciário.

Assinatura manuscrita do Dr. Everson Da Silva Biazon, localizada no canto inferior direito da página.



AUDIÊNCIA CPI PLANOS DE SAÚDE DIA 07 DE MAIO DE 2013

INTIMADOS: UNIDAS, ABRAMGE E FENASAÚDE





DEPOIMENTOS 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA

Depoimento Cadri Massuda

ABRAMGE

Relatou que as operados de planos de saúde representam 25% da população, 48 milhões e 700 pessoas estão sendo atendidas. É um país como a Inglaterra, como a Itália, como a Espanha sendo atendidas pelas operadoras. Não era assim, quando foi criada a ANS, estávamos com 30 milhões, passamos para 48 milhões, graças principalmente a população da classe C.

Hoje a classe C representa o grande contingente junto com a classe D beneficiários do plano de saúde. E segundo a Revista Veja o plano de saúde é o segundo maior desejo depois da casa própria.

Antes da ANS existir havia 5 mil empresas. A partir de sua implementação a ANS começou a exigir que as empresas tenham suporte



financeiro, que as empresas seguissem determinadas normativas. Metade das empresas desapareceu, saíram do mercado.

Não pode existir empresas que não tenham uma boa condição sócio-econômico-financeira. Hoje em dia somos como um banco. Hoje em dia, aqueles que não têm condições de bancar o sinistro têm que fechar.

As operadoras têm que apresentar balanços anuais publicados em jornal de grande circulação e balanços auditados. Todos conhecem a situação financeira das empresas.

Não existe mágica no sistema. O usuário paga, a operadora intermedia e os prestadores fazem seus serviços: médicos, laboratórios, hospitais. Os prestadores, que são médicos, laboratórios, hospitais, prestam serviços e este serviço que prestam chama-se *sinistro*. Sinistro, mais a taxa administrativa, que toda empresa tem, este conjunto são as despesas. E receita menos despesas, é o resultado. Agora, quero mostrar alguns resultados. Esta é a Revista Exame, da última semana, mostrando a situação, na página 62, das Unimed's Brasil, mostrando que a Unimed Brasil no ano de 2012 faturou 33 bilhões e teve um lucro de 2% no ano, que é 660 milhões. Isto quer dizer o seguinte: 2% se tem um investimento, para recuperar isso, para ter uma recuperação, leva-se 50 anos a 2% de lucro ao ano. E a Amil, que foi vendida e está aí, todo mundo falando, no balanço teve um prejuízo de 161 milhões. Então, a situação não está fácil.

Os dados da ANS mostram que o sinistro das empresas têm girado em torno de 82,4%. As taxas administrativas, em média, 15,1%. A soma dos dois dá 97,5%. Isto quer dizer que as empresas estão trabalhando com uma lucratividade de 2,5% ao ano.

O sistema das operadoras é um sistema perverso. Não se sabe o quanto se gasta. Quando entra uma pessoa num hospital o plano assina um



cheque em branco. Não se sabe quanto vai ficar a conta. Fica-se na dependência da doença do cliente. Não se sabe quantos dias vai ficar. Se ficar numa UTI, o custo-médio da UTI varia de 2.500 a 3.000. Se ficar dez dias, 30 mil. Então, é uma dificuldade em organizar as finanças, por causa deste sistema que não te impõe limites.

A pergunta é: 2,5% de lucratividade, mas por que tão pouco? Porque tem um monte de fatores envolvidos e é isso que estamos aqui discutindo. Um dos fatores é a tecnologia. Cada vez mais tem equipamentos novos. E geralmente estes equipamentos de diagnóstico custam muito mais. Hoje em dia, para se ter uma ideia, o Raio X, que é um exame de diagnóstico, está se tornando obsoleto. Estamos tendo que pedir ressonância, tomografia. Os exames cardiológicos, um eletrocardiograma já nem se faz mais direito. Agora tem que fazer angio-ressonância, cintilografia do miocárdio. Isto custa senhores. Saúde não tem preço. Todos sabem. Mas, custa.

Outro fator é o envelhecimento da população. Com estes novos medicamentos e novas tecnologias está dobrando o número de pessoas idosas. E o problema é que o organismo vai envelhecendo e ocorrem doenças crônicas. São doenças que não têm tratamento de cura. São doenças que tem que se levar até o fim da vida. E quanto mais pessoas de idade tiver mais custo vai ter.

O custo de um beneficiário para a operadora é maior nos primeiros anos de vida e depois, a partir de 50 anos, tanto homem quanto mulheres, sobe exponencialmente. Se gasta aproximadamente R\$763,00 até os dezoito anos. Depois, vai para R\$ 5.200,00 o custo por ano, de uma pessoa desta idade.

A medicina hoje é tecnológica. Não é mais humanística. As pessoas estão esquecendo de fazer um exame clínico, uma história adequada, perder um pouco o tempo. Hoje, as pessoas querem exames de diagnóstico.

N



Meios de comunicação: o "Dr. Google" é presente nos consultórios hoje. Uma pessoa que tem dor de cabeça e faz uma pesquisa no Google para ver o que é a sua dor de cabeça. Pode achar que é um tumor, um derrame. E aí vai ver que para isso ele precisa de uma ressonância, uma tomografia. E ele chega ao médico e diz: *o senhor não vai me pedir isso aqui?* E isso custa dinheiro. No *Fantástico*, toda vez que sai uma reportagem de uma doença, os consultórios desta especialidade se abarrotam de pessoas querendo informações.

Terceiro fator: medicamentos, órtese e prótese. Órtese e prótese, hoje, representam 15% do sinistro. Todos os materiais estão cada vez mais caros, cada vez mais complexos e que se observa que depois de um tempo os resultados são muito parecidos com os que estavam sendo usados.

Então, existe uma tendência da inovação. Tudo o que sai novo, sai prescrito. E depois de cinco anos nós vamos ver que os resultados não são tão significativos. A parte de medicamento, hoje, com a nanotecnologia, estamos tendo que pagar medicamentos que custam de cinco a 10 mil por dose/mês, por um longo tempo. Isso custa dinheiro.

Sobre o rol de procedimentos. Rol de procedimentos nada mais é do que a ANS dizendo assim: vocês vão ter que atender todos estes exames, estes medicamentos. O problema está na atualização desta relação de procedimento. As empresas só conseguem colocar o sinistro ou o cálculo atuarial desses produtos um ano depois. A operadora tem que bancar o que a ANS diz.

Assim como as liminares judiciais. O plano nega o pagamento se o procedimento não estiver no rol, porque foi feito um cálculo atuarial dizendo que o produto pode ser vendido para dar aquela cobertura. Mas os Juízes determinam a realização do procedimento.

N



Sobre os honorários médicos. Todas as empresas se preocupam com os honorários médicos. O problema é que está havendo uma distribuição dessa pizza de custos cada vez mais perversa. Há 10 anos ou pouco mais, os honorários médicos representavam em torno de 30% dos custos assistenciais. Hoje representam 18%. O restante do dinheiro foi principalmente para os hospitais, com 42%, e para os exames de diagnóstico.

Está provado que 30% dos exames não são nem retirados, eles são feitos e não são retirados. E os outros 50% dos exames são normais. O que está acontecendo é um desperdício de dinheiro, pois poderia muito bem esse dinheiro ser redistribuído entre as partes, principalmente entre os médicos.

Sobre a ANS, quando ela foi criada nós não sabíamos o que iria acontecer. As empresas que eram de fachada, as empresas que não eram profissionais, foram obrigadas ou a se profissionalizar, ou desaparecer. Foi isso que aconteceu, desapareceram 2.500 empresas logo de cara. E depois, com a implementação das normativas as empresas foram obrigadas a melhorar o seu serviço.

Mas a ANS começou a extrapolar a sua função, ela começou a criar tantos braços, tantas pernas, que está se tornando inviável as empresas continuarem acompanhando. Em Pernambuco, por exemplo, tem sete operadoras. Quatro estão sobre gerência fiscal da ANS. A ANS está realmente forçando muito a barra das empresas, de tal sorte que o que se pressupõe é que em 2020 vão sobrar 400 empresas. Está para desaparecer mais de 500 empresas graças a essas intervenções que a ANS está provocando.

Orientar médicos a mudar a indicação de medicamentos e procedimentos para baixar custos não é ético e as operadoras éticas não o fazem. O que acontece muitas vezes são códigos errados apresentados. Então, chega numa tabela, porque agora existem várias tabelas, tem a tabela



MB, tem a tabela CHPM 4º edição, 5ª edição, 6ª edição e às vezes o médico escreve um código por uma tabela e que você tem que colocar no teu sistema a tabela que está vigente. E aí existe a mudança do código, não do procedimento, porque a mudança do procedimento incorre em sanções éticas, profissionais e junto a Agência Nacional. A apresentação do TIS vai acabar com esse problema porque vai haver tabela única nacional e hospitais, operadoras e médicos vão ter que se adaptar.

Depoimento Sra. Dulcimar de Conto

ABRANGE

Complementando a questão da ANS o problema é que um setor é regulado e o resto não. Você tem um tripé em plano de saúde: cliente, prestadores e empresas. Uma é regulada. O auditor vem a cada três meses. O



médico não é regulado, o hospital não é regulado, muito menos a indústria farmacêutica que vive, tiraniza, suga esse País.

Desde a pesquisa médica, o paciente recebe durante um período o medicamento para câncer de mama, por exemplo, que custa no mínimo doze mil e quinhentos reais a dose. Quando termina a pesquisa o paciente não tem mais o medicamento se ele não pagar dose mil. A operadora paga.

A órtese e prótese. São 73 mil itens que a agência de vigilância sanitária tem cadastrado. Você recebe uma solicitação, a Agência Nacional determina a cobertura. O médico exige que se compre de um fornecedor específico. Mesmo que você tenha outras quatro empresas que oferecem o mesmo material, é necessário que se cumpra a exigência do médico, se não muitos não realizam o procedimento.

Os custos são elevados porque falta regulamentação para as outras duas partes. É simples. E a ANS cumpre o seu papel? Cumpre. Tudo está na lei, isso pode ser comprovado, as multas vão de oito mil a um milhão.

Se a ANS é um agência reguladora da saúde suplementar, o que é que compõe a saúde suplementar? Operadoras de planos de saúde, hospitais particulares, médicos, clínicas e serviços. Tudo isso compõe a saúde suplementar. Então, se só existe norma para um – operadoras – é lógico que vai ter conflito. Agora vai chegar, o Brasil inteiro vai receber o que se chama de ABI, está para chegar nas próximas semanas. Como o cliente vem informado para nós? Pelo número da carteirinha do produto no cadastro. Existem clientes homônimos. Como o caso de uma cliente que se chama Ana Paula de Souza, ela teve um parto em 2003 em Fortaleza. Depois ela teve uma curetagem pós-parto no Rio de Janeiro, em agosto. E em janeiro de 2004 ela teve outra curetagem pós-aborto em São Bernardo. Procuramos essa Ana Paula de Souza, e, pasmem, ela nunca saiu de Curitiba, nunca engravidou, e nós tivemos que pagar três cobranças.



Após investigação, descobriu-se que todas as operadoras que têm como cliente alguém que se chama "Ana Paula de Souza" receberam a mesma cobrança. Se não consegue contestar tem que pagar. O ônus da prova é da operadora.

A ANS preconiza dos 100% de arrecadação até 75%, para a assistência à saúde e os outros 25% para despesas com impostos, despesas administrativas de local e folha de pagamento, enfim, até 5% para comercialização. Hoje, pela própria ANS, acho que nenhum de nós teve esse dado para trazer, a média da utilização da aplicação na assistência é de 82%. Isso divulgado por ela. Então sobram 18% para imposto pessoal, localização e comercialização. Logicamente, que uma Cooperativa tem impostos menores e quando não os paga como é o caso aqui de Curitiba, tem o perdão da Prefeitura Municipal. Não é o caso das demais. A medicina de grupo trabalha sofredamente. Além disso, o investimento em tecnologia é alto, você tem que ter um parque tecnológico, não simplesinho, você não pode ter um sistema de informações simples. Agora, por exemplo, por determinação da ANS até 30 de novembro todas as operadoras do Brasil terão que implantar o padrão de troca de informações chamado Tis 3.0.

São cerca de 835 mil códigos para taxas, materiais, medicamentos, num padrão único nacional. Isso é uma oportunidade muito boa, porque não haverá mais espaço para dizer que a cirurgia, por exemplo de um apêndice, uma apendicectomia, a minha taxa compõem isso e do outro médico do outro Hospital acompanha aquilo. É um padrão universal. Acredito que os benefícios disso virão para todos, porque os hospitais, médicos, laboratórios e operadoras vão trabalhar numa linguagem única. Mas o investimento para fazer isso é alto em pessoas, em sistemas informatizados. Há hospitais no interior que fazem prontuários em papel almaço. Ele não vai poder fazer transmissão eletrônica a partir de 01 de dezembro. Esse Hospital não vai mais atender Plano de Saúde. O médico que não tem o computador no consultório, não vai mais atender



Plano de Saúde, porque a transmissão é eletrônica, não se requer mais papeis. Há um desconhecimento de onde vai o dinheiro da operadora. Hoje, os medicamentos são administrados por bombas infusoras. Um equipamento é uma segurança melhor para o paciente. As empresas cedem para os Hospitais a bomba gratuitamente. Antigamente se comprava e custava 6, 8 mil, 15 mil reais uma. Hoje, não, o Hospital ganha bomba infusora. O equipamento mais caro custa em torno de 18 reais para uma alimentação.

No BRASÍNDICE, que é o referencial de preço o Hospital cobra 957 reais da operadora. Uma unidade de alimentação parenteral custa em torno de 60, 70 até 84 reais. O Hospital cobra 830 reais. Então a cada dia de uma alimentação parenteral de UTI, só isso já são dois mil e quinhentos. Nota Fiscal de serviço. Então onde está o ICMS dos Hospitais não vem discriminado, vem para vocês. Não vem. Está se ganhando dinheiro se desperdiçando dinheiro de uma maneira errada essa distribuição

O médico ganha pouco. Ganha, muito pouco. Ganhar 300 reais para fazer uma apêndice, eu acho um risco muito grande de você abrir uma barriga, colocar ou vídeo para ganhar 300 reais. O hospital ganhou 1.200. Inclusive, porque a taxa de vídeo que é 350, por aí, só para ele ceder o vídeo para o médico, ele já ganhou mais que a cirurgia. Então, vejo, que tem que ter uma distribuição melhor.

Depoimento Sr. Sandro Leal Alves

Assinatura manuscrita de Sandro Leal Alves, feita com uma caneta escura, apresentando traços fluidos e uma forma estilizada.



FENASAÚDE

Só em 2012, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, foram realizados quase um bilhão de procedimentos. Ou seja, 996 milhões de procedimentos. Procedimentos esses que são: consultas, exames, internações, terapias. É importante ressaltar que, dentro desse contexto da importância do sistema de saúde suplementar, hoje cerca de 94% do financiamento dos hospitais estão ligados às operadoras de planos de saúde. Lembrando que é pela via dos hospitais onde surgem tecnologias, inovações tecnológicas, procedimentos, enfim, tem um lado muito positivo em termos de melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Mas por outro lado, tem custos. Então, é um setor que contribui fortemente para inovação tecnológica da saúde brasileira. Esse sistema, Nobre deputado, para que ele seja sustentável ele tem que funcionar na base do seguro. As pessoas muitas vezes confundem um pouco o sistema de seguro, que é o mutualismo, com o sistema de acumulação, como se fosse uma previdência. Não é. Ele funciona quase que estritamente como um seguro, tem algumas diferenças. Mas a base do sistema, e a gente pode rapidamente lembrar, é a base securitária. Em primeiro lugar o custo desse produto só vai ser conhecido no futuro. Daí o surgimento da profissão dos atuários, que são basicamente estatísticos e matemáticos que, com base em dados históricos, conseguem prever de certa forma o custo que vai ter lá na frente. Por que isso é importante? Por que vendemos um produto e lá na frente tem que pagar. Se eu vendo um produto que o preço não é o preço mais correto, eu não posso vender um produto de plano de saúde a um preço muito baixo porque senão, lá na frente, quando esses eventos se concretizarem, se materializarem, a empresa não vai ter como pagar, ela não vai ter como arcar com essas despesas de internação, por exemplo. Então, é preciso que a técnica atuarial

Assinatura manuscrita em tinta preta, localizada no canto inferior direito da página.



esteja presente dentro das operadoras para garantir que esses eventos contratados sejam efetivamente pagos lá na frente.

O preço desse seguro é formado pelo o custo daquele risco assistencial, na verdade, de todos aqueles procedimentos que devem ser cobertos, que são contratados, que estão no rol de procedimentos da ANS, acrescido da margem para outras despesas, por exemplo, a despesa para administração dessa mutualidade, despesas internas para contratação de pessoas, para funcionamento da empresa, com a despesa de comercialização daquele produto, e mais uma margem de lucro para remunerar esses investimentos que são majoritariamente privados, são voluntários, as pessoas que pagam por isso.

A saúde suplementar e a saúde privada, hoje, responde por mais da metade de todo orçamento global da saúde. E esse desenvolvimento só foi possível porque as pessoas acreditaram nisso. O empreendedorismo brasileiro médico, basicamente, acreditou no desenvolvimento do sistema e, por conta disso, deve também ter a sua remuneração como também já foi visto aqui.

Por fim, o princípio do mutualismo estabelece uma regra básica estatística. Não podemos só, aqui, nesta mesa, fazer um seguro, um plano de saúde. Por que somos poucos. Para que esse seguro funcione nós temos que ser muitos para que, na ocorrência de um evento, todos aqueles possam pagar, todos aqueles que não estiverem relacionados aquele evento possam, então, pagar uma quantia menor para ter então acesso a todos esses recursos que a saúde privada proporciona.

O grande problema hoje são os custos crescentes. Custos esses que não são privilégio do Brasil, não são privilégio do setor privado. Ao contrário, é uma tendência secular de aumento de despesas em saúde e universal, todos os países do mundo estão preocupados com isso.

Assinatura manuscrita, provavelmente do orador, localizada no canto inferior direito da página.



Esses são dados da FENASAÚDE. Quer dizer, em termos de receita, de 2007 para 2012, essas receitas cresceram cerca de 117%. Ao mesmo tempo, as despesas totais cresceram 129%, as despesas com a prestação da assistência cresceram 133%, ou seja, mais do que as receitas.

Mas o que eu gostaria de chamar a atenção aqui é que o item que mais vem crescendo, nos últimos tempos, está relacionado às internações. Esse é o ponto, em termos globais. Vamos tentar ampliar a discussão, se me permite, para depois conseguirmos visualizar a questão dos honorários, que é um item, enfim, de bastante reivindicação, compreendemos isso, mas dentro desse contexto global as internações têm assumido um papel bastante preocupante.

Por que cresce tanto essas despesas? Em parte por conta do envelhecimento da população que, felizmente, está sendo alcançado graças a investimentos que foram feitos lá atrás em inovação tecnológica, pesquisa médica, pesquisa clínica. Estamos chegando num ponto em que se deslocamos essas faixas etárias para as faixas etárias mais superiores, nos estudos que a FENASAÚDE produziu, mostramos que só o efeito desse envelhecimento tem um impacto em custo de cerca de 43%.

Diante disso, as empresas não podem ficar paradas. Assim como as empresas de Previdência, vamos passar um período do bônus demográfico, que é um período muito curto, que temos que resolver muitos problemas, um deles está aqui: como dar a melhor assistência para essas pessoas que estão chegando nesse tipo de situação onde prevalência de doenças crônicas é maior?

Na FENASAÚDE que a prevenção é o caminho mais correto para se pelo menos mitigar alguns desses problemas. E a prevenção é uma decisão da operadora em tentar trazer esses programas, e nós temos feito isso, mas, principalmente, do beneficiário, do usuário que tem que se engajar na adoção de hábitos saudáveis e etc.

Assinatura manuscrita em tinta preta, localizada no canto inferior direito da página.



O que a gente vem observando é que a variação dos custos na área médica está bem acima dos índices de inflação preconizados aí para efeito de política econômica, enfim, que no caso é o IPCA.

A Agência Nacional de Saúde foi criada em 2000 e ela fez um trabalho importante do ponto de vista de evitar que aventureiros entrassem nesse setor. Por que ela estabeleceu regras para entrada. Antigamente, não existia nada disso. Agora, as empresas têm registro na ANS, uma segmentação, o produto tem que ser calculado *atuariamente*, tem que ter o selo da ANS, a ANS tem que referendar a venda daquele produto.

A empresa tem que ter um respaldo financeiro para poder vender aquele produto. Para você se manter nesse mercado uma série de dados é exigida trimestralmente, mensalmente, os bancos de dados, as empresas investem recursos na melhoria de banco de dados. Se por algum motivo a empresa não está com uma boa situação financeira, a ANS vai lá e intervém, ela acompanha mensalmente a liquidez dos pagamentos. É um controle bastante intenso em cima das operadoras de planos de saúde. Para alterar a rede você tem que informar a ANS.

Recentemente, passou a vigor a regra que determina a de criação de Ouvidorias. Quer dizer, a tendência para manutenção desse setor é uma tendência crescente de regulação, tendo em vista que a demanda da sociedade aumentou. As expectativas sociais com relação à saúde suplementar estão cada vez maiores e tendem a crescer. E se uma operadora de plano de saúde não consegue cumprir todos esses requerimentos regulatórios será ser retirada do mercado. A ANS pode retirar essa operadora do mercado de assistência e saúde.

Quanto aos reajustes oferecidos, eles vêm sendo em média acima dos índices de inflação. Considerando o período de 2005 a 2007, enquanto o IPCA



mediu uma inflação de 41,9%, os reajustes dos honorários médicos, praticados pelas empresas da Fenasaúde, devem ser cerca de 71%.

De junho a junho, pegando aqui 12 meses, fazendo para um período mais recente, as empresas estão fazendo um esforço de recomposição dos honorários médicos, enquanto o reajuste foi de 14%, nesse período o ITCA, então, foi de 6,1%.

Se tomarmos como média um valor de reajuste, um valor de consulta de honorários de R\$60,00, imaginando que um profissional médico, ele consiga fazer uma consulta em 30 minutos – o recomendado até é uma hora, mas na verdade, 30 minutos, se você imaginar no final, a remuneração desse médico, beira ali R\$21 mil/mês. Só para trazer uma média da realidade da Fenasaúde. Quais são os limitadores e os desafios? Por que não dá para sair de 60, ir para 120, ou para 400? Qual é a realidade, o limite que não são informes aí? De forma geral, tivemos em um período recente, uma migração importante que aconteceu nesse País, entre as classes econômicas. Uma ascensão social que permitiu a um numero maior de pessoas o acesso a serviços, a consumo e ao plano de saúde, como já foi dito, um dos itens mais desejados por essa população.

Muitos novos consumidores passaram, então, a integrar e demandar dos planos de saúde esse serviço. Um limitador para que esse sistema avance e tenha a sua sustentabilidade garantida, passa por um lado por uma mudança de cultura, com uma maior responsabilização desse novo consumidor de plano de saúde, que antes não tinha acesso e passa também por investimentos privados, eminentemente, na rede. Quer dizer, embora a gente tenha uma rede que ainda é suficiente, são dados da própria ANS, mas se a demanda começa a crescer a um nível muito acelerado, a gente vai ter que criar mecanismo, para que a rede hospitalar e privada possam também atender toda essa nova demanda, que está por vir e isso é desejável.



Mas respondendo a questão de impossibilidade de se aumentar o honorário médico, a razão é que existem algumas despesas que estão concentrando grande parte do fluxo de recursos desse sistema privado: materiais, medicamentos, as órteses e próteses. É essa regulação que está falha. Porque permite que haja desperdício, permite que haja uso indiscriminado, indicações não baseadas em protocolos efetivos, em custo efetividade do medicamento e que acabam inibindo o crescimento do próprio honorário médico. Porque grande parte dessas órteses, dessas próteses, elas passaram a entrar no negócio, a venda, a comercialização dessas órteses e próteses passou, então, a ser uma espécie de um item de remuneração de muitos hospitais. Passou a ser um negócio muito lucrativo, para determinados setores comercializarem, indicarem órteses, próteses, materiais e medicamentos. Essas indicações muitas vezes são feitas sem muito rigor do ponto de vista científico. Esse é um grande desafio que esse setor tem, em tentar imaginar uma recomposição melhor para honorários médicos, na nossa visão implica em reordenamento dessa estrutura de despesas do setor.



Depoimento Mauro Pereira

UNIDAS

A Unidas Nacional representa em torno de cinco milhões de usuários, no Paraná em torno de duzentas e trinta mil pessoas, como a entidade sem fins lucrativos e a maioria das empresas é patrocinada por órgãos federais, estaduais e municipais.

Por conta disso, graças a um trabalho que a Unidas tem feito, são vistos com outros olhos pelos médicos, com um relacionamento bem tranquilo. Seu objetivo é atender o usuário. A sua renda só vem de contribuição do associado e da patrocinadora, não vem de nenhum outro lugar. Expõem que a ANS se expressa de uma forma muito complicada, o que tem prejudicado bastante, não só as entidades de grupo, mas de autogestões. A ANS enxerga só um lado. A Unidas não é uma operadora, é um órgão que congrega entidades de autogestão, que são entidades sem fins lucrativos

Assinatura manuscrita em tinta preta, localizada no canto inferior direito da página.



AUDIÊNCIA CPI PLANOS DE SAÚDE DIA 21 DE MAIO DE 2013

INTIMADOS: UNIMED PARANÁ E UNIODONTO





DEPOIMENTOS 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA

Depoimento Dr. Orestes Barroso Medeiros

Presidente da Unimed Paraná

Os médicos que compõem a Unimed são donos das cooperativas respectivas a que estão filiados. Sendo assim cada cooperativa paga o que acorda com seus sócios utilizando por base a nomenclatura da classificação Brasileira e hierarquizada -CBHPM- que é uma orientação das próprias associações de classe. Em última instância a própria orientação dos médicos que determinará a definição de valores a serem recebidos, uma vez que essa produção que é revertida em sobras, cooperativas não têm lucros, tem sobras e elas são distribuídas.

Uma assinatura manuscrita, provavelmente do Dr. Orestes Barroso Medeiros, localizada no canto inferior direito da página.



Todas as decisões da cooperativa, inclusive de patrocínios nesse ou naquele setor são tomadas pelos órgãos colegiados responsáveis e em última instância aprovados por suas assembleias. Uma Unimed não tem poder nenhum sobre as outras, elas são independentes e totalmente autônomas, algumas têm 1 milhão de clientes ou mais, outras são pequenas e não chegam, por vezes, a ter menos de 10 mil beneficiários. A Unimed é a maior experiência cooperativista em área de saúde um todo mundo e também a maior rede de assistência médica no Brasil, presente em 83% do território nacional.

Ressaltou o relevante serviço que essas Cooperativas prestam no âmbito dos Municípios Paranaenses. Os recursos que as Cooperativas captam da sociedade civil tem retornado integralmente as regiões onde elas estão inseridas. Este retorno tem contribuído de maneira muito importante, para que a sustentação econômica de milhares de médicos, centenas de hospitais clínicas e laboratórios, além da manutenção de milhares de postos de trabalho direto ou indiretamente vinculados às atividades de saúde. Além disso, as Cooperativas constituem hoje importante segmento contribuinte de impostos por exercerem suas atividades estritamente na formalidade.

Informou que considera a ida da Comissão para o interior extremamente importante, porque às vezes muitas das questões se resumem muito em questões pontuais dentro de uma unidade. Por exemplo, em Curitiba, a capital que é a maior e as vezes se esquece toda essa abrangência Estadual que os Sistema tem.

Apresentou dados sobre a cooperativa. Dados auditados e que representam a evolução do sistema ao longo dos anos de 2008 até 2012. Em 2008 o sistema Unimed no Estado do Paraná e o conjunto de cooperativas faturou um bilhão, quinhentos e sessenta e um milhões, oitenta e sete mil e seiscentos reais (R\$ 1.561.087.600,00). Em 2012 faturou dois bilhões,



seiscentos e setenta e nove milhões, sessenta e nove mil e novecentos e setenta e oito reais (R\$ 2.679.069.978). Isso dá uma evolução da receita de 2008 até hoje de 71.6% na receita das cooperativas no Estado do Paraná.

Se compararmos isso com os números GPM à variação que houve no período, o GPM foi 36.13%%, IPCA 31.85% numa variação da INS acumulada de 39.7%, que são os reajustes permitidos pela agência. É importante o aumento de receita das cooperativas nesse período. Por outro lado os custos assistenciais que as cooperativas tiveram nesse mesmo período de 2008 a 2012 saiu de um bilhão, trezentos e quarenta e oito milhões (R\$ 1.348.000.000,00) em 2008, para dois bilhões, trezentos e quarenta e dois milhões (R\$ 2.342.000.000,00) em 2012, ou seja, uma variação de 73,7%, portanto acima do aumento de receita que ela teve, neste mesmo período.

Apresentou a evolução das despesas administrativas, todas elas, do sistema Unimed no Paraná. Saiu de duzentos e vinte e dois milhões e oitocentos e trinta e nove mil de reais (R\$ 222.839.000,00) para trezentos e vinte e sete milhões e oitocentos e dez mil reais (327.810.000,00) em 2012, numa variação de 47,1%.

O Sistema Unimed está fazendo um esforço danado para reduzir despesas. Aumenta-se o volume de arrecadação dentro das cooperativas, mas por outro lado a despesa assistencial tem efetivamente suplantado a possibilidade de aumento de receita.

Apresentou um gráfico que mostra a renda média do cooperado. Saímos, em 2008, de uma renda média *per capita* anual de R\$ 67.316,00 para em 2012, uma renda média *per capita* de 103 mil e 171. Isto dá um aumento, nos valores repassados aos cooperados, de 53,26% neste período. Relatou a evolução do número de médicos cooperados no Estado do Paraná, que aumentou de 2008 para 2012, 9,18%. Saiu de 8.616 para 9.407 médicos



cooperados. A evolução da quantidade de beneficiários, também, de 2008 a 2012, cresceu 26,3%, saindo de 1 milhão e 105 para 1 milhão e 390, que é o número de hoje.

Sobre as consultas médicas apresentou duas tabelas, uma de 2011 e uma de 2012, mostrando o valor médio de consulta médica praticada em cada uma dessas cooperativas, e a evolução que ela teve.

Chamou a atenção para o caso da Unimed Vale do Piquiri. Uma Unimed pequena que tem 23 cooperados e sete mil beneficiários em média. Em 2001 ela pagou uma média de consulta de oitenta e seis reais, e em 2012 essa média caiu para setenta e seis reais. O que a Unimed Vale do Piquiri fez que ela diminuiu o valor da consulta? Ela comprou um hospital, ela investiu em hospital, ela está investindo em recurso próprio. Então, há um acerto com seus cooperados e diminuiu o valor de repasse para que ela possa investir no recurso próprio para os seus cooperados poderem trabalhar.

Declarou que isso está acontecendo em várias cidades do Paraná. Hoje a UNIMED tem seis hospitais próprios. Em Paranavaí é assim, Foz do Iguaçu é assim, Ponta Grossa é assim, Cornélio Procopio também inaugurou agora um hospital.

Considera importante que a CPI entenda essas variações, porque os valores que eventualmente diminuem da receita são investimentos que a própria cooperativa está fazendo, e isso ela define dentro das suas assembleias, dentro dos órgãos colegiados.

Não existe um valor fixo da consulta no Estado. O valor depende de cada cooperativa, da realidade de cada discussão entre aquela cooperativa e os seus cooperados. Por isso que eventualmente em alguma situação pontual pode ter reclamação, e a gente sabe que existe, nós temos conhecimento



disso. Mas em razão da forma de trabalhar as cooperativas é assim que funciona.

Sobre a ANS relatou que a Agência trouxe um enorme benefício para o setor. Primeiro a regulação de um setor que funcionava há mais de 50 anos, completamente desregulamentado. Havia mais de duas mil (2.000) operadoras. E quando a Agência começou a atuar o processo regulatório começou e as empresas começaram a viver sobre uma nova realidade. A Agência veio para regulamentar o mercado. Era um mercado que precisava ser regulado realmente, ele tem características muito especiais na área de saúde. Não é uma regulação tão simples, tanto que ela vem acontecendo já desde 2000.

Nós ainda não temos um modelo perfeito de regulação. Mas acho que a Agência teve um papel fundamental.

As operadoras foram reguladas baseado em conceitos de seguro. Então se você olhar hoje uma seguradora as reservas que ela tem que fazer, todas as obrigações percebe-se que o sistema hoje de operadoras e plano de saúde, ele está muito similar à questão e seguros.

Só tem algumas diferenças, no caso das Unimed, por exemplo, quando você faz um seguro de um carro, ou um seguro de vida, você estipula qual é o valor que vai ser segurado. Quando você faz um seguro na Unimed, ou as operadoras de Plano de Saúde, elas entram, por exemplo, oferecendo o serviço, nós não temos o valor dessa conta.

Essa conta pode custar mil reais (R\$ 1.000,00), ou esse paciente se internar num hospital e ficar um mês numa UTI e custar um milhão de reais (R\$ 1.000.000,00). A UNIMED tem o que chamamos *Fundo de Alto Custo*, e trabalhávamos com valores em torno de R\$ 30 mil. Hoje estamos falando em valores acima de R\$ 300 mil. Não há uma previsão muito clara de gastos. Por



outro lado, temos que dar assistência, ou seja, a obrigação das operadoras é dar assistência.

Hoje existe na ANS aproximadamente cinco bilhões de reais (R\$ 5.000.000.000,00) em reservas das operadoras bloqueados na agência. Temos pedido e estamos trabalhando no sentido de que libere parte destes recursos, que possam ser aplicados na assistência, por exemplo, hospital.

Sabemos a situação do interior. Os hospitais estão desaparecendo, os leitos hospitalares estão desaparecendo. Queremos recursos para investir em leitos, para garantir a assistência. Não estamos encontrando, na agência, respaldo suficiente para podermos utilizar recursos nossos que estão bloqueados.

Sobre os patrocínios oferecidos pelas cooperativas, como é o caso da UNIMED Rio, declarou quer cada decisão parte de uma cooperativa isoladamente.

Sobre a questão da judicialização declarou que o Secretário de Saúde tem passado apuros aí com relação à judicialização. O modelo de atenção hoje no Brasil, focado em especialistas, em especialidades não dá chance, eventualmente, para que quando chegue a um especialista já chegue com alguma determinação de qual foi o diagnóstico, como é que isso pode ser tocado para frente, uma orientação para aquele profissional.

Então, existe a questão do mau uso da tecnologia e que, obviamente, tem uma rede de advogados já preparados para entrar com as ações. Nós temos um caso da Unimed Curitiba, em que um profissional no ano de 2011 gerou mais de treze milhões de reais (R\$ 13.000.000,00) via liberação judicial de medicamentos *off label*, medicamentos que não tinham indicação para aquele caso e que o juiz teve que dar.



O Conselho Nacional de Justiça criou uma Comissão aqui no Estado do Paraná que vem trabalhando na tentativa de mostrar aos juízes, diretrizes corretas baseadas em evidências, para que ele possa fundamentar a sua decisão.

Sobre a questão de investimentos em propaganda e patrocínios, declarou que a Unimed Rio usa uma alíquota de 1% para investimento na área de marketing. A maioria das cooperativas do Paraná o investimento em marketing talvez chegue a 0,3%, 0,2% dentro do orçamento que é feito. Mas a Unimed Rio faz 1%. Não sei se alguém tem números de outras empresas, mas os investimentos giram, em algumas empresas, até 2% do faturamento eles aplicam em publicidade. Se falarem que trinta e cinco milhões é muito dinheiro? É muito dinheiro, com certeza. Mas para quem fatura três bilhões e meio! A Unimed Rio teve sobra.

Assinatura manuscrita, provavelmente do representante da Unimed Rio mencionado no texto.



Depoimento Paulo Henrique Cariani

Presidente da Uniodonto Paraná

Na cooperativa odontológica e a cooperativa médica a formação é a mesma.

Porém a odontologia tem um valor de custo bastante inferior. Hoje o sistema Uniodonto nacional é composta por 120 Unidontos. Desses 120 temos 89 Unidontos que têm um número de usuários abaixo de 20 mil. Há 23 Unidontos que têm o número de usuários entre 20 a 100 mil usuários. E somente 5 Unidontos que estão acima de cem mil usuários.

A Uniodonto Paraná é uma instituição. Ela não é uma operadora de vidas. Então, ela não tem atendimento nem cooperados. Ela é uma representante na hierarquia das cooperativas. É uma cooperativa de 2º grau. Hoje temos 4 operadoras de planos odontológicos no Paraná. No passado tivemos 14. Infelizmente, hoje, nós temos somente a Uniodonto Curitiba, a Uniodonto Londrina, a Uniodonto Maringá e a Uniodonto Ponta Grossa.

No passado tivemos a Uniodonto Foz do Iguaçu, a Uniodonto Cascavel, a Uniodonto Paranavaí, a Uniodonto Umuarama, a Uniodonto Pato Branco, Cornélio Procopio, Apucarana. Porém, com o advento da ANS o mecanismo de operadoras foi alterado. Houve um custo, um acréscimo do custo da operação e pelos valores do ticket odontológico ficaram inviáveis alguns setores nas cooperativas odontológicas.

Hoje a nossa massa está distribuída da seguinte maneira: a Uniodonto Maringá, nós temos 94 cooperados, 12.530 beneficiários e ela não apresenta nenhum processo no Procon de usuários; a Uniodonto Londrina, ela tem 181



cooperados, 14.309 beneficiários e não apresenta também nenhuma situação no Procon; a Uniodonto Ponta Grossa, ela tem 78 cooperados, 8.849 beneficiários e nenhum problema no Procon; e a Uniodonto Curitiba, que tem 420.105 beneficiários, hoje, um total de 1.606 cooperados e todas as situações perante o PROOCN, elas estão de 2010, 1.106 cooperados e até 2013, nós só temos uma ação no Procon encerrada.

Todas as nossas operadoras, hoje, do Estado, apresentam o IDSS – Índice de Desempenho de Saúde Suplementar acima, a nota máxima.

O custo assistencial hoje está na faixa de 60, 65% de sinistro, que é pagamento ao cooperado de trabalhos assistenciais. A média das operadoras hoje fica em 50%. Procuramos sempre ter um pagamento adequado e tentar criar sempre um diferencial, em termos de pagamento.

Assinatura manuscrita no canto inferior direito da página.



**Depoimento Paulo Stoelr - representante da Ocepar
(Organização das Cooperativas do Estado do Paraná) e consultor jurídico
da Federação das Cooperativas**

Ressaltou quatro pontos que entende serem importantes, principalmente, para análise dos Deputados sobre a questão.

É importante ressaltar que a Sociedade Cooperativa é uma sociedade diferente das sociedades empresárias. De fato "sui generis" mista. Ela tem alguns aspectos de S/A, alguns aspectos de Ltda., alguns aspectos, inclusive, de Associação. O que vem a ser uma Cooperativa. Ela nada mais é do que uma sociedade construída pelos seus membros os cooperados, para ligar atividade econômica do cooperado ao mercado. Então ela não tem atividade econômica própria distinta dos seus cooperados como são as Ltda., S/As, e Sociedades Empresárias, elas se confundem, uma figura que se confunde com o próprio cooperado.

Por exemplo, estamos hoje aqui falando do ramo saúde, mas poderíamos falar do ramo agropecuário também. A Sociedade Cooperativa ela não produz nenhum tipo de grão na Cooperativa Agropecuária, quem produz é o cooperado. O que é que ela faz, liga o produto do cooperado ao mercado. As de saúde é a mesma coisa, todas as Cooperativas são iguais. As Unimed e Uniodontos, não praticam odontologia ou medicina, elas ligam os médicos, os dentistas ao mercado.

Assinatura manuscrita em tinta preta, localizada no canto inferior direito da página.



Então não tem na verdade a finalidade lucrativa, inclusive, é proibida por lei a finalidade lucrativa, então ninguém lucra, a sociedade não lucra. Quem lucra o dono do produto, do serviço. Esse produto ou serviço é colocado através da cooperativa no mercado. E como é que são esses preços. O mercado que dita ou mesmo a ANS que dita.

5. CONCLUSÕES

5.1 ENTIDADES REPRESENTATIVAS DOS MÉDICOS E CIRURGIÕES DENTISTAS

As entidades representativas da classe médica apresentaram diversas denúncias baseadas nos documentos acima relacionados.

O Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná apresentou um dossiê contendo o histórico das paralisações realizadas no ano de 2012 bem como informações sobre o setor demonstrando o crescimento das atividades do setor de saúde suplementar nos últimos anos.

Segundo os documentos apresentados a lucratividade do segmento cresce em média 14% ao ano, faturando R\$ 82,4 bilhões em 2011. O acúmulo de crescimento é de 192% de 2003 a 2011, enquanto o valor médio pago pela consulta teve crescimento de 65%.

A Associação Médica do Estado do Paraná apresentou documento contendo um estudo do valor real da remuneração dos profissionais médicos.

Considerando todos os custos do exercício da profissão o lucro do médico para uma consulta de R\$ 50,96 (cinquenta reais e noventa e seis centavos) – média paga pelas operadoras – é de apenas R\$8,92 (oito reais e noventa e dois centavos).

Assinatura manuscrita em tinta preta, localizada no canto inferior direito da página.



Apresenta também denúncia de ingerências na formação de preço das operadoras que para conseguir valores competitivos na mensalidade reduzem ao máximo os custos com medidas como a fixação de honorários extremamente baixos para os médicos – entre R\$ 36,41 (trinta e seis reais e quarenta e um centavos) e R\$ 50,92 (cinquenta reais e noventa e dois centavos). No referido documento, consta ainda, denúncia feita a ANS pela Comissão Estadual de Honorários Médicos e a respectiva resposta, que será analisada em momento oportuno.

No que tange aos cirurgiões dentistas, a remuneração que estes profissionais recebem não cobre o valor das custas com a prestação de serviços (despesas com material, impostos, riscos com a responsabilidade civil, moral e ética).

As empresas mantenedoras dos seus próprios planos odontológicos através de suas Fundações e Associações (Itaipu e Copel, por exemplo) parecem ter as tabelas de remuneração aos profissionais da Odontologia mais aceitáveis. As tabelas das outras operadoras são parecidas e em alguns momentos parecem não cobrir nem as despesas com o custo do material dos procedimentos tradicionais. Justamente por isso muitos dentistas não conseguem utilizar a tecnologia mais avançada no tratamento de seus pacientes, que acelerariam o atendimento e melhorariam a qualidade do procedimento.

Os profissionais ouvidos por esta Comissão relataram que tratamentos que envolvem custos de laboratórios se tornaram praticamente inviáveis, considerando que não conseguem contratar um laboratório de qualidade pelo preço pago pelo convenio, levando em consideração que a responsabilidade do trabalho final é sempre do cirurgião dentista.

Outra irregularidade apurada é o fato das operadoras exigirem dos dentistas as tomadas radiográficas (inicial e/ou final) exclusivamente para comprovar a realização dos procedimentos relatados pelo profissional, quando da solicitação do repasse de seus honorários. O paciente fica exposto à



radiação desnecessariamente e o dentista recebe por essas radiografias um valor tão defasado que não cobre sequer os custos com a película utilizada na realização do exame.

Além disso, as operadoras não autorizam a realização de procedimentos de ordem odontológica em ambiente hospitalar, mesmo quando os pacientes possuem um plano que oferece tal cobertura, contrariando o disposto no artigo 12, I e IV da Lei nº 9.656/98.

Em suma, de um lado há um usuário que paga pouco mas que exige ser bem atendido e por outro lado existem profissionais sérios, responsáveis e dedicados que ganham pouco, mas carregam toda uma gama de responsabilidades ao assinar um contrato com essas operadoras de planos de saúde.

5.2 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

Esta Comissão requisitou a ANS por meio do Ofício nº 24 relatório pormenorizados das penalidades aplicadas às operadoras de planos de saúde atuantes no estado do Paraná. Deveriam constar obrigatoriamente as seguintes informações: as penalidades aplicadas às operadoras nos últimos 12 meses; o motivo da aplicação da penalidade; valor ou tempo da penalidade aplicada; cumprimento da penalidade ou situação em que se encontra.

Em resposta, a Agência enviou uma planilha na qual apresenta os processos e as multas aplicadas às operadoras de planos de saúde no período de 2003 a 2012.

No corpo do ofício o Diretor Adjunto de Fiscalização, Sr. Dalton Coutinho Callado, afirma que a instituição não dispõe de ferramenta hábil a gerar as informações acerca do motivo de aplicação das penalidades, sugerindo que esta Comissão por si mesma fizesse o levantamento das informações através de consulta pública no sítio da ANS na internet.



A despeito de ter enviado o relatório das multas aplicadas às operadoras, a Agência Nacional de Saúde Suplementar sonegou as informações solicitadas, considerando que as tinha em seu poder, apenas não da forma mais conveniente e prática de ser compilada e enviada nos parâmetros solicitados.

O artigo 2º da Resolução Normativa da ANS nº 124/2006 prevê que os infratores da legislação a que é submetida a saúde suplementar estão sujeitos à: advertência, multa, cancelamento de autorização de funcionamento e alienação de carteira, suspensão do exercício do cargo, inabilitação temporária para o exercício do cargo, inabilitação permanente para exercício do cargo (esses últimos nos caso dos administradores). Não há no documento apresentado qualquer referência as demais penalidades passíveis de aplicação. A ANS limitou-se a informar as multas em formato incompatível com o solicitado. A planilha é incompleta e contraproducente demonstrando a desídia da entidade.

O relatório solicitado tinha como escopo promover o levantamento das principais ilegalidades cometidas pelas empresas, relacionando a gravidade da infração com a coerência da penalidade aplicada, bem como verificar qual é a operadora com o maior número de processos.

Sendo assim, o documento enviado pelo órgão responsável pela regulação do setor de saúde suplementar não atendeu às informações solicitadas, que felizmente puderam ser levantadas mediante outros documentos e depoimentos de representantes de outras entidades envolvidas neste contexto.

Em resposta ao Ofício nº 23 enviado pela CPI solicitando respostas aos quesitos necessários ao deslinde dos trabalhos a ANS informou o que segue.

Quanto ao contrato de prestação de serviços celebrados entre os médicos e as operadoras a ANS informou que existem três resoluções normativas estabelecendo os termos em que deve se dar a relação jurídica: RN nº 42/03; RN nº 54/03 e RN nº 71/04.



Respondeu que as ações fiscalizatórias são de competência da Diretoria de Fiscalização, departamento da ANS que teria competência apenas para fiscalizar se os contratos estão adequados com a legislação, devendo a parte afetada recorrer ao judiciário para solucionar irregularidades.

Nenhuma das três normativas apresentadas determina penalidades pelo descumprimento de seus dispositivos, mesmo sendo atribuição da ANS estabelecer penalidades para a inobservância do regramento que ela cria, nos termos do artigo 4º, XLI, f da Lei nº 9.961/2000.

Informou que em 2010 iniciou o Programa de Monitoramento de Contratualização (PMC) com o objetivo de analisar instrumentos jurídicos das trinta maiores operadoras do setor. Porém foi omissa ao apresentar como resultado desta ação apenas a informação de que 22 operadoras foram representadas; 03 ficaram pendentes de adequação e 05 operadoras adequaram os instrumentos jurídicos.

A Agência não apresentou os nomes das operadoras investigadas apenas informando que o detalhamento das operações de fiscalização deveria ser solicitado junto a DIFIS – departamento da ANS.

Fazendo um comparativo entre as Normativas nº 71/04 e 49/12, conforme o solicitado por esta Comissão, a Agência informou que a primeira prevê as cláusulas obrigatórias que devem constar nos contratos das operadoras com os profissionais de saúde; ao passo que a Normativa nº 49/12 regulamenta o critério de reajuste previsto na RN nº 71/12.

Ambas as resoluções determinam a obrigatoriedade da cláusula de reajuste nos contratos dos prestadores de serviços, mas nenhuma delas prevê qualquer sanção para o descumprimento das determinações.

Sobre a cobrança não institucionalizada de honorários pelos profissionais médicos; registro de reclamações de prestadores de serviço; informações sobre custas e arrecadação das operadoras; diretores técnicos dos planos de saúde prazo para agendamento de consulta e descredenciamento, a ANS limitou-se a citar o departamento responsável, sem



prestar qualquer informação, como se não fosse possível o encaminhamento da solicitação ao setor responsável para que um dossiê completo fosse entregue a esta Comissão.

Em resposta ao Ofício nº 22/2013 a ANS informou que a Consulta realizada pelo Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná se deu na forma do encaminhamento de duas denúncias pela Comissão de Honorários Médicos solicitando a averiguação de descumprimento da Resolução Normativa nº 71/2004 pelas seguintes operadoras: AMIL; CAIXA DE ASSISTÊNCIA AOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL; FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL; FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ E SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO E SAÚDE.

A Agência informou que essas denúncias deram origem aos processos nº 25782.009434/2010-26 e 25782.010107/2010-17, que já se encontram arquivados ao passo que as denúncias continuam sendo apuradas mediante os seguintes procedimentos:

1) Autos nº 33902.367251/2011-28. Trata das irregularidades cometidas pela AMIL ASSISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL – A operadora foi oficiada para apresentar cópia de 05 (cinco) instrumentos jurídicos celebrados com prestadores de serviços médicos. A empresa não se manifestou e sua conduta deu origem a uma representação que se encontra na Gerência de Fiscalização Regulatória da ANS, sem nenhum desfecho até o momento em que as informações foram enviadas. A Agência não informou o número da representação para acompanhamento.

2) Autos nº 33902.098170/2010-91. Relativo à operadora SUL AMÉRICA COMANHIA DE SEGURO E SAÚDE. A operadora não apresentou os documentos no prazo devido, razão pela qual foi representada pela ANS. Após apresentados os documentos a empresa foi novamente



representada por não cumprir as regras estabelecidas para a formalização dos instrumentos jurídicos firmados com os prestadores de serviço.

3) Autos nº 33902105235/2010-62. A FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ adequou seus contratos de prestação de serviço e o processo foi arquivado.

4) Autos nº 33902012850/2006-40. A CAIXA DE ASSISTÊNCIA AOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL foi multada em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) pela ausência em seus contratos de cláusula contemplando a periodicidade dos reajustes da remuneração dos prestadores de serviços.

5) Autos nº 33902.105242/2010-64. A FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL foi representada em decorrência da verificação de diversas irregularidades nos contratos firmados com seus prestadores de serviços. A ANS não detalhou a informação.

Em 25 de junho de 2013 esta comissão teve notícia através do jornal O Estado de São Paulo de que as operadoras de planos de saúde se aproveitam de uma brecha na regulamentação da ANS para determinar reajustes abusivos à algumas categorias de beneficiários.

Segundo o Instituto de Defesa do Consumidor as operadoras ofertam ao consumidor planos coletivos formado por pessoas da mesma família ou até mesmo vizinhos. Como esta modalidade de serviço não está sujeita à legislação vigente as operadoras cometem toda sorte de abusos como o reajuste exorbitando do valor das mensalidades de a cobrança de uma taxa por sinistralidade.



Em suma a Agência Nacional de Saúde promoveu grande avanço na esfera da saúde suplementar ao retirar de circulação muitas empresas que não tinha capacidade financeira nem idoneidade para atuar no setor. Porém, é omissa e falha em inúmeros aspectos que caberia a ela fiscalizar e promover o bom funcionamento.

5.3 OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Os representantes das operadoras de planos de saúde apresentaram denúncias de situações que repercutem diretamente na qualidade do serviço prestado, no valor da mensalidade paga pelo usuário e no valor dos honorários médicos.

A primeira denúncia se refere aos valores cobrados pelos hospitais para a realização de alguns procedimentos e fornecimento de materiais. Como exemplo, foram citados os casos da unidade de alimentação parenteral e o equipo, que custam respectivamente R\$ 84,00 (oitenta e quatro reais) e R\$ 19,00 (dezenove reais), mas o valor repassado às operadoras pelos hospitais é de aproximadamente R\$ 850,00 (oitocentos e cinquenta reais) por cada unidade.

Os hospitais agregam valor aos equipamentos de forma exacerbada. Chegou ao conhecimento desta CPI através do depoimento da Sra. Dulcimar de Conto – ABRAMGE – que para a realização de uma cirurgia de apendicite o médico recebe R\$



300,00 (trezentos reais) e o hospital R\$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) entre taxa de vídeo, materiais e etc.

Neste diapasão verifica-se a imposição por médicos e hospitais do uso de determinada marca de órtese e prótese sem qualquer embasamento científico para tanto, apenas por uma questão de parceria estabelecida entre as partes envolvidas.

Todas estas situações oneram a folha das operadoras e criam barreiras ao reajuste dos honorários médicos. São apurações de natureza grave decorrentes de uma lacuna da legislação federal que atribui a ANS a competência para fiscalizar tão somente as operadoras de planos de saúde, deixando todos os demais setores que compõe a saúde suplementar de fora da regulação e fiscalização da Agencia.

Os méritos da ANS foram ressaltados como a criação de uma série de normas que impossibilitou a atuação de operadoras sem o suporte financeiro necessário ao exercício da empresa e a aplicação efetiva de multas pelo descumprimento das resoluções por ela editadas.

Os representantes das operadoras apresentaram, ainda, como justificativa para a alta das mensalidades e defasagem dos honorários dos prestadores de serviço um raciocínio que, aos olhos desta CPI não tem o condão de justificar a postura das empresas, se não vejamos.

Assinatura manuscrita, provavelmente de um representante da CPI ou do órgão emissor do documento.



A base do sistema em que atuam as operadoras de planos de saúde é o seguro. O custo final do produto só é conhecido no final, depois de verificado e calculado o sinistro.

Dessa forma, para poder exercer a empresa a operadora faz um cálculo que estima os custos do período e com base nesta estimativa a operadora programa o exercício de suas atividades.

Considerando este paradigma de atuação as empresas apresentam como justificativa para a alta das mensalidades e defasagem dos honorários dos médicos os seguintes fatores: as exigências feitas pela ANS no que diz respeito a capacidade financeira da empresa e cumprimento do rol de procedimentos por ela estabelecido; o advento da tecnologia; o envelhecimento da população e as liminares judiciais.

Segundo as operadoras esses fatores oneram a folha das empresas reduzindo o faturamento, uma vez que o custo gerado nestas circunstâncias foge ao que estava previsto no calculo atuarial do sinistro.

Em que pese a coerência do raciocínio, prestar atendimento ao beneficiário idoso e custear a realização de exames e tratamentos complexos, neste caso, nada mais é do que a finalidade para qual a empresa foi criada. As operadoras apresentam como barreiras ao seu funcionamento a prestação do serviço para o qual foram contratadas. Uma seguradora que pretende funcionar gerindo e distribuindo os lucros gerados pelas mensalidades dos segurados, considerando como adversidade a cobertura do sinistro.

Assinatura manuscrita, provavelmente de um representante legal ou técnico da operadora, localizada no canto inferior direito do texto.



Se o cálculo atuarial não abarca o atendimento dessas necessidades, seja por defasagem, seja por ignorância de tais fatores, a estimativa deve ser refeita considerando os novos elementos, e, se a margem de lucro das empresas cair ainda mais, a estrutura e a viabilidade da empresa devem ser revistas ao invés do mero repasse dos custos ao consumidor e aos prestadores de serviço. O lucro é fator de risco do negócio.

5.4 AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

5.4.1 CÂMARA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA – 23/05/2013

O representante do PROCON informou que o recorde de reclamações no órgão de defesa do consumidor se refere ao descredenciamento arbitrário de beneficiários vinculados a planos empresariais. Uma vez que se desligam da empresa têm seu contrato sumariamente rescindido.

Relatou a denúncia do caso de uma senhora que foi acometida por um AVC (Acidente Vascular Cerebral) e teve seu tratamento interrompido em decorrência da demissão do marido.

A Secretaria de Estado da Saúde determinou a suspensão do atendimento particular e convênios no Hospital Carolina Lupion – único hospital do município de Jaguariaíva – por meio da Resolução SESA 390/2012.

A Comissão solicitou cópia do procedimento que deu origem a referida decisão. O qual tem como base a Lei nº 8.080/90, que determina a exclusividade de atendimento do Sistema Único de Saúde em hospitais que celebram convenio para repasse de verbas públicas.



5.4.2 CAMARA MUNICIPAL DE LONDRINA - 06/06/2013

Os representantes do PROCON e das operadoras foram unânimes em levantar como principal problema verificado na região a falta de informação ao consumidor quando da conclusão do contrato celebrado com a empresa de plano de saúde. Seria este o cerne de todos os problemas verificados posteriormente, na medida em que ao ter negado um procedimento, o consumidor recorrer ao PROCON ou a ANS que determinam a realização tratamento desconsiderando o fato de não haver previsão contratual daquele serviço. A operadora por sua vez, repassa o custo que tem com o cumprimento destas determinações ao profissional médico deixando de reajustar os honorários destes profissionais.

Segundo o representante do PROCON cabe às operadoras elaborar um contrato com linguagem mais acessível bem como providenciar orientação e treinamento aos profissionais de venda dos seus serviços para que informe efetivamente ao consumidor o que está incluso e o que não está no serviço oferecido.

5.4.3 CAMARA MUNICIPAL DE CASCAVEL – 14/06/2013

A População do município de Cascavel apresentou as seguintes denúncias:

O Sr. Joaquim Rebelo de Oliveira relata um reajuste nas mensalidades do plano que alcançou 1137,25% em 12 anos, passando de R\$ 90,56 (noventa reais e cinquenta e seis centavos) para R\$ 1120,46 (mil cento e vinte reais e quarenta e seis centavos). No mesmo período o salário dos beneficiários foi reajustado em 137,78%. Foi relatado, ainda, que a cobertura dos usuários foi reduzida no mesmo período.





O Sr. Gilceo Jair Klein relatou uma negativa de cobertura verificada nos seguintes termos. A filha do denunciante, beneficiária da UNIMED foi diagnosticada como portadora de taquicardia atrial incessante sendo indicado o tratamento por técnica de ablação do foco ectópico. O cardiologista que diagnosticou a enfermidade indicou para o tratamento, por se tratar de causa complexa verificada em criança, o Dr. Maurício Scanavacca de São Paulo.

O beneficiário informou que a UNIMED negou o tratamento sob o fundamento de que nenhum dos estabelecimentos nos quais o Dr. Sacavacca atende faz parte da rede credenciada.

Em resposta ao ofício enviado à operadora solicitando esclarecimentos, a UNIMED relatou que há outros médicos e hospitais na rede credenciada aptos a realizar o procedimento neste caso, devendo o beneficiário recorrer a um destes profissionais.

O marido da Sra. Cleide Dias Pereira Marques, Sr. Jair Donisete Marques, relatou que em 17/03/13 sua esposa foi internada no Hospital Policlinica com inchaço e dores na perna esquerda. Após o diagnostico de trombose ficou internada e passou por cirurgia com uso de cateter no dia 19/03/13 na Clínica Digicor. Em seguida foi encaminhada para UTI do Hospital Policlinica e durante os procedimentos sofreu um AVC que atingiu o cerebelo, deixando sequelas de fala e coordenação motora. Recebeu alta, e em casa, no dia 05/04/13 teve complicações graves e foi internada em caráter de urgência no Hospital São Lucas onde ficou mais uma semana em UTI.

Uma vez estabilizado o quadro da beneficiária, que agora precisa de cuidados especiais, a família recebeu um comunicado da Clínica Digicor informando que a AMIL negou o pagamento dos procedimentos e que, portanto, deve arcar com as despesas de R\$ 40.970,00 (quarenta mil, novecentos e setenta reais) referentes ao seu tratamento.

Assinatura manuscrita, provavelmente do Sr. Gilceo Jair Klein, localizada no canto inferior direito do texto.



Os beneficiários receberam a informação de que a Clínica Digicor não seria credenciada da AMIL e que por isso a operadora não efetuaria o pagamento dos procedimentos. A Digicor informou que faz parte da rede credenciada da AMIL que esta deu justificativas diversas para o não pagamento das despesas da Sra. Cleide.

Para a Clínica a operadora disse não haver necessidade da liberação dos procedimentos ao passo que para os beneficiários enviou comunicado alegando que a Clínica Digicor não seria credenciada.

A AMIL informou que houve um equívoco na resposta enviada aos beneficiários e que já deu entrada nos procedimentos necessários para efetuar o pagamento das despesas a entidade que realizou o tratamento na beneficiária.

6. ENCAMINHAMENTOS

Em face de tudo o que foi exposto e com base em toda a documentação trazida à análise desta Comissão, que segue em apêndice para consulta, esta CPI propõe:

6.1. Notificar a ANS para que faça um esforço concentrado de fiscalização no Paraná com relação cumprimento de contratos com os prestadores de serviços e usuários;

6.2. Sugerir que a ANS regule os contratos celebrados entre as operadoras e os cirurgiões dentistas no que diz respeito ao reajuste dos honorários, considerando a peculiaridade de seus serviços.

Assinatura manuscrita, provavelmente de um membro da comissão ou do relator.



6.3. Cobrar explicações da ANS com relação aos planos em grupo e particulares sobre as diferenças de reajustes e sobre a legalidade da prática;

6.4. Sugerir a ANS, Ministério Público Federal e operadoras, um TAC para que insiram nos contratos em vigência o item que assegura o reajuste aos prestadores de serviço – médicos e dentistas - conforme a normativa 49.

6.5. Acionar o Ministério Público Federal para que a ANS fiscalize e faça cumprir as normativas que ela própria cria.

6.6. Sugerir uma proposta de lei para ser apresentada pela Bancada Paranaense no Congresso Nacional tornando lei algumas normativas da ANS para que sejam cumpridas na íntegra sem a desculpa de que a ANS não tem o poder de obrigar.

6.7. Sugerir um projeto de lei ao Congresso Nacional para que aumente o rol de competências da ANS, permitindo que ela emita resoluções com o fito de regulamentar as atividades dos hospitais, clínicas e prestadores de serviços, garantindo a regulação da saúde suplementar como um todo. Sugerir ao Congresso Nacional para que apresente um projeto de lei para que a Agência Nacional de Saúde Suplementar passe a regular todos os serviços assistenciais não públicos: Hospitais, clínicas, consultórios, serviços de diagnóstico, etc., estabelecendo mecanismos de regulação e controle de qualidade assistencial, bem como econômico-financeira, com legislação específica.

6.8. Apresentar nesta Casa um projeto de Lei Regulamentando a questão dos honorários dos médicos e dos cirurgiões dentistas no estado do Paraná, com respaldo nas determinações constantes das normativas da Agência Nacional de Saúde pertinentes ao tema.

Uma assinatura manuscrita, provavelmente de um representante da bancada paranaense, localizada no canto inferior direito da página.



6.9. Criar uma Comissão, ligada à Comissão Permanente de Saúde ou comissão Permanente de Defesa do Consumidor, para que fiscalize a atuação dos planos de saúde no estado do Paraná.

6.10. Sugerir que as audiências da ANS sejam transmitidas ao vivo via internet.

6.11. Solicitar ao Conselho Federal e Regional de Medicina para que controle o recebimento de comissões entre médicos e indústria farmacêutica.

6.12. Solicitar ao Conselho Federal e Regional de Medicina que crie medidas que visem inibir a prática de comissionamento nas indicações de órteses e próteses, como por exemplo, acrescentar ao texto do Código de Ética a obrigatoriedade de indicação de no mínimo três opções de três fabricantes diferentes do mesmo produto, sendo que um deles deve ser nacional.

6.13. Propor ao Ministério Público para empreender um processo de investigação sobre procedência, fabricantes, distribuidores média de valores, em âmbito nacional de próteses, órteses, materiais especiais medicamentos oncológicos, antibióticos, monoclonais, alimentação industrial, etc.

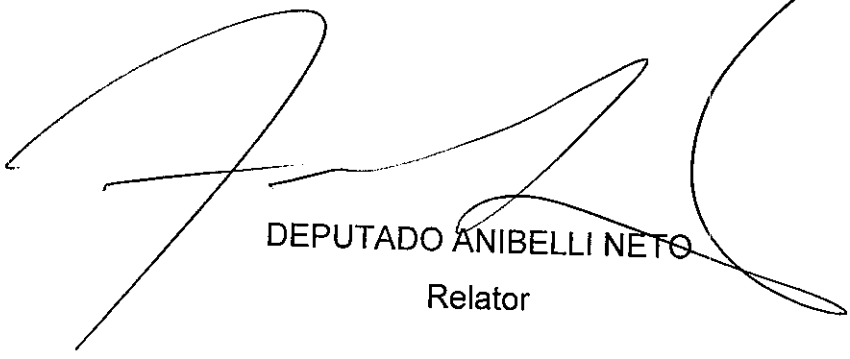
6.14. Sugerir que a bancada paranaense envie uma proposta de Lei ao Congresso Nacional para que aprove uma Lei com incentivos fiscais/tributários às empresas nacionais fabricantes de orteses, próteses ortopédicas e outras, catéteres, bombas de infusão, molas cirúrgicas e demais materiais utilizados na saúde;

6.15. Oficiar a ANS sugerindo a regulamentação de ampliação de produtos (orteses, próteses ortopédicas e outras, catéteres, bombas de infusão, molas cirúrgicas e demais materiais utilizados na saúde) a serem ofertados.



6.16. Sugerir ao Inmetro que classifique as orteses e próteses importadas indicando as opções nacionais que possuam a mesma qualificação em eficiência das nacionais, criando uma tabela de equivalência entre as mesmas.

À vista do exposto, esta relatoria encerra o presente relatório e o submete a aprovação no Plenário desta Casa de Leis


DEPUTADO ANIBELLI NETO
Relator

PUBLICADO	
DOA 499	pág. 12 a 23
de 4 / 9 / 2013	



Diário OFICIAL Assembleia

Poder Legislativo Estadual

Edição nº 499 | 17ª Legislatura, 3ª Sessão Legislativa | Publicação nº 141 | 24 páginas
Curitiba, Quarta-feira, 04 de Setembro de 2013

Mesa Executiva

DEPUTADO VALDIR LUIZ ROSSONI Presidente		
DEPUTADO ARTAGÃO JUNIOR 1º Vice-Presidente	DEPUTADO DOUGLAS FABRÍCIO 2º Vice-Presidente	DEPUTADO NELSON LUERSEN 3º Vice-Presidente
DEPUTADO PLAUTO MIRÓ GUIMARÃES FILHO 1º Secretário	DEPUTADO ADEMIR BIER 2º Secretário	DEPUTADO GILSON DE SOUZA 3º Secretário
DEPUTADO GILBERTO RIBEIRO 4º Secretário		DEPUTADO STEPHANES JUNIOR 5º Secretário

Lideranças

Lider do Governo.....	Ademar Traiano
Lider da Oposição.....	Elton Welter
PMDB.....	Teruo Kato
PSDB.....	Francisco Bühner
PSD.....	Ney Leprevost
PSB.....	Wilson Quinteiro
DEM.....	Elio Lino Rusch
PDT.....	Fernando Scanavaca
PT.....	Luciana Rafagnin
Bloco - PP, PV, PSL.....	Duílio Genari

Representação Partidária

PMDB – Ademir Bier, Alexandre Curi, Anibelli Neto, Artagão Junior, Jonas Guimarães, Nereu Moura, Stephanes Junior, Teruo Kato, Waldyr Pugliesi, Gilberto Martin, Caíto Quintana, Cleiton Kielse. **PSDB** – Ademar Traiano, Bernardo Ribas Carli, Cantora Mara Lima, Evandro Junior, Francisco Bühner, Luiz Accorsi, Mauro Moraes, Nelson Garcia, Rose “Litro”, Valdir Rossoni, Alceuzinho Maron. **DEM** – Elio Lino Rusch, Nelson Justus, Pedro Lupion, Plauto Miró Guimarães. **PT** – Enio Verri, Luciana Rafagnin, Péricles de Mello, Tadeu Veneri, Professor Lemos, Toninho Wandscheer, Elton Welter. **PDT** – Andre Bueno, Fernando Scanavaca, Nelson Luersen. **PSB** – Gilberto Ribeiro, Hermas Brandão Jr, Wilson Quinteiro. **PSD** – Marla Tureck, Ney Leprevost, Luiz Carlos Martins. **PV** – Rasca Rodrigues, Roberto Acioli. **PSC** – Gilson de Souza, Paranhos. **PPS** – Douglas Fabrício, Tercílio Turini. **PRB** – Pastor Edson Praczyk. **PSL** – Adelino Ribeiro. **PP** – Duílio Genari, Belinati. **PMN** – Dr. Batista.

Deputados Licenciados

DEM – Osmar Bertoldi. **PMDB** – Luiz Cláudio Romanelli, Eduardo Cheida.

www.imprensaoficial.pr.gov.br

Comissões Especiais**COMISSÃO DE SAÚDE PÚBLICA**3ª Sessão Legislativa da 17ª Legislatura
Ata 6ª Reunião Ordinária

Aos dezesseis dias do mês de julho do ano de dois mil e treze, na Sala de Reuniões das Comissões, reuniu-se a Comissão de Saúde Pública, sob a presidência do Deputado Doutor Batista com as presenças dos Deputados Jonas Guimarães, Pastor Edson Praczyk e o Toninho Wandscheer. Havendo número legal, o Senhor Presidente abriu os trabalhos, tendo sido lida e aprovada a ata da reunião anterior, passando em seguida à Ordem do Dia: **Projeto de Lei nº 203/2011**, de autoria dos Deputados Tadeu Veneri, Alexandre Curi e Gilberto Ribeiro, que altera o artigo 6º da Lei nº 8.246, de 13 de janeiro de 1986, que autoriza o Poder Executivo a conceder pensão aos portadores de hanseníase definitivamente incapacitados. Relator Dep. Toninho Wandscheer: Parecer favorável-aprovado; **Projeto de Lei nº 246/2013**, de autoria do Dep. Alexandre Curi, que institui a Política Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com síndrome do X-Frágil: Relator Pastor Edson Praczyk. Parecer favorável-aprovado. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião, determinando a lavratura da presente Ata, que vai assinada pelo Senhor Presidente e por mim, Richard Rüppel Sotó Maior, Secretário da Comissão.

**DR. BATISTA
PRESIDENTE****Richard Rüppel Sotó Maior
Secretário**

83147/2013

**RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO
DESTINADA A INVESTIGAR OS PROCEDIMENTOS DAS EMPRESAS
OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ****COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO
(ATO DO PRESIDENTE Nº 19/2012)****PRESIDENTE
VICE-PRESIDENTE
RELATOR
MEMBROS EFETIVOS****DEPUTADO ADELINO RIBEIRO
DEPUTADO STEPHANES JUNIOR
DEPUTADO ANIBELLI NETO
DEPUTADO TERCILIO TURINI
DEPUTADO PÉRICLES DE MELO
DEPUTADO LEONALDO PARANHOS
DEPUTADO MAURO MORAES****1. DO CONHECIMENTO DO FATO**

Inúmeras denúncias advindas dos consumidores e dos meios de comunicação dão conta de que muitas empresas operadoras de planos de saúde vêm descumprindo a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Fez-se necessária, portanto, a atuação desta Casa de Leis, visando apurar as irregularidades e propor mudanças. A CPI trabalhou para analisar a baixa remuneração dos médicos e cirurgiões dentistas, bem como apurar as denúncias dos consumidores, buscando melhoria no atendimento, redução de filas e de custos aos beneficiários.

2. DA CONSTITUIÇÃO E FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO**2.1 DA CONSTITUIÇÃO**

A Comissão Parlamentar de Inquérito foi constituída a partir do Requerimento DAP nº 6445/2012, aprovado pelo Ato do Presidente nº 19/2012, de 06 de novembro de 2012, com prazo inicial de 120 (cento e vinte) dias prorrogáveis por mais 60 (sessenta) dias, sendo composta por 07 membros.

2.2 DA COMPOSIÇÃO

Em 19 de novembro de 2012, na Sala de Reuniões do Centro de Operações das CPIs, reuniram-se os membros indicados pelas lideranças para comporem a Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde e, na Primeira Reunião Ordinária da CPI encaminharam a deliberação da Composição da CPI, sendo eleito o Deputado Adelino Ribeiro para presidir a Comissão, o Deputado Anibelli Neto como Relator e como membros efetivos os parlamentares: Stephanes Junior, Mauro Moraes, Douglas Fabricio, Leonaldo Paranhos e Péricles de Melo.

Em 08 de maio de 2013 o Presidente apresentou requerimento em Plenário informando a substituição do Deputado Douglas Fabricio pelo Deputado Tercilio Turini.

2.3 DO FUNCIONAMENTO

Devidamente instalada e estabelecidas as normas gerais de seu funcionamento a Comissão realizou 1 (uma) Reunião de Instalação, 7 (sete) Reuniões Ordinárias e 3 (três) Audiências Públicas.

3. DO PRAZO

A Comissão iniciou seus trabalhos em 06 de novembro de 2012 e encerrou seu prazo regimental de 120 (cento e vinte) dias em 21 de abril de 2013. O requerimento de dilação de prazo para a finalização dos trabalhos foi apresentado em plenário pelo Presidente em 08 de abril de 2013. Após a prorrogação de 60 (sessenta) dias a CPI encerrou suas atividades no dia 17 de junho de 2013, devendo entregar este relatório para ser aprovado em Plenário em até 05 (cinco) sessões.

4. RESUMOS DAS REUNIÕES (DEPOIMENTOS)**AUDIÊNCIA CPI PLANOS DE SAÚDE DIA 19 DE FEVEREIRO DE 2013
INTIMADOS: ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ E ASSOCIAÇÃO
MÉDICA BRASILEIRA****DEPOIMENTOS 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA
Depoimento Dr. João Carlos Gonçalves Baracho
Presidente da Associação Médica do Paraná**

Declarou que na relação dos médicos com a saúde suplementar não há vínculo trabalhista. Os profissionais trabalham por produção mediante contratos, sendo que na maioria desses não há cláusula de reajuste ou quando consta é desrespeitada pelas operadoras dos planos.

A pauta de reivindicações da classe médica consiste em contratos com índice de reajuste anual (INPC) para honorários e consultas médicas, sendo o valor da consulta próximo a R\$ 100,00 (cem reais).

Esclareceu que não há proteção por parte das entidades médicas a profissionais que realizam cobranças indevidas. Têm-se buscado os direitos dos profissionais por meio de medidas judiciais e principalmente pelas negociações.

Se estima que desde o dia 7 de abril de 2011 houve cerca de 3 mil descredenciamentos no Estado do Paraná. Ressaltou que isso não significa 3 mil médicos se descredenciando, mas sim, que um médico pode se descredenciar de mais de um plano de saúde. Porém, de fato há cerca de 3 mil médicos promovendo seu descredenciamento.

Existem cidades em que esse movimento se tornou mais evidente, como por exemplo em União da Vitória e Ivaiporã, onde a totalidade dos médicos pediu para se descredenciar, mas de forma individual, não caracterizando, portanto, formação de cartel.

Sobre a ANS declarou que existe um conflito de interesses e se percebe que muitos dos diretores que passaram pela Agência são oriundos exatamente das seguradoras. Então, a Associação Médica cobra da ANS, maior fiscalização, por exemplo, de coisas simples como a exigência no contrato de que exista cláusula de reajuste anual.

Sobre a remuneração, após análises continuadas do cenário os estudos apontam para o consumo do valor dessa consulta no seguinte sentido: há uma tributação de 27,5% de imposto de renda. Além dos custos de manutenção do pessoal, consultório e custo de manutenção de equipamentos. Assim, uma consulta de R\$ 42,00 (quarenta e dois reais) acaba rendendo ao médico em torno de R\$ 5,60 (cinco reais e setenta centavos). Isso representa uma necessidade de uma jornada de trabalho de quatorze ou dezesseis horas dentro desses critérios para manutenção de um mínimo possível para sobrevivência.

O ideal seria que o valor pago por uma consulta ficasse em torno de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais). Mas a classe médica não reivindica isso. O que se têm colocado nas negociações com os planos de saúde é o valor de R\$ 80,00 (oitenta reais) como referencial mínimo e os reajustes indexados anualmente.

Quanto aos descredenciamentos relatou que existe uma falta absoluta de pediatras em planos de saúde. Faltam profissionais também em endocrinologia e há algumas outras áreas em que o número de profissionais não é muito expressivo.

Há casos em que um descredenciamento representa bastante para o plano de saúde, como na linha da geriatria, pneumologia, dermatologia e neurologia, neurocirurgia, neuropsiquiatria.

**Depoimento Dr. Fabiano Sponholz Araujo
Advogado da Associação Médica do Paraná**

Declara que a Associação Médica, o Conselho Regional de Medicina e o Sindicato têm tentado atuar em consonância em defesa da profissão e que foram propostas pelo Sindicato dos Médicos três ações civis públicas. A assessoria jurídica do Sindicato, do qual ele não faz parte, ingressou com a Ação Civil Pública na Justiça do Trabalho, nos anos de 2010 e 2011. Uma delas já foi julgada procedente em primeiro grau contra a ABRAMGE. As outras duas foram julgadas improcedentes, não pela análise do mérito, apenas pela análise da competência da Justiça do Trabalho para fazer esse julgamento. A discussão está em fase de segundo grau.

**Depoimento Dr. José Fernando Macedo
Vice-Presidente da Associação Médica do Paraná e Vice-Presidente
da Associação Médica Brasileira**

Relatou que os números da Associação Médica Brasileira na região Centro-Sul, que engloba São Paulo e Paraná, demonstram que há mais de 150 mil médicos. A sua preocupação, falando como paranaense e como Vice e Ex-Presidente da Associação Médica do Paraná, é a situação da qualidade do atendimento médico. Os médicos já não querem atender porque não

paga a conta do seu consultório. Os pediatras estão virando burocratas e auditores de empresas. Porque não conseguem, com a consulta médica, pagar os custos de um consultório médico. Isso é público e notório. No concurso de residência médica não se arruma médicos fazendo concurso para ser pediatra. Indaga como ficarão os filhos dos paranaenses. Preocupa-se com a qualidade daqueles que trabalham, que ainda estão doando para as operadoras um quinhão do seu trabalho no atendimento de uma criança. Sua preocupação é no sentido de que um diagnóstico malfeito é uma seqüela para o resto da vida. Como no caso de uma criança com febre que chega ao consultório e não recebe o diagnóstico preciso. Casos como o de meningite em que a pessoa pode ficar paraplégica ou hemiplégica pelo resto da vida. Essa é a preocupação. Desde 2007 vem lutando para se criar um produto novo a ser vendido pelas operadoras. A ideia é desvincular a consulta médica. Pois o indivíduo tem plano de saúde pelo acidente, pela UTI, pela cirurgia complexa. Sobre a ANS declarou que esta deveria ser a balizadora de todas estas discussões e já ter resolvido há muitos anos. Porque ela é que determina os aumentos sucessivos às operadoras: 7%, 8%, 5%. AANS regula muitas coisas. Ela cobra das operadoras de saúde muitas coisas, inclusive meio absurdas, o que atrapalha até a própria operadora. Mas é omissa quanto ao repasse aqueles que fazem acontecer o serviço de saúde.

Depoimento Dr. Luiz Ernesto Pujol
Departamento de Defesa Profissional da AMP

Afirmou ser um lutador do SUS. Não atende no meu consultório, nunca atendeu, em 40 anos de formado, nenhum tipo de Plano de Saúde. Sua consulta é muito cara para quem pode pagar e de graça para o doente que chega e é atendido.

A preocupação da Associação é, também, o doente; que não tem mais um atendimento humanizado.

Há que se que defender o médico, sim. Mas, acima de tudo, há que se voltar a dar qualidade ao doente. Mas essa qualidade só volta se os planos cederem um pouco nos seus lucros e os repassarem a quem os faz ter o lucro. É o trabalho médico que dá o lucro à operadora. Não existe operadora sem médico.

Sobre a ANS, declarou que é uma Agência Reguladora. Reguladora de um serviço prestado à população que o próprio Governo não dá pelo SUS. No entanto a Agência não tem êxito em equilibrar as forças. Isso ocorre principalmente porque se tornou, infelizmente, uma situação política. A Agência não é apartidária. Se fosse atenderia as metas para as quais foi criada.

AUDIÊNCIA CPI PLANOS DE SAÚDE DIA 12 DE MARÇO DE 2013
INTIMADOS: SINDICATO DOS MÉDICOS DO PARANÁ E CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

DEPOIMENTOS 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA
Depoimento Dr. Alexandre Gustavo Bley
Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná

Já há mais de uma década a classe médica tem tentado um processo de negociação com as operadoras de saúde e tem como resposta, na maioria das vezes, o silêncio. As respostas que vêm são respostas que até podem ser consideradas como propostas indecorosas em relação à classe médica. Esse movimento cresceu em 2010 tomando proporção nacional. Estão preocupados com o mercado da saúde suplementar e com a forma como as coisas estão acontecendo. O profissional tem se sentido desestimulado ao atendimento desse segmento ao passo que a demanda está crescendo.

A Presidente da República está assinalando com uma proposta de desoneração fiscal para as operadoras para que elas possam implementar alguns planos ditos planos populares para abarcar a classe "C" e a classe "D" fazendo com que aumente ainda mais o número de usuários destes planos. Mas o caminho é inverso dentro da classe médica. Muitos estão se descredenciando e parando de atender os planos de saúde. Vai chegar um momento de colapso.

A respeito da ANS, o maior problema hoje é que ela produz o regramento, mas não fiscaliza e não faz cumprir. A Resolução nº 71 de 2004 estipula que todos os Médicos, sejam pessoas físicas ou jurídicas, têm que ter um contrato com as suas operadoras e nesse contrato tem que existir uma série de cláusulas. As operadoras não cumprem essa normativa da ANS, pois não recebem sanção.

Falta uma base contratual sólida para existir condições de trabalho. A Agência Nacional de Saúde está modificando a sua estrutura, modificou a presidência. Mas, a partir do momento que o Governo tomou uma decisão e criou a Agência Nacional de Saúde e começou todo um processo de regulamentação deixou bem claro o que quer para a saúde suplementar. Isso tem sido construído ao longo desses últimos anos. E estamos chegando naquilo que seria o ponto final, que é retirar uma parcela significativa dos pacientes do Sistema Único de Saúde e repassar para o sistema suplementar, uma privatização do SUS.

Para que isso ocorresse já precisaria ter uma série de normas, já precisaria o Governo estar dentro de uma agência regulatória de forma muito clara para que isso possa ser colocado em prática para diminuir a parcela do Governo na assistência e colocar para dentro de um sistema suplementar. A Agência Nacional de Saúde até então em nenhum momento quis regulamentar a relação entre médicos e operadoras. O sistema de

saúde suplementar é mercado, e o sistema de saúde público é um direito constitucional e dever do Estado.

A partir do momento que se coloca a saúde numa lógica de mercado, esta lógica foca o lucro e não o acesso a saúde. Um empresário do setor de saúde é como qualquer outro empresário. Ele visa lucro.

Não é possível fazer saúde com R\$ 80,00 (oitenta reais) por mês e quem vai pagar essa conta é a produção. São os médicos, são os hospitais. E não há interesse em regulamentar. A ANS já mostrou a que veio. Uma agência que está sendo construída para a privatização do sistema público. Várias reclamações já foram feitas perante ANS. A Agência sabe que não existe cumprimento das Resoluções que ela emite por parte das operadoras. Seria muito tranquilo se existisse uma lei que outorgasse a fiscalização ao Conselho, dando a possibilidade de cassar o registro de uma operadora e, conseqüentemente, ela não poder atuar se ela não estiver cumprindo aquilo que o regramento jurídico assim determina. O Conselho não tem essa competência.

Quando iniciou, no início dos anos 2000, uma situação mais forte da classe médica em cima das operadoras, o CADE (Conselho Administrativo de Defesa Econômica) emitiu uma Resolução e existem inúmeras ações deste órgão contra as entidades médicas determinando que os Conselhos não podem – e isso ainda está em âmbito judicial – penalizar ou responsabilizar os Diretores Técnicos das operadoras.

Relatou que é óbvio que o governo não pode desistir do SUS. É uma questão constitucional. Se ele não tem a condição, vai abrir para a iniciativa privada. Mas o que verificamos é que existe uma tendência muito clara de levar uma parcela significativa da população para a saúde suplementar. Com isso o Sistema Único de Saúde ficaria para um número menor de usuários. Hoje quem paga a conta são os municípios, que suam para poder fechar a conta da saúde.

Pela Lei nº 9656/98 todas as operadoras têm que se registrar nos Conselhos Regionais de Medicina, e pela Lei nº 6839/80 as operadoras tem de ter um diretor-técnico registrado no Conselho. A ANS tem uma visão deturpada quando ela diz que somente a matriz necessita ser registrada e as filiais não. Isso dificulta a ação do Conselho. Seria interessante que todas as operadoras para atuar dentro do Estado estivessem devidamente registradas com seus diretores técnicos, e que esses diretores técnicos fossem responsabilizados por cumprir aquilo que manda a lei. Isso já seria um grande avanço.

Sobre a ideia dos planos de saúde retirarem das obrigações a consulta, para ser utilizado mais na questão de exames e tratamentos declarou que é uma possibilidade, que não vê dificuldade nenhuma nisso. A dificuldade maior é perante os usuários com direitos adquiridos. Há que se considerar o direito da pessoa de não querer migrar para esse tipo de plano. Vai ter que ser um plano muito atrativo no custo mensal para justificar o pagamento da consulta e do plano.

Deixar um plano de saúde somente para alto custo, cirurgias, exames complexos é o ideal. O médico tem a relação direta com o paciente. A existência de um intermediário muitas vezes é um problema. Hoje se tem um intermediário, que é a operadora.

Relatou, ainda, que se desligou de dez planos de saúde nos últimos três anos. Citou dois grandes.

Um deles é a AMIL. Plano que atendia desde quando tinha quatro mil usuários e a sede era na Praça Osório. A AMIL de forma sistemática começou a atrasar os pagamentos. Demorava três, quatro meses para pagar. Até que uma paciente sua chegou e perguntou se ele tinha algum problema com a AMIL. Ele respondeu que não, a não ser pelos atrasos nos pagamentos. A paciente então lhe contou que foi liberar a cirurgia que ele havia solicitado e o plano a encaminhado para outro especialista. Então ele ligou para a auditora e ela estava tentando direcionar a paciente para um vascular do hospital próprio da Amil. Por questões de custo.

A paciente ficou preocupada se ele tinha algum problema, se tinha feito alguma coisa. Aquilo causou um mal-estar, uma quebra de confiança na relação. Considerou isso uma traição. Pois quando a própria operadora precisou dele por ocasião de um processo trabalhista ele ajudou e não cobrou nada pela perícia. Na realidade era uma questão econômica e plantaram uma desconfiança num paciente seu, e isso não aconteceu com um só.

A outra operadora é a Sul América. Em data ocasião ele entregou a fatura, atrasada, mas entregou e depois de três meses não foi feito o pagamento. Quando foi verificar, não localizaram a fatura. Então mostrou o comprovante carimbado e assinado pela operadora provando a entrega e foi informado de que só poderiam pagar mediante a apresentação da original. Ressaltou que a original estava em poder da operadora e foi informado que infelizmente não havia nada a ser feito, que ele deveria entrar na justiça. Então, fez uma declaração de próprio punho se descredenciando e que não iria cumprir aviso de 30 dias quebrando totalmente o contrato. Disseram que ele não poderia fazer isso. Ele disse para entrarem na justiça e nunca mais atendeu a Sul América.

Depoimento Dr. Murilo Rubens
Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná

Relatou que os médicos que atendem as operadoras do Plano de Saúde se mobilizaram nos últimos anos com a ameaça de paralisar os seus atendimentos em virtude da ausência de reajuste nos honorários há mais de 10 anos por parte da esmagadora maioria dos planos de saúde. O levantamento efetuado pelos sindicatos dos médicos constatou que enquanto a inflação variou 105,36% nos anos (2000 a 2010), as mensalidades dos planos de saúde aumentaram cerca de 137%. Para os usuários de planos de saúde de faixa etária mais avançada, os reajustes

chegaram até quase 500%.

No que se refere a Agência Nacional de Saúde, o grande problema é que as operadoras descumprem a Normativa nº 71 de março de 2004, que expressamente estabelece como obrigação dos planos de saúde a inclusão da cláusula de reajustes dos honorários pagos aos médicos credenciados, especificando os critérios, a forma e a periodicidade do reajuste.

Em 2010 a Agência Nacional de Saúde respondeu uma consulta formulada por entidades médicas em relação aos planos de saúde tendo por base essa Resolução nº 71/2004 e ao se manifestar sobre os contratos das operadoras com os médicos a resposta foi a seguinte: "Todas estão em desconformidade com o que dispõe a Resolução Normativa nº 71.04."

A classe médica está solidária com o usuário que é a parte mais prejudicada. As duas categorias são prejudicadas, mas os mais prejudicados atualmente são usuários dos planos de saúde.

Em busca dos aumentos dos seus lucros as operadoras negam coberturas e, ao mesmo tempo se recusam negociar aumentos nos honorários dos médicos credenciados.

Os planos de saúde tem 48,7 milhões de clientes. No ano passado faturaram R\$ 83 bilhões de reais. O equivalente a uma arrecadação mensal de todos os tributos federais.

O setor cresceu 50,6% desde 2003 e não houve nenhum reajuste dos honorários médicos. Cada vez mais dificultam o relacionamento entre o médico e o paciente. Dificultam a autorização de exames e sempre que possível encaminham exames de alto-custo para o Sistema Único de Saúde. Essa questão também foi levantada, essa normatização que o Governo Federal pretende fazer de benefícios tributários. A desoneração vai fazer com que haja uma renúncia fiscal de R\$ 15 bilhões de reais. Esses R\$ 15 bilhões de reais, simplesmente, poderiam ser aplicados diretamente no Sistema Único de Saúde.

A Agência Nacional de Saúde, respondendo a alguns Deputados, suspendeu temporariamente no ano passado 396 planos de 56 operadoras porque elas descumpriam os contratos vigentes com os usuários. Que desses 56 planos, 28 foram eliminados totalmente de comercialização.

Depoimento Dr. Luiz Gustavo Andrade Advogado do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná

Os planos de saúde quando contratam os médicos não contratam como seus empregados com vínculos celetistas. Se assim fosse eles teriam reajustes convencionais fixados de acordo com a convenção coletiva ou mesmo teriam todos os outros direitos trabalhistas decorrentes da CLT. Mas o vínculo que se forma entre o plano de saúde e o médico é um vínculo autônomo. Os médicos prestam serviços como autônomos e a única proteção do ponto de vista jurídico que estes médicos autônomos têm é a Resolução Normativa nº 71 de 2004, que obrigaria estes planos de saúde a nos contratos que eles firmam com os médicos estabelecer um critério de reajuste.

Na medida em que descumprem esta Resolução Normativa caberia à ANS fiscalizar o efetivo cumprimento e multar os planos de saúde que não observam a legislação. O que restou aos médicos do Paraná, após deliberações tomadas pela Comissão de Honorários Médicos, com a participação da CRM, Associação Médica do Paraná e do Sindicato dos Médicos, foi demandar judicialmente buscando o cumprimento desta Resolução nº 71 através uma ação civil pública.

Constatou-se que os planos de saúde, vislumbrando esta possibilidade dos médicos entrarem em juízo tanto coletivamente quanto individualmente, porque muitos médicos demandaram individualmente, têm obrigado os médicos a constituir pessoas jurídicas para afastar a tutela jurisdicional trabalhista, afastar a competência da Justiça do Trabalho para julgar estas demandas propostas pelos profissionais. A ANS é omissa neste sentido, deixando de fiscalizar e de exigir o cumprimento da Resolução.

AUDIÊNCIA CPI PLANOS DE SAÚDE DIA 09 DE ABRIL DE 2013 INTIMADOS: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR E DR. GABRIEL SCHULMAN

DEPOIMENTOS 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA Depoimento Dr. Francisco Telles Diretor de Fiscalização da ANS

A Agência editou em 2003/2004 três normas para tratar da questão da formalização dos contratos entre operadoras e prestadores. Mas a verdade é que no processo da evolução da regulação desse setor percebeu-se que essas normas não tiveram uma absorção forte pelo setor.

No início de 2012, uma normativa foi editada pela Diretoria do Desenvolvimento Setorial da Agência, a Normativa nº 49, que trata da questão de reajuste e pagamento pelos serviços prestados pelos médicos às operadoras.

Mas o puro e simples atendimento das normas da Agência não será por si só garantia de que a remuneração dos prestadores vai se resolver como um passe de mágica.

A ANS já esteve em vários espaços, em vários fóruns, discutindo que os setores prestadores sempre vêm com uma posição de cobrar da Agência o cumprimento da norma. No que diz respeito ao cumprimento da norma, a Agência faz o trabalho: autua, aplica multa, chama para negociar.

A Agência faz o trabalho dela. Não é na velocidade que desejamos, porque se trata de mais de mil operadoras e mais de uma centena de milhares de

prestadores. Mas não está despreocupada com este tema.

A ANS edita as normas, mas essas normas, em grande parte, não são cumpridas. Alegou que agem em função deste descumprimento. Novas normas foram editadas, grupos para tentar discutir instrumentos de sedimentar o espaço da discussão de remuneração também foram implementados.

A Agência não pode efetivamente estabelecer, definir valor de remuneração. Isto não está na competência dada a ANS pela lei.

Este órgão tem 13 anos. Até 2007, 2008, o número anual de acessos via 0800 era na casa de 70, 80 mil/ano, dentre as quais tinha tanto pedido de informação como reclamações. A reclamação era registrada e ao final se dizia ao usuário: *Agradecemos sua ligação, mas caso a senhora ou o senhor queira resolver seu problema, por favor recorra ao Judiciário.*

Mas a partir do final de dezembro 2008 a Agência implementou a Notificação de Investigação Preliminar (NIP). Por meio da qual recebe as reclamações - basicamente relacionadas à negativa de procedimentos de cobertura - faz uma mediação com a operadora que tem um prazo máximo para responder e para autorizar o procedimento, se for o caso de autorização. Resolvendo aquele problema, este número relacionado àquela operadora é monitorado pela Agência.

Com este procedimento, a partir de final de 2008 a Agência tem resolvido as reclamações dos usuários de planos de saúde. Em 2012 resolveu quase 80% das reclamações.

Nos casos em que a multa é aplicada, há dificuldade efetiva entre aplicar a multa e receber o valor.

De qualquer forma, os atrasos e lentidão dos processos da Agência decorrem do crescimento de mais de 1.500% dos acessos. É um crescimento exponencial de acessos, com a mesma estrutura de servidores desde 2005.

Depoimento Sr. Mauricio Nunes Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS

A ANS tem a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde regulando as operadoras setoriais, inclusive, contra as suas relações com prestadores e consumidores. A Agência não regula prestadores de serviço, não regula os médicos.

A finalidade primária da Agência não é regular a operadora e, sim, promover a defesa do interesse público. E para este fim é que tem de regular as operadoras. Então, algumas dessas normas acabam alcançando esta relação com os médicos e prestadores, de uma forma geral os hospitais, as clínicas, os laboratórios.

A Agência não regula as operadoras porque a lei que trata do marco regulatório dos planos de saúde, que é a Lei nº 9.656, em seu art. 1º, estabelece: *Submetem-se às disposições desta lei apenas as operadoras de planos de saúde.* A Agência não tem esta competência legal.

Uma das competências da Agência, no art. 4º - que traz todas as competências que ela tem - é estabelecer todas as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras. Tanto nos contratos com os beneficiários como no contrato que tem que ter com o médico, com o hospital, com a clínica.

Com base nesta competência, a Agência editou três Resoluções Normativas. A primeira, que foi a RN nº 42, de 2003, estabelece quais são as cláusulas que devem constar nos instrumentos com os hospitais. A segunda, Resolução Normativa nº 54, estabelece as cláusulas obrigatórias para as clínicas e prestadores de SDT, os laboratórios e serviços de imagem. E, por último, a RN nº 71, de 2004, que estabelece quais são as cláusulas obrigatórias na relação com os profissionais de saúde: médicos, dentistas.

Uma das cláusulas obrigatórias, nestas três Resoluções Normativas, é a cláusula que estabelece o critério de reajuste.

A Agência começou a fiscalizar em 2004/2005 com um programa proativo de fiscalização. Este programa começa até no âmbito da Diretoria de Fiscalização, naquele primeiro momento foram quase 100 operadoras fiscalizadas e percebeu-se que estes contratos tinham problemas, principalmente a cláusula de reajuste.

A forma como estas operadoras definem a cláusula, não atendia a norma. Colocavam como forma de reajuste apenas a livre negociação e o acordo entre as partes. Mas na prática esses contratos não tinham reajuste.

Por pressão das entidades representativas dos prestadores, das entidades representativas dos médicos, AMB, CFM, Fenam a Agência regulamentou essa norma e editou uma Instrução Normativa dando mais clareza para a cláusula de reajuste.

Algumas operadoras pretendiam atrelar o reajuste à sinistralidade, que é a despesa assistencial da operadora, tudo o que ela gastou com a rede prestadora, com os hospitais, com as clínicas, com os médicos, basicamente a despesa médica.

A sinistralidade, hoje, é a maior despesa que as operadoras têm. Dependendo do tipo de operadora, isso pode chegar a 90%, no caso das autogestões, mas a média vai de 75%, 80% e, no caso das autogestões, chega a 90%.

Algumas operadoras estavam atrelando o reajuste dos honorários médicos à sinistralidade: se chegar a 80%, 90%, não há reajuste. Isso foi vedado. Também foi vedada qualquer fórmula de cálculo de reajuste por percentual pré-fixado, em que o valor do contrato seja mantido ou reduzido. Em 2009 o IGPM foi 2% negativo, então não depende das partes, pode ocorrer de o índice ser negativo. Mas, a operadora estabelecer uma fórmula ou um percentual que mantenha o valor ou que reduza, é vedado.

Essa norma também estabeleceu um pouco das relações com os

cooperados como as Unimed e as Uniodontos. A relação dos médicos cooperados com as Unimed e dos dentistas cooperados com as Uniodontos, tem algumas peculiaridades. Porque eles são regidos por uma Lei, que é a Lei nº 5.764/71 que trata do cooperativismo.

Um médico da Unimed ou um dentista da Uniodonto é dono da operadora, teoricamente. Na prática, percebemos que isso não é bem assim. Mas, teoricamente, por força da lei, ele é dono e, por ser uma relação associativa, essa definição, por força da lei do cooperativismo, os valores devem ser discutidos nas assembleias gerais, ordinárias, ou extraordinárias uma vez por ano.

Então, se a instituição respeitou aquilo que foi deliberado pelos cooperados em assembleia geral, está valendo.

A Agência reconhece um conflito nesta relação operadora e prestadores. Tem várias causas: a questão dos reajustes, as glosas indevidas, o descredenciamento arbitrário por parte das operadoras. A negociação é outro ponto de dificuldade. Em algumas situações, a Agência até reconhece a hipossuficiência. Às vezes, o médico, o dentista, isoladamente, tem certa dificuldade em negociar com uma grande operadora. Isso é uma realidade. Outro item que os médicos questionam é a interferência no ato médico, operadoras que limitam a solicitação de exames meramente para reduzir custos, operadoras que interferem na escolha de material, medicamento, interferência no tratamento dos pacientes.

O grande problema surge quando esse conflito entre operadoras e prestadores começa a alcançar o beneficiário: são hospitais que pedem descredenciamento porque estão sendo glosados. Não têm reajuste: são médicos que pedem descredenciamento, são especialidades médicas que montam cooperativas e saem de uma vez só de algumas operadoras, como várias especialidades que conhecemos - cirurgia cardiovascular é um exemplo - que não tem mais o profissional isolado, eles não conseguem mais negociar, montam uma cooperativa e vai todo mundo para a cooperativa. Em alguns momentos o SDE e o CADE vêm isto como cartel, que suprime totalmente a capacidade concorrencial.

A ideia da CBHPM, determinado procedimento tem que ser remunerado em razão da sua complexidade, do seu risco e do seu tempo. Não se pode remunerar um procedimento que tem um risco elevado da mesma forma que se remunera uma consulta. Se este procedimento tem um nível de complexidade elevado, ele tem que ser melhor remunerado do que aquele que tem um grau de complexidade menor.

Em muitas operadoras a remuneração é inversamente proporcional à frequência. Se um procedimento é muito utilizado a tendência do preço é cair; se um procedimento que é pouco utilizado o preço pode aumentar. Essa metodologia de remuneração foge totalmente dessa ideia de se remunerar pela complexidade, pelo risco associado e gerou um problema sério. Muitos médicos pararam de fazer alguns procedimentos na saúde suplementar em razão da remuneração. Cirurgia de amígdala é um exemplo. A Agência vai editar uma resolução obrigando as operadoras a hierarquizar os procedimentos e remunerar conforme a complexidade.

O segundo grupo de trabalho que foi criado em 2010, junto com os honorários médicos, foi o que revê o modelo de remuneração dos hospitais. A forma como os hospitais são remunerados onera o sistema. Não por culpa dos hospitais em si, mas a forma do modelo como foi desenhado. Os hospitais são remunerados "fee-for-service". O pagamento é feito por procedimento.

Por exemplo, a beneficiária entra no hospital para fazer um parto, tudo que é utilizado naquele procedimento entra numa conta. O honorário médico, o anestesista, o instrumentador, a linha que costurou a parturiente, tantas bolinhas de algodão, a medicação e etc. Isso é o que se chama de "conta aberta", ou seja, tudo que utilizou naquele beneficiário lança na conta.

A ideia é criar um modelo de remuneração para desonerar um pouco este sistema. No momento em que desonerar este sistema vou desonerar o beneficiário e passar a remuneração para os hospitais naquilo que eles deveriam, de fato, ganhar: diárias e taxas.

O hospital é como se fosse um grande hotel. Ele tem que ganhar a diária do apartamento, a diária da enfermaria, ganhar pela taxa de colocação de medicamento e o procedimento vai para o médico.

Depoimento Dr. Gabriel Schulman Advogado Convidado

Declarou que uma informação bastante pertinente diz respeito à complementaridade do Subsistema Público de Saúde. Se o tratamento médico que é negado pelo Plano de Saúde esse tratamento é custeado pelo particular (o que é injusto) ou é custeado pela saúde do Paraná, ou seja o custo que deveria ser da operadora é transferido ao Estado, de modo que esta fiscalização é de máximo interesse público.

Naturalmente, pelo próprio número de usuários de plano de saúde temos uma média histórica, desde a criação da ANS, de um quarto da população com plano de saúde. No Paraná este índice é ainda mais elevado. Em relação à Legislação Protetiva, que aqui antes foi mencionado, me parece que temos uma legislação bastante profícua, bastante ampla.

À demora no atendimento é um dos temas fundamentais porque na saúde a demora implica um agravamento ou até mesmo a morte.

Quem não recebe um tratamento de câncer de imediato tem um agravamento que inclusive significa um aumento de custo, de maneira que não faz sentido negar um tratamento de câncer no início. Porque só aumenta o custo, além de ser absolutamente desumano.

Neste sentido também, no mês passado, a regra, que é a 319, obriga que a recusa seja formalizada por escrito. A própria atualização do rol da Agência Nacional de Saúde, que passou a ser feita de dois em dois anos.

Apesar desta legislação, há um conjunto de negativas que são bastante

conhecidas: prótese, estante - que é certo produto utilizado, por exemplo, para cirurgias vasculares - e os tratamentos oncológicos, talvez sejam aqueles que são mais habituais. Com a mesma habitualidade, o que se verifica são os reajustes abusivos em algumas categorias de modo especial, entre as quais os aposentados. A pessoa se distancia da empresa e fica um pouco à mercê, não tem o RH para se socorrer, tem uma idade avançada - e as viúvas também, quando falece o titular.

Ainda em relação aos aposentados é interessante observar a forte intenção de exclusão. Há várias tentativas dos planos de saúde de excluí-los ao arripio da lei, mas decorre da característica do plano de saúde. Tecnicamente se fala em utilidade marginal inversa, mas que entendemos isso de modo muito claro. Quanto mais passa o tempo, menos interessa manter o consumidor e mais interessa pegar um novo, mais jovem, que não vai ter doença. Isso é em relação, então, aos consumidores.

Se aplicada a legislação já existente vai reduzir com certeza a quantidade de processos do Poder Judiciário, que onera a população, a quantidade das pessoas que morrem, porque não têm acesso ao tratamento.

Certa vez teve que explicar para a família porque aquela liminar não surtiu efeito e acompanhar o enterro de um cliente. Quando se pensa no consumidor a atuação preventiva é aquela que parece fundamental. Sobre os médicos e tratamentos, uma relação que faz com que a ideia do reajuste não possa ser totalmente afastada é que quando falamos no reajuste médico. Quando falamos de um procedimento médico, se determino uma limitação de custo há certa pressão indireta, e muitas vezes direta, do plano de saúde, em limitar o que o médico vai usar. Quando digo que para um tratamento de câncer eu vou usar tantas quantidades, com exame de uma certa especialidade, o médico não pode refazer a chapa, ele deve diminuir a quantidade de reagentes no exame de genética, isso interfere diretamente na qualidade da prestação do serviço, além de ser absolutamente ilegal do ponto de vista da ética médica e da legislação vigente, de modo que temos um casamento entre reajuste e o atendimento do consumidor. Porque quando digo para um hospital que ele tem 2 mil para fazer um certo atendimento, se um hospital quer maximizar o que vou receber e dar o melhor atendimento há uma possibilidade de haver um aumento de cobranças em caráter particular. O hospital vai dizer: *O plano de saúde cobra 2 mil, mas a despesa neste caso é variável.*

Além disso, mesmo em procedimentos padronizados o que acontece na saúde é que pode haver variação. Se a criança passa mal, se a mãe passa mal, se de repente o médico abre a mãe e encontra um tumor. Na atividade médica cada paciente tem algumas peculiaridades e quando se define certo valor para o hospital e os materiais que ele pode usar se ele quiser usar o melhor, ele vai ter que cobrar do particular.

Coloca quatro sugestões. Intensificação da fiscalização, o mapeamento ou pesquisa e uma atuação bastante forte das violações dos consumidores justamente para permitir uma concentração naquelas situações que são mais corriqueiras, para permitir uma atuação mais constante; número de ações, a temática, no Judiciário; o levantamento do custo do repasse das negativas ao Estado do Paraná para que a população saiba o custo desse repasse e das próprias interferências na prescrição médica. Que quando se diz aqui que é necessário o equilíbrio do setor e avaliar os custos, de modo que talvez fosse interessante exigir das Operadoras a abertura das planilhas de custo para que se possa fiscalizar se essa despesa corresponde e aí, sim, permitir um equilíbrio.

AUDIÊNCIA CPI PLANOS DE SAÚDE DIA 16 DE ABRIL DE 2013 INTIMADOS: CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOTOLÓGIA E PROCON

DEPOIMENTOS 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA Depoimento Dra. Claudia Silvano Diretora do Procon do Paraná

Trazendo a realidade em termos de reclamações relativas aos planos de saúde afirmou que em 2012 o PROCON realizou 1.725 atendimentos. Desses 217 viraram processo administrativo, o que é um número significativo, porque daria, em média, uma reclamação por dia, em relação às operadoras. Os principais problemas dizem respeito a: questão de cancelamento de contrato; não cumprimento de contrato, modificação unilateral do contrato, cláusulas abusivas em contratos, recusa no atendimento no fornecimento de guia, mal atendimento, recusa na cobertura, cobrança indevida, dúvida sobre cobrança, duplicidade, dúvida sobre procedimento imposto ao consumidor e a questão dos reajustes e prazos de carências.

Sobre a Agência Reguladora (ANS), quanto à questão da cobrança por fora por parte dos profissionais - o PROCON, o Ministério Público e entidades de defesa do consumidor intermediaram uma conversa que se deu sobre a cobrança por fora por parte dos anestesistas. Este tipo de procedimento - cobrança por fora - é algo absolutamente ilegal. O consumidor contrata a operadora e para isso ele paga a sua contra prestação, que é a mensalidade e que sabemos que não é barato, não é fácil pagar uma mensalidade de um plano de saúde.

Sobre as questões entre médicos e operadoras, o médico entende que a sua remuneração não é justa, não é coerente com o serviço prestado, e isso tem feito com que alguns profissionais, algumas categorias, regularmente, ameacem descredenciamento. Ou até mesmo forcem uma cobrança por fora. Diferentemente de qualquer outra relação, a relação entre médico e paciente tem algumas especificidades, porque é, sobretudo, uma relação de confiança.

Recentemente teve a questão da cobrança dos obstetras. O obstetra com a justificativa que ele não era contratado para atender em qualquer horário propunha, já no começo da relação com a paciente, uma cobrança de um valor extra. Isso tem gerado um número significativo de reclamações. Tem que haver uma atitude mais efetiva da Agência Nacional. Não só regulamentando, mas cobrando também.

A regulamentação existe, mas a cobrança tem que ser mais efetiva. O contrato tem que ser respeitado, evidentemente. Mas existem alguns contratos que trazem disposições contrárias à lei. Exemplo: contratos que são anteriores à Lei nº 9.656, que é a lei que regulamenta, com todas as suas outras normatizações, porque não é só ela que trata dos planos de saúde e dá outras providências. Ela estabelece que um rol de procedimentos mínimos, dependendo do tipo de atendimento que o consumidor contrata: ambulatorial, hospitalar, tem que ser respeitado. Existem alguns contratos firmados antes desta lei que trazem disposições contrárias ao Código de Defesa do Consumidor.

Além da Lei nº 9.656 aplica-se também o Código de Defesa do Consumidor. Isto é sumulado. Súmula nº 469 do STJ.

Se o contrato contiver uma cláusula que contraria a lei pode ser revisto. Mas se estiver dentro do que a legislação prevê, tem que ser respeitado. Isto também é fato. Mas nem sempre o contrato é disponibilizado para o consumidor, especificando qual é o tipo de atendimento que terá, dependendo do tipo de contratação que ele faça: plano ambulatorial, plano hospitalar. A lei permite o estabelecimento de alguns prazos para atendimento e se o consumidor foi informado adequadamente, este contrato - se não tiver nenhuma contrariedade à legislação - terá que ser respeitado. O problema é a questão da falta de informação. Normalmente, no momento da venda, se diz: "Olha, vai parar um helicóptero no teto da sua casa, vai te pegar e te levar no melhor hospital do mundo." E isso não é verdade. A rede credenciada também tem que ser informada ao consumidor. Que existem umas disposições novas e estas informações têm que estar no site das operadoras. Que precisa haver informação prévia, mas a informação prévia tem que, além de prévia, ser adequada, ostensiva, que o consumidor, de fato, saiba o que está contratando.

No que diz respeito aos atrasos nos pagamentos pelos usuários, a legislação determina que se o usuário está inadimplente por 60 dias consecutivos ou não, desde que ele seja informado quando se fizerem 51 dias de atraso e não houver o pagamento, o contrato poderá ser rescindido. Isso não ocorre de forma unilateral porque houve a informação e houve do outro lado, a inadimplência. Os 60 dias podem ser consecutivos ou não.

Declarou que a insatisfação dos profissionais com as questões impostas pelas operadoras acaba repercutindo em desfavor do consumidor. De uma forma ou de outra a repercussão é sempre em desfavor do consumidor. Seja com a prestação de serviços, no caso da prótese, ou na imposição da última radiografia.

Os profissionais e as entidades representativas têm toda a condição de promover uma discussão, mesmo que seja judicial, entre o profissional e a operadora. O que não pode é o consumidor ser prejudicado.

É inadmissível que o serviço seja prestado de maneira inadequada. Há um ambiente de desconfiança entre o profissional e a operadora. Tudo o que o profissional determina é motivo de desconfiança. Isto acaba sempre repercutindo no consumidor.

Um médico prescreve um determinado procedimento, este procedimento é submetido à segunda opinião. Que esta submissão à segunda opinião é algo legal. Não é ilegal. Mas que o problema é que isto se tornou uma prática muito comum. Mas, por que é que todo procedimento prescrito tem que ser submetido a outro profissional? É claro que não tem só a questão patrimonial que está em jogo, de pagar e não ter o atendimento. Há outra questão, que é um eventual agravamento do estado de saúde do consumidor: "Olha, você vai fazer tal exame." Chega a operadora e diz: "Não, por que ele vai se submeter? Tem que ter uma justificativa." Então, este ambiente de desconfiança acaba gerando um prejuízo para o consumidor. E não é somente um prejuízo patrimonial. É muito mais que isso. É um prejuízo à saúde. Por que é que o outro tem que ver, passar para ele, passar para ela, todo mundo tem que conferir se é isso mesmo. Este ambiente de desconfiança, a suspeita da fraude, que parece ser algo que reina neste meio. É impressionante isso! Há uma evidente suspeita de que o profissional, seja o cooperado ou qualquer outra forma de constituição da empresa, esteja sempre... Existe isso? Existe, claro que existe. Só que a operadora não pode tomar isto uma prática comum. Tem que ter outros meios de controle e não submeter o consumidor a tempos de espera em razão deste ambiente de desconfiança, que parece reinar.

Depoimento Dr. Roberto Cavali Presidente do Conselho Regional de Odontologia

Declarou que o problema dos cirurgiões dentistas consiste no fato de que as operadoras descumprem os contratos feitos com os profissionais e isso resulta em um descumprimento também do atendimento à população, porque se alguém não está satisfeito naquilo que contratou, ele não pode prestar um bom atendimento. Hoje as operadoras, e algumas delas ainda o fazem, dão o plano de assistência odontológica como um brinde para quem compra o plano de assistência médica, o que é um absurdo, porque não existe saúde sem saúde na boca. A ciência mostra isso através de evidências muito claras, da importância do exame bucal para que possam ser feitos diagnósticos de doenças sistêmicas e muitas delas com repercussões bucais e repercussões também sistêmicas de problemas bucais.

É importante que isso seja trabalhado no rol de procedimentos da ANS não como um penduricalho, não como um brinde a quem compra um plano

médico, mas, sim, como parte integrante desse plano médico.

O Conselho Regional de Odontologia não aceita cobrança por fora de jeito nenhum. Ninguém é obrigado a ser credenciado em um plano. Se é deve fazer isso conhecendo o contrato; e aceita ou não. Não se pode depois discutir isso com o usuário, que é a parte frágil desta relação.

Por outro lado, a questão dos honorários é complicada. É um pagamento irrisório que as operadoras fazem, é lamentável que isso aconteça. Algumas vezes esse valor é negativo, porque é diferente da área médica em que os honorários são por prestação de serviço. O médico recebe um valor pelo serviço que ele prestou.

Na odontologia isso é diferente, os profissionais são pagos por procedimento, além do serviço que eu presto naquele valor que a operadora me paga está embutido toda a infraestrutura, todo o material de consumo. O hospital do cirurgião-dentista é o seu consultório.

Quando tenho um plano médico, um procedimento cirúrgico num hospital é pago em duas partes: o valor do honorário médico pelo trabalho executado, e o hospital recebe pela taxa de sala e todos os materiais utilizados.

Porém, o cirurgião-dentista recebe um único valor, que embute em toda essa conta os seus honorários, os impostos que ele paga sobre isso, os custos de materiais, os seus auxiliares, que são os assistentes de saúde bucal, ou os técnicos que trabalham juntos e que fazem parte também da formação do preço, luz, água e as salas.

Outra situação é a questão da CBHPO, que é a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos, feita pelo Conselho Federal e entidades de renome com respeitabilidade no Brasil, como a Fipe, e que não é respeitada, assim como a CBHPM na medicina também não é respeitada pelos planos.

Dizem que é impossível o pagamento, fazem reajustes que não são repassados ao profissional.

Os dentistas estão há dez anos sem reajuste. O reajuste deveria ser igual ao reajuste dos usuários nos honorários e um índice conhecido.

Alguns procedimentos odontológicos exigem tratamento em ambiente hospitalar e muitas vezes o plano nega. Quando o contrato do usuário diz que ele tem direito a atendimento hospitalar, não cabe à operadora dizer quem vai fazer esse atendimento. O próprio procedimento exige o atendimento em ambiente hospitalar, ou a condição sistêmica. Um paciente cardíaco que tenha um risco grande de sofrer um infarto durante um atendimento no consultório, não é muito mais seguro, não é muito melhor que o atendimento dele seja feito num ambiente hospitalar? Evidente. Os exames complementares da mesma forma. Chega ao cúmulo de profissionais da área da odontologia pedirem um exame complementar, um hemograma, e quando recebem o resultado do exame, consta como médico requisitante: "Doutor fulano". Mas quem pediu esse exame não foi o cirurgião-dentista? Foi. Mas o plano não paga se o cirurgião-dentista pedir. Então, ele obriga esse paciente a passar por um médico e o médico ter que fazer a requisição, quando também o contrato diz que o paciente tem direito àquele exame e, pela legislação, o cirurgião-dentista tem direito a requerer esse exame, quando da necessidade para o seu procedimento. Sobre a questão dos Raios X. É largamente utilizado para fazer pericia do procedimento odontológico realizado. Quando terminaria o procedimento o paciente deveria ser encaminhado para outro profissional, que faria um exame bucal nesse paciente e o acompanharia. O profissional diz que fez tal procedimento e este segundo profissional vai observar se o procedimento foi feito.

Para evitar pagar esse outro profissional os planos exigem tomadas radiográficas. Existem alguns procedimentos em que a tomada radiográfica é importante, é condição *sine qua non* para que eu possa saber se o procedimento foi realizado ou não, num tratamento de canal, por exemplo. Mas restaurações ou extrações dentárias não precisam de Raios X.

A operadora obriga o paciente a tomar Raios X totalmente desnecessários, que vai fazer mal à sua saúde, para poder provar que o procedimento foi realizado.

Há também o problema das glosas administrativas. Quando o paciente passa por uma pericia e essa pericia constata que o trabalho ou não foi executado ou está mal feito, o plano tem todo direito de glosar esse trabalho e dizer ao profissional que faça novamente.

Mas somente outro profissional da área pode avaliar o trabalho, considerando o conhecimento técnico necessário. Mas as operadoras não passam para outro profissional e, simplesmente, fazem uma glosa percentual, 20%.

O profissional, às vezes, não reclama dessa glosa porque o valor é tão ínfimo e preferem não reclamar. Parece que as empresas jogam com essa margem e ganham em cima disso também.

Depoimento Dr. Emerson Luiz Jorge

Relatou que devido a falta de reajustes na tabela de remuneração, um dentista recebe por um procedimento de Raios X R\$2,47.

O Raios X Peri apical pode ser feito pelo cirurgião-dentista, mas a panorâmica tem que ser num centro de radiologia e são pagos os mesmos R\$2,47 pela tomada radiográfica. Isso não paga nem a película.

Sobre a realização excessiva desse exame declarou que se é feita uma extração de três ou quatro dentes, o plano pede uma radiografia antes do procedimento e uma radiografia depois do procedimento e com isso está expondo o paciente à tomada radiográfica desnecessária. O procedimento foi realizado, o paciente assinou que isso se procedeu, o plano pede a radiografia pós-procedimento e se o colega não realizar, orientando o paciente de que ele não deve ser submetido à tomada radiográfica novamente, o plano glosa o procedimento e não paga o profissional por não ter feito a radiografia final.

Foi proposta uma demanda judicial para tratar da tomada radiográfica. Teve um TAC com relação à Odontoprev. Mas tudo que é judicial é muito mais moroso, e quem acaba sendo prejudicado é o próprio paciente. Outra coisa que também falta, por parte dos planos é a orientação ao consumidor informando o que o plano vai oferecer ou não. Porque ninguém vai ficar lendo dez, quinze páginas de contrato, como também deveria ser obrigação de quem está assinando, ler o contrato. Mas, muitas vezes, o paciente chega e fala: "Não, mas a operadora falou que eu teria direito a esse procedimento, agora chega aqui e eu não tenho". Que falta conscientização de quem está oferecendo o plano.

Depoimento Dr. Celso Russo
Presidente da Associação Brasileira de Odontologia do Paraná

Relatou que e há necessidade de algumas correções das tabelas de procedimentos dos planos de saúde. Os profissionais não têm como fazer um bom serviço e as que fazem se submetendo a esses valores, acabam prestando um serviço de qualidade muito inferior. O conveniado, que não tem nada a ver com isso não sabe. Mas é um trabalho árduo que o cirurgião-dentista tem que fazer para haja qualidade no serviço, porque não é o simples fato de fazer, colocar na boca do paciente. Porque ao invés de estar colaborando com a saúde, estará prejudicando se o material não for de boa qualidade. Esse é um fator importante que faz com que muitos profissionais de qualidade que poderiam estar atendendo nesses planos de saúde descredenciem-se e quem realmente é lesada, é a população. A Associação de Odontologia não é um órgão regulador. Isso cabe ao conselho. Porém, luta pelo bem-estar da classe, pela união da classe, para dar melhores condições para o trabalho de cirurgião-dentista.

Depoimento Dr. Everson Da Silva Biazon
Procurador do Conselho Regional de Odontologia do Paraná

Destacou a situação do atendimento hospitalar. O paciente não é atendido no hospital. Se lá está, por uma enfermidade, o plano não autoriza o procedimento odontológico. O profissional cirurgião-dentista no ambiente hospitalar é uma exigência natural, porque a odontologia faz parte da saúde humana, e é lei no Estado do Paraná, aprovada em 2011, que haja um cirurgião-dentista compondo a equipe multidisciplinar das UTIs - Lei Estadual 16.786/2011.

Como é que ficaria a situação do plano já que é obrigatória a presença de um dentista para atender aquele paciente, e o plano não autoriza o procedimento porque para fins odontológicos não pode ser feito no hospital. É uma reserva de lucro do plano. O Conselho de Odontologia só tem o mecanismo da Ação Civil Pública e questões processuais exigem que seja mais de um caso, mais de um caso a se colocar essa evidência para levar ao Judiciário.

AUDIÊNCIA CPI PLANOS DE SAÚDE DIA 07 DE MAIO DE 2013
INTIMADOS: UNIDAS, ABRAMGE E FENASAÚDE

DEPOIMENTOS 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA
Depoimento Cadri Massuda
ABRAMGE

Relatou que as operadoras de planos de saúde representam 25% da população, 48 milhões e 700 pessoas estão sendo atendidas. É um país como a Inglaterra, como a Itália, como a Espanha sendo atendidas pelas operadoras. Não era assim, quando foi criada a ANS, estávamos com 30 milhões, passamos para 48 milhões, graças principalmente a população da classe C.

Hoje a classe C representa o grande contingente junto com a classe D beneficiários do plano de saúde. E segundo a Revista Veja o plano de saúde é o segundo maior desejo depois da casa própria.

Antes da ANS existir havia 5 mil empresas. A partir de sua implementação a ANS começou a exigir que as empresas tenham suporte financeiro, que as empresas seguissem determinadas normativas. Metade das empresas desapareceu, saíram do mercado.

Não pode existir empresas que não tenham uma boa condição sócio-econômico-financeira. Hoje em dia somos como um banco. Hoje em dia, aqueles que não têm condições de bancar o sinistro têm que fechar. As operadoras têm que apresentar balanços anuais publicados em jornal de grande circulação e balanços auditados. Todos conhecem a situação financeira das empresas.

Não existe mágica no sistema. O usuário paga, a operadora intermedia e os prestadores fazem seus serviços: médicos, laboratórios, hospitais. Os prestadores, que são médicos, laboratórios, hospitais, prestam serviços e este serviço que prestam chama-se *sinistro*. Sinistro, mais a taxa administrativa, que toda empresa tem, este conjunto são as despesas. E receita menos despesas, é o resultado. Agora, quero mostrar alguns resultados. Está é a Revista Exame, da última semana, mostrando a situação, na página 62, das Unimed's Brasil, mostrando que a Unimed Brasil no ano de 2012 faturou 33 bilhões e teve um lucro de 2% no ano, que é 660 milhões. Isto quer dizer o seguinte: 2% se tem um investimento, para recuperar isso, para ter uma recuperação, leva-se 50 anos a 2% de lucro ao ano. E a Amil, que foi vendida e está aí, todo mundo falando, no balanço teve um prejuízo de 161 milhões. Então, a situação não está fácil.

Os dados da ANS mostram que o sinistro das empresas têm girado em torno de 82,4%. As taxas administrativas, em média, 15,1%. A soma dos dois dá 97,5%. Isto quer dizer que as empresas estão trabalhando com uma lucratividade de 2,5% ao ano.

O sistema das operadoras é um sistema perverso. Não se sabe o quanto se gasta. Quando entra uma pessoa num hospital o plano assina um cheque em branco. Não se sabe quanto vai ficar a conta. Fica-se na dependência da doença do cliente. Não se sabe quantos dias vai ficar. Se ficar numa UTI, o custo-médio da UTI varia de 2.500 a 3.000. Se ficar dez dias, 30 mil. Então, é uma dificuldade em organizar as finanças, por causa deste sistema que não te impõe limites.

A pergunta é: 2,5% de lucratividade, mas por que tão pouco? Porque tem um monte de fatores envolvidos e é isso que estamos aqui discutindo. Um dos fatores é a tecnologia. Cada vez mais tem equipamentos novos. E geralmente estes equipamentos de diagnóstico custam muito mais. Hoje em dia, para se ter uma ideia, o Raio X, que é um exame de diagnóstico, está se tornando obsoleto. Estamos tendo que pedir ressonância, tomografia. Os exames cardiológicos, um eletrocardiograma já nem se faz mais direito. Agora tem que fazer angio-ressonância, cintilografia do miocárdio. Isto custa senhores. Saúde não tem preço. Todos sabem. Mas, custa.

Outro fator é o envelhecimento da população. Com estes novos medicamentos e novas tecnologias está dobrando o número de pessoas idosas. E o problema é que o organismo vai envelhecendo e ocorrem doenças crônicas. São doenças que não têm tratamento de cura. São doenças que tem que se levar até o fim da vida. E quanto mais pessoas de idade tiver mais custo vai ter.

O custo de um beneficiário para a operadora é maior nos primeiros anos de vida e depois, a partir de 50 anos, tanto homem quanto mulheres, sobe exponencialmente. Se gasta aproximadamente R\$763,00 até os dezoito anos. Depois, vai para R\$ 5.200,00 o custo por ano, de uma pessoa desta idade.

A medicina hoje é tecnológica. Não é mais humanística. As pessoas estão esquecendo de fazer um exame clínico, uma história adequada, perder um pouco o tempo. Hoje, as pessoas querem exames de diagnóstico.

Meios de comunicação: o "Dr. Google" é presente nos consultórios hoje. Uma pessoa que tem dor de cabeça e faz uma pesquisa no Google para ver o que é a sua dor de cabeça. Pode achar que é um tumor, um derrame. E aí vai ver que para isso ele precisa de uma ressonância, uma tomografia. E ele chega ao médico e diz: *o senhor não vai me pedir isso aqui?* E isso custa dinheiro. No *Fantástico*, toda vez que sai uma reportagem de uma doença, os consultórios desta especialidade se abarrotam de pessoas querendo informações.

Terceiro fator: medicamentos, órtese e prótese. Órtese e prótese, hoje, representam 15% do sinistro. Todos os materiais estão cada vez mais caros, cada vez mais complexos e que se observa que depois de um tempo os resultados são muito parecidos com os que estavam sendo usados. Então, existe uma tendência de inovação. Tudo o que sai novo, sai prescrito. E depois de cinco anos nós vamos ver que os resultados não são tão significativos. A parte de medicamento, hoje, com a nanotecnologia, estamos tendo que pagar medicamentos que custam de cinco a 10 mil por dose/ mês, por um longo tempo. Isso custa dinheiro.

Sobre o rol de procedimentos. Rol de procedimentos nada mais é do que a ANS dizendo assim: vocês vão ter que atender todos estes exames, estes medicamentos. O problema está na atualização desta relação de procedimento. As empresas só conseguem colocar o sinistro ou o cálculo atuarial desses produtos um ano depois. A operadora tem que bancar o que a ANS diz.

Assim como as ilimitadas judiciais. O plano nega o pagamento se o procedimento não estiver no rol, porque foi feito um cálculo atuarial dizendo que o produto pode ser vendido para dar aquela cobertura. Mas os Juizes determinam a realização do procedimento.

Sobre os honorários médicos. Todas as empresas se preocupam com os honorários médicos. O problema é que está havendo uma distribuição dessa pizza de custos cada vez mais perversa. Há 10 anos ou pouco mais, os honorários médicos representavam em torno de 30% dos custos assistenciais. Hoje representam 18%. O restante do dinheiro foi principalmente para os hospitais, com 42%, e para os exames de diagnóstico.

Está provado que 30% dos exames não são nem retirados, eles são feitos e não são retirados. E os outros 50% dos exames são normais. O que está acontecendo é um desperdício de dinheiro, pois poderia muito bem esse dinheiro ser redistribuído entre as partes, principalmente entre os médicos.

Sobre a ANS, quando ela foi criada nós não sabíamos o que iria acontecer. As empresas que eram de fachada, as empresas que não eram profissionais, foram obrigadas ou a se profissionalizar, ou desaparecer. Foi isso que aconteceu, desapareceram 2.500 empresas logo de cara. E depois, com a implementação das normativas as empresas foram obrigadas a melhorar o seu serviço.

Mas a ANS começou a extrapolar a sua função, ela começou a criar tantos braços, tantas pernas, que está se tornando inviável as empresas continuarem acompanhando. Em Pernambuco, por exemplo, tem sete operadoras. Quatro estão sobre gerência fiscal da ANS. A ANS está realmente forçando muito a barra das empresas, de tal sorte que o que se pressupõe é que em 2020 vão sobrar 400 empresas. Está para desaparecer mais de 500 empresas graças a essas intervenções que a ANS está provocando.

Orientar médicos a mudar a indicação de medicamentos e procedimentos

para baixar custos não é ético e as operadoras éticas não o fazem. O que acontece muitas vezes são códigos errados apresentados. Então, chega numa tabela, porque agora existem várias tabelas, tem a tabela MB, tem a tabela CHPM 4ª edição, 5ª edição, 6ª edição e às vezes o médico escreve um código por uma tabela e que você tem que colocar no teu sistema a tabela que está vigente. E aí existe a mudança do código, não do procedimento, porque a mudança do procedimento incorre em sanções éticas, profissionais e junto a Agência Nacional. A apresentação do TIS vai acabar com esse problema porque vai haver tabela única nacional e hospitais, operadoras e médicos vão ter que se adaptar.

Depoimento Sra. Dulcimar de Conto ABRANGE

Complementando a questão da ANS o problema é que um setor é regulado e o resto não. Você tem um tripé em plano de saúde: cliente, prestadores e empresas. Uma é regulada. O auditor vem a cada três meses. O médico não é regulado, o hospital não é regulado, muito menos a indústria farmacêutica que vive, tiraniza, suga esse País.

Desde a pesquisa médica, o paciente recebe durante um período o medicamento para câncer de mama, por exemplo, que custa no mínimo doze mil e quinhentos reais a dose. Quando termina a pesquisa o paciente não tem mais o medicamento se ele não pagar dose mil. A operadora paga. A órtese e prótese. São 73 mil itens que a agência de vigilância sanitária tem cadastrado. Você recebe uma solicitação, a Agência Nacional determina a cobertura. O médico exige que se compre de um fornecedor específico. Mesmo que você tenha outros quatro empresas que oferecem o mesmo material, é necessário que se cumpra a exigência do médico, se não muitos não realizam o procedimento.

Os custos são elevados porque falta regulamentação para as outras duas partes. É simples. E a ANS cumpre o seu papel? Cumpre. Tudo está na lei, isso pode ser comprovado, as multas vão de oito mil a um milhão. Se a ANS é uma agência reguladora da saúde suplementar, o que é que compõe a saúde suplementar? Operadoras de planos de saúde, hospitais particulares, médicos, clínicas e serviços. Tudo isso compõe a saúde suplementar. Então, se só existe norma para um – operadoras – é lógico que vai ter conflito. Agora vai chegar, o Brasil inteiro vai receber o que se chama de ABI, está para chegar nas próximas semanas. Como o cliente vem informado para nós? Pelo número da carteirinha do produto no cadastro. Existem clientes homônimos. Como o caso de uma cliente que se chama Ana Paula de Souza, ela teve um parto em 2003 em Fortaleza. Depois ela teve uma curetagem pós-parto no Rio de Janeiro, em agosto. E em janeiro de 2004 ela teve outra curetagem pós-aborto em São Bernardo. Procuramos essa Ana Paula de Souza, e, pasmem, ela nunca saiu de Curitiba, nunca engravidou, e nós tivemos que pagar três cobranças.

Após investigação, descobriu-se que todas as operadoras que têm como cliente alguém que se chama "Ana Paula de Souza" receberam a mesma cobrança. Se não consegue contestar tem que pagar. O ônus da prova é da operadora.

A ANS preconiza dos 100% de arrecadação até 75%, para a assistência à saúde e os outros 25% para despesas com impostos, despesas administrativas de local e folha de pagamento, enfim, até 5% para comercialização. Hoje, pela própria ANS, acho que nenhum de nós teve esse dado para trazer, a média da utilização da aplicação na assistência é de 82%. Isso divulgado por ela. Então sobram 18% para imposto pessoal, localização e comercialização. Logicamente, que uma Cooperativa tem impostos menores e quando não os paga como é o caso aqui de Curitiba, tem o perdão da Prefeitura Municipal. Não é o caso das demais. A medicina de grupo trabalha sofridamente. Além disso, o investimento em tecnologia é alto, você tem que ter um parque tecnológico, não simplesinho, você não pode ter um sistema de informações simples. Agora, por exemplo, por determinação da ANS até 30 de novembro todas as operadoras do Brasil terão que implantar o padrão de troca de informações chamado Tis 3.0. São cerca de 835 mil códigos para taxas, materiais, medicamentos, num padrão único nacional. Isso é uma oportunidade muito boa, porque não haverá mais espaço para dizer que a cirurgia, por exemplo de um apêndice, uma apendicectomia, a minha taxa compõem isso e do outro médico do outro Hospital acompanha aquilo. É um padrão universal. Acredito que os benefícios disso virão para todos, porque os hospitais, médicos, laboratórios e operadoras vão trabalhar numa linguagem única. Mas o investimento para fazer isso é alto em pessoas, em sistemas informatizados. Há hospitais no interior que fazem prontuários em papel almaço. Ele não vai poder fazer transmissão eletrônica a partir de 01 de dezembro. Esse Hospital não vai mais atender Plano de Saúde. O médico que não tem o computador no consultório, não vai mais atender Plano de Saúde, porque a transmissão é eletrônica, não se requer mais papeis. Há um desconhecimento de onde vai o dinheiro da operadora. Hoje, os medicamentos são administrados por bombas infusoras. Um equipamento é uma segurança melhor para o paciente. As empresas cedem para os Hospitais a bomba gratuitamente. Antigamente se comprava e custava 6, 8 mil, 15 mil reais uma. Hoje, não, o Hospital ganha bomba infusora. O equipamento mais caro custa em torno de 18 reais para uma alimentação.

No BRASÍNDICE, que é o referencial de preço o Hospital cobra 957 reais da operadora. Uma unidade de alimentação parenteral custa em torno de 60, 70 até 84 reais. O Hospital cobra 830 reais. Então a cada dia de uma alimentação parenteral de UTI, só isso já são dois mil e quinhentos. Nota Fiscal de Serviço. Então onde está o ICMS dos Hospitais não vem discriminado, vem para vocês. Não vem. Está se ganhando dinheiro se desperdiçando dinheiro de uma maneira errada essa distribuição

O médico ganha pouco. Ganha, muito pouco. Ganhar 300 reais

para fazer uma apêndice, eu acho um risco muito grande de você abrir uma barriga, colocar ou vídeo para ganhar 300 reais. O hospital ganhou 1.200. Inclusive, porque a taxa de vídeo que é 350, por aí, só para ele ceder o vídeo para o médico, ele já ganhou mais que a cirurgia. Então, vejo, que tem que ter uma distribuição melhor.

Depoimento Sr. Sandro Leal Alves FENASAÚDE

Só em 2012, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, foram realizados quase um bilhão de procedimentos. Ou seja, 996 milhões de procedimentos. Procedimentos esses que são: consultas, exames, internações, terapias. É importante ressaltar que, dentro desse contexto da importância do sistema de saúde suplementar, hoje cerca de 94% do financiamento dos hospitais estão ligados às operadoras de planos de saúde. Lembrando que é pela via dos hospitais onde surgem tecnologias, inovações tecnológicas, procedimentos, enfim, tem um lado muito positivo em termos de melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Mas por outro lado, tem custos. Então, é um setor que contribui fortemente para inovação tecnológica da saúde brasileira. Esse sistema, Nobre deputado, para que ele seja sustentável ele tem que funcionar na base do seguro. As pessoas muitas vezes confundem um pouco o sistema de seguro, que é o mutualismo, com o sistema de acumulação, como se fosse uma previdência. Não é. Ele funciona quase que estritamente como um seguro, tem algumas diferenças. Mas a base do sistema, e a gente pode rapidamente lembrar, é a base securitária. Em primeiro lugar o custo desse produto só vai ser conhecido no futuro. Daí o surgimento da profissão dos atuários, que são basicamente estatísticos e matemáticos que, com base em dados históricos, conseguem prever de certa forma o custo que vai ter lá na frente. Por que isso é importante? Por que vendemos um produto e lá na frente tem que pagar. Se eu vendo um produto que o preço não é o preço mais correto, eu não posso vender um produto de plano de saúde a um preço muito baixo porque senão, lá na frente, quando esses eventos se concretizarem, se materializarem, a empresa não vai ter como pagar, ela não vai ter como arcar com essas despesas de internação, por exemplo. Então, é preciso que a técnica atuarial esteja presente dentro das operadoras para garantir que esses eventos contratados sejam efetivamente pagos lá na frente.

O preço desse seguro é formado pelo o custo daquele risco assistencial, na verdade, de todos aqueles procedimentos que devem ser cobertos, que são contratados, que estão no rol de procedimentos da ANS, acrescido da margem para outras despesas, por exemplo, a despesa para administração dessa mutualidade, despesas internas para contratação de pessoas, para funcionamento da empresa, com a despesa de comercialização daquele produto, e mais uma margem de lucro para remunerar esses investimentos que são majoritariamente privados, são voluntários, as pessoas que pagam por isso.

A saúde suplementar e a saúde privada, hoje, responde por mais da metade de todo orçamento global da saúde. E esse desenvolvimento só foi possível porque as pessoas acreditaram nisso. O empreendedorismo brasileiro médico, basicamente, acreditou no desenvolvimento do sistema e, por conta disso, deve também ter a sua remuneração como também já foi visto aqui. Por fim, o princípio do mutualismo estabelece uma regra básica estatística. Não podemos só, aqui, nesta mesa, fazer um seguro, um plano de saúde. Por que somos poucos. Para que esse seguro funcione nós temos que ser muitos para que, na ocorrência de um evento, todos aqueles possam pagar, todos aqueles que não estiverem relacionados aquele evento possam, então, pagar uma quantia menor para ter então acesso a todos esses recursos que a saúde privada proporciona.

O grande problema hoje são os custos crescentes. Custos esses que não são privilégio do Brasil, não são privilégio do setor privado. Ao contrário, é uma tendência secular de aumento de despesas em saúde e universal, todos os países do mundo estão preocupados com isso.

Esses são dados da FENASAÚDE. Quer dizer, em termos de receita, de 2007 para 2012, essas receitas cresceram cerca de 117%. Ao mesmo tempo, as despesas totais cresceram 129%, as despesas com a prestação da assistência cresceram 133%, ou seja, mais do que as receitas.

Mas o que eu gostaria de chamar a atenção aqui é que o item que mais vem crescendo, nos últimos tempos, está relacionado às internações. Esse é o ponto, em termos globais. Vamos tentar ampliar a discussão, se me permite, para depois conseguirmos visualizar a questão dos honorários, que é um item, enfim, de bastante reivindicação, compreendemos isso, mas dentro desse contexto global as internações têm assumido um papel bastante preocupante.

Por que cresce tanto essas despesas? Em parte por conta do envelhecimento da população que, felizmente, está sendo alcançado graças a investimentos que foram feitos lá atrás em inovação tecnológica, pesquisa médica, pesquisa clínica. Estamos chegando num ponto em que se deslocamos essas faixas etárias para as faixas etárias mais superiores, nos estudos que a FENASAÚDE produziu, mostramos que só o efeito desse envelhecimento tem um impacto em custo de cerca de 43%.

Diante disso, as empresas não podem ficar paradas. Assim como as empresas de Previdência, vamos passar um período do bônus demográfico, que é um período muito curto, que temos que resolver muitos problemas, um deles está aqui: como dar a melhor assistência para essas pessoas que estão chegando nesse tipo de situação onde prevalência de doenças crônicas é maior?

Na FENASAÚDE que a prevenção é o caminho mais correto para se pelo menos mitigar alguns desses problemas. E a prevenção é uma decisão da operadora em tentar trazer esses programas, e nós temos feito isso,

mas, principalmente, do beneficiário, do usuário que tem que se engajar na adoção de hábitos saudáveis e etc. O que a gente vem observando é que a variação dos custos na área médica está bem acima dos índices de inflação preconizados aí para efeito de política econômica, enfim, que no caso é o IPCA.

A Agência Nacional de Saúde foi criada em 2000 e ela fez um trabalho importante do ponto de vista de evitar que aventureiros entrassem nesse setor. Por que ela estabeleceu regras para entrada. Antigamente, não existia nada disso. Agora, as empresas têm registro na ANS, uma segmentação, o produto tem que ser calculado *atuariamente*, tem que ter o selo da ANS, a ANS tem que referendar a venda daquele produto.

A empresa tem que ter um respaldo financeiro para poder vender aquele produto. Para você se manter nesse mercado uma série de dados é exigida trimestralmente, mensalmente, os bancos de dados, as empresas investem recursos na melhoria de banco de dados. Se por algum motivo a empresa não está com uma boa situação financeira, a ANS vai lá e intervém, ela acompanha mensalmente a liquidez dos pagamentos. É um controle bastante intenso em cima das operadoras de planos de saúde. Para alterar a rede você tem que informar a ANS.

Recentemente, passou a vigor a regra que determina a de criação de Ouidorias. Quer dizer, a tendência para manutenção desse setor é uma tendência crescente de regulação, tendo em vista que a demanda da sociedade aumentou. As expectativas sociais com relação à saúde suplementar estão cada vez maiores e tendem a crescer. E se uma operadora de plano de saúde não consegue cumprir todos esses requerimentos regulatórios será ser retirada do mercado. AANS pode retirar essa operadora do mercado de assistência e saúde.

Quanto aos reajustes oferecidos, eles vêm sendo em média acima dos índices de inflação. Considerando o período de 2005 a 2007, enquanto o IPCA mediu uma inflação de 41,9%, os reajustes dos honorários médicos, praticados pelas empresas da Fenasáude, devem ser cerca de 71%.

De junho a junho, pegando aqui 12 meses, fazendo para um período mais recente, as empresas estão fazendo um esforço de recomposição dos honorários médicos, enquanto o reajuste foi de 14%, nesse período o ITCA, então, foi de 6,1%.

Se tomarmos como média um valor de reajuste, um valor de consulta de honorários de R\$60,00, imaginando que um profissional médico, ele consiga fazer uma consulta em 30 minutos – o recomendado até é uma hora, mas na verdade, 30 minutos, se você imaginar no final, a remuneração desse médico, beira ali R\$21 mil/mês. Só para trazer uma média da realidade da Fenasáude. Quais são os limitadores e os desafios? Por que não dá para sair de 60, ir para 120, ou para 400? Qual é a realidade, o limite que não são informes aí? De forma geral, tivemos em um período recente, uma migração importante que aconteceu nesse País, entre as classes econômicas. Uma ascensão social que permitiu a um número maior de pessoas o acesso a serviços, a consumo e ao plano de saúde, como já foi dito, um dos itens mais desejados por essa população.

Muitos novos consumidores passaram, então, a integrar e demandar dos planos de saúde esse serviço. Um limitador para que esse sistema avance e tenha a sua sustentabilidade garantida, passa por um lado por uma mudança de cultura, com uma maior responsabilização desse novo consumidor de plano de saúde, que antes não tinha acesso e passa também por investimentos privados, eminentemente, na rede. Quer dizer, embora a gente tenha uma rede que ainda é suficiente, são dados da própria ANS, mas se a demanda começa a crescer a um nível muito acelerado, a gente vai ter que criar mecanismos, para que a rede hospitalar e privada possam também atender toda essa nova demanda, que está por vir e isso é desejável.

Mas respondendo a questão de impossibilidade de se aumentar o honorário médico, a razão é que existem algumas despesas que estão concentrando grande parte do fluxo de recursos desse sistema privado: materiais, medicamentos, as órteses e próteses. É essa regulação que está falha. Porque permite que haja desperdício, permite que haja uso indiscriminado, indicações não baseadas em protocolos efetivos, em custo efetividade do medicamento e que acabam inibindo o crescimento do próprio honorário médico. Porque grande parte dessas órteses, dessas próteses, elas passaram a entrar no negócio, a venda, a comercialização dessas órteses e próteses passou, então, a ser uma espécie de um item de remuneração de muitos hospitais. Passou a ser um negócio muito lucrativo, para determinados setores comercializarem, indicarem órteses, próteses, materiais e medicamentos. Essas indicações muitas vezes são feitas sem muito rigor do ponto de vista científico. Esse é um grande desafio que esse setor tem, em tentar imaginar uma recomposição melhor para honorários médicos, na nossa visão implica em reordenamento dessa estrutura de despesas do setor.

Depoimento Mauro Pereira UNIDAS

A Unidas Nacional representa em torno de cinco milhões de usuários, no Paraná em torno de duzentas e trinta mil pessoas, como a entidade sem fins lucrativos e a maioria das empresas é patrocinada por órgãos federais, estaduais e municipais.

Por conta disso, graças a um trabalho que a Unidas tem feito, são vistos com outros olhos pelos médicos, com um relacionamento bem tranquilo. Seu objetivo é atender o usuário. A sua renda só vem de contribuição do associado e da patrocinadora, não vem de nenhum outro lugar. Expõem que a ANS se expressa de uma forma muito complicada, o que tem prejudicado bastante, não só as entidades de grupo, mas de autogestões. AANS enxerga só um lado. A Unidas não é uma operadora, é um órgão que congrega entidades de autogestão, que são entidades sem fins lucrativos

AUDIÊNCIA CPI PLANOS DE SAÚDE DIA 21 DE MAIO DE 2013 INTIMADOS: UNIMED PARANÁ E UNIODONTO

DEPOIMENTOS 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA Depoimento Dr. Orestes Barroso Medeiros Presidente da Unimed Paraná

Os médicos que compõem a Unimed são donos das cooperativas respectivas a que estão filiados. Sendo assim cada cooperativa paga o que acorda com seus sócios utilizando por base a nomenclatura da classificação Brasileira e hierarquizada -CBHPM- que é uma orientação das próprias associações de classe. Em última instância a própria orientação dos médicos que determinará a definição de valores a serem recebidos, uma vez que essa produção que é revertida em sobras, cooperativas não têm lucros, tem sobras e elas são distribuídas.

Todas as decisões da cooperativa, inclusive de patrocínios nesse ou naquele setor são tomadas pelos órgãos colegiados responsáveis e em última instância aprovados por suas assembleias. Uma Unimed não tem poder nenhum sobre as outras, elas são independentes e totalmente autônomas, algumas têm 1 milhão de clientes ou mais, outras são pequenas e não chegam, por vezes, a ter menos de 10 mil beneficiários. A Unimed é a maior experiência cooperativista em área de saúde um todo mundo e também a maior rede de assistência médica no Brasil, presente em 83% do território nacional.

Ressaltou o relevante serviço que essas Cooperativas prestam no âmbito dos Municípios Paranaenses. Os recursos que as Cooperativas captam da sociedade civil tem retornado integralmente as regiões onde elas estão inseridas. Este retorno tem contribuído de maneira muito importante, para que a sustentação econômica de milhares de médicos, centenas de hospitais clínicos e laboratórios, além da manutenção de milhares de postos de trabalho direto ou indiretamente vinculados às atividades de saúde. Além disso, as Cooperativas constituem hoje importante segmento contribuinte de impostos por exercerem suas atividades estritamente na formalidade. Informou que considera a ida da Comissão para o interior extremamente importante, porque às vezes muitas das questões se resumem muito em questões pontuais dentro de uma unidade. Por exemplo, em Curitiba, a capital que é a maior e as vezes se esquece toda essa abrangência Estadual que os Sistema tem.

Apresentou dados sobre a cooperativa. Dados auditados e que representam a evolução do sistema ao longo dos anos de 2008 até 2012. Em 2008 o sistema Unimed no Estado do Paraná e o conjunto de cooperativas faturou um bilhão, quinhentos e sessenta e um milhões, oitenta e sete mil e seiscentos reais (R\$ 1.561.087.600,00). Em 2012 faturou dois bilhões, seiscentos e setenta e nove milhões, sessenta e nove mil e novecentos e setenta e oito reais (R\$ 2.679.069.978). Isso dá uma evolução da receita de 2008 até hoje de 71,6% na receita das cooperativas no Estado do Paraná. Se compararmos isso com os números GPM à variação que houve no período, o GPM foi 36,13%, IPCA 31,85% numa variação da INS acumulada de 39,7%, que são os reajustes permitidos pela agência. É importante o aumento de receita das cooperativas nesse período. Por outro lado os custos assistenciais que as cooperativas tiveram nesse mesmo período de 2008 a 2012 saiu de um bilhão, trezentos e quarenta e oito milhões (R\$ 1.348.000.000,00) em 2008, para dois bilhões, trezentos e quarenta e dois milhões (R\$ 2.342.000.000,00) em 2012, ou seja, uma variação de 73,7%, portanto acima do aumento de receita que ela teve, neste mesmo período.

Apresentou a evolução das despesas administrativas, todas elas, do sistema Unimed no Paraná. Saiu de duzentos e vinte e dois milhões e oitocentos e trinta e nove mil de reais (R\$ 222.839.000,00) para trezentos e vinte e sete milhões e oitocentos e dez mil reais (327.810.000,00) em 2012, numa variação de 47,1%.

O Sistema Unimed está fazendo um esforço danado para reduzir despesas. Aumenta-se o volume de arrecadação dentro das cooperativas, mas por outro lado a despesa assistencial tem efetivamente suplantado a possibilidade de aumento de receita.

Apresentou um gráfico que mostra a renda média do cooperado. Saimos, em 2008, de uma renda média *per capita* anual de R\$ 67.316,00 para em 2012, uma renda média *per capita* de 103 mil e 171. Isto dá um aumento, nos valores repassados aos cooperados, de 53,26% neste período. Relatou a evolução do número de médicos cooperados no Estado do Paraná, que aumentou de 2008 para 2012, 9,18%. Saiu de 8.616 para 9.407 médicos cooperados. A evolução da quantidade de beneficiários, também, de 2008 a 2012, cresceu 26,3%, saindo de 1 milhão e 105 para 1 milhão e 390, que é o número de hoje.

Sobre as consultas médicas apresentou duas tabelas, uma de 2011 e uma de 2012, mostrando o valor médio de consulta médica praticada em cada uma dessas cooperativas, e a evolução que ela teve.

Chamou a atenção para o caso da Unimed Vale do Piquiri. Uma Unimed pequena que tem 23 cooperados e sete mil beneficiários em média. Em 2001 ela pagou uma média de consulta de oitenta e seis reais, e em 2012 essa média caiu para setenta e seis reais. O que a Unimed Vale do Piquiri fez que ela diminuiu o valor da consulta? Ela comprou um hospital, ela investiu em hospital, ela está investindo em recurso próprio. Então, há um acerto com seus cooperados e diminuiu o valor de repasse para que ela possa investir no recurso próprio para os seus cooperados poderem trabalhar. Declarou que isso está acontecendo em várias cidades do Paraná. Hoje a UNIMED tem seis hospitais próprios. Em Paranavai é assim, Foz do Iguaçu é assim, Ponta Grossa é assim, Cornélio Procopio também inaugurou

agora um hospital.

Considera importante que a CPI entenda essas variações, porque os valores que eventualmente diminuam da receita são investimentos que a própria cooperativa está fazendo, e isso ela define dentro das suas assembleias, dentro dos órgãos colegiados.

Não existe um valor fixo da consulta no Estado. O valor depende de cada cooperativa, da realidade de cada discussão entre aquela cooperativa e os seus cooperados. Por isso que eventualmente em alguma situação pontual pode ter reclamação, e a gente sabe que existe, nós temos conhecimento disso. Mas em razão da forma de trabalhar as cooperativas é assim que funciona.

Sobre a ANS relatou que a Agência trouxe um enorme benefício para o setor. Primeiro a regulação de um setor que funcionava há mais de 50 anos, completamente desregulamentado. Havia mais de duas mil (2.000) operadoras. E quando a Agência começou a atuar o processo regulatório começou e as empresas começaram a viver sobre uma nova realidade. A Agência veio para regulamentar o mercado. Era um mercado que precisava ser regulado realmente, ele tem características muito especiais na área de saúde. Não é uma regulação tão simples, tanto que ela vem acontecendo já desde 2000.

Nós ainda não temos um modelo perfeito de regulação. Mas acho que a Agência teve um papel fundamental.

As operadoras foram reguladas baseado em conceitos de seguro. Então se você olhar hoje uma seguradora as reservas que ela tem que fazer, todas as obrigações percebe-se que o sistema hoje de operadoras e plano de saúde, ele está muito similar à questão e seguros.

Só tem algumas diferenças, no caso das Unimed, por exemplo, quando você faz um seguro de um carro, ou um seguro de vida, você estipula qual é o valor que vai ser segurado. Quando você faz um seguro na Unimed, ou as operadoras de Plano de Saúde, elas entram, por exemplo, oferecendo o serviço, nós não temos o valor dessa conta.

Essa conta pode custar mil reais (R\$ 1.000,00), ou esse paciente se internar num hospital e ficar um mês numa UTI e custar um milhão de reais (R\$ 1.000.000,00). A UNIMED tem o que chamamos *Fundo de Alto Custo*, e trabalhávamos com valores em torno de R\$ 30 mil. Hoje estamos falando em valores acima de R\$ 300 mil. Não há uma previsão muito clara de gastos. Por outro lado, temos que dar assistência, ou seja, a obrigação das operadoras é dar assistência.

Hoje existe na ANS aproximadamente cinco bilhões de reais (R\$ 5.000.000.000,00) em reservas das operadoras bloqueados na agência. Temos pedido e estamos trabalhando no sentido de que libere parte destes recursos, que possam ser aplicados na assistência, por exemplo, hospital. Sabemos a situação do interior. Os hospitais estão desaparecendo, os leitos hospitalares estão desaparecendo. Queremos recursos para investir em leitos, para garantir a assistência. Não estamos encontrando, na agência, respaldo suficiente para podermos utilizar recursos nossos que estão bloqueados.

Sobre os patrocínios oferecidos pelas cooperativas, como é o caso da UNIMED Rio, declarou quer cada decisão parte de uma cooperativa isoladamente.

Sobre a questão da judicialização declarou que o Secretário de Saúde tem passado apuros aí com relação à judicialização. O modelo de atenção hoje no Brasil, focado em especialistas, em especialidades não dá chance, eventualmente, para que quando chegue a um especialista já chegue com alguma determinação de qual foi o diagnóstico, como é que isso pode ser tocado para frente, uma orientação para aquele profissional.

Então, existe a questão do mau uso da tecnologia e que, obviamente, tem uma rede de advogados já preparados para entrar com as ações. Nós temos um caso da Unimed Curitiba, em que um profissional no ano de 2011 gerou mais de treze milhões de reais (R\$ 13.000.000,00) via liberação judicial de medicamentos *off label*, medicamentos que não tinham indicação para aquele caso e que o juiz teve que dar.

O Conselho Nacional de Justiça criou uma Comissão aqui no Estado do Paraná que vem trabalhando na tentativa de mostrar aos juizes, diretrizes corretas baseadas em evidências, para que ele possa fundamentar a sua decisão.

Sobre a questão de investimentos em propaganda e patrocínios, declarou que a Unimed Rio usa uma alíquota de 1% para investimento na área de marketing. A maioria das cooperativas do Paraná o investimento em marketing talvez chegue a 0,3%, 0,2% dentro do orçamento que é feito. Mas a Unimed Rio faz 1%. Não sei se alguém tem números de outras empresas, mas os investimentos giram, em algumas empresas, até 2% do faturamento eles aplicam em publicidade. Se falarem que trinta e cinco milhões é muito dinheiro? É muito dinheiro, com certeza. Mas para quem fatura três bilhões e meio! A Unimed Rio teve sobra.

Depoimento Paulo Henrique Cariani Presidente da Uniodonto Paraná

Na cooperativa odontológica e a cooperativa médica a formação é a mesma. Porém a odontologia tem um valor de custo bastante inferior. Hoje o sistema Unidonto nacional é composta por 120 Unidontos. Desses 120 temos 89 Unidontos que têm um número de usuários abaixo de 20 mil. Há 23 Unidontos que têm o número de usuários entre 20 a 100 mil usuários. E somente 5 Unidontos que estão acima de cem mil usuários.

A Uniodonto Paraná é uma instituição. Ela não é uma operadora de vidas. Então, ela não tem atendimento nem cooperados. Ela é uma representante na hierarquia das cooperativas. É uma cooperativa de 2º grau. Hoje temos 4 operadoras de planos odontológicos no Paraná. No passado tivemos 14. Infelizmente, hoje, nós temos somente a Uniodonto Curitiba, a Uniodonto

Londrina, a Uniodonto Maringá e a Uniodonto Ponta Grossa.

No passado tivemos a Uniodonto Foz do Iguaçu, a Uniodonto Cascavel, a Uniodonto Paranavai, a Uniodonto Umuarama, a Uniodonto Pato Branco, Cornélio Procopio, Apucarana. Porém, com o advento da ANS o mecanismo de operadoras foi alterado. Houve um custo, um acréscimo do custo da operação e pelos valores do ticket odontológico ficaram inviáveis alguns setores nas cooperativas odontológicas.

Hoje a nossa massa está distribuída da seguinte maneira: a Uniodonto Maringá, nós temos 94 cooperados, 12.530 beneficiários e ela não apresenta nenhum processo no Procon de usuários; a Uniodonto Londrina, ela tem 181 cooperados, 14.309 beneficiários e não apresenta também nenhuma situação no Procon; a Uniodonto Ponta Grossa, ela tem 78 cooperados, 8.849 beneficiários e nenhum problema no Procon; e a Uniodonto Curitiba, que tem 420.105 beneficiários, hoje, um total de 1.606 cooperados e todas as situações perante o PROCON, elas estão de 2010, 1.108 cooperados e até 2013, nós só temos uma ação no Procon encerrada.

Todas as nossas operadoras, hoje, do Estado, apresentam o IDSS – Índice de Desempenho de Saúde Suplementar acima, a nota máxima.

O custo assistencial hoje está na faixa de 60, 65% de sinistro, que é pagamento ao cooperado de trabalhos assistenciais. A média das operadoras hoje fica em 50%. Procuramos sempre ter um pagamento adequado e tentar criar sempre um diferencial, em termos de pagamento.

Depoimento Paulo Stoelr - representante da Ocepar (Organização das Cooperativas do Estado do Paraná) e consultor jurídico da Federação das Cooperativas

Ressaltou quatro pontos que entende serem importantes, principalmente, para análise dos Deputados sobre a questão.

É importante ressaltar que a Sociedade Cooperativa é uma sociedade diferente das sociedades empresárias. De fato "sui generis" mista. Ela tem alguns aspectos de S/A, alguns aspectos de Ltda., alguns aspectos, inclusive, de Associação. O que vem a ser uma Cooperativa. Ela nada mais é do que uma sociedade construída pelos seus membros os cooperados, para ligar atividade econômica do cooperado ao mercado. Então ela não tem atividade econômica própria distinta dos seus cooperados como são as Ltda., S/As, e Sociedades Empresárias, elas se confundem, uma figura que se confunde com o próprio cooperado.

Por exemplo, estamos hoje aqui falando do ramo saúde, mas poderíamos falar do ramo agropecuário também. A Sociedade Cooperativa ela não produz nenhum tipo de grão na Cooperativa Agropecuária, quem produz é o cooperado. O que é que ela faz, liga o produto do cooperado ao mercado. As de saúde é a mesma coisa, todas as Cooperativas são iguais. As Unimed e Unidontos, não praticam odontologia ou medicina, elas ligam os médicos, os dentistas ao mercado.

Então não tem na verdade a finalidade lucrativa, inclusive, é proibida por lei a finalidade lucrativa, então ninguém lucra, a sociedade não lucra. Quem lucra o dono do produto, do serviço. Esse produto ou serviço é colocado através da cooperativa no mercado. E como é que são esses preços. O mercado que dita ou mesmo a ANS que dita.

5. CONCLUSÕES

5.1 ENTIDADES REPRESENTATIVAS DOS MÉDICOS E CIRURGIÕES DENTISTAS

As entidades representativas da classe médica apresentaram diversas denúncias baseadas nos documentos acima relacionados.

O Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná apresentou um dossiê contendo o histórico das paralisações realizadas no ano de 2012 bem como informações sobre o setor demonstrando o crescimento das atividades do setor de saúde suplementar nos últimos anos.

Segundo os documentos apresentados a lucratividade do segmento cresce em média 14% ao ano, faturando R\$ 82,4 bilhões em 2011. O acúmulo de crescimento é de 192% de 2003 a 2011, enquanto o valor médio paga pela consulta teve crescimento de 65%.

A Associação Médica do Estado do Paraná apresentou documento contendo um estudo do valor real da remuneração dos profissionais médicos.

Considerando todos os custos do exercício da profissão o lucro do médico para uma consulta de R\$ 50,96 (cinquenta reais e noventa e seis centavos) – média paga pelas operadoras – é de apenas R\$8,92 (oito reais e noventa e dois centavos).

Apresenta também denúncia de ingerências na formação de preço das operadoras que para conseguir valores competitivos na mensalidade reduzem ao máximo os custos com medidas como a fixação de honorários extremamente baixos para os médicos – entre R\$ 36,41 (trinta e seis reais e quarenta e um centavos) e R\$ 50,92 (cinquenta reais e noventa e dois centavos). No referido documento, consta ainda, denúncia feita a ANS pela Comissão Estadual de Honorários Médicos e a respectiva resposta, que será analisada em momento oportuno.

No que tange aos cirurgiões dentistas, a remuneração que estes profissionais recebem não cobre o valor das custas com a prestação de serviços (despesas com material, impostos, riscos com a responsabilidade civil, moral e ética).

As empresas mantenedoras dos seus próprios planos odontológicos através de suas Fundações e Associações (Itaipu e Copel, por exemplo) parecem ter as tabelas de remuneração aos profissionais da Odontologia mais aceitáveis. As tabelas das outras operadoras são parecidas e em alguns momentos parecem não cobrir nem as despesas com o custo do material

dos procedimentos tradicionais. Justamente por isso muitos dentistas não conseguem utilizar a tecnologia mais avançada no tratamento de seus pacientes, que acelerariam o atendimento e melhorariam a qualidade do procedimento.

Os profissionais ouvidos por esta Comissão relataram que tratamentos que envolvem custos de laboratórios se tornaram praticamente inviáveis, considerando que não conseguem contratar um laboratório de qualidade pelo preço pago pelo convenio, levando em consideração que a responsabilidade do trabalho final é sempre do cirurgião dentista.

Outra irregularidade apurada é o fato das operadoras exigirem dos dentistas as tomadas radiográficas (inicial e/ou final) exclusivamente para comprovar a realização dos procedimentos relatados pelo profissional, quando da solicitação do repasse de seus honorários. O paciente fica exposto à radiação desnecessariamente e o dentista recebe por essas radiografias um valor tão defasado que não cobre sequer os custos com a película utilizada na realização do exame.

Além disso, as operadoras não autorizam a realização de procedimentos de ordem odontológica em ambiente hospitalar, mesmo quando os pacientes possuem um plano que oferece tal cobertura, contrariando o disposto no artigo 12, I e IV da Lei nº 9.656/98.

Em suma, de um lado há um usuário que paga pouco mas que exige ser bem atendido e por outro lado existem profissionais sérios, responsáveis e dedicados que ganham pouco, mas carregam toda uma gama de responsabilidades ao assinar um contrato com essas operadoras de planos de saúde.

5.2 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

Esta Comissão requisitou a ANS por meio do Ofício nº 24 relatório pormenorizados das penalidades aplicadas às operadoras de planos de saúde atuantes no estado do Paraná. Deveriam constar obrigatoriamente as seguintes informações: as penalidades aplicadas às operadoras nos últimos 12 meses; o motivo da aplicação da penalidade; valor ou tempo da penalidade aplicada; cumprimento da penalidade ou situação em que se encontra.

Em resposta, a Agência enviou uma planilha na qual apresenta os processos e as multas aplicadas às operadoras de planos de saúde no período de 2003 a 2012.

No corpo do ofício o Diretor Adjunto de Fiscalização, Sr. Dalton Coutinho Callado, afirma que a instituição não dispõe de ferramenta hábil a gerar as informações acerca do motivo de aplicação das penalidades, sugerindo que esta Comissão por si mesma fizesse o levantamento das informações através de consulta pública no site da ANS na internet.

A despeito de ter enviado o relatório das multas aplicadas às operadoras, a Agência Nacional de Saúde Suplementar sonegou as informações solicitadas, considerando que as tinha em seu poder, apenas não da forma mais conveniente e prática de ser compilada e enviada nos parâmetros solicitados.

O artigo 2º da Resolução Normativa da ANS nº 124/2006 prevê que os infratores da legislação a que é submetida a saúde suplementar estão sujeitos à: advertência, multa, cancelamento de autorização de funcionamento e alienação de carteira, suspensão do exercício do cargo, inabilitação temporária para o exercício do cargo, inabilitação permanente para exercício do cargo (esses últimos nos caso dos administradores). Não há no documento apresentado qualquer referência as demais penalidades passíveis de aplicação. A ANS limitou-se a informar as multas em formato incompatível com o solicitado. A planilha é incompleta e contraproducente demonstrando a desídia da entidade.

O relatório solicitado tinha como escopo promover o levantamento das principais ilegalidades cometidas pelas empresas, relacionando a gravidade da infração com a coerência da penalidade aplicada, bem como verificar qual é a operadora com o maior número de processos.

Sendo assim, o documento enviado pelo órgão responsável pela regulação do setor de saúde suplementar não atendeu às informações solicitadas, que felizmente puderam ser levantadas mediante outros documentos e depoimentos de representantes de outras entidades envolvidas neste contexto.

Em resposta ao Ofício nº 23 enviado pela CPI solicitando respostas aos quesitos necessários ao deslinde dos trabalhos a ANS informou o que segue. Quanto ao contrato de prestação de serviços celebrados entre os médicos e as operadoras a ANS informou que existem três resoluções normativas estabelecendo os termos em que deve se dar a relação jurídica: RN nº 42/03; RN nº 54/03 e RN nº 71/04.

Respondeu que as ações fiscalizatórias são de competência da Diretoria de Fiscalização, departamento da ANS que teria competência apenas para fiscalizar se os contratos estão adequados com a legislação, devendo a parte afetada recorrer ao judiciário para solucionar irregularidades.

Nenhuma das três normativas apresentadas determina penalidades pelo descumprimento de seus dispositivos, mesmo sendo atribuição da ANS estabelecer penalidades para a inobservância do regimento que ela cria, nos termos do artigo 4º, XLI, f da Lei nº 9.961/2000.

Informou que em 2010 iniciou o Programa de Monitoramento de Contratualização (PMC) com o objetivo de analisar instrumentos jurídicos das trinta maiores operadoras do setor. Porém foi omissa ao apresentar como resultado desta ação apenas a informação de que 22 operadoras foram representadas; 03 ficaram pendentes de adequação e 05 operadoras adequaram os instrumentos jurídicos.

A Agência não apresentou os nomes das operadoras investigadas apenas informando que o detalhamento das operações de fiscalização deveria ser solicitado junto a DIFIS – departamento da ANS.

Fazendo um comparativo entre as Normativas nº 71/04 e 49/12, conforme o solicitado por esta Comissão, a Agência informou que a primeira prevê as cláusulas obrigatórias que devem constar nos contratos das operadoras com os profissionais de saúde; ao passo que a Normativa nº 49/12 regulamenta o critério de reajuste previsto na RN nº 71/12.

Ambas as resoluções determinam a obrigatoriedade da cláusula de reajuste nos contratos dos prestadores de serviços, mas nenhuma delas prevê qualquer sanção para o descumprimento das determinações.

Sobre a cobrança não institucionalizada de honorários pelos profissionais médicos; registro de reclamações de prestadores de serviço; informações sobre custas e arrecadação das operadoras; diretores técnicos dos planos de saúde prazo para agendamento de consulta e descredenciamento, a ANS limitou-se a citar o departamento responsável, sem prestar qualquer informação, como se não fosse possível o encaminhamento da solicitação ao setor responsável para que um dossiê completo fosse entregue a esta Comissão.

Em resposta ao Ofício nº 22/2013 a ANS informou que a Consulta realizada pelo Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná se deu na forma do encaminhamento de duas denúncias pela Comissão de Honorários Médicos solicitando a averiguação de descumprimento da Resolução Normativa nº 71/2004 pelas seguintes operadoras: AMIL; CAIXA DE ASSISTÊNCIA AOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL; FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL; FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ E SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO E SAÚDE.

A Agência informou que essas denúncias deram origem aos processos nº 25782.009434/2010-26 e 25782.010107/2010-17, que já se encontram arquivados ao passo que as denúncias continuam sendo apuradas mediante os seguintes procedimentos:

1) Autos nº 33902.367251/2011-28. Trata das irregularidades cometidas pela AMIL ASSISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL – A operadora foi oficiada para apresentar cópia de 05 (cinco) instrumentos jurídicos celebrados com prestadores de serviços médicos. A empresa não se manifestou e sua conduta deu origem a uma representação que se encontra na Gerência de Fiscalização Regulatória da ANS, sem nenhum desfecho até o momento em que as informações foram enviadas. A Agência não informou o número da representação para acompanhamento.

2) Autos nº 33902.098170/2010-91. Relativo à operadora SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO E SAÚDE. A operadora não apresentou os documentos no prazo devido, razão pela qual foi representada pela ANS. Após apresentados os documentos a empresa foi novamente representada por não cumprir as regras estabelecidas para a formalização dos instrumentos jurídicos firmados com os prestadores de serviço.

3) Autos nº 33902.105235/2010-62. A FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ adequou seus contratos de prestação de serviço e o processo foi arquivado.

4) Autos nº 33902.12850/2006-40. A CAIXA DE ASSISTÊNCIA AOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL foi multada em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) pela ausência em seus contratos de cláusula contemplando a periodicidade dos reajustes da remuneração dos prestadores de serviços.

5) Autos nº 33902.105242/2010-64. A FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL foi representada em decorrência da verificação de diversas irregularidades nos contratos firmados com seus prestadores de serviços. A ANS não detalhou a informação.

Em 25 de junho de 2013 esta comissão teve notícia através do jornal O Estado de São Paulo de que as operadoras de planos de saúde se aproveitam de uma brecha na regulamentação da ANS para determinar reajustes abusivos à algumas categorias de beneficiários.

Segundo o Instituto de Defesa do Consumidor as operadoras ofertam ao consumidor planos coletivos formado por pessoas da mesma família ou até mesmo vizinhos. Como esta modalidade de serviço não está sujeita à legislação vigente as operadoras cometem toda sorte de abusos como o reajuste exorbitando do valor das mensalidades de a cobrança de uma taxa por sinistralidade.

Em suma a Agência Nacional da Saúde promoveu grande avanço na esfera da saúde suplementar ao retirar de circulação muitas empresas que não tinha capacidade financeira nem idoneidade para atuar no setor. Porém, é omissa e falha em inúmeros aspectos que caberia a ela fiscalizar e promover o bom funcionamento.

5.3 OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Os representantes das operadoras de planos de saúde apresentaram denúncias de situações que repercutem diretamente na qualidade do serviço prestado, no valor da mensalidade paga pelo usuário e no valor dos honorários médicos.

A primeira denúncia se refere aos valores cobrados pelos hospitais para a realização de alguns procedimentos e fornecimento de materiais. Como exemplo, foram citados os casos da unidade de alimentação parenteral e o equipo, que custam respectivamente R\$ 84,00 (oitenta e quatro reais) e R\$ 19,00 (dezenove reais), mas o valor repassado às operadoras pelos hospitais é de aproximadamente R\$ 850,00 (oitocentos e cinquenta reais) por cada unidade.

Os hospitais agregam valor aos equipamentos de forma exacerbada. Chegou ao conhecimento desta CPI através do depoimento da Sra. Dulcimar de Conto – ABRAMGE – que para a realização de uma cirurgia de apendicite o médico recebe R\$ 300,00 (trezentos reais) e o hospital R\$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) entre taxa de vídeo, materiais e etc.

Neste diapasão verifica-se a imposição por médicos e hospitais do uso de determinada marca de órtese e prótese sem qualquer embasamento

científico para tanto, apenas por uma questão de parceria estabelecida entre as partes envolvidas.

Todas estas situações oneram a folha das operadoras e criam barreiras ao reajuste dos honorários médicos. São apurações de natureza grave decorrentes de uma lacuna da legislação federal que atribui a ANS a competência para fiscalizar tão somente as operadoras de planos de saúde, deixando todos os demais setores que compõe a saúde suplementar de fora da regulação e fiscalização da Agência.

Os méritos da ANS foram ressaltados como a criação de uma série de normas que impossibilitou a atuação de operadoras sem o suporte financeiro necessário ao exercício da empresa e a aplicação efetiva de multas pelo descumprimento das resoluções por ela editadas.

Os representantes das operadoras apresentaram, ainda, como justificativa para a alta das mensalidades e defasagem dos honorários dos prestadores de serviço um raciocínio que, aos olhos desta CPI não tem o condão de justificar a postura das empresas, se não vejamos.

A base do sistema em que atuam as operadoras de planos de saúde é o seguro. O custo final do produto só é conhecido no final, depois de verificado e calculado o sinistro.

Dessa forma, para poder exercer a empresa a operadora faz um cálculo que estima os custos do período e com base nesta estimativa a operadora programa o exercício de suas atividades.

Considerando este paradigma de atuação as empresas apresentam como justificativa para a alta das mensalidades e defasagem dos honorários dos médicos os seguintes fatores: as exigências feitas pela ANS no que diz respeito a capacidade financeira da empresa e cumprimento do rol de procedimentos por ela estabelecido; o advento da tecnologia; o envelhecimento da população e as limitações judiciais.

Segundo as operadoras esses fatores oneram a folha das empresas reduzindo o faturamento, uma vez que o custo gerado nestas circunstâncias foge ao que estava previsto no cálculo atuarial do sinistro.

Em que pese a coerência do raciocínio, prestar atendimento ao beneficiário idoso e custear a realização de exames e tratamentos complexos, neste caso, nada mais é do que a finalidade para qual a empresa foi criada. As operadoras apresentam como barreiras ao seu funcionamento a prestação do serviço para o qual foram contratadas. Uma seguradora que pretende funcionar gerindo e distribuindo os lucros gerados pelas mensalidades dos segurados, considerando como adversidade a cobertura do sinistro. Se o cálculo atuarial não abarca o atendimento dessas necessidades, seja por defasagem, seja por ignorância de tais fatores, a estimativa deve ser refeita considerando os novos elementos, e, se a margem de lucro das empresas cair ainda mais, a estrutura e a viabilidade da empresa devem ser revistas ao invés do mero repasse dos custos ao consumidor e aos prestadores de serviço. O lucro é fator de risco do negócio.

5.4 AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

5.4.1 CÂMARA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA – 23/05/2013

O representante do PROCON informou que o recorde de reclamações no órgão de defesa do consumidor se refere ao descumprimento arbitrário de beneficiários vinculados a planos empresariais. Uma vez que se desligam da empresa têm seu contrato sumariamente rescindido.

Relatou a denúncia do caso de uma senhora que foi acometida por um AVC (Acidente Vascular Cerebral) e teve seu tratamento interrompido em decorrência da demissão do marido.

A Secretaria de Estado da Saúde determinou a suspensão do atendimento particular e convênios no Hospital Carolina Lupion – único hospital do município de Jaguariaíva – por meio da Resolução SESA 390/2012.

A Comissão solicitou cópia do procedimento que deu origem a referida decisão. O qual tem como base a Lei nº 8.080/90, que determina a exclusividade de atendimento do Sistema Único de Saúde em hospitais que celebram convenio para repasse de verbas públicas.

5.4.2 CAMARA MUNICIPAL DE LONDRINA - 06/06/2013

Os representantes do PROCON e das operadoras foram unânimes em levantar como principal problema verificado na região a falta de informação ao consumidor quando da conclusão do contrato celebrado com a empresa de plano de saúde. Seria este o cerne de todos os problemas verificados posteriormente, na medida em que ao ter negado um procedimento, o consumidor recorrer ao PROCON ou a ANS que determinam a realização tratamento desconsiderando o fato de não haver previsão contratual daquele serviço. A operadora por sua vez, repassa o custo que tem com o cumprimento destas determinações ao profissional médico deixando de reajustar os honorários destes profissionais.

Segundo o representante do PROCON cabe às operadoras elaborar um contrato com linguagem mais acessível bem como providenciar orientação e treinamento aos profissionais de venda dos seus serviços para que informe efetivamente ao consumidor o que está incluso e o que não está no serviço oferecido.

5.4.3 CAMARA MUNICIPAL DE CASCAVEL – 14/06/2013

A População do município de Cascavel apresentou as seguintes denúncias: O Sr. Joaquim Rebelo de Oliveira relata um reajuste nas mensalidades do plano que alcançou 1137,25% em 12 anos, passando de R\$ 90,56 (noventa reais e cinquenta e seis centavos) para R\$ 1120,46 (mil cento e vinte reais e quarenta e seis centavos). No mesmo período o salário dos beneficiários foi reajustado em 137,78%. Foi relatado, ainda, que a cobertura dos usuários foi reduzida no mesmo período.

O Sr. Gilceio Jair Klein relatou uma negativa de cobertura verificada nos seguintes termos. A filha do denunciante, beneficiária da UNIMED foi diagnosticada como portadora de taquicardia atrial incessante sendo indicado o tratamento por técnica de ablação do foco ectópico. O cardiologista que diagnosticou a enfermidade indicou para o tratamento, por se tratar de causa complexa verificada em criança, o Dr. Maurício Scanavacca de São Paulo.

O beneficiário informou que a UNIMED negou o tratamento sob o fundamento de que nenhum dos estabelecimentos nos quais o Dr. Sacavacca atende faz parte da rede credenciada.

Em resposta ao ofício enviado à operadora solicitando esclarecimentos, a UNIMED relatou que há outros médicos e hospitais na rede credenciada aptos a realizar o procedimento neste caso, devendo o beneficiário recorrer a um destes profissionais.

O marido da Sra. Cleide Dias Pereira Marques, Sr. Jair Donisete Marques, relatou que em 17/03/13 sua esposa foi internada no Hospital Policlínica com inchaço e dores na perna esquerda. Após o diagnóstico de trombose ficou internada e passou por cirurgia com uso de cateter no dia 19/03/13 na Clínica Digicor. Em seguida foi encaminhada para UTI do Hospital Policlínica e durante os procedimentos sofreu um AVC que atingiu o cerebelo, deixando sequelas de fala e coordenação motora. Recebeu alta, e em casa, no dia 05/04/13 teve complicações graves e foi internada em caráter de urgência no Hospital São Lucas onde ficou mais uma semana em UTI.

Uma vez estabilizado o quadro da beneficiária, que agora precisa de cuidados especiais, a família recebeu um comunicado da Clínica Digicor informando que a AMIL negou o pagamento dos procedimentos e que, portanto, deve arcar com as despesas de R\$ 40.970,00 (quarenta mil, novecentos e setenta reais) referentes ao seu tratamento.

Os beneficiários receberam a informação de que a Clínica Digicor não seria credenciada da AMIL e que por isso a operadora não efetuará o pagamento dos procedimentos. A Digicor informou que faz parte da rede credenciada da AMIL que esta deu justificativas diversas para o não pagamento das despesas da Sra. Cleide.

Para a Clínica a operadora disse não haver necessidade da liberação dos procedimentos ao passo que para os beneficiários enviou comunicado alegando que a Clínica Digicor não seria credenciada.

A AMIL informou que houve um equívoco na resposta enviada aos beneficiários e que já deu entrada nos procedimentos necessários para efetuar o pagamento das despesas a entidade que realizou o tratamento na beneficiária.

6. ENCAMINHAMENTOS

Em face de tudo o que foi exposto e com base em toda a documentação trazida à análise desta Comissão, que segue em apêndice para consulta, esta CPI propõe:

6.1. Notificar a ANS para que faça um esforço concentrado de fiscalização no Paraná com relação cumprimento de contratos com os prestadores de serviços e usuários;

6.2. Sugerir que a ANS regulamente os contratos celebrados entre as operadoras e os cirurgiões dentistas no que diz respeito ao reajuste dos honorários, considerando a peculiaridade de seus serviços.

6.3. Cobrar explicações da ANS com relação aos planos em grupo e particulares sobre as diferenças de reajustes e sobre a legalidade da prática;

6.4. Sugerir a ANS, Ministério Público Federal e operadoras, um TAC para que insiram nos contratos em vigência o item que assegure o reajuste aos prestadores de serviço – médicos e dentistas – conforme a normativa 49.

6.5. Acionar o Ministério Público Federal para que a ANS fiscalize e faça cumprir as normativas que ela própria cria.

6.6. Sugerir uma proposta de lei para ser apresentada pela Bancada Paranaense no Congresso Nacional tornando lei algumas normativas da ANS para que sejam cumpridas na íntegra sem a desculpa de que a ANS não tem o poder de obrigar.

6.7. Sugerir um projeto de lei ao Congresso Nacional para que aumente o rol de competências da ANS, permitindo que ela emita resoluções com o fito de regulamentar as atividades dos hospitais, clínicas e prestadores de serviços, garantindo a regulação da saúde suplementar como um todo. Sugerir ao Congresso Nacional para que apresente um projeto de lei para que a Agência Nacional de Saúde Suplementar passe a regular todos os serviços assistenciais não públicos: Hospitais, clínicas, consultórios, serviços de diagnóstico, etc., estabelecendo mecanismos de regulação e controle de qualidade assistencial, bem como econômico-financeira, com legislação específica.

6.8. Apresentar nesta Casa um projeto de Lei Regulamentando a questão dos honorários dos médicos e dos cirurgiões dentistas no estado do Paraná, com respaldo nas determinações constantes das normativas da Agência Nacional de Saúde pertinentes ao tema.

6.9. Criar uma Comissão, ligada à Comissão Permanente de Saúde ou comissão Permanente de Defesa do Consumidor, para que fiscalize a atuação dos planos de saúde no estado do Paraná.

6.10. Sugerir que as audiências da ANS sejam transmitidas ao vivo via internet.

6.11. Solicitar ao Conselho Federal e Regional de Medicina para que controle o recebimento de comissões entre médicos e indústria farmacêutica.

6.12. Solicitar ao Conselho Federal e Regional de Medicina que crie medidas que visem inibir a prática de comissionamento nas indicações de órteses e próteses, como por exemplo, acrescentar ao texto do Código de Ética a obrigatoriedade de indicação de no mínimo três opções de três fabricantes diferentes do mesmo produto, sendo que um deles deve ser nacional.

6.13. Propor ao Ministério Público para empreender um processo de investigação sobre procedência, fabricantes, distribuidores média de valores, em âmbito nacional de próteses, órteses, materiais especiais medicamentos oncológicos, antibióticos, monoclonais, alimentação industrial, etc.

6.14. Sugerir que a bancada paranaense envie uma proposta de Lei ao Congresso Nacional para que aprove uma Lei com incentivos fiscais/tributários às empresas nacionais fabricantes de órteses, próteses ortopédicas e outras, catéteres, bombas de infusão, molas cirúrgicas e demais materiais utilizados na saúde;

6.15. Oficiar a ANS sugerindo a regulamentação de ampliação de produtos (órteses, próteses ortopédicas e outras, catéteres, bombas de infusão, molas cirúrgicas e demais materiais utilizados na saúde) a serem ofertados.

6.16. Sugerir ao Inmetro que classifique as órteses e próteses importadas indicando as opções nacionais que possuam a mesma qualificação em eficiência das nacionais, criando uma tabela de equivalência entre as mesmas.

À vista do exposto, esta relatoria encerra o presente relatório e o submete a aprovação no Plenário desta Casa de Leis

DEPUTADO ANIBELLI NETO
Relator

83123/2013

Atos de Pessoal

Comissão Executiva

ATO DA COMISSÃO EXECUTIVA Nº 1711/2013

A Comissão Executiva da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, no uso de suas atribuições regimentais, com base no que dispõe as Leis Estaduais nº 16.390, de 2 de fevereiro de 2010, e nº 6.174, de 16 de novembro de 1970, tendo em vista o contido no processo protocolado sob o nº 10.336, de 29 de agosto de 2013,

RESOLVE:

Prover CARLA CECCON, Matrícula nº 11.269, portadora do RG 8.565.921-9/PR, no cargo em comissão de simbologia G2, junto LIDERANÇA DO M.D., a partir de 1º de agosto de 2013.

Palácio XIX de Dezembro, em 29 de agosto de 2013

VALDIR ROSSONI
Presidente

PLAUTO MIRÓ
1º Secretário

ADEMIR BIER
2º Secretário

ATO DA COMISSÃO EXECUTIVA Nº 1712/2013

A Comissão Executiva da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, no uso de suas atribuições regimentais, com base no que dispõe as Leis Estaduais nº 16.390, de 2 de fevereiro de 2010, e nº 6.174, de 16 de novembro de 1970, tendo em vista o contido no processo protocolado sob o nº 10.334, de 29 de agosto de 2013,

RESOLVE:

Prover MANOEL LUCIANO DE ANDRADE, Matrícula nº 11.277, portador do RG 9.253.433-2/PR, no cargo em comissão de simbologia G5, junto LIDERANÇA DO M.D., a partir de 1º de agosto de 2013.

Palácio XIX de Dezembro, em 29 de agosto de 2013

VALDIR ROSSONI
Presidente

PLAUTO MIRÓ
1º Secretário

ADEMIR BIER
2º Secretário

Editais e Contratos

EXTRATO DO CONTRATO Nº 010/2013

CONTRATANTE: ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

CONTRATADA: ATITUDE DISTRIBUIÇÃO DE BOLETINS JURIDICOS LTDA
OBJETO: O presente contrato tem por objeto a leitura das publicações divulgadas no(s) Diário(s) da Justiça, e também no PROJUDI nominativas ao aderente e as disponibiliza em seu endereço eletrônico www.attitudejur.com.br ou www.attitudejuridica.com.br com acesso às mesmas através de login e senha própria, previamente fornecida pela Contratada.

VALOR Anual: R\$ 2.650,00 (dois mil seiscentos e cinquenta reais)

VIGENCIA: 12 (doze) meses

DOTAÇÃO: 001.001.4000.3390.3001

FORO: Comarca de Curitiba, Estado do Paraná.

83152/2013

AVISO DE EDITAL

A ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ, através de sua Diretoria de Apoio Técnico, torna público a realização do seguinte procedimento licitatório:

Pregão, na Forma Eletrônica nº 047/2013

Data da abertura: 17/09/2013

Horário: 09h00min

Objeto: AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE EXPEDIENTE PARA A ALEP.

Valor máximo: R\$ 8.082,00 (oito mil e oitenta e dois reais).

Mais informações, bem como a íntegra do Edital e anexos, poderão ser obtidos junto a Diretoria de Apoio Técnico da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, Praça Nossa Senhora da Salette, s/n - Centro Cívico, no horário das 09:00h às 12:00h e das 13:00h às 18:00h, ou pelo fone (041) 3350-4255 ou ainda pelo Site: www.alep.pr.gov.br/transparencia/licitacoes-e-contratos/editais

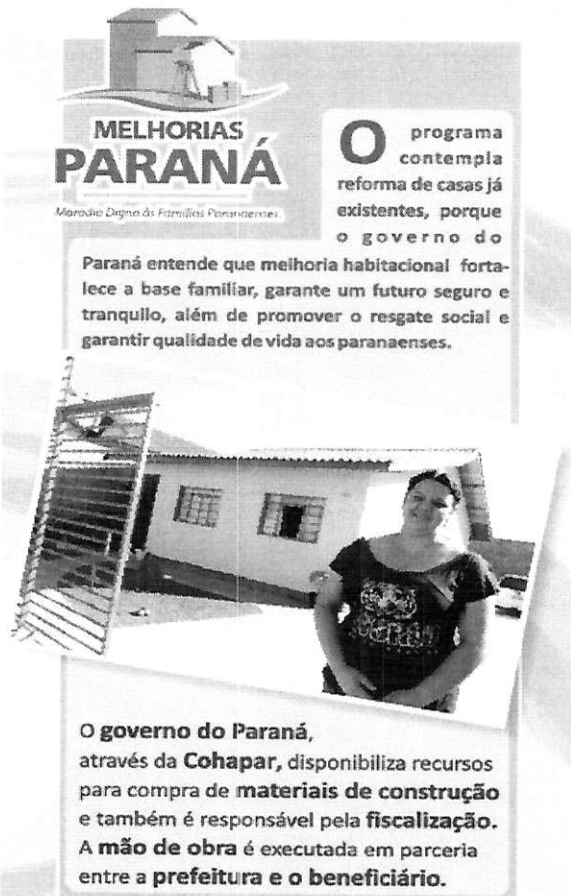
www.bbimnet.com.br

Dotação: 001.001.4000.3390.3013.

Diretoria de Apoio Técnico

Curitiba, 04 de Setembro de 2013.

83154/2013



MELHORIAS PARANÁ
Movendo Dignidade às Famílias Paranaenses.

O programa contempla reforma de casas já existentes, porque o governo do

Paraná entende que melhoria habitacional fortalece a base familiar, garante um futuro seguro e tranquilo, além de promover o resgate social e garantir qualidade de vida aos paranaenses.

O governo do Paraná, através da Cohapar, disponibiliza recursos para compra de materiais de construção e também é responsável pela fiscalização. A mão de obra é executada em parceria entre a prefeitura e o beneficiário.

COHAPAR
Companhia de Habitação do Paraná

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO