



CÂMARA DOS DEPUTADOS

DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA E CONTROLE		
EVENTO: Audiência Pública	Nº: 0576/08	DATA: 07/05/2008
INÍCIO: 11h22min	TÉRMINO: 14h22min	DURAÇÃO: 02h58min
TEMPO DE GRAVAÇÃO: 02h58min	PÁGINAS: 60	QUARTOS: 36

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO
DAGOBERTO JOSÉ STEINMEYER LIMA – Consultor Jurídico da Agência Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE. PAULO JOSÉ ROCHA JÚNIOR – Procurador da República. JOSÉ LEÔNICIO ANDRADE FEITOSA – Diretor de Desenvolvimento Social e Diretor-Presidente-Substituto da Agência Nacional de Saúde – ANS. ANA MARIA ALVES FERREIRA – Analista de Controle Externo do Tribunal de Contas da União – TCU. JOSAFÁ SANTOS – Diretor-Substituto do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistema do Ministério da Saúde.

SUMÁRIO: Debate sobre questões relativas ao ressarcimento pelas operadoras dos planos de saúde dos valores correspondentes aos serviços de atendimento da saúde previsto nos respectivos contratos.

OBSERVAÇÕES
Houve exibição de imagens. Há falha na gravação. Houve manifestações no plenário.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Declaro aberta a reunião extraordinária de audiência pública para debater as questões relativas ao ressarcimento pelas operadoras dos planos de saúde dos valores correspondentes aos serviços de atendimento da saúde previsto nos respectivos contratos.

Quero convidar para compor a Mesa de debates o Sr. Dagoberto José Steinmeyer Lima, Consultor Jurídico da Agência Brasileira de Medicina de Grupo (*pausa*); o Sr. Paulo José Rocha Júnior, Procurador da República (*pausa*); o Sr. José Leôncio de Andrade Feitosa, Diretor de Desenvolvimento Social e Diretor-Presidente Substituto da Agência Nacional de Saúde (*pausa*); a Sra. Ana Maria Alves Ferreira, Analista de Controle Externo do Tribunal de Contas da União (*pausa*); o Sr. Josafá dos Santos, Diretor Substituto do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistema do Ministério da Saúde (*pausa*).

Comunico que o tempo reservado para cada expositor é de 10 minutos, não podendo ser apartado durante esse período e, consoante do disposto no §5º do art. 256 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, os Deputados inscritos para interpelar os expositores deverão fazê-lo estritamente sobre o assunto em debate, por 3 minutos, tendo o interpelado igual tempo para responder, facultadas a réplica e a tréplica pelo mesmo prazo, vedado ao orador interpelar qualquer um dos presentes.

Passo a palavra ao Sr. Dagoberto Lima, Consultor Jurídico da Agência Brasileira de Medicina de Grupo, para sua exposição.

O SR. DAGOBERTO JOSÉ STEINMEYER LIMA - Sr. Presidente, ilustres Deputados integrantes desta Comissão, meus companheiros de Mesa, senhoras e senhores, ressarcimento ao SUS na área de saúde suplementar, indubitavelmente, hoje, se configura num dos grandes nós górdios a serem superados. Não pelo mérito da propositura, porque indiscutivelmente isso foi debatido com bastante exaustão quando da aprovação, por esta Casa e pelo Senado Federal, da Lei nº 9.656, sancionada pela Presidência da República, mas, na realidade, pela forma como esse instituo jurídico foi colocado em prática.

Realmente, se os senhores observam o *caput* do art. 32 da Lei nº 9.656, podem ver que ele tem uma redação que ainda pende de aprovação definitiva pelo Congresso Nacional, porque se trata de uma redação que está em vigor por força da

[p1] Comentário: Supervisor.:Bibi

[P2] Comentário: Sessão:0576/08 Quarto
Ta.:Fátima Rev.:



Emenda Constitucional nº 32, uma vez que é fruto de uma medida provisória editada em agosto de 2001 — e, portanto, antes do advento da nova regulação das MPs —, e sobre a qual até hoje o Congresso Nacional não deliberou. Então, a redação original da Lei nº 9.656 sofreu bastantes alterações, nas 44 edições de MPs que a modificaram.

O Supremo Tribunal Federal está para julgar o mérito de uma ação direta de inconstitucionalidade proposta por nós, por meio da Confederação Nacional de Saúde — é a ADIN nº 1931 —, em que enfrentou, por arguição nossa, a questão relativa à constitucionalidade do ressarcimento ao SUS. Porém, a matéria depende de regulação do CONSU e da Câmara de Saúde Suplementar — esse, aliás, foi o equívoco técnico cometido nessa decisão do Supremo prolatada em 2003 — está faltando, portanto, o julgamento do seu mérito final —, razão por que foi relegada a questão para essa decisão de mérito da Suprema Corte. Esse é realmente o grande problema.

Há algumas questões importantíssimas de natureza prejudicial que praticamente trazem o problema para uma solução de natureza política, porque, constitucionalmente, e com relação à sua legalidade, existem dúvidas bastante complexas. Só na nossa assessoria jurídica há mais de 4 mil ações judiciais propostas pelas empresas de medicina de grupo em várias instituições do Poder Judiciário, a começar pelas Varas Federais do Rio de Janeiro, porque lá se encontra a sede da agência reguladora do setor, a ANS.

Na realidade, há o seguinte: o grande problema de natureza jurídico-constitucional é o art. 196 da Constituição da República, que diz que “a *saúde é direito de todos e dever do Estado*”. E nós, como contribuintes, pelo art. 195 da mesma Constituição, que trata do financiamento da seguridade social — e saúde é parte da seguridade social —, entendemos que ela é muito clara ao dizer que o orçamento da seguridade social, que financia o SUS, é composto de tributos das 3 esferas de Governo, assim considerados os impostos constantes dos orçamentos, e também de contribuições sociais dos empregadores e dos próprios contribuintes pessoas físicas de todo o território nacional.

Quando, na Constituinte de 1988, foi esboçado o sistema de seguridade social, a idéia foi muito clara e precisa: o orçamento da seguridade social seria o

[P3] Comentário: Sessão:0576/08 Quarto
Taq.:Sherlei Rev.:



segundo maior da República e a ele seriam destinados recursos da contribuição da sociedade e também dos cofres públicos, em função das especificações orçamentárias para o financiamento das ações de serviços de saúde, previdência e assistência social.

Então, na realidade, o cidadão da República tem o direito de usar o Sistema Único de Saúde e não pagar mais nada além do tributo pago através da sua contribuição — compulsoriamente descontada do seu salário ou recolhida pelos seus carnês de contribuintes individuais — para a seguridade social, inclusive para financiar o Sistema Único de Saúde.

Na verdade, quando um cidadão da República, por força do art. 199, que diz que “*é livre a iniciativa privada na área da saúde*”, facultativamente adere a um plano privado de assistência e saúde — por recursos próprios ou através de financiamento custeado pelos seus empregadores, por entidades de classe, por sindicatos, etc. — ele passa a ter 2 opções, quais sejam: exigir que o Sistema Único de Saúde o atenda de forma gratuita, garantindo-lhe acesso universal e igualitário, conforme prevê a Constituição.

O grande problema é o seguinte: os Tribunais têm decidido em várias instâncias inferiores — aguardando, evidentemente, a decisão final da Suprema Corte — e, na realidade, está sendo violado o art. 196 da Constituição da República, pois está-se transferindo um dever do Estado para a iniciativa privada.

Em segundo lugar, se ele, além das contribuições compulsoriamente feitas, por força do art. 195 da Constituição, ainda paga um plano de saúde, tem a faculdade de ir a um ou outro. Então, a opção é dele, e não da operadora!

Por outro lado, tratando-se do art. 199, que diz que é a livre iniciativa privada na área da saúde, a transferência de um dever do Estado para a iniciativa privada é manifestamente inconstitucional. Aí, nós vamos ter que alterar o art. 199.

Terceira coisa que é fundamental ser dita aqui: o Supremo, ao julgar a ADIN, manteve o art. 32, até (*falha na gravação*) aprovado pelo Plenário da Suprema Corte, em que ele diz isso com muita clareza — porque também, se ele não dissesse isso, teria que enfrentar uma questão formal importantíssima, que é o art. 150 da Constituição da República, que diz que as outras fontes de financiamento da

[p4] Comentário: Sessão:0576/08 Quarto
Taq.:Glória Rev.:



seguridade, a exemplo de outros tributos, somente poderão ser instituídas por lei complementar, e a Lei nº 9.656 é uma lei ordinária.

Então, se adotar a natureza tributária do ressarcimento ao SUS como uma das fontes de custeio da seguridade social, o Supremo, evidentemente, terá que determinar o mesmo que ele fez com o FINSOCIAL, com a COFINS e com uma série de outras decisões anteriores da Suprema Corte, pacificadas — isso, sob o aspecto doutrinário —, e, indubitavelmente, terá que dizer que a lei ordinária não pode criar mais uma fonte de custeio para a seguridade social. E o ressarcimento ao SUS é uma maneira de ser, portanto, custeado o sistema público de saúde.

Se ele adotar essa posição, acabou a conversa. Terá que ser feita uma lei complementar, porque uma lei ordinária como a Lei n.º 9.656 não poderia estabelecer o ressarcimento.

Há ainda outra corrente, que foi estribada, inclusive, na oportunidade, com a juntada aos autos de um parecer de 2 tributaristas, professores de Direito Tributário de São Paulo, Alísia Figueiredo e Paulo de Carvalho, dizendo que o ressarcimento ao SUS não é tributário, mas tem natureza indenizatória. O Ministro Maurício Corrêa e o Supremo acompanharam essa orientação, no sentido de que ele é de natureza indenizatória.

Causa-me espécie, como cultor do Direito, tal interpretação, porque a expressão “indenizatória” pressupõe a existência de um ato ilícito. Não havendo ato ilícito, não haveria que se falar em indenização. Mas a Suprema Corte já definiu isso dizendo que, em sendo legal e constitucional o ressarcimento, ele tem que ser das despesas efetivamente feitas pelo Poder Público no atendimento ao paciente coberto por plano de saúde. Então, em razão dessa decisão da Suprema Corte, não pode ser utilizada a base de cálculos do ressarcimento, que é a TUNEP, cujos valores já foram várias vezes corrigidos pela ANS de 2000 até hoje.

Na realidade, nós estamos diante de um problema complicado. Por quê? O nível de ressarcimento obtido pela Agência hoje, em relação ao potencial, é realmente pequeno. Essas ações — cerca de 4 mil das quais sou o patrocinador, como advogado, representando o sistema de planos e saúde no Brasil — são individualizadas, porque a discussão da relação jurídica não é entre a operadora e a ANS, nem entre a operadora e o Governo, mas, sim, entre o contribuinte consumidor

[p5] Comentário: Tabela de valores para pagamento de procedimentos realizados



e a constitucionalidade do seu direito de opção de exigir o atendimento do Estado ou do plano de saúde. Então, na verdade, por essa decisão já tomada pelo Supremo, não se pode cobrar ressarcimento ao SUS, no Brasil, com base na TUNEP. Não pode!

Além disso, quero lembrá-los o seguinte: o art. 32 da Lei n.º 9.656 diz que o ressarcimento é para o prestador dos serviços ou para o SUS. Agora, o prestador dos serviços que recebe do Poder Público por uma tabela SUS inferior vai ser ressarcido pela TUNEP que, segundo consta na reportagem publicada no *Estado de S. Paulo* de ontem, me parece, é muito superior? Nas palavras do nosso querido Diretor, José Leôncio Feitosa, o *Estado* faz uma menção à nossa posição. E aqui diz muito claramente que, em certas condições, a TUNEP remunera de 2 vezes a 2 vezes e meia o que paga a tabela do SUS. Então, vamos supor que uma Santa Casa atenda a um paciente coberto por um plano de saúde. Ela será ressarcida pelo Sistema Único de Saúde de que forma? Pela tabela SUS. E o TUNEP, como é que vai? A ANS vai receber por um valor superior àquele com que o Ministério da Saúde remunera os seus prestadores.

Na verdade, é difícil a situação e assim ela permanecerá, enquanto o Supremo não julgar a matéria. Consta desses autos do Supremo Tribunal Federal uma solicitação do então Ministro da Saúde Saraiva Felipe de urgência e prioridade para a apreciação desta questão.

Porque não vai ter saída, minha gente! O que acontece é o seguinte: se o Supremo não disser definitivamente o que é constitucional e o que é inconstitucional, será um caos. Eu tenho 200 e poucos recursos especiais no STJ que dependem de julgamento. Nós temos outras. O sistema UNIMED, idem. E há outros operadores que também entraram com ações individualmente. Na realidade, nós estamos afogados, tanto a defesa da ANS, representando o Poder Público, quanto a nossa defesa, das operadoras. Estamos todos numa situação de indefinição.

No PAC da Saúde, o Presidente Lula anunciou, por meio de sugestão do Ministério da Saúde, que deve enviar a esta Casa, ainda neste ano, 2 projetos de lei, um regulando a questão da mobilidade com portabilidade dos consumidores, que poderiam sair de uma operadora para outra — que é também uma questão complicada, porém importante —; e outro tratando do ressarcimento ao SUS.

[P6] Comentário: Sessão:0576/08 Quarto
Taq.:Rosana Rev.:



Então, na realidade, é o seguinte: se o Presidente Lula resolver o passado, terá que entrar com uma ação legislativa de anistia, porque o art. 32 ainda não foi julgado inconstitucional; se a questão é criar uma modalidade diferente, também vai ser inconstitucional, porque a matéria não está superada. A solução, portanto, no meu modo de ver, é pedir ao Supremo Tribunal Federal que decida por inteiro sobre a constitucionalidade ou inconstitucionalidade da matéria. Se a Corte disser que é inconstitucional, então está resolvido o passado: quem pagou vai receber de volta, quem não pagou terá extinto o problema definitivamente; se houver uma modificação, somente poderá ser daqui para frente.

Por fim, quero lembrá-los que há também uma última questão subjacente: o art. 36 da Lei nº 9.656, que está na esteira do inciso XXXVI do art. 5º da Constituição Federal, que diz que a lei não pode retroagir para prejudicar o ato jurídico perfeito, o direito adquirido e a coisa julgada. Então, não se pode cobrar ressarcimento ao SUS de integrantes de planos de saúde contratados antes de 3 de setembro de 1998, quando entrou em vigor a Lei nº 9.656.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Muito obrigado, Dr. Dagoberto Lima.

Passo a palavra ao Sr. Procurador da República Paulo José Rocha Júnior.

O SR. PAULO JOSÉ ROCHA JÚNIOR - Sr. Presidente, primeiramente gostaria de agradecer a oportunidade de trazer algumas idéias do Ministério Público sobre esta questão e cumprimentar todos os Srs. Deputados, os demais presentes e os componentes da Mesa.

Inicialmente, gostaria de ressaltar que o Ministério Público já vem desenvolvendo uma série de ações na área da saúde e buscando principalmente a implementação dos princípios constitucionais que informam toda a proteção e todos os deveres que o Estado tem para com a saúde pública.

Da mesma forma, talvez num nível de desenvolvimento ainda um pouco menor, o Ministério Público vem atuando na questão de defesa do consumidor, especialmente no que se refere às agências reguladoras, que estão se consolidando no ordenamento jurídico nacional. Tais agência têm, portanto, o acompanhamento de suas ações mais diuturnas por parte do Ministério Público.



Dito isso, gostaria de revelar uma certa tristeza minha em ver uma questão que vem se arrastando desde 1998, quando foi proposta a ADIN nº 1931, que é a constitucionalidade ou não do art. 32.

Essa demora do Supremo, que é, de certo, causada pelo excesso de demanda, acaba por prejudicar a ordem econômica, o planejamento das operadoras, a regulação e o próprio Judiciário, na medida em que mais de 4 mil ações debatem exatamente essa mesma questão no âmbito daquele Poder.

Ao longo desses 10 anos, o Ministério Público vem consolidando — obviamente, cada colega tem a sua independência funcional e pode adotar um posicionamento diverso da instituição —, de uma forma geral, o posicionamento a favor da constitucionalidade do dispositivo. Isso tem sido feito por meio de pareceres proferidos desde as primeiras ações que propostas — tenho cópia de um parecer de 2000 ou 2001 —; por meio de obras acadêmicas, como o livro da Subprocuradora-Geral Cláudia Lima Marques; e em outras ações que vêm sendo desenvolvidas, principalmente nos grupos de trabalho da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão.

Nesse sentido, eu gostaria de resumir alguns pontos acerca dos quais o posicionamento global do Ministério Público vem divergindo do posicionamento das operadoras dos planos de saúde.

Primeiramente, há a questão de o art. 32 não tratar de um novo tributo. A natureza jurídica desse pagamento imposto às operadoras não é tributário. Também não seria muito bem classificado como um ato ilícito, porque ele não subsume às idéias do Código Civil. Mas, principalmente, ele seria uma forma de evitar um enriquecimento, sem a contraprestação contratual, das operadoras.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Um minutinho só, por favor.

O SR. PAULO JOSÉ ROCHA JÚNIOR - Pois não, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Perdoe-me, porque vou fazer uma pequena interrupção.

Eu também sou membro de outra Comissão, onde tenho um voto em separado em relação à questão do aborto. Aliás, eu defendo causas perdidas na minha vida. Estou sendo chamado para apresentar o meu voto em separado. Então,

[p7] Comentário: Sessão:0576/08 Quarto
Taq.:Cláudia Márcia Rev.:



eu pediria ao Deputado Rubens Otoni que assumisse a Presidência, porque vou à Comissão defender o meu voto em separado e voltarei em seguida.

Perdão, Procurador. V.Exa. continua com a palavra.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Rubens Otoni) - Cumprimentando os nossos ilustres debatedores, retorno a palavra ao Dr. Paulo José Rocha Júnior, Procurador da República.

O SR. PAULO JOSÉ ROCHA JÚNIOR - Agradeço.

Então, a questão é justamente esta: os planos de saúde celebram contratos com os consumidores prevendo uma cobertura que já é assegurada pelo Estado, e justamente por isso é que há, vamos dizer, uma interconexão entre os sistemas de proteção. E essa transferência de recursos se vale justamente do fato de que a operadora garantiu algo ao seu consumidor, cobrou dele um preço e não houve a contraprestação da operadora; ela simplesmente transferiu isso ao Estado e, por não implementar isso, o serviço acabou sendo cobrado de toda a sociedade.

Dentro dessa perspectiva, creio que, na estrutura constitucional da assistência à saúde e da própria Lei nº 9.656, os planos de saúde se configuraram como algo complementar ao que o Estado já garante e, justamente por isso, na medida em que cobram um preço além do que seria o necessário para o pagamento da sua rede de cobertura, deveria haver esse ressarcimento. Por isso, creio que, por todas essas manifestações que já foram consolidadas pelo Ministério Público ao longo desses anos, não seria um ato tributário, não seria ressarcimento por um ato ilícito, mas sim uma contraprestação em razão do contrato que não foi plenamente adimplido por quem de direito, que seria o plano de saúde. Poderia haver outras soluções, mas foi essa que o legislador deu.

Eu creio que fazer o debate sobre a constitucionalidade da matéria é realmente um direito das operadoras. Há também necessidade de ser feito esse primeiro debate acerca da legitimidade da cobrança. Mas a inconstitucionalidade acaba por prejudicar outros debates tão ou mais importantes quanto a própria cobrança ou não, que é justamente a forma de cobrança, quem deve cobrar, quais são os critérios de responsabilização das operadoras, como essa cobrança é feita, como é assegurado o devido processo legal e quais são os valores justos que



seriam devidos por conta dessa interconexão entre serviços de seguridade de saúde.

Eu acho **que**, passando-se essa fase do debate sobre a constitucionalidade ou não, uma vez admitido por todas as partes que deve haver esse ressarcimento, o debate poderá gerar muito mais frutos para todo o sistema de saúde e todos os agentes poderão trabalhar com mais segurança: as operadoras poderão fazer um planejamento maior dos gastos que terão, e não terão que conviver com a insegurança colocada em uma ação judicial cujo desfecho não se sabe; e o próprio SUS receberá mais rapidamente o ressarcimento desses recursos.

Nessa perspectiva, a atuação do Ministério Público é justamente acompanhar a apuração do TCU, fiscalizar a atuação da ANS — se houver alguma desídia da ANS em cumprir seus deveres legais, estamos aí para questionar sua eventual omissão —, cobrar os recursos públicos que julgamos devido ao SUS e, se for possível, contribuir para um debate que acho, esse, sim, mais interessante, para sabermos qual deve ser a forma desse ressarcimento, quais são seus limites legais. O ressarcimento de 1998, com certeza, não vai ter as mesmas características do ressarcimento de 2008. Esse é um sistema que precisa estar sempre em evolução.

Justamente por isso, creio que é relevante que esse debate seja superado. Infelizmente, acredito que somente com uma decisão do Supremo Tribunal Federal o assunto vai ser finalizado.

Só para complementar, quero tratar de um ponto acerca dos contratos anteriores. Sobre isso, creio que a proteção aos atos jurídicos perfeitos diz respeito àqueles atendimentos feitos antes de 1998. Os contratos posteriores a 1998 também estariam sujeitos a ressarcimento, desde que o ato médico tenha ocorrido posteriormente à nova regulamentação legal.

Sr. Presidente, tentei ser breve.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Muito obrigado, Dr. Paulo José Rocha Júnior.

Concedo a palavra ao Sr. José Leôncio de Andrade Feitosa, Diretor de Desenvolvimento Social e Diretor-Presidente Substituto da Agência Nacional de Saúde.

[P8] Comentário: Sessão:0576/08 Quarto
Taq.:Regina Rev.:



O SR. JOSÉ LEÔNCIO DE ANDRADE FEITOSA - Sr. Presidente, Deputado Dr. Pinotti; Sras. e Srs. Deputados; demais componentes da Mesa, a ANS agradece a oportunidade de travarmos este debate na Câmara dos Deputados, no momento importante em que tramita um projeto de lei que altera a regulação no campo da Saúde, especialmente na Agência Nacional de Saúde, e, como demonstração dessa importância, aqui estão 3 Diretores da ANS — Dr. Alfredo, Dr. Hésio e Dr. Eduardo — e alguns funcionários.

Peço licença à Mesa para apresentar brevemente alguns eslaide.

(Segue-se exibição de imagens.)

Primeiro abordarei a questão legal, mostrando que esta discussão é antiga, e alguns Municípios, de alguns Estados, já se preocupavam e baixavam normas relativas ao ressarcimento ao SUS.

Quais são os objetivos do ressarcimento, no nosso entendimento? Evitar o enriquecimento sem causa das operadoras, em detrimento da coletividade; promover preventivamente a tutela dos beneficiários de planos de saúde, desestimulando o descumprimento por parte das operadoras dos contratos celebrados por elas; e impedir o subsídio, ainda que indireto, de atividades lucrativas com recursos públicos.

Em 1998 foi promulgada a Lei nº 9.656, que, em seu art. 32, autoriza e obriga a Agência Nacional de Saúde a iniciar a cobrança dos ressarcimentos ao SUS.

A ADIN nº 1.931 ficou em torno de 6 anos no Supremo Tribunal Federal para receber a liminar. No entanto, recebeu a liminar do Ministro Relator Maurício Corrêa negando a inconstitucionalidade e também negando a questão relativa ao fato de a lei ser complementar ou extraordinária. Entendia S.Exa., à época, que não era necessária lei complementar ou lei extraordinária para promover a cobrança.

Porém, o não-julgamento do mérito leva-nos a uma ausência de decisão e a uma conseqüente insegurança jurídica, que provoca a continuidade de grande quantidade de impugnações de natureza meramente procrastinatória ao ressarcimento ao SUS; leva a uma discussão judicial permanente a respeito da matéria, como já foi dito; leva a um desacato à cobrança, mesmo tendo ocorrido toda a tramitação necessária; e ocasiona sobrecarga de trabalho tanto à Agência Nacional de Saúde quanto à sua Procuradoria-Geral.

[P9] Comentário: Sessão:0576/08 Quarto
Taq.:Andréa Nogueira Rev.:



A pressão da demanda ao SUS.

Alguns fatores são legais. Parte desses fatores a Agência cobra, e parte não pode e não deve cobrar. Por exemplo, no caso do indivíduo que tem um fator moderador, como franquia e co-participação, às vezes, o próprio indivíduo procura o SUS, para não fazer o pagamento daquela parte que lhe é devida no seu plano. Há, ainda, a questão do plano de custo operacional pós-pago; o caso do beneficiário em carência; e o da cobertura parcial temporária por doença ou lesão preexistente.

A escolha da melhor tabela pelo prestador.

Há tabela em que o SUS paga mais do que o serviço privado, e o prestador, com dupla porta de entrada, às vezes escolhe o SUS.

Exclusões contratuais e rotatividade de beneficiários.

Pressão de demanda ao SUS.

Insuficiência de rede assistencial da operadora de plano de saúde.

Abuso das operadoras nas práticas de regulação de acesso aos serviços assistenciais, ou seja, a dificuldade que o beneficiário tem em acessar seu direito de atendimento médico-odontológico — no caso, médico —, e a regulação do acesso aos serviços assistenciais por meio das empresas contratantes.

Estou listando aqui os principais motivos de impugnação por parte das operadoras quando nós lhe cobramos ressarcimento. Mais tarde vou explicar como isso é feito, qual é o fluxo administrativo.

Do 1º ao 21º ABI — Aviso de Beneficiário Identificado, que também vou explicar logo mais, 22% dos casos são meramente procrastinatórios, ou para empurrar com a barriga o processo e ver se um dia o Supremo decide, ver se um dia não paga, ver se não paga juros — até porque a cobrança só é feita no final, um erro que estamos corrigindo.

Em 14% dos casos, trata-se de beneficiários sem carência, em que a impugnação é feita pela empresa porque o contrato não cobre a internação de pacientes com planos ambulatoriais. Nesses casos, não se deve cobrar.

Atendimento fora da área geográfica e procedimento não coberto pelo contrato representam 9,6% dos casos.

Declaração de inconstitucionalidade. As empresas ainda fazem isso em 6% dos casos.



O usuário do procedimento não é beneficiário da operadora; trata-se de homônimo etc.

Essa é a pressão da demanda ao SUS.

Os planos privados de saúde na área médico-assistencial e médico-hospitalar têm 37,6 milhões de beneficiários hoje, no País.

Eles têm à sua disposição 6.104 hospitais e 20.600 serviços de apoio e diagnóstico terapêutico.

Esses 37 mil beneficiários participam, escolhem, têm 30 mil planos privados de assistência à saúde. Existem 30 mil planos diferentes, nas 1.300 operadoras — cada uma oferta um conjunto enorme de planos para a população. Então, já dá para imaginar a complexidade dessa discussão.

Aqui eu quero mostrar como se dá o processo da cobrança do ressarcimento ao SUS.

Na Agência Nacional temos o chamado SIB — Sistema de Informação de Beneficiários, onde estão cadastrados hoje 167 milhões de registros. Isso porque é a série histórica toda: quem saiu, quem voltou, quem foi para outro plano, quem possui 2 planos de saúde — isso, às vezes, ocorre. Está todo mundo registrado na Agência Nacional, num grande banco de dados, que é o Cadastro de Beneficiários.

Nós pegamos os pacientes SUS, no DATA-SUS, e comparamos com esse grande banco de dados. É o chamado batimento. A partir do batimento, nós fazemos um primeiro filtro, em que excluímos os atendimentos ambulatoriais e os odontológicos, e notificamos à operadora o seguinte: *“Olha, identificamos o paciente com o nome tal, que usou tal hospital, em tal procedimento, e você precisa restituir esse dinheiro para o Governo”*.

Esse é o processo administrativo, é o fluxo. Vou mostrá-lo melhor no fluxograma.

Inicialmente, é feito o cruzamento, que chamamos de batimento; depois, a crítica aos dados cruzados; a emissão de notificação à operadora. Então, fazemos a notificação à operadora.

Ela possui 3 níveis administrativos de impugnação: de 1ª instância, de 2ª instância e de 3ª instância administrativa. Além disso, ainda pode haver a instância jurídica, após o término da tramitação administrativa.



Aqui é gerada uma cobrança. São 15 dias para fazer o pagamento, e ele pode fazer uma impugnação. Se o pagamento é feito nessa fase, vai para a partilha; se não é feito, redigimos nova notificação.

Se o pagamento é efetuado, vai sempre para uma mesma conta no Banco do Brasil; se o pagamento não é efetuado, vai para o CADIN e para a Dívida Ativa da União. No próprio CADIN, o devedor dispõe de 75 dias para efetuar o pagamento; se não paga, é inscrito no cadastro de inadimplência.

Esse é o modelo atual.

Atualmente, de 168 mil impugnações e recursos não-analisados — que foram batidos e não analisados —, 70 mil estão em 1ª instância e 98 mil em 2ª instância. Analisando essa série e jogando para o período de abril de 2006 a dezembro de 2007, teremos 218 mil processos em 1ª instância e 174 mil em 2ª instância, totalizando 393 mil processos apenas para esse período.

Congelando isso para 1 ano, identificamos 156 mil AIHs por ano. São 4 ABIs, 4 cruzamentos que fazemos por ano e notificamos as empresas, o que chega a 39 mil AIHs por ABI, dando mais ou menos 13 mil análises por mês feitas pela Agência Nacional de Saúde.

Isso resulta em 2 km de papéis acumulados em 16 mil caixas-box, distribuídos em aproximadamente 20 mil processos, alguns com mais de 100 volumes, com taxa de crescimento de 200 metros de papéis, resultando 1.600 caixas-box por ABI. Portanto, nosso arquivo equivale a 16 milhões de folhas, dando 75 toneladas, que equivalem a 1.500 árvores derrubadas. Isso porque é obrigatório fazer os casos um por um e em papel.

Portanto, o modelo atual de processamento de ressarcimento ao SUS tem a necessidade de impugnação individualizada dos atendimentos identificados — logo, fica aquele emaranhado —; a atuação física dos processos; a notificação por meio de ofício com AR; a análise de todas as impugnações de recursos encaminhados. Há 2 instâncias administrativas recursais previstas e a utilização da terceira, por autorização legal. Ainda há uma instância judicial. E a cobrança é efetuada apenas após o término do processo administrativo, o que faz com que o processo procrastinatório seja, nesse caso, bom para a empresa.



Com essa agilidade e vulnerabilidade a erro, além da dificuldade de localização e lentidão na disponibilização dos autos para consulta, bem como a insuficiência de efetivo humano, a lentidão no atendimento de demanda dos autos, a redução da produtividade da análise das impugnações, o retrabalho decorrente das falhas humanas na cadeia de produção, evidentemente, temos uma baixa força de trabalho e, ainda assim, com vínculos precários.

Na questão da partilha, a que já me referi rapidamente, temos uma tabela chamada TUNEP, em cima da qual cobramos — vamos ver em quanto está mais à frente. A parte SUS vai para o Fundo Nacional de Saúde, que é de onde saiu o recurso para pagar a AIH, e a diferença entre o valor SUS e o valor TUNEP vai para o prestador. A Agência não fica com nenhum desses recursos.

Agora, vamos ver alguns mitos e algumas realidades em relação ao ressarcimento ao SUS.

O mito: o processo do ressarcimento ao SUS é ineficiente.

A realidade: apesar de todas as dificuldades, os processos de ressarcimento ao SUS arrecadam proporcionalmente mais dos créditos cobrados do que outros órgãos, como por exemplo o TCU e o IBAMA — exemplos citados no jornal *O Globo*, do Rio de Janeiro. Giramos ao redor de 22% do recolhido. O TCU, com suas multas, 1%; o IBAMA, 2%, segundo o jornal *O Globo*.

Outro mito: os valores da TUNEP são iguais ao do SUS. Não são. Em média, são 223 vezes maiores do que o valor SUS, na média total dos procedimentos. Ele pode chegar a 500% ou a 100% do valor SUS.

Outro mito: a TUNEP não é atualizada. Foi atualizada 10 vezes, não só em termos de procedimentos, como também atualização financeira.

Outro mito: o ressarcimento como solução do financiamento ao SUS. Se olharmos o quadro aqui em baixo, veremos que de 1999 a 2005 o SUS gastou, com internação hospitalar, 1 bilhão e 171, com 822 mil AIHs. Fazendo aquele cruzamento do mesmo período, temos 1,6%, o que dá 0,52% de cobrança efetiva sobre esses pacientes todos do SUS. Em valor financeiro, do 1 bilhão e 171 que o SUS gastou com internação hospitalar, apenas 513 são de direito, no batimento com o SUS, e foram cobrados como ressarcimento ao SUS, o que dá 156% de todo o SUS.

[p11] Comentário: Sessão:0576/08 Quart
Taq.:Margarida Rev.:



Portanto, também é um mito que o ressarcimento é algo de valor financeiro muito grande.

Esse eslaide é importante, porque aqui fica bem qualificada a função da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A nossa função é fazer a tramitação e a cobrança. Nós cobramos, portanto, 472 — já foi feito o processo e cobrado — e recebemos 87, com parcelamento de 8 milhões.

Aqui a dívida ativa. Operadora no CADIN, na dívida ativa, que a agência colocou.

Estudamos a APAC, que daria mais 57 mil processos mensais. É preciso um prédio inteiro, com 200 funcionários, só para avaliar isso.

Eu queria, em 2 minutos, mostrar o nosso novo processo de ressarcimento. Acho que a discussão fica mais importante se ela olhar para o futuro.

No pensamento para a criação de um novo modelo, temos 4 pilares. A idéia é fazer semelhante à Receita Federal. Vamos criar credibilidade entre o sistema, entre a agência e as operadoras. Portanto, vamos identificar para a operadora, via eletrônica, que temos 50 pacientes dela com AIHs, portanto que usaram serviço público. E ela vai dizer, por exemplo, que só tem 10 e vai declarar, por escrito, que 40 não pertencem a ela, não têm direito, ou qualquer que seja o uso da análise. Aí faremos a análise dessa impugnação por amostragem.

A cada quadrimestre ou trimestre se faz um tipo de pente fino, como o da Receita Federal. Vamos examinar se o que eles disseram foi verdade, se foi correto, se houve alguma má informação na primeira etapa, que é da credibilidade. Como eles fizeram a declaração, se for pilhado algum erro, será aplicada punição por litigância de má-fé processual, além das multas internas da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Isso tudo só é possível com a atuação eletrônica, que só foi permitida a partir do ano passado. Em dezembro de 2006, foi permitido ao Judiciário atuar eletronicamente. A partir daí, a Agência passou a estudar isso melhor.

Eu vou parar por aqui, porque já ultrapassei o tempo. Peço desculpas, Sr. Presidente, mas ainda teria alguns eslaides para mostrar.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Rubens Otoni) - Muito obrigado, Dr. José Leôncio de Andrade Feitosa.



Eu passo a palavra à Dra. Ana Maria Alves Ferreira, Analista de Controle Externo do Tribunal de Contas da União.

Por favor, Dra. Ana Maria.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Exmo. Sr. Presidente desta Comissão, Deputado Dr. Pinotti, Exmos. Srs. Deputados, demais integrantes da Mesa, cumprimento a todos.

Em primeiro lugar, eu queria agradecer a oportunidade de estar aqui representando o TCU, especialmente num momento em que o TCU tem a intenção, já formalizada, de realizar uma fiscalização sobre esse assunto específico, que trata do ressarcimento ao SUS pelos usuários de planos de saúde. Desde o ano passado, 2007, estavam programadas as fiscalizações, que foram adiadas para 2008. Então, este é um momento crucial, uma oportunidade importante de debater com os autores envolvidos na questão do ressarcimento.

Eu represento aqui, na estrutura do TCU, a 4ª Secretaria de Controle Externo. Atualmente, ocupo o cargo de Diretora de Acompanhamento na área de saúde. Especificamente quanto ao ressarcimento, o TCU tem desenvolvido alguns trabalhos.

Eu preparei uma apresentação e vou destacar os pontos mais importantes, embora não de forma exaustiva.

(Segue-se exibição de imagens.)

Quanto à ANS, o Tribunal teve outras atuações. Dentre as diversas competências da ANS, o ressarcimento é uma delas.

Temos 2 trabalhos. Antes de passar aos trabalhos propriamente ditos, quero esclarecer como o Tribunal desenvolve as fiscalizações nas suas unidades jurisdicionadas.

As fiscalizações podem dar-se:

- por provocação do Congresso Nacional ou do cidadão, o que se pode converter numa auditoria;
- anualmente, pelas prestações de contas dos órgãos — no caso da ANS, uma das deliberações que vou citar aqui é resultante de uma prestação de contas da ANS;



- por tomadas de contas especiais, quando há configurado um prejuízo mensurável, em que se o Tribunal atua para que se busque recuperar esse valor.

Então, vamos ao próximo eslaide.

O Acórdão nº 771, de 2005, é originado da prestação de contas do ano de 2003. Eu destaquei os 2 pontos em que o Tribunal identificou fragilidades no processo de ressarcimento da ANS.

O primeiro ponto trata de um processo de 2003, e a principal fragilidade identificada foi justamente o acúmulo de uma imensa quantidade de processos de cobranças de ressarcimentos na ANS. O Tribunal identificou isso. Havia até uma baixa inclusão no CADIN e na Dívida Ativa.

O segundo ponto diz respeito aos repasses para as instituições beneficiárias. Como foi esclarecido aqui, a diferença entre o valor da tabela TUNEP e a tabela SUS é repassada para a unidade prestadora de serviço. Esses valores demoravam muito tempo sob a administração da ANS e só no momento seguinte é que passavam às instituições.

Então, o Tribunal fez as seguintes determinações: **que** fossem implementadas novas medidas na sistemática de análise e na notificação das operadoras, para a recuperação dos valores, tornando mais ágil e tempestiva a inclusão na Dívida Ativa e no CADIN. Quanto à outra fragilidade, foi determinado que se implantasse uma rotina para agilizar esse processo de transferência às unidades prestadoras de serviço.

Falou-se muito sobre a questão da constitucionalidade. Não vamos entrar aqui para defender ou não a questão da constitucionalidade. Enquanto isso não for decidido pelo STF, a presunção é de que é constitucional, até porque percorreu um processo legislativo e está no mundo jurídico. Então, a lei, como toda lei, deve ser obedecida. Portanto, não vamos entrar nesse debate agora, porque há sérias implicações com relação a isso.

Se a ANS, por conta da discussão da constitucionalidade, deixar de cobrar esses valores do ressarcimento e no momento seguinte o STF vir a julgar constitucional, será gerado um prejuízo muito grande. O Tribunal não entrou no mérito de ser constitucional ou não. O papel do Tribunal é fiscalizar os recursos



públicos dentro da legalidade, e é isso o que temos feito. Temos acompanhado a cobrança do ressarcimento dentro dos critérios estabelecidos pela Lei nº 9.656.

Essa auditoria seguinte foi resultante de uma solicitação do Congresso Nacional, da Comissão de Fiscalização Financeira e Controle. Dentre outras constatações, uma das mais graves foi a de que havia conflito entre o normativo interno da ANS, a RDC nº 18, e a Lei nº 9.656, porque a RDC estabelecia que só se cobrassem os procedimentos relativos a emergência e urgência, quando na verdade a Lei não fazia essa restrição. Então, a ANS reviu seu normativo e passou a cobrar também os demais procedimentos.

Outra ação do Tribunal, que ainda não se converteu em deliberação, mas que é um trabalho que fazemos de acompanhamento de determinadas unidades, foi a verificação de como foram implementadas essas determinações e qual o resultado delas. Após essa análise, chegamos à conclusão de que a alteração da RDC nº 18 realmente implicou a cobrança de outros procedimentos que não apenas os de emergência e urgência. Porém, ainda permanece uma grave fragilidade: a exclusão dos procedimentos ambulatoriais.

O Dr. Leôncio demonstrou aqui que haverá grande acúmulo de processos caso se cobrem os procedimentos ambulatoriais. Porém, sob outra ótica, embora seja gerada uma quantidade monstruosa de processos para análise caso se cobrem os procedimentos ambulatoriais, por outro lado, se não houver a cobrança desses procedimentos, poderá haver a seguinte fragilidade: débitos ao SUS por usuários de produtos de saúde que jamais serão sequer identificados. E isso pode converter-se numa situação grave, porque não se terá a dimensão do quanto se usa. A princípio, pressupondo a boa-fé dos planos de saúde e dos hospitais, isso não ocorreria. Mas quem pode garantir, se há a possibilidade de se fazer débitos ao SUS por usuários de planos de saúde, sem que eles jamais sejam identificados? Essa fragilidade é, a meu ver, muito grave.

Portanto, independentemente de haver ou não a cobrança, a identificação é necessária. Apesar da grande quantidade de processos que poderá ocorrer, segundo o Dr. Leôncio, devem ser criados mecanismos para minimizar essa fragilidade.



O segundo ponto é que essas alterações nos procedimentos de ressarcimento, além da mudança da RDC — e a ANS já informou ao Tribunal outras mudanças na operacionalização da cobrança do ressarcimento —, não têm tido impacto relevante na cobrança de fato. De 2004 para 2005, até houve um aumento na cobrança efetiva, no resultado de fato da cobrança: subiu de cerca de 7,5 milhões para 12 milhões, ou seja, foi até relevante. Mas, depois disso, vem se mantendo. Em 2007, houve até mesmo uma queda nessa recuperação, ficando em cerca de menos de 9 milhões.

Outro ponto é quantidade de impugnações. A princípio, entende-se que todo e qualquer contribuinte ou devedor conteste determinado débito. Reconhece-se essa postura das operadoras de plano de saúde. Agora, se essa impugnação é procrastinatória, pode ser, mas também pode não ser.

Então, para que essas impugnações sejam minimizadas, é importante que se tenha um banco de dados confiável e seguro, porque, em análise das razões de impugnação, vimos que as operadoras alegam muito o seguinte: *“Esse usuário sequer é meu cliente, ou está em carência, ou não está na área de cobertura geográfica.”*

Essas são informações básicas que o banco de dados tem que suprir. Então, tem que se investir num banco de dados seguro, para que esse tipo de arguição não seja nem considerada, porque as próprias operadoras alimentam essas informações nos bancos de dados. Se elas alimentam, pressupõe-se a veracidade das informações. Claro que há outras deficiências, que são do funcionamento do sistema, falhas, inconsistência no banco de dados. Isso deve ser combatido, porque, se tenho um banco de dados limpo, enxuto e consistente, essas impugnações por essas razões tendem a diminuir.

Então, em conclusão, o Tribunal aponta estas oportunidades de melhoria: que a sistemática do ressarcimento necessita ser estudada e revista, para que não se sujeitem os recursos da saúde pública a fragilidades como o débito de procedimentos ao SUS por usuários de planos de saúde sem o devido ressarcimento, inclusive quanto aos procedimentos ambulatoriais.

Claro que não vamos entrar no mérito de como fazê-lo, até porque esse é um papel técnico que a ANS deve estudar. Se o TCU puder contribuir, e acredito que



com a fiscalização que realizaremos até poderemos, mas entendo que é uma questão emergente, urgente.

O volume elevado de impugnações torna difícil a administração do ressarcimento, reforçando a necessidade de que as cobranças iniciais sejam precedidas de rigorosa análise, para evitar cobranças indevidas ou com falhas. Isso só reforça aquela idéia do banco de dados. Como o volume é elevado, 2 coisas têm que ser associadas: informações confiáveis e consistentes associadas a procedimentos padronizados e os mais ágeis possível. Além de ser ágil, que essa cobrança seja de difícil contestação.

Quanto à atuação futura do TCU sobre o tema, como falei no início, desde 2007 havia, na programação das auditorias do TCU, a inclusão de uma fiscalização específica sobre o ressarcimento. Infelizmente, não o fizemos por diversas razões internas do Tribunal. Mas, em 2008, está incluída, e vamos fazer.

Dentre outras questões, estas estarão no escopo do trabalho: análise da consistência da base de dados adotada para análise dos atendimentos que se converterão em cobranças; avaliação de inclusão das operadoras devedoras em Dívida Ativa e CADIN e; análise do fluxo de procedimentos adotados para cobrança.

Antes de concluir, queria propor que fizéssemos uma reflexão quanto ao ressarcimento. Claro que é importante a questão da indenização pelo valor do serviço que foi utilizado pelo SUS por um usuário. Acho que a idéia da lei é essa, mas não só essa. Também tem o condão de inibir que eventuais hospitais ou operadoras debitem ao SUS procedimentos que são usados por seus usuários.

As leis têm essa característica. Muitas vezes, embora não seja a situação de me referir aqui a algum caso concreto, dizendo que tal operadora faz vários débitos ao SUS — o Tribunal jamais fez esse tipo de constatação —, se há essa brecha, tem que ser combatida. Então, acho que a idéia da lei é esta: inibir a utilização de recursos públicos da saúde para usuários privados de planos de saúde.

Outra questão que também entendo que merece uma reflexão, além da inibição, é quanto à tabela TUNEP. Há essa crítica de que a tabela TUNEP é 2 vezes o valor da tabela do SUS. Ou seja, o hospital é ressarcido ao SUS por aquele valor, mas quando é a operadora que utiliza ela paga mais.



A lógica não é somente de se devolver aquele dinheiro. A lógica é: se uma operadora puder usar a estrutura pública para seus serviços, em vez de usar a sua própria, sai mais barato eu pagar 2 vezes o valor do SUS do que eu ter a minha própria estrutura. Então, é para inibir também isso. Essa é a idéia da lei. Ressarcir o SUS é importante, claro, porque é para evitar o enriquecimento sem contraprestação. Mas essas 2 outras questões têm que ser refletidas também como idéias que a lei pretende apresentar também.

Era isso que eu tinha a dizer.

Agradeço mais uma vez. Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Rubens Otoni) - Obrigado, Dra. Ana Maria Alves Ferreira, pela sua participação valiosa e esclarecedora nesta audiência pública, convocada para debater as questões relativas ao ressarcimento pelas operadoras dos planos de saúde dos valores correspondentes ao serviço de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos. Essa audiência pública é fruto de um requerimento de autoria do Deputado Dr. Pinotti, Presidente desta Comissão.

Passo agora a palavra ao Dr. Josafá dos Santos, Diretor Substituto do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistema do Ministério da Saúde, pelo tempo de 10 minutos.

O SR. JOSAFÁ DOS SANTOS - Muito obrigado, Sr. Presidente. Boa a tarde a todos.

Estou aqui representando o Ministério da Saúde. Trabalho na Secretaria de Atenção à Saúde, em parceria com a ANS, sobre plano de ressarcimento.

Foi dito aqui pela Mesa que a saúde é universal e que cabe ao Estado garantir acesso a todo usuário ao serviço de saúde.

No entanto, sabemos que os recursos para a saúde são limitados. Há necessidade, a cada ano, de mais recurso para a saúde, em função do aumento populacional, do aumento da expectativa de vida, da necessidade de se ajustar a tabela dos procedimentos — como é do conhecimento de todos, essa tabela está com valores muito irrisórios — e da necessária implementação de nova tecnologia. Então, repito, a cada ano existe uma necessidade urgente de mais recursos para a saúde. E, com a limitação, nada mais justo que sejam ressarcidos ao SUS os gastos



com pacientes que tenham plano de saúde. Porém, como disse o Deputado Inocêncio Oliveira, a atual forma de ressarcimento ao SUS é ineficaz. A morosidade e o grande número de impugnações tornam o processo muito lento. Quer dizer, do montante de recursos que seriam hoje ressarcidos aos cofres, em torno de 8% a 10% realmente são ressarcido ao SUS.

Então, o Ministério vê a necessidade urgente de rever a atual forma de ressarcimento ao SUS. Tanto que está no PAC Saúde e no Programam Mais Saúde como uma das ações urgentes a alteração na forma do ressarcimento.

Entendemos que é mais do que justo serem realmente ressarcidos aos cofres os gastos das operadores com os seus beneficiários.

Era o que tinha a dizer.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Rubens Otoni) - Obrigado, Dr. Josafá dos Santos, Diretor Substituto do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistema do Ministério da Saúde.

Com essa intervenção, concluímos a primeira fase da nossa audiência pública, que é a fase da exposição pelos nossos ilustres convidados.

Queremos, mais uma vez, agradecer a presença ao Dr. Dagoberto Lima, Consultor Jurídico da Agência Brasileira de Medicina de Grupo; ao Dr. Paulo José Rocha Júnior, Procurador da República; ao Dr. José Leôncio de Andrade Feitosa; Diretor de Desenvolvimento Social e Diretor Presidente Substituto da Agência Nacional de Saúde; à Dra. Ana Maria Alves Ferreira, Analista de Controle Externo do Tribunal de Contas da União; e ao Dr. Josafá dos Santos. Todos trouxeram valiosas contribuições a este debate.

Vamos agora para a segunda parte da nossa audiência pública. Trata-se da fase em que os ilustres Deputados terão a oportunidade de fazer sua intervenção, dar sua opinião e também fazer perguntas aos nossos debatedores.

A sugestão da Mesa, para que o trabalho desta audiência pública tenha objetividade, é de que os Deputados usem da palavra e façam as perguntas aos nossos expositores, que as anotarão, para, somente ao fim, dar suas respostas. Assim, todos os Deputados terão oportunidade de falar. Depois, como já disse,



passaremos a palavra aos expositores, para responderem as perguntas. Com isso, concluiremos a audiência. Poderia ser assim? *(Pausa.)*

O Deputado Celso Russomanno já está inscrito. *(Pausa.)*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Rubens Otoni) - O Dr. Pinotti esclareceu para a Comissão que ia se ausentar para participar de um debate sobre um voto em separado em outra Comissão. Mas logo que tiver condição, S.Exa. estará de volta. S.Exa. é o Presidente da Comissão e é o autor do requerimento. Independentemente de ser o Presidente e o autor do requerimento, também S.Exa. é um Deputado que acompanha este assunto e tem uma contribuição valiosa para dar.

Seguindo a ordem da lista de inscrições, concedo a palavra ao Deputado João Magalhães.

O SR. DEPUTADO JOÃO MAGALHÃES - Obrigado, Sr. Presidente. A questão da saúde é muito sensível. Devemos até aprofundar um pouco mais esse assunto.

Pude observar aqui que é grave a questão dos ressarcimentos. E pela exposição do Dagoberto Lima, parece até que as seguradoras ajudam o Governo ou até mesmo a população, parece até que eles são as pessoas mais bondosas do Brasil. E isso não é uma realidade, uma vez que por trás da maioria das seguradoras e dos planos de saúde há algum banco. E banco, nós estamos carecas de saber, tem sido um vilão neste País, com os maiores lucros, com lucros exorbitantes.

Temos viajado pelo interior e observado que a cada dia a população está mais endividada, mais quebrada do que arroz de terceira, como costumamos dizer — aquele arroz bem picadinho —, com os créditos fáceis que os bancos têm oferecido, mas com taxas exorbitante embutidas.

Vamos solicitar a esta Comissão mais uma audiência pública, a ser feita com os planos de saúde e representantes da população brasileira, porque, a cada dia, há mais dificuldades no atendimento de quem tem um plano de saúde. Paga um plano de saúde a vida inteira, mas quando se precisa eles criam mil dificuldades, dizem que aquela cobertura não está no seu plano, que isso não está, que aquilo não está. Na hora de vender, eles te vendem, empurram um monte de porcaria. Depois, na



hora em que você precisa do atendimento, infelizmente, vem a dificuldade. A mesma coisa ocorre nos contratos de banco. Na hora que você precisa fazer um financiamento, eles entregam 50 folhas, com umas letrinhas que nem de óculos se lê. Mas no dia em que você recorre à Justiça eles mostram que você está todo enrolado, que você não tem defesa.

Hoje, vamos falar nessa questão dos ressarcimentos. Quero fazer aqui alguns questionamentos ao Dr. Josafá dos Santos, Diretor de Controle do Ministério da Saúde... Não. Quero fazer aqui alguns questionamentos ao Dr. José Leôncio de Andrade Feitosa, da Agência Nacional de Saúde, Diretor de Desenvolvimento Social e Diretor-Presidente Substituto da Agência Nacional de Saúde.

Considerando que atualmente a Agência Nacional de Saúde tem um gasto muito alto com o ressarcimento de procedimentos de alta complexidade, não seria necessário rever esse processo? E o que a ANS está fazendo para isso?

Considerando o volume de dados analisados para garantir o ressarcimento dos procedimentos de alta complexidade, é viável buscar o ressarcimento aos atendimentos ambulatoriais realizados pelo SUS? Qual seria o volume de documentação a ser processado nesse caso? Os custos com esses processamentos não seriam maiores do que o próprio ressarcimento?

Que esta Casa pode fazer para dar segurança jurídica maior no caso do ressarcimento e diminuir a judicialização feita via Poder Judiciário?

Qual a importância do processo de ressarcimento ao SUS que vai além da questão financeira?

A ANS se sente segura de estar cumprindo a sua obrigação no ressarcimento, uma vez que o pagamento não é tão significativo?

Poderá o ressarcimento ao SUS ser modelo de financiamento ao SUS?

São esses os meus questionamentos.

Obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Rubens Otoni) - Obrigado, Deputado João Magalhães, pela sua participação nesta audiência pública.

Concedemos agora a palavra ao ilustre Deputado Juvenil.

O SR. DEPUTADO JUVENIL - Quero parabenizar o Dr. Pinotti — embora S.Exa. esteja ausente — pela sensibilidade e grande oportunidade desta audiência.

[P13] Comentário: Sessão:0576/08
Quarto:15 Taq.:Paulo Rev.:



Agradeço aos expositores a presença. Sendo Parlamentar, posso dizer que esta Casa funciona exclusivamente com a participação do povo. Todo aquele que se dispõe a vir aqui cumpre um papel de grande importância para nós.

Sr. Presidente, Deputado Rubens Otoni, ao fazer essas considerações, gostaria de separar a minha condição atual de legislador da minha condição anterior, de advogado de alguns planos de saúde, para que pudesse — quem sabe? — ter uma posição mais isenta com relação às minhas observações.

Contudo, o Apóstolo Paulo copiou dos gregos: O homem é o resultado de todas as coisas. Por mais que eu queira separar em algum momento, a somatória de tudo é que me faz estar aqui hoje.

Portanto, com toda a vênua ao Dr. Dagoberto, eu sei bem que os planos de saúde utilizam essas defesas como imbróglio. São useiros e vezeiros em usar a lentidão da ANS como imbróglio para não pagar. Eu digo isso com certeza, porque presenciei um calote da UNIMED de Belo Horizonte, no valor de 500 milhões de reais, contra a Prefeitura de Belo Horizonte. Numa questão do ISS que ela devia, e com a concessão generosa do Prefeito Pimentel, ela deixou de pagar 500 milhões de reais. E a ANS — já fui patrono de algumas defesas de ex-clientes meus de planos de saúde — julga muito lentamente, quer seja pela estrutura precária que tem, quer seja porque alguns membros que a compõem são originários dos planos de saúde.

Então, o que me parece, e gostaria de abordar, é que evidentemente não tem natureza tributária. Esse parecer é mais uma forma de protelar esse processo. E nós sabemos, que os pareceristas, à exceção do Prof. Paulo de Barros Carvalho, via de regra, colocam aquilo que o cliente encomenda. E Calamandrei já deixou isso muito claro, que de fato não tem natureza tributária.

Essa discussão é apenas para tumultuar o processo. Enquanto o Supremo Tribunal Federal não disser que é inconstitucional, é constitucional. A norma está vigendo.

Portanto, eu gostaria, primeiramente, de sugerir à Comissão que nós propuséssemos uma indicação ao Presidente da República, que estudássemos, Dr. Josafá, junto ao Ministério da Saúde e ao Ministério Público, a possibilidade de que esses recursos dos planos de saúde fossem caucionados, fossem feitos com

[P14] Comentário: Sessão:0576/08
Quarto:16 Taq.:Eva Rev.:



depósito prévio. Que segurança que terá o SUS, o Poder Público, de ressarcir esse valor depois, se vários entraves jurídicos levariam essa discussão à perpetuação? Tem razão o Dr. Dagoberto. Ora, se tem natureza indenizatória, falarão no futuro em prescrição; se tem natureza indenizatória, é ato jurídico perfeito, porque tributário não é. E definitivamente não é.

Então, eu pergunto à ANS de que instrumento legal ela precisa por parte desta Casa para agilizar esses julgamentos. Podemos ser úteis. Estamos aqui para defender o povo e o SUS. Para mim, é uma das causas mais justas que pode ter um Parlamentar. Podemos criar, digamos, uma penalidade para os planos de saúde que utilizassem o recurso de forma protelatória.

E outra coisa mais. Ao conceder a licença de exploração de plano de saúde, a ANS tem a garantia dos planos de saúde de que tem caixa suficiente, tem patrimônio para ressarcir depois? Se não tem assim, estaríamos dando um cheque em branco para os planos de saúde. Depois de decidida a questão, como é que se vai recuperar esse valor?

Pois bem, ao Ministério Público, ao Dr. Paulo, eu perguntaria o seguinte. Confesso que neste momento não alcancei esse raciocínio, mas pergunto se seria o Ministério Público parte legítima para propor uma antecipação de tutela, a fim de garantir esses valores até que seja decidido. Isso seria interesse difuso ou particular? Mas se não fosse de interesse do Ministério Público, com certeza do Ministério da Saúde seria. A questão é apenas discutir essa legitimidade. Diante de todo esforço da Procuradoria da República o Tribunal de Contas da União mostra preocupação e a ANS mostra deficiência — acredito que seja involuntária — no acompanhamento dessas questões, em função da sua estrutura. Está-se vendo, então, que os planos de saúde vão levar vantagem pelo poderio econômico, até pela contratação de grandes advogados, de grandes pareceristas, que podem atrasar um julgamento tempos. Até a colocação de que isso não é natureza tributária. É lógico que não é. Isso é para criar, sem dúvida nenhuma, um imbróglio dentro do processo.

E se nós não tivermos — e isso é a função do legislador — um instrumento que propicie a medida cautelar de antecipação de tutela para que os planos de saúde tenham reserva de contingência? Tudo bem. Se os planos de saúde vierem a ganhar essa questão, sobre a inconstitucionalidade do artigo da Lei nº 9.656, o



dinheiro dele está depositado em juízo. Ninguém se apropriou do dinheiro. Mas houve uma garantia de ressarcimento.

Então, o histórico dos planos de saúde, na minha visão, não conduz a um julgamento sem garantia, sob pena de estarmos aqui nesta Casa legalizando um grande calote. E o Ministério Público poderia dizer se pode interferir nisso. Se não é parte legítima, com certeza o Ministério da Saúde o é. E acho que nós temos que fazer essa indicação ao Presidente da República ou ao Ministro da Saúde.

Quero pedir desculpas à Mesa pela forma que falei, mas na audiência de fato é para se dizer a verdade. Eu, com a minha consciência, não poderia deixar de me expressar dessa forma.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Rubens Otoni) - Agradeço ao Deputado Juvenil. O Deputado Juvenil não tem que pedir desculpas. Pelo contrário, a Mesa agradece a participação ao ilustre Deputado e a importante contribuição dada ao debate. V.Exa. trouxe sua experiência no acompanhamento de questões dessa área.

Eu gostaria agora, com muita satisfação, de dar a oportunidade da palavra ao Deputado Celso Russomanno, que nos honra nesta Casa e já nos honrou à frente da Presidência desta Comissão de Fiscalização Financeira e Controle.

O SR. DEPUTADO CELSO RUSSOMANNO - Sr. Presidente, gostaria de voltar um pouco o tempo para dizer que quando, nesta Casa, decidimos por reembolsar o Sistema Único de Saúde pelo atendimento das pessoas inscritas em planos de saúde ou seguros de saúde privados, de fato, tínhamos conhecimento e denúncias de que hospitais da rede dos planos de saúde privados estavam imputando ao SUS o tratamento que deveria ser cobrado dos planos de saúde.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Rubens Otoni) - Gostaria de dar nossas boas-vindas aos estudantes que visitam a Câmara dos Deputados e esta Comissão, conhecendo nossas instalações e atividades.

Aproveitem a visita à Casa!

Aproveito a oportunidade para transferir a direção dos trabalhos ao Deputado Pinotti, o nosso Presidente.

O SR. DEPUTADO CELSO RUSSOMANNO - Sr. Presidente, estava lembrando que inserimos a obrigatoriedade do ressarcimento ao Sistema Único de

[P15] Comentário: Sessão:0576/08
Quarto:17 Taq.:Stella Maris Rev.:



Saúde por conta das denúncias recebidas na Comissão de Defesa do Consumidor envolvendo os planos de saúde. Falávamos: *“Puxa vida, mas os planos de saúde têm como imputar o gasto feito em um hospital ao Sistema Único de Saúde?” — “Não, não têm” — “E se não tiverem um hospital?” — “Se não tiverem um hospital, é impossível que façam isso, porque teriam de estar mancomunado com o plano de saúde, e isso seria muito perigoso”.*

Então, os planos de saúde estavam fazendo isso por intermédio de hospitais desses planos de saúde, imputando ao SUS a responsabilidade pelo pagamento de procedimentos que, na verdade, deveriam ser pagos pelos planos de saúde.

Por causa desse tipo de prática, o Congresso Nacional resolveu adotar essa postura. Ora, se for feito dessa forma, vamos fazer um cruzamento. Na verdade, a Dra. Ana Maria fez uma observação muito importante quando disse que é uma forma de prevenir, uma vez que, ao se fazer um cruzamento, vamos saber se aquela pessoa foi atendida pelo SUS e, ao mesmo tempo, pelo plano de saúde.

Temos inclusive, como bem sabe V.Exa., Presidente Pinotti, a representação de um consumidor no INCOR de São Paulo, que, por sinal, está também no Tribunal de Contas da União. Aliás, sou Relator dessa representação. Esse consumidor foi internado no pronto-socorro pelo SUS, e o SUS fez o pagamento — a ficha consta como internação no pronto-socorro, pelo SUS. Depois, foi internado no INCOR, pela Fundação Zerbini, e a Fundação Zerbini fez o pagamento da internação. E isso foi cobrado pela clínica particular do Sr. David Uip, que era diretor do INCOR.

Pior do **que** isso, a coisa caminhou da seguinte forma: a nota fiscal foi dada pela clínica particular do diretor do hospital, um funcionário público que recebe como diretor do hospital e que é médico daquela instituição pública.

É aquela discussão que V.Exa. bem faz, Deputado Dr. Pinotti, das 2 portas, da porta pública e da porta privada, da porta 1 e da porta 2. O hospital público está sendo usado, por intermédio de um diretor, para tratamento de uma infecção no coração. Na verdade, a minha formação é em Direito e, por isso, talvez eu não esteja usando os termos médicos corretos. Mas era uma infecção no coração e foi tratada pela equipe do ex-diretor do INCOR, Dr. David Uip. E o procedimento foi cobrado pela clínica particular. Quando se questionou a nota fiscal emitida pela clínica particular dele, porque a nota fiscal não estava sendo emitida pela Fundação



Zerbini, o Sr. David Uip ingressou na Justiça para executar o pagamento. E pediu sigilo no processo, sigilo de Justiça, para que não se desse publicidade a uma cobrança indevida por um tratamento feito por um hospital público.

E, diga-se de passagem: mesmo que tenha sido pago pela Fundação Zerbini, a maioria dos recursos dessa fundação, 80%, é oriunda do Governo.

São práticas como essa que tentamos inibir.

Essa pessoa, quando foi executada, pediu ao juiz que abrisse o processo e desse publicidade ao mesmo. E o Sr. David Uip, que trata da família desse juiz, impediu que o processo fosse aberto. Olhem onde chega o absurdo! Se isso não tivesse chegado à Comissão de Fiscalização Financeira e Controle, ninguém estaria apurando nada até hoje.

Então, é a seguinte história: eu tenho um hospital que faz procedimentos para o SUS. E, mesmo que não fizesse, num caso de emergência, ele seria obrigado a atender. E imputa ao SUS o pagamento. Não é o caso que eu contei, mas é na mesma linha, no mesmo caminho. Imputa-se ao SUS o pagamento de um tratamento que está sendo cobrado também pelo plano de saúde ou que está sendo pago por ele.

São desvios como esses que temos de trabalhar no sentido de evitar.

Se me perguntassem sobre a questão da constitucionalidade, eu talvez dissesse, Dr. Paulo José Rocha Júnior, que até poderíamos discutir. Mas a questão não é cobrar duplamente ou fazer com que o plano de saúde pague, é evitar o estelionato propriamente dito de se cobrar duplamente. A pessoa está sendo tratada pelo SUS, é cobrada pelo SUS, mas é detentora de um plano de saúde, que usa de todos os artifícios para não fazer o procedimento médico que lhe caberia.

Então, a idéia, na verdade, quando fizemos isso aqui no Congresso Nacional, por meio de lei, foi exatamente impedir a prática de estelionato e impedir que o Sistema Único de Saúde fosse lesado por práticas como essa.

Acho até, Presidente Dr. Pinotti, que vale a pena a Comissão visitar os Ministros do Supremo Tribunal Federal. Junto-me a V.Exa. e aos demais membros da Comissão para tanto, porque temos de conversar com aquela Corte. Temos de contar essas histórias e temos de levar a cabo os procedimentos e as coisas que nos chegam, para que entendam o porquê de o Congresso Nacional ter feito isso. E



o fizemos para garantir que aquele que tem um plano de saúde fosse tratado pelo plano. Queríamos fazer com os planos de saúde chamassem os seus consumidores e os tratassem e evitassem o duplo pagamento: *"Olhe, se eu já estou recebendo do meu plano de saúde, eu quero trazer os meus associados, para que eu faça o tratamento. E, não, que ele caia no SUS, porque eu vou ter que pagar a conta depois"*.

Então, é esse o caminho. Não é imputar aos planos de saúde a obrigação de pagar. Porque, se o plano de saúde cumprir o seu papel, ele não vai ter de pagar absolutamente nada, desde que faça o que vendeu. Era uma forma, inclusive, de garantir ao consumidor seu direito legítimo de receber a prestação do serviço por que pagou ao plano de saúde!

Deputado Pinotti, mais uma vez, parabênizo V.Exa. e ressalto o meu entendimento de que valeria a pena fazer uma visita oficial da Comissão aos membros do Supremo Tribunal Federal, para discutir esse assunto, que é muito sério, e quem paga a conta sempre somos nós, os consumidores finais, seja por meio do Sistema Único de Saúde, seja por meio dos planos de saúde.

Eram essas as considerações que queria deixar.

Obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Muito obrigado, Deputado Celso Russomanno, sempre Presidente desta Comissão. A sugestão de V.Exa. é realmente importante. Está anotada e vamos trabalhar para que ela se concretize.

Quero ainda informar a V.Exa. que fiz um ofício ao Tribunal de Contas da União para averiguar a prática da segunda porta, e estamos esperando o seu requerimento de realização de uma audiência pública sobre o tema, porque é uma outra prática que, somada a essa do não-ressarcimento, cria enormes prejuízos aos usuários do Sistema Público de Saúde.

Vou pedir novamente para ser substituído na presidência dos trabalhos, porque quero usar da palavra na condição de autor do requerimento desta audiência pública.

Solicito ao Deputado Juvenil que me substitua, por favor. *(Pausa.)*

[P17] Comentário: Sessão:0576/08
Quarto:19 Taq.:Andréa Nogueira Rev.:



O SR. PRESIDENTE (Deputado Juvenil) - Dando seqüência aos nossos trabalhos, concedo a palavra ao Dr. Pinotti, autor do requerimento desta audiência pública, para as colocações que julgar pertinentes.

Em seguida, falará o Deputado Carlos Willian — e foi muito providencial que o Deputado Dr. Pinotti tenha seguido conosco o Deputado Carlos Willian, cujas intervenções são sempre muito importantes para os trabalhos desta Casa. Conforme V.Exa. deve ter ouvido, o Deputado disse estar com fome. Então, foi bom que V.Exa. tenha tomado essa diligência.

Com a palavra o Deputado Dr. Pinotti.

O SR. DEPUTADO DR. PINOTTI - Muito obrigado, Sr. Presidente, Sras. e Srs. Deputados, quero registrar, em primeiro lugar, a presença do Sr. Ézio Cordeiro, uma das pessoas que esteve na base da formação do Sistema Único de Saúde brasileiro. Foi ele quem tomou as primeiras medidas para unificar o INAMPS com o Sistema Público de Saúde e descentralizar as ações de saúde para Estados e municípios. Imagino que S.Sa. esteja um pouco triste com o que está acontecendo com o SUS atualmente.

Devo dizer que, pessoalmente, estou um pouco desiludido com essa questão toda, porque não posso entender, de forma alguma, que, aos 10 anos, exatamente 10 anos, da promulgação da Lei nº 9.656, a Agência Nacional de Saúde não tenha sido capaz de cobrar esse ressarcimento. Para mim, é totalmente incompreensível. Totalmente incompreensível! É um mistério! Um mistério que gostaria de ver resolvido.

O SR. DEPUTADO CELSO RUSSOMANNO - Deputado Dr. Pinotti, sabe qual é o mistério dessa história toda? Vou dizer-lhe qual é: a lei que votamos aqui, que elaboramos juntos e da qual V.Exa. participou, foi mudada, sofreu 200 mudanças por medida provisória. Há mais mudanças na lei promovidas por medida provisória do que artigos propriamente ditos!

O SR. DEPUTADO DR. PINOTTI - Não há mais nada de original nessa lei. É tudo medida provisória. Mas o art. 32 está lá e determina o ressarcimento. Até entendo, que o Dr. Dagoberto Lima, que é o advogado dos planos de saúde possa dar uma interpretação à lei, argumentando que, se o art. 196 diz que saúde é um direito de todos e um dever do Estado, deve-se liberar geral, e todos os usuários de

[P18] Comentário: Sessão:0576/08
Quarto:20 Taq.:Paulo Rev.:



planos de saúde podem se valer do SUS. Assim, os planos de saúde só recebem as mensalidades, e as pessoas se tratam no SUS. É uma maravilha, e é um pouco isso o que acontece.

Fui diretor de 2 hospitais públicos durante minha vida, e nesses 2 hospitais públicos as estatísticas foram muito parecidas. No Hospital das Clínicas da UNICAMP, 15% dos pacientes têm planos de saúde. No Hospital Pérola Byington, em São Paulo, eram 16% as pessoas que tinham planos de saúde e usavam o hospital.

O Partido dos Trabalhadores, antes de ser Governo, identificou a questão do ressarcimento com uma sangria no SUS, isso há 6, 7 anos, de R\$1 bilhão a R\$1,5 bilhão por ano. Depois que virou Governo, o partido se calou sobre o assunto. Repito: calou-se. Mas acredito que a sangria seja essa mesma, e dou razão ao Partido dos Trabalhadores, provavelmente com inflação, com uma série de outras coisas, provavelmente hoje é muito mais do que R\$2 bilhões de reais por ano.

Agora, se aceito o fato de que os planos procuram ter o maior lucro possível — e essa é a lógica do capitalismo —, por outro lado, para mim é inaceitável o fato de a Agência Nacional de Saúde não conseguir praticar o ressarcimento, atendendo à Lei nº 9.656. Também não posso aceitar de jeito nenhum a idéia de que, se está em discussão no Supremo Tribunal Federal a constitucionalidade de uma lei, seja ela qual for, ela não deve ser cumprida até a decisão. Não. Para mim, enquanto existir, a lei é constitucional e tem de ser seguida.

Ficou muito claro na exposição da Dra. Ana Maria, do Tribunal de Contas da União, e também nos acórdãos, que li com muito cuidado, que a Agência Nacional de Saúde comete uma ilegalidade ao não aplicar o ressarcimento em determinados casos. Porque o ressarcimento — ficou claro aqui na exposição do Dr. Leônicio, também — continua sendo tentado para os casos de internação nos hospitais privados conveniados com SUS. O ressarcimento não é feito nas práticas ambulatoriais. Repito, não é feito nas prática ambulatoriais e de alta complexidade. E essas são as mais lesivas para o sistema público de saúde. São as ressonâncias nucleares magnéticas, são as quimioterapias, são as diálises peritoneais e outras diálises, são as tomografias, o PET scan, são todos os exames de alta



complexidade e de alto custo, que, de uma maneira ou de outra, são empurrados para serem feitos pelo sistema público de saúde.

Aí não me preocupo apenas, Sr. Presidente, com a questão financeira. Muito mais do que a questão financeira, o que me preocupa é o uso indevido do hospital público por pessoas que têm direito, segundo os seus plano de saúde, àqueles procedimentos e que vão ocupar um lugar do cidadão que só tem acesso ao hospital público e em relação ao qual pesa uma demanda reprimida enorme, perversa, — repito: perversa —, que todos nós conhecemos, que são as filas. Aliás, as filas são usadas pelos políticos: *“Vou acabar com as filas nos hospitais”* — não é? E é só discurso, porque as filas não acabam. Isso, aliás, tem muita relação com a prática que o Deputado Celso Russomanno acabou de abordar aqui, com a tal da segunda porta, que é uma barbaridade.

Permitem-se aos hospitais públicos atenderem a doentes privados em circunstâncias que são **do** conhecimento de muito pouca gente, mas que eu posso descrever aqui com muita clareza. Isso é péssimo, pois os profissionais que estão atendendo aos doentes privados nos hospitais públicos estão usando o tempo que lhes é pago pelo Estado e que deveria ser usado para atender a doentes do SUS, deveria ser usado para a orientação e realização de pesquisas e para ensinar, no atendimento de seus doentes privados. E os honorários médicos são depositados nas suas contas bancárias.

Essa prática ativa outra, a do não-ressarcimento. Porque à medida que o doente privado está em um hospital público, se há alguma dificuldade de fazer uma ressonância ou uma tomografia pelos planos de saúde — e os planos de saúde dificultam a realização desses exames, todos nós sabemos que é assim, que é preciso esperar um tempo ou que é necessário justificar isso e aquilo —, fica muito mais fácil fazer esses exames no hospital público, e eles não serão cobrados. Então, mais uma vez, tira-se um espaço do doente usuário do SUS que tem naquele hospital a sua única possibilidade de ter um atendimento de alta complexidade para oferecer esse espaço a outros, dando lucro para as operadoras de planos de saúde.

Portanto, eu não posso aceitar que a Agência Nacional de Saúde, há 10 anos, não tenha conseguido uma fórmula simples para resolver a questão. Eu posso até dizer qual seria essa fórmula, aliás já disse.

[P19] Comentário: Sessão:0576/08
Quarto:21 Taq.:Paulo Rev.:



Quando do exame da Medida Provisória nº 148 pelo Congresso Nacional, fui seu Relator e propus uma alteração que resolvia esses problemas. Para tanto, convidei a Profa. Lúcia Tojal, que foi impedida de fazer o seu depoimento aqui porque, por sugestão minha, fez a mesma proposta na intimidade da Agência Nacional de Saúde, e a idéia não foi aceita. É muito simples, não tem segredo, é só fazer um espaço na AIH e perguntar para o cidadão que está lá se ele tem plano de saúde ou não e, em caso afirmativo, que produto comprou. É só isso. O que a Agência disse? *“Não. Não podemos fazer isso porque não podemos discriminar”*, no caso, discriminar ao contrário. Ou seja, pode ser que o hospital universitário “A”, “B” ou “C” não aceite esse cidadão porque ele tem um plano de saúde. Isso nunca aconteceria, mas até para solucionar isso existe uma fórmula simples: fazer o preenchimento desse espaço na saída, quando da alta. Assim, não se discriminaria ninguém, porque o paciente só o diria na alta. Até hoje, porém, não se fez nada disso. E é preciso identificar claramente os produtos, para saber se esse procedimento está entre aqueles que foram comprados ou não, para fazer um batimento eficiente e não o totalmente ineficiente que hoje é feito pela Agência.

As recomendações do Tribunal de Contas da União, seguidamente feitas e seguidamente não aceitas, são demonstrações de um mistério que eu gostaria de descobrir qual é. Porque não é possível, na era da informática, quando os bancos cobram de todos nós taxas inimagináveis, com total precisão, quando ficamos sabendo de estatísticas de qualquer coisa importante ou não por meio de computador, em nossa casa, quando qualquer criança pode fazer cálculos no computador, que a Agência Nacional de Saúde não seja capaz de cobrar o ressarcimento devido.

Realmente, é um mistério! E, para solucionar esse mistério, Deputado Celso Russomanno, é que tentei fazer essa alteração. Percebo que podemos solucionar esse mistério. Aliás, temos obrigação de fazê-lo, e estamos aqui para isso — é nossa obrigação, é obrigação desta Casa e desta Comissão, que existe para isso.

Portanto, peço aos Deputados que se dispam de questões políticas, de questões partidárias, para resolvermos isso em prol da saúde e da população pobre e sofrida do sistema público de saúde brasileiro.



Na realidade, existem alguns fatores facilitadores dessa questão que precisam ser corrigidos também. Um deles é a própria Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos — TUNEP. Quando aprovamos a Lei nº 9.656 — e lembro que foi uma proposta **Deputado Inocêncio Oliveira** —, aprovamos também como se faria a TUNEP, a lista de preços com a qual a Agência Nacional de Saúde Suplementar cobra as operadoras quando realizam procedimentos no sistema público de saúde. E a TUNEP ficou decidida em preços que variam entre o preço SUS e o preço que a operadora paga.

Devo dizer que, na ocasião, defendi que fosse o preço que a operadora paga, porque se paga por uma ressonância ou uma tomografia ou uma cirurgia uma determinada quantia, por que não deveria pagar para o SUS o mesmo? Mas ficou entre o mínimo do SUS e o máximo da operadora.

Pois bem. A TUNEP está muito ligada ao preço SUS. Como não é revista com frequência, há alguns procedimentos da TUNEP cujo preço é inferior ao do SUS, mas, em geral, os procedimentos da TUNEP estão muito parecidos com os do SUS. E, quando se cobra, a parte que vai para o hospital que prestou serviço é a diferença entre o preço do SUS e o preço cobrado. Como essa diferença é irrisória, o hospital que presta o serviço fica com pouco interesse em fazer a cobrança.

Então, é preciso modificar essa tabela de modo a que ela fique de 30% a 40% a mais que a do SUS. E todos sabem que o preço da tabela SUS não paga o procedimento. Portanto, não seria nada demais a TUNEP ser de 30% a 40% a mais que o preço do SUS.

Outro ponto que nos facilitaria muito seria resolver essa situação toda da tal da segunda porta. Isso já foi amplamente discutido aqui. Espero que possamos nos aprofundar no tema e regulamentar a questão a fim de acabar com essa segunda porta, prática que é absolutamente imoral.

Outro ponto importante é o teto. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde pagam um teto aos hospitais prestadores de serviço, principalmente ambulatoriais, mas também de internação. Assim, o hospital fatura pelo teto e não tem interesse em faturar procedimento por procedimento, porque sabe que vai receber X. Se faturar acima disso, não recebe. Então, o pagamento

[p20] Comentário: Sessão:0576/08
Quarto:22 Taq.:Margarida Rev.:



pelo teto é um absurdo, porque um hospital público nunca deveria ter teto de faturamento. O teto deveria ser a sua capacidade instalada.

Como se diz para um Hospital das Clínicas de São Paulo que ele só pode faturar até tanto? Aquele hospital tem possibilidade de atender 40% acima do teto, e não atende. Aí pegam a Beneficência Portuguesa, que está do lado, e dão um teto que corresponde aos 40% do Hospital das Clínicas. Isso é um absurdo total! E também facilita essa prática do não-ressarcimento.

Finalmente, repito: há a questão legal. O art. 5º da Emenda nº 32 é totalmente desrespeitado pela Resolução nº 18 da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Não pode continuar assim. Enquanto o Supremo Tribunal Federal não resolver esse problema, temos de respeitar a lei. Senão, todas as leis podem ser desrespeitadas até que o Supremo Tribunal Federal diga que essa lei é para valer e aquela outra não é. A lei existe, e é para ser respeitada. A Agência Nacional de Saúde Suplementar existe para o cumprimento da Lei nº 9.656. Isso está prejudicando amplamente os usuários do SUS e o sistema público de saúde.

Outro dia, o Ministro Temporão, fazendo uma exposição aqui na Câmara, disse que um dos problemas no financiamento da saúde é a questão do ressarcimento. Foi o Ministro quem disse. Acho que o Ministro deveria ser mais enfático em cobrar da Agência, que está ligada ao Ministério, uma atuação mais adequada em relação a essa questão.

Esta nossa reunião de hoje foi muito boa. Espero que tenhamos, por parte dos expositores, respostas adequadas para todas as indagações feitas pelos Deputados, mas, acima de tudo, espero que possamos corrigir essa questão. Porque é inaceitável que há 10 anos essa lei não seja cumprida e que o SUS seja sangrado em R\$1 bilhão, R\$1,5 bilhão, R\$2 bilhões por ano, quando colocamos no sistema público de saúde U\$270 ou U\$280 habitante/ano, o que é ridículo.

Não digo que deveríamos chegar ao nível dos Estados Unidos — U\$7 mil por habitante/ano. Aliás, com tanto dinheiro, mas a saúde totalmente privatizada, eles têm o 27º lugar em mortalidade infantil. E estamos indo para o caminho da privatização da saúde, que não é o melhor caminho, que não é o melhor caminho.

Quero ainda fazer um último alerta: não creio que isso seja tão proposital assim, mas a maior propaganda para os planos de saúde é um sistema público ruim.

[P21] Comentário: Sessão:0576/08
Quarto:23 Taq.:Paulo Rev.:



Quando o sistema público é ruim, como o nosso é, infelizmente, qualquer cidadão que tem qualquer dinheirinho para proteger a saúde da sua família compra um plano de saúde. Por isso, em um país pobre como é o Brasil, já temos 40 milhões de brasileiros que compraram planos de saúde. Por isso, estamos passando aos planos de saúde, Sr. Presidente, mais dinheiro do que ao sistema público de saúde. Hoje, passam 40 bilhões/ano pelos planos de saúde; enquanto são pouco mais de 30 bilhões para um sistema de saúde que serve a 180 milhões de brasileiros. Esse não é um bom caminho para o Brasil.

Outros países, muito mais ricos que o nosso não têm uma saúde privatizada como a nossa — falo de países como Inglaterra, França, Itália e Canadá —, mas têm índices de saúde muito melhores do que os nossos. O Brasil tem os piores índices de mortalidade e morbidade entre os países da América Latina com a mesma renda *per capita*. Essa é a melhor maneira de medir a eficiência do nosso sistema de saúde. Precisamos corrigir não só o financiamento mas também a gestão.

Muito obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Juvenil) - Agradeço a oportuna intervenção ao Presidente, Dr. Pinotti, autor do requerimento e a quem devolvo, com muito orgulho a presidência dos trabalhos.

Antes, porém, por economia processual, passo a palavra ao Deputado Carlos Willian.

O SR. DEPUTADO CARLOS WILLIAN - Caro Presidente e autor do requerimento, Dr. Pinotti, primeiro, quero parabenizar V.Exa. não somente pela iniciativa da propositura desta audiência, mas pelo conhecimento que V.Exa. tem do assunto e da saúde neste Brasil, tanto do lado privado quando do lado público e, principalmente, pela sua sensibilidade em relação à saúde pública brasileira.

Srs. Deputados, assessores, imprensa, funcionários do Ministério, da Comissão, estou embasbacado — e nem sei se essa palavra é empregada no Brasil todo, mas em Minas Gerais nós usamos muito. Estou surpreso diante de situação que, permitam-me dizer, com muita ignorância, não sabia de tamanha fragilidade e da tamanha seriedade. Já fui gestor público, fui coordenador da Fundação Nacional de Saúde, no Estado de Minas Gerais, onde combatemos a dengue e várias outras



doenças que hoje estão voltando por falta de recursos na área de saúde. Afinal, se nós não podemos cuidar da saúde, das endemias muito menos.

Caro Deputado e ex-Presidente desta Comissão Celso Russomanno, mostrou-me esta audiência — e não sei se foi só para mim ou se para todo mundo — uma face que eu não conhecia. Muito bem falaram os colegas Deputados João Magalhães, Juvenil Alves e Celso Russomanno, mas eu quero fazer 2 separações: primeiro, o peso da máquina pública, o desaparecimento da máquina pública, a falta de funcionários, o que, mesmo havendo vontade, havendo tenacidade para buscar esse o ressarcimento, dificulta essas cobranças, pois faltam instrumentos necessários para fazê-lo. E não é só nesse setor, é no funcionalismo público de forma geral, e quem sofre é o povo. É na Justiça, que não está tendo; é na saúde, que não está tendo.

Se não temos dinheiro para ressarcir o SUS com a qualidade e a quantidade que ele merece, vamos ter condições de aparelhar e de investir em outros setores? Vamos dizer que é importante, mas não é o primeiro atendimento ao cidadão. Olha é muito sério!

Agora, eu gostaria deixar claro: onde entram a iniciativa privada e o serviço público, sempre quem leva desvantagem é o serviço público. E não é por causa dos seus funcionários — aqui faço uma defesa não somente dos servidores da saúde que tratam do assunto, mas de todos os funcionários da saúde e também dos funcionários públicos federais, obviamente tirando os corruptos e aqueles que não têm compromisso com o seu cargo, que não dignificam o trabalho que deveriam executar pelo povo.

Quero lembrar as palavras do Deputado João Magalhães, quando disse muito bem que os planos de saúde têm lucro exorbitante. Eu não conheço nenhum que está no vermelho. E se V.Exas. conhecerem um, podem fazer uma auditoria porque está fraudado. Não conheço uma seguradora que esteja no vermelho, muito pelo contrário, todas estão longe de estar no vermelho. E se alguma apresentar lucro que não seja, no mínimo, o dobro do obtido no ano passado, podem fazer uma auditoria porque aí tem coisa. Portanto, o setor público sofre onde entra o setor privado.

Agora, o que nós precisamos fazer? Tenho certeza, Presidente Dr. Pinotti, que os valores que deixam de ser ressarcidos dessas cobranças são bilionários. E



não são somente esses apresentados pelo Ministério, não. Isso é o que ele consegue enxergar, e o serviço público enxerga muito pouco, ainda mais quando é ressarcimento em cima do setor privado. Essa situação envolve bilhões.

E, mais: existe falta de sensibilidade, de compromisso público por parte das empresas de planos de saúde. Porque poderiam colocar no bojo daquele contrato que o Deputado João Magalhães disse aqui, mesmo que em letras pequenas, que o usuário será obrigado a se identificar quando for proprietário ou quando tiver um plano de saúde, sob pena de responder civil e criminalmente, e do próprio usuário também ter de ressarcir os cofres públicos. Porque eu não conheço nenhum usuário de plano de saúde que ganhe salário mínimo. E qualquer um deles tem condições de discernimento suficiente para saber que ao usar um hospital público está dando um cano no povo brasileiro, está dando um cano no Governo, está sendo atendido e não está procurando um plano que ele adquiriu talvez por outras circunstâncias.

Diante disso, Presidente Pinotti, Deputado Celso Russomanno, de intervenções sempre tão eficientes nesta Casa, não sei se estou enxergando uma crise tamanha onde ela não existe, ou se realmente tenho razão. Eu queria que vocês me corrigissem. Acho que há necessidade de intervenção maior desta Comissão. Não basta irmos ao Supremo Tribunal Federal, caro Deputado Celso Russomanno. Temos de fazer uma proposta de fiscalização financeira e criar uma mini CPI, com direito de convocar quem quer que seja, mesmo representantes da iniciativa privada.

Proponho isto, Dr. Pinotti, para que V.Exa. encaminhe a proposta de fiscalização financeira. Vamos *in loco* ao hospital público perguntar a todos que estão na fila quem é associado a plano de saúde e vamos entrar na contabilidade dos planos de saúde para investigar se está havendo sonegação.

Desculpem-me os representantes de planos de saúde e o Ministério Público, que acho que está ausente e que deveria ser mais atuante.

Não estou fazendo questionamentos, até porque vou me ausentar. Às 14h tenho de estar com o próprio Ministro da Saúde. Se o senhor me permitir, Dr. Pinotti, já vou levar até ele o resultado desta reunião, vou manifestar a nossa preocupação. Às 14h vou estar com ele, pouco antes da reunião que o Ministro terá aqui nesta Casa.



Precisamos ter maior responsabilidade. Chamo esta Comissão a se aprofundar mais neste assunto e a apresentar uma proposta de fiscalização financeira.

No futuro, Dr. Pinotti, quero poder usar este microfone para pedir desculpas às empresas de planos de saúde e às companhias de seguro e voltar a enaltecer o trabalho dos funcionários do Ministério da Saúde. Eu gostaria que estivesse conosco o Ministério Público, ajudando-nos com as ações necessárias para punir pessoas que podem estar se locupletando e cometendo um estelionato contra os usuários do serviço público de saúde deste País.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Obrigado ao Deputado Carlos Willian.

O SR. DEPUTADO CELSO RUSSOMANNO - Sr. Presidente, peço a palavra pela ordem.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Por favor, Deputado Celso Russomanno.

O SR. DEPUTADO CELSO RUSSOMANNO - Sr. Presidente, antes de V.Exa. passar a palavra aos nossos expositores, eu quero acrescentar 2 coisas.

Vou apresentar uma PFC na linha do que já se falou aqui e pedir a V.Exa. que, como Presidente desta Comissão, avoque a relatoria dessa PFC. Precisamos questionar à agência por que ela não cumpre a lei, sob pena de, se a resposta não tiver amparo legal, representarmos contra a agência perante o Ministério Público, por crime de prevaricação e de responsabilidade. Acho que esse é o caminho.

O SR. DEPUTADO CARLOS WILLIAN - V.Exa. me permite um aparte?

Se V.Exa. achar que o Presidente não deva ser o Relator da PFC, eu já me coloco à disposição para relatar a matéria, inclusive em conjunto — não sei se o Regimento permite isso — com alguns membros da Casa. Se o Regimento não permite que haja mais de um Relator, eu gostaria de ser o Relator, mas trabalharia num grupo de trabalho.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Com prazer.

O SR. DEPUTADO JUVENIL - Posso ter um aparte também?



O SR. DEPUTADO CELSO RUSSOMANNO - Por favor.

O SR. DEPUTADO JUVENIL - Seguindo o raciocínio dos Deputados Celso Russomanno e Carlos Willian, eu acho que nós deveríamos, e o Regimento permite, formar um grupo de trabalho para debater essa matéria. V.Exa., Sr. Presidente, não estava aqui no momento da minha intervenção. Eu falei sobre o Ministério Público e o Ministério da Saúde tomarem algumas providências, a título de medida cautelar, para reter esse dinheiro dos planos de saúde. Percebo que há um imbróglio, da parte deles, para não pagar isso, caso venha a ser definido no futuro. Esse grupo de trabalho pode dar o encaminhamento, embora a responsabilidade, a legitimidade jurídica para isso, não seja desta Casa, e sim do Ministério Público ou do Ministério da Saúde.

Deputado Celso Russomanno, desculpe-me. Eu devolvo a palavra a V.Exa.

Obrigado.

O SR. DEPUTADO CELSO RUSSOMANNO - Seu aparte só acrescenta.

Minha observação é muito clara. A Comissão, por meio de uma proposta de fiscalização e controle, apurando a irregularidade... Tomei conhecimento ainda agora dessa ação direta de inconstitucionalidade. Se foi uma ação direta de inconstitucionalidade, se não subiu de um dos tribunais para o Supremo, então não há nenhuma decisão transitada impedindo a cobrança. Se não existe isso, a cobrança tem de ser feita, sob pena de se cometer crime de responsabilidade e de prevaricação, por que vai responder a Diretoria da Agência Nacional de Saúde.

Mas, evidentemente, o Ministério Público depende de uma provocação, que esta Casa fará, com o resultado da PFC. É esse o caminho que temos que seguir.

Sr. Presidente, são 2 as situações em que o SUS tem de pagar para a pessoa que está associada ao plano de saúde, ou que comprou um seguro de saúde, 2 situações muito claras.

Primeiro caso. O consumidor teve seu atendimento recusado pelo plano de saúde. Ninguém que tem plano de saúde, que tem atendimento diferenciado, vai querer ser atendido pelo SUS — desculpem-me, mas, infelizmente, o SUS é como uma porteira por onde o gado passa, para ser a cuidado de qualquer jeito, dada a quantidade de pessoas necessitando de atendimento. São raras as cidades do

[P23] Comentário: Sessão:0576/08
Quarto:26 Taq.:Anna Karenina Rev.:



interior em que o atendimento do Serviço Único de Saúde é de qualidade. Quando a demanda é grande, a situação é essa do gado mesmo.

Em São Paulo, por exemplo, e V.Exa. sabe disso, para se marcar uma consulta médica especializada a espera é de 3 a 5 meses; para se fazer um exame como uma tomografia, de 8 a 9 meses; para uma cirurgia, um ano e meio de espera. Ninguém entra nessa vala se tem outra opção. V.Exa. sabe melhor do que eu que, se tiver de esperar um ano e meio, uma pessoa com problema sério de saúde morre ou...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Ou se cura sozinho.

O SR. DEPUTADO CELSO RUSSOMANNO - Ou se cura sozinho. Ou parte para a “empurroterapia”, para o curandeirismo dos atendentes de farmácia. Hoje, graças a Deus, depois de uma ação da Comissão de Defesa do Consumidor, conseguimos obrigar as farmácias a manter um farmacêutico, para evitar um pouco dessa “empurroterapia”. Quando o farmacêutico tem consciência da sua profissão e age com ética, ele não sai receitando qualquer coisa para o cliente que chega reclamando de uma dor aqui e uma dor ali.

Então o primeiro motivo é a recusa do plano de saúde em prestar o atendimento, não importa por quê, se porque considera a doença preexistente... Aliás, na época em que estávamos elaborando a Lei dos Planos de Saúde, propus o acréscimo de um dispositivo para que toda pessoa que contratasse um plano de saúde fizesse um *checkup* por conta do plano de saúde. Presidente, eu fui bombardeado pela *Globo*, que tinha entre seus maiores anunciantes as operadoras de planos de saúde. Diziam que eu estava comparando o povo brasileiro a um carro velho que tinha de passar por uma revisão para se atestar se ele estava bom ou não. Não. O que eu queria era para impedir que os planos de saúde negassem atendimentos alegando doença preexistente ou doença congênita. É isso o que eles fazem. Por isso caem no SUS tantas pessoas. Eles não têm responsabilidade. É pior, eles não têm responsabilidade social. Neste País estamos vendo as operadoras de planos de saúde irem a público mostrar-se como empresas com responsabilidade social. Não vejo isso. E, na hora em que negam um procedimento, alegando A, B ou C, o doente cai no SUS.



O segundo motivo é o estelionato, como eu disse anteriormente, é aquele caso da pessoa **que** é atendida em hospital particular e é tratada pelo plano de saúde, mas a cobrança é feita ao SUS. Só há 2 casos, não há um terceiro. Por isso aprovamos a lei aqui. Isso já foi medida provisória.

V.Exa. está de parabéns. Acho que está na hora de agirmos diferente. Tenho muitas PFCs nas minhas costas, como sabe a Secretária da Comissão, e tenho de dar andamento a elas. Sr. Presidente, eu queria fazer a proposta e pedir a V.Exa. que avocasse a relatoria. Quanto à questão legal — temos aqui 2 operadores do Direito —, nós lhe damos toda a sustentação. Temos de fazer a agência cumprir sua obrigação.

Há também uma ação política, porque o Supremo Tribunal Federal não é um tribunal que decida de outra forma, e até por conta disso decidiu que os bancos estavam enquadrados no Código de Defesa do Consumidor, apesar de o advogado que peticionou questionando a aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos bancos tenha sido um dos maiores juristas deste País, o Ives Gandra. O Supremo é um tribunal muito político, que vai saber entender o que nós temos para falar quando nos dirigirmos a ele.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Muito obrigado. Nós aguardamos sua proposta de PFC.

Vou passar a palavra aos expositores, desde logo agradecendo a todos a paciência e as belas exposições feitas. Concederei a palavra seguindo a mesma ordem em que foram ouvidos, para que respondam às intervenções dos Deputados.

Tem a palavra o Dr. Dagoberto Lima.

O SR. DAGOBERTO JOSÉ STEINMEYER LIMA - Ouvi atentamente as exposições dos Srs. Parlamentares e gostaria de pedir licença a S.Exas. para que esta minha intervenção seja considerada um pedido, uma formulação de esclarecimentos.

Em primeiro lugar, quero apresentar um dado importante sobre o mercado de operação dos planos de saúde no Brasil: cerca de 82% do total das operadoras brasileiras não tem individualmente menos que 20 mil vidas em suas carteiras. Então, na realidade, das operadoras registradas — falo no sistema Unimed, medicina de grupos, seguros etc. —, o atendimento à população é

[P24] Comentário: Sessão:0576/08
Quarto:27 Taq.:Eva Rev.:



predominantemente prestado por pequenas operadoras, sediadas em diversos pontos do País. Outro dado importante: nos Estados do Espírito Santo até o Rio Grande do Sul chega a quase 80% o número de beneficiários atendidos por esse sistema. O Nordeste está crescendo e o interior do Brasil também, na área do Centro-Oeste.

O segundo dado é técnico, Dr. Juvenil. O plano de saúde é considerado, jurídica e tecnicamente, um captador de poupança popular, e é um contrato de seguro. Em contrato de seguro, prevê o Código Civil que haja uma caracterização como contrato de direito aleatório. Então, quando um consumidor paga uma contraprestação pecuniária, ou seja, a sua mensalidade, ele não está pagando aquilo para a cobertura específica de uma moléstia cardíaca, ou de problemas ortopédicos, por exemplo. A operadora de plano de saúde está recebendo de acordo com o rol de procedimentos que compõem o Plano Referência, que V.Exas. aprovaram no art. 10 da Lei 9.656, e isso tem correspondência num cálculo atuarial, porque o direito aleatório, previsto no Código Civil, é claríssimo ao dispor que o adquirente da coisa, num contrato de direito aleatório, corre o risco de ter ou não a coisa, dependendo da ocorrência ou não do evento coberto. Isto é um contrato de seguro, um contrato típico do segmento. O modelo é americano e existe desde 1930 nos Estados Unidos da América da Norte.

Outra coisa que eu gostaria de considerar é que a determinação da Lei nº 9.656 e das regulações da Agência Nacional de Saúde Suplementar deixaram muito claro que nenhuma operadora pode oferecer à população plano de saúde sem a aprovação prévia do agente regulador. E, conforme a própria Lei nº 9.656, esses planos, por serem um seguro, por serem de natureza de direito aleatório, são obrigatoriamente apresentados mediante uma nota técnica atuarial em que é calculado o sistema de cobertura securitária. Os contratos celebrados anteriormente a 1998 não tinham essa obrigação, e os contratos posteriores seguiram as notas técnicas atuariais estabelecidos pela ANS. Na realidade, seria uma falácia dizer que há enriquecimento ilícito, se a nota técnica atuarial não previa, e obviamente não previa, ressarcimento ao Sistema Único de Saúde. E não se pode, conforme prevê a Constituição Federal, aplicar uma lei posterior para uma situação anterior.

[P25] Comentário: Sessão:0576/08
Quarto:28 Taq.:Eva Rev.:



Outro detalhe que eu também queria esclarecer aos senhores é a questão relativa à caução. A Lei nº 9.656 determina — estou apenas dando esclarecimento, não estou querendo polemizar o assunto —, em seu art. 8º, que uma operadora de plano de saúde tem de ter os planos e a própria operadora em situação de estabilidade, de equilíbrio econômico e financeiro. Essa é uma obrigação legal. Por causa disso, a lei que criou a ANS, a Lei nº 9.961, é muito clara quando delega poderes, como delegado do Poder Público à agência reguladora, para fixar normas de controle de equilíbrio econômico e financeiro das operadoras. Tanto isso é verdade, que a ANS já baixou essas normas, nas suas Resoluções nºs 159 e 160, que tratam da constituição de reservas e provisões técnicas. Hoje, a ANS — posso dizer isso tranquilamente, porque estou do outro lado do meu campo — tem um banco de dados de controle do mercado operador extremamente eficiente.

Essas questões de reservas e provisões nos remeteriam, Deputado Juvenil, à questão constitucional. O senhor falou em caução etc., mas temos de considerar primeiro as reservas técnicas que as operadoras são obrigadas a cumprir. Além disso, o Supremo Tribunal Federal tem reiteradamente disposto que a Lei dos Executivos Fiscais, a Lei nº 6.830, já dá ao Poder Público, ao cobrador da dívida pública — em caso de ressarcimento, não paga o inscrito no CADIN, e o título passa a ser, portanto, um título executivo tributário, que enseja ao Poder Público o direito de cobrar... O Supremo tem decidido, de acordo com o inciso LV do art. 5º, que trata do princípio da ampla defesa e do contraditório, que, qualquer que seja a medida de caução, para efeito recursal ela é considerada inconstitucional.

Esse é outro esclarecimento que eu queria fazer.

Agora apenas uma orientação ao Deputado Celso Russomanno. Eu tenho aqui o andamento da ação direta de inconstitucionalidade que eu e o Dr. Marcelo Ribeiro, brilhante jurista de Brasília, promovemos no Supremo Tribunal Federal em nome da Confederação Nacional de Saúde. Foi concedida uma liminar que suspendeu a eficácia da Lei nº 9.656 em relação à retroatividade da sua aplicação. Então tudo aquilo que o Serra propôs e o Fernando Henrique Cardoso adotou numa medida provisória que mandava aplicar os contratos antigos à lei nova o Supremo derrubou, suspendendo a eficácia do chamado art. 35-E, que trata da aplicabilidade imediata. O último Ministro a votar, o então Ministro Nelson Jobim, foi muito claro ao precisar



que os contratos antigos são, por si e pelos seus efeitos, intangíveis, tanto pelo lado da operadora quanto pelo lado do consumidor. Então o problema da irretroatividade, da aplicação retroativa, esse é um princípio assente, que foi jurisprudência anterior, da lavra do Ministro Moreira Alves, num voto famoso em que se julgou a aplicação da TR nos contratos habitacionais da Caixa Econômica Federal. O Supremo fixou o princípio universal da irretroatividade da aplicabilidade.

Outro detalhe que eu queria esclarecer a V.Exa. é que, com a aposentadoria do Ministro Maurício Corrêa, os embargos declaratórios da Advocacia-Geral da União oferecidos para se esclarecer o alcance da liminar em relação aos contratos novos, ou seja, àqueles celebrados a partir de 1º de janeiro de 1999, passaram para a relatoria do Ministro Marco Aurélio, que está com seu voto pronto, de embargos declaratórios, aguardando pauta. E, certamente, sensibilizando-se o Presidente do Supremo — os senhores que são meus colegas sabem que embargos declaratórios não precisam de pauta —, ou seja, se houver vontade política, o Supremo pode dar andamento a essa ADIN, para tirar-nos a todos deste clima de absoluta insegurança jurídica.

As minhas 4 mil e poucas ações contra a ANS são ações declaratórias da inexistência de débito fiscal. Como existe a possibilidade de inscrição no CADIN, tenho conseguido tutelas antecipadas em várias instâncias do Poder Judiciário proibindo a inscrição no CADIN enquanto essas ações não forem transitadas em julgado. Então, não havendo inscrição no CADIN e não havendo base de cálculo — o Supremo já repreendeu, e a TUNEP não pode ser —, não pode, evidentemente, a ANS entrar com executivo fiscal para cobrar, ou ele ou a Receita Federal, um título executivo que não tem liquidez e certeza, pela própria definição do Supremo.

Volto a enfatizar. A providência de falar com o Supremo acho que é a mais recomendável. Tanto isso é verdade que o Governo até pediu prioridade para a votação, que ainda não aconteceu.

Por último, eu queria dar um detalhe também esclarecedor. Em certas regiões do Brasil, o índice de satisfação do consumidor com o Sistema Único de Saúde é muito alto. Exemplo disso é a Região Sul. Muito poucos sabem que nos Estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina dois terços do total da população assistida compra planos ambulatoriais. Por quê? Porque ela está satisfeita com o sistema de

[P26] Comentário: Sessão:0576/08
Quarto:29 Taq.:Silvanda Rev.:



internação que o Sistema Único de Saúde oferece. O que ela compra? Ela compra da iniciativa privada um plano ambulatorial, para aquele atendimento mais urgente.

Existem à disposição — se V.Exas. quiserem posso providenciar que alguém traga aqui — pesquisas do Gallup e do IBOPE a respeito da preferência da população brasileira em relação a modelo assistencial. Para surpresa e felicidade dos legisladores, inclusive dos constitucionalistas — a Assembléia Nacional do Constituinte foi que criou o SUS —, a população brasileira está satisfeita com essa parceria público-privada com predominância do Sistema Único de Saúde desde que o primeiro atendimento do SUS melhore. Então observa-se, por outro lado, nesses levantamentos de opinião pública, um altíssimo índice de satisfação da população que é coberta por plano de saúde em relação ao atendimento assistencial, mesmo porque a Lei nº 9.656 dispõe sobre um plano básico, um plano de referência de cobertura assistencial que é quase idêntica ao CID 10.

Eram os esclarecimentos que eu gostaria de oferecer a V.Exas. Mais uma vez manifesto a minha alegria de ter participado durante tantos anos da elaboração da Lei Orgânica da Saúde, do Código de Defesa do Consumidor, da Constituição, da regulamentação dos planos de saúde, assessorando V.Exas. naquela votação brilhante, quando mais de 300 Deputados aprovaram em plenário a Lei nº 9.656 — já substancialmente alterada por medidas provisórias —, depois ratificada pelo Senado Federal e sancionada pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso. O *quorum* daria para reformar a Constituição da República.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Muito obrigado, Dr. Dagoberto.

Passo a palavra ao Dr. Paulo Rocha Júnior, do Ministério Público Federal.

O SR. PAULO ROCHA JÚNIOR - Sr. Presidente, farei algumas remissões aqui aos debates que os Srs. Deputados já iniciaram.

Em relação à judicialização. Acho que evitar a judicialização das cobranças do ressarcimento ao SUS passa por 3 pontos: um é a aceitação de que efetivamente o ressarcimento existe. E o Dr. Dagoberto deixou claro que as empresas não aceitam ainda. Vão aguardar a decisão do Supremo. Então, nesse ponto, efetivamente, não há muito o que fazer, a não ser a necessária conscientização da

[P27] Comentário: Sessão:0576/08
Quarto:30 Taq.:Silvanda Rev.:



Suprema Corte do papel relevante dela nessa ação específica de inconstitucionalidade.

De outro lado, há necessidade de se criar um custo pela contestação, da contestação frívola, da cobrança. Não pode ser uma coisa que não haja custo para a operadora simplesmente alegar que há algum defeito formal e, aí, simplesmente entulhar a ANS de contestações e posteriormente o Judiciário. É preciso que quando se comprovar que é meramente postergatório haja devida punição a quem alegou uma circunstância inexistente.

Por fim, a simplificação do modelo que, em linhas gerais, aqui está, na apresentação da ANS é algo interessante que se faça para que diminua essa burocracia incrível que existe simplesmente para provar que a pessoa apareceu no hospital e teve o atendimento.

Em relação ao questionamento do Deputado Juvenil quanto a uma possível ação civil pública com pedido de caução, eu acho que para o Ministério Público é complicado fazer o trabalho da ANS. Temos que provocar a ANS para que ela faça o trabalho dela mesma e aí responsabilizar se efetivamente não foi feito ou se foi feito deficitariamente. Nesse sentido, já foram lançadas 2 idéias; aí, sim, pode haver uma atuação do Ministério Público em relação ao passado, que é a cobrança dos procedimentos ambulatoriais que, ao que fui informado aqui, por vários anos não foi efetivado.

Segundo, é a mudança no formulário. Diz-se que a Administração Pública ou o Poder Executivo têm o poder, está dentro do seu âmbito de exercício, a discricionariedade. Mas quando ele abusa dessa discricionariedade e deixa de fora uma decisão óbvia, que seria, no caso, se há um ressarcimento, precisa ter uma comprovação desse ressarcimento na guia, creio que é possível se pedir ao Judiciário que se corrija essa falha, se ela realmente se comprovar tão grave para a efetivação do sistema de ressarcimento, para a eficiência do sistema de proteção ao patrimônio público. Nesse sentido, aguardaremos as conclusões que forem feitas desse pedido de fiscalização, até para conseguir consolidar todas as denúncias.

Em relação à má-fé, aí, sim, creio que é uma questão do Ministério Público. Se comprovar má-fé, que o empresário está deliberadamente explorando o sistema contra as previsões legais, utilizando-se disso para um lucro absolutamente indevido



ou então uma concorrência desleal, cobrando do consumidor algo que ele sabe que não vai prestar, aí é uma questão de Direito criminal e devemos passar para outra fase. Não vamos falar mais de dinheiro; vamos falar da responsabilidade da pessoa que, no momento em que deixa o seu dever jurídico, essa lealdade jurídica de lado, tem que ser responsabilizado, quem sabe até com a sua própria liberdade.

Por fim, também para não polemizar a questão dos contratos anteriores, há que se levar, quando a proteção do ato jurídico perfeito, ao nível que o Dr. Dagoberto desejaria, sequer poderia se reajustarem os impostos das operadoras, porque obviamente afetaria o contrato. Creio que o ressarcimento não tem a ver com a relação obrigacional contratual que se faz. É uma relação da operadora de saúde com o Poder Público e, portanto, não estaria abrangido nesse âmbito. Mas eu creio que essa é uma outra discussão para após a decisão na ADIN 1931.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Muito obrigado, Dr. Paulo José Rocha Júnior.

Passo a palavra agora ao Dr. José Leônicio de Andrade Feitosa.

O SR. JOSÉ LEÔNICIO DE ANDRADE FEITOSA - Em relação ao conjunto de perguntas feitas pelo Deputado João Magalhães, a primeira delas é se é muito alto o **gasto** de cobranças para o ressarcimento. Na maioria das AIHs, não. Porém, algumas evidentemente, como em todo processo administrativo, o processo sai mais caro do que o valor do objeto. Para isso, seria preciso entrar na questão do princípio da economicidade, mas será necessário alterar a nossa lei.

A outra pergunta: se é viável o atendimento ambulatorial como um todo. Nós fizemos um estudo de 6 meses e foi apresentado aqui, apenas em relação à Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade — APAC, que dá 57 mil novos processos por mês, o que significa em Primeira e Segunda Instâncias ao redor de 3.200 processos por dia, apenas a APAC, sem contar os ambulatorios convencionais.

A Agência, se houver condições — a condição é montar um grande cartório, contratar centenas de funcionários —, faz a cobrança evidentemente. A Agência não se furta a cobrar, até porque, além de ter a obrigação de cobrar o ressarcimento, ela é inteiramente de acordo com a cobrança do ressarcimento. Isso

[P28] Comentário: Sessão:0576/08
Quarto:31 Taq.:Herculano Rev.:



é pacífico na Agência. Isso é uma questão de quantidade de funcionários para fazer a cobrança.

A Câmara dos Deputados pode ajudar. Está tramitando um processo sobre a Agência Reguladora, apensados vários outros projetos de lei. É preciso que a própria ANS também ultime o seu pensamento sobre as modificações necessárias para o momento e conversar com os Srs. Deputados.

A outra pergunta: se há um ressarcimento além do financeiro. Nós cometemos um equívoco muito grave em pensar que o ressarcimento é só uma questão de colocar dinheiro dentro dos cofres da União, públicos ou prestadores. Não é. Há uma questão também inibitória que a doutora já nós comentou.

E há uma questão fundamental, que é o estudo epidemiológico: saber o que está ocorrendo neste País. Quando nós fazemos o cruzamento e sabemos que no interior do Acre, do Rio de Janeiro, numa determinada região está se usando ressarcimento — não pode usar abuso, porque a partir de 1 a utilização de ressarcimento já é abuso —, porque há uns contratos para cobertura, mas há condições diferentes em várias partes do País. Nós temos de dizer epidemiologicamente qual o tipo de patologia, por que está sendo aplicada, qual o paciente que está procurando isso, quais são as causas disso. Isso faz parte de um planejamento de saúde pública entender o que está ocorrendo pelo País como um todo. Então, o ressarcimento é mais do que um financiamento, é um agente, é um instrumento de regulação importante.

Perguntou-se, ainda, se a Agência pensa que cumpriu seu papel no caso do ressarcimento. Há também outro equívoco quanto isso. A Agência cumpre seu papel no rigor da lei, porque a Agência tem a obrigação de fazer a cobrança. É o processo de cobrança: examinar, dar o direito ao contraditório, primeira e segunda instância; se for no jurídico, vamos lá também; quem não paga, seu nome vai para o CADIN, para a Dívida Ativa, tudo aquilo; e, depois, emite-se a cobrança final.

Se não há pagamento, a Agência não tem poder de polícia, nem caneta de juiz ou de desembargador para autorizar o pagamento. A nossa obrigação é a cobrança. Isso nós fazemos. Estamos cobrando 80% de todos os ressarcimentos em internações dos últimos anos, desde o nascimento da Agência; sobejamente, isso significa que estamos cumprindo nosso papel.



Há financiamento ao SUS? No meu entendimento não é financiamento ao SUS, não passa por aí, não passa pelo ressarcimento, porque os valores são muito baixos. Também já mostrei isso. Nós, do SUS, em 6 anos, pagamos 1 bilhão 170 milhões de reais em internações hospitalares neste País; em apenas 500 milhões, ou seja, 1,5%, cabiam ressarcimento. Portanto, não é uma fonte de financiamento ao SUS, no meu entendimento. Porém, é uma fonte em que se pode beber sob a regulação à saúde.

O Deputado Juvenil perguntou qual o instrumento que a ANS precisa para agilizar o processo. É esse instrumento que nós apresentamos: criar uma metodologia via processo eletrônico. Isso facilita muito. E a nova metodologia da capacidade do princípio de credibilidade no sistema e, depois, por amostragem, fazermos as punições e as sanções necessárias, certamente dará uma agilidade enorme a esse processo.

A questão da Caixa já foi respondida. Eles têm fundo garantidor, tem uma porção de ativos financeiros, são obrigados a constituir desde o pedido com autorização de funcionamento.

O Deputado Celso Russomanno, com muita propriedade, propõe visita ao Supremo Tribunal Federal. É o momento, até passou. É preciso que isso fique pacífico. É ou não é? E só depende o Supremo dizer. Enquanto ele não diz, é. Nós estamos cobrando e vamos continuar cobrando.

Depois, o Deputado Dr. Pinotti fez algumas considerações importantes. Quero dizer de início que já temos pelo menos 2 concordâncias. A primeira é que nós também somos contra a dupla porta. Esse sistema no Brasil é mais nefasto do que necessário. E quanto à cobrança de ressarcimento, nós também somos favoráveis.

Porém, eu quero dar algum esclarecimento em termos de alguns dados que foram dados pelo Deputado que não batem com o levantamento da Agência Nacional de Saúde.

Primeira questão, o ressarcimento dá 1 bilhão de reais por ano. O que nós temos hoje são 540 milhões de reais de dívidas e 21% recebidos, nesses anos todos de funcionamento. E não 1 bilhão de reais por ano, no nosso entendimento.

E isso não cobra a APAC. Nós não cobramos APAC, fizemos um estudo em 6 meses e a APAC daria os tais 3.200 processos diários a serem examinados. É só



autorizar a contratação de pessoas, que nós passaremos a fazer a cobrança da APAC e até o ambulatorial comum.

Voltou a afirmar S.Exa. que há 10 anos não cobra a APAC, que é um mistério. Não há mistério. Nós cobramos 80% do que foi identificado; não recebemos 80% nem 90%, recebemos vinte e poucos por cento. Mas a cobrança foi feita de forma muito clara.

O batimento não é eficiente, porque não vê a cobertura do contrato. Verifica, sim, senão não tinha processo. O processo chega e o que a empresa faz primeiro é impugnar. Nós vamos abrir o processo do paciente, o contrato, e verificar o que está escrito, para ver a que ele tem ou não direito, para nós impugnarmos ou deferirmos a impugnação ou não. É obrigatório. O início do processo é a análise do contrato.

E S.Exa. referiu-se também à tabela TUNEP (Tabela Única Nacional e Equivalência de Procedimentos), em que a proposta colocada era 30% acima da do SUS, ou seja, a média da tabela TUNEP é 263 acima do SUS, somando todos os procedimentos. Portanto, a proposta já está acatada, até mais, dado que o valor é muito maior. Ela já foi atualizada em 10 vezes desde o seu crescimento, tanto nos procedimentos quanto em valores. Portanto, a tabela TUNEP tem sofrido suas alterações.

E, por final, quero agradecer a oportunidade, porque penso que é nesses debates que nós crescemos, olhamos para o futuro e criamos perspectivas melhores para este País, que, no meu entender, está indo de vento em popa. Mas é bom discutir.

Agradeço ao Deputado Dr. Pinotti, aos Srs. Deputados e à Mesa pela paciência em ter me ouvido.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Muito obrigado, Dr. José Leônicio.

Para esclarecimento, eu quero saber de V.Exa. por que a Agência não cria um campo próprio para identificação do usuário dos SUS, como foi aqui levantado por vários Deputados, seja na internação, seja na alta do paciente. E também o senhor explicou por que não cobra os procedimentos ambulatoriais, por falta de funcionários. Mas será que em 10 anos a Agência não percebeu que precisava de



mais alguns funcionários para isso e não começou a cobrar em função do atendimento mínimo de uma lei que está vigente, a Lei nº 9.656? Eu só quero esses 2 esclarecimentos.

O SR. JOSÉ LEÔNCIO DE ANDRADE FEITOSA - Na verdade, o setor de cobrança do SUS, ao longo deste ano, perdeu 32% dos seus funcionários ao invés de ganhar. Portanto, está mais difícil ainda realizar, com a agilidade que queremos, a cobrança.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Por não cria um campo próprio?

O SR. JOSÉ LEÔNCIO DE ANDRADE FEITOSA - Isso é para ser criado, na verdade, na AIH do Ministério, e não na guia da Agência.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Existe uma proposta da Agência para o Ministério nesse sentido? Nesses 10 anos a Agência fez essa proposta?

O SR. JOSÉ LEÔNCIO DE ANDRADE FEITOSA - Vou-lhe dizer uma coisa. Durante muito tempo, o Ministério ficou um pouco afastado da Agência. Havia pouca discussão. De algum tempo para cá é que a Agência e o Ministério estão se falando mais, estão discutindo coisas necessárias ao interesse comum, como quais são os processos de integração SUS/saúde complementar. O que pode melhorar neste País se integrarmos o SUS ao suplementar? O poder de compra do Estado não pode baixar preços de produtos que importamos — hemodinâmica e PET scans —, que cada um comprando sai caro. Então, há um conjunto de coisas a serem feitas junto ao Ministério.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Muito obrigado, Dr. José Leônicio.

Com a palavra a Dra. Ana Maria Alves Ferreira, do Tribunal de Contas da União.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Obrigada pela oportunidade de me posicionar novamente, porque depois das considerações dos Srs. Deputados pude perceber que coincidem com o posicionamento do TCU em relação ao ressarcimento.

O Tribunal de Contas, em sua abordagem nas fiscalizações, tem uma preocupação séria com a efetividade. Dos trabalhos que temos realizado tem sido

[p29] Comentário: Sessão:0576/08
Quarto:33 Taq.:Genilda Rev.:



constatado que a ANS não tem sido efetiva na sua missão de cumprir com o ressarcimento.

Sobre a consideração do Dr. Leôncio de que a inclusão dos procedimentos ambulatoriais no ressarcimento seria inviável, compreendo perfeitamente que isso gera uma quantidade grande de processos para análise, que realmente cria uma demanda muito grande de trabalho. Mas acho que até que se tenha, como S.Sa. informou, um corpo de funcionários suficiente para atender a essa demanda, outras alternativas poderiam ser criadas. Vou citar, só como exemplo, porque, claro, teria que ser feito um estudo profundo, a realização de uma análise por amostra desses procedimentos. Certamente, isso já teria um forte impacto.

Outra questão seria adequar os sistemas informatizados. Sei que isso passaria pelo Ministério da Saúde, porque não seriam simplesmente os sistemas da ANS, mas sistemas que alimentam o SIASUS, que é o sistema de internações, e os sistemas alimentados pelas operadoras de planos de saúde.

São alternativas até que se tenha o nível ideal de funcionários, mesmo que nunca tenha, mas acho que isso supre, pelo menos em parte, essa demanda gerada pela inclusão dos procedimentos ambulatoriais. O que acho gravíssimo é excluí-los do ressarcimento. Deixa o campo livre de fragilidades sérias que podem ocorrer justamente no cerne do que foi criada a lei. Foi criada para inibir, como disse o Deputado Celso Russomanno, essas distorções de débitos ao SUS desses usuários de planos de saúde nos hospitais dos planos de saúde. Eles simplesmente debitavam muitos procedimentos ao SUS quando, na verdade, seu usuário achava que a operadora estava bancando sua saúde.

Se não há a implantação desse batimento nos procedimentos ambulatoriais, simplesmente... Para que foi criada a lei? Não foi para isso? Então, está sendo uma conduta ilegal. A partir do momento em que se ignora que isso está na lei, entendo que é uma constatação grave, gravíssima.

Outra questão é que o Tribunal de Contas, em seus trabalhos, infelizmente, não tem instrumentos suficientes para fazer esses levantamentos como, por exemplo, ir a um hospital conveniado, de plano de saúde ver sua contabilidade, ou seja, acessar seu sigilo fiscal e bancário para levantar, de fato, quanto estaria sendo



desviado. O Tribunal não tem essa prerrogativa, esse tipo de instrumento. Nossa abordagem seria, então, via ANS; não teria outra abordagem senão via ANS.

Como estamos condicionados a essa restrição, via ANS, já sinalizamos uma coisa grave que é a exclusão dos procedimentos ambulatoriais.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Muito obrigado, Dra. Ana Maria Alves Ferreira.

Passo a palavra ao Dr. Josafá dos Santos, do Ministério da Saúde.

O SR. JOSAFÁ DOS SANTOS - Vou discordar um pouco da colega, porque acho que tanto o Ministério quanto a ANS vêm cumprindo o que determina a lei. Por ene motivos, como foi dito, de impugnações, de empresas que não reconhecem o decreto, há morosidade no retorno desse recurso. Mas acho que tanto o Ministério quanto a ANS vêm fazendo o máximo para que isso aconteça. O modelo atual realmente emperra um pouco o sistema.

Em relação aos sistemas ambulatoriais, quando foi implantado o ressarcimento, a ANS não dispunha de mecanismo para fazer esse controle. Ou seja, no ambulatório não identificava o paciente então não havia como fazer esse batimento. Hoje não, com o BPA magnético e com a APAC, conseguimos identificar esse paciente, e será possível colher ambulatório nesse rótulo ressarcimento. Acho que o novo modelo conseguiremos incluir os procedimentos ambulatoriais também.

Quando V.Exa. se referiu à preocupação do Ministro José Gomes Temporão em relação ao ressarcimento, devo dizer que uma das metas de S.Exa. para 2008 é a alteração na forma de ressarcimento. É uma prioridade do Ministério alterar esse modelo que existe hoje.

Em relação ao teto, abordado pelo Presidente da Casa, o Ministério não paga por teto, mas por produção, por serviços prestados. O hospital apresenta a fatura e recebe por ela. Há alguns hospitais considerados estratégicos pelos gestores que fizeram contrato estabelecendo metas em cima de uma capacidade instalada; ou seja, se não cumprir a meta, o gestor pode rever o valor que é repassado ao hospital.

Outro questionamento é que realmente a ANS não solicitou ao Ministério a inclusão de um código para identificar o paciente que tenha plano de saúde.

[p30] Comentário: Sessão:0576/08
Quarto:34 Taq.:Genilda Rev.:



(*Manifestações no plenário.*) Não vejo necessidade de incluir esse campo na AIH, porque, pelo cruzamento dos dados da ANS com nosso sistema, é possível identificar esse paciente. Não sei se seria de tanta relevância esse código na AIH. Podemos estudar e, se a ANS achar por bem, produzirá isso.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - É porque se incluir esse campo fica muito mais fácil fazer o batimento.

O SR. JOSAFÁ DOS SANTOS - Fica mais claro. Mas no cruzamento é possível identificar o paciente pelo CPF.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Porque o cruzamento e o batimento dos dados, sem esse campo, requerem uma série de outras investigações e dão oportunidade a uma série de outras coisas que as operadoras fazem para salvar seus interesses financeiros, e o Ministério e a Agência Nacional de Saúde acabam não tendo condições de resolver o problema.

O SR. JOSAFÁ DOS SANTOS - Isso é possível.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Uma das coisas que as operadoras fazem com frequência é mudar o cidadão de plano. E quando vai se fazer um batimento ele não está mais naquele plano, mas se ele foi obrigado, até como penalidade por não poder mentir, a preencher determinado campo na hora da alta, não precisa nem ser na hora da entrada, isso não vai acontecer. Se vocês tiverem o produto que é comprado caracterizado na hora em que ele faz o exame, isso também não vai acontecer. Ou seja, a Agência e o Ministério não tomam providências simples que poderiam facilitar o trabalho de cobrança e, depois, reclamam que a cobrança é muito difícil, que é impossível, precisa de mais funcionário. Na era da informática, isso tudo pode se resolver com um bom programa de computador e com as informações que alimentam esse programa, claro. É isso o que o Tribunal de Contas da União tem reiteradamente pedido à Agência, que, reiteradamente, não o faz. Mas o que acabei de ouvir, que será mais difícil ainda cobrar os procedimentos ambulatoriais, que são os mais caros, os mais complexos, os mais frequentes, porque diminuiu em 30% o número de funcionários.

Bom, então a resposta que eu estou ouvindo aqui é a seguinte: nós nunca vamos fazer isso. Passaram-se 10 anos, vão passar mais 10, e nós não vamos



fazer. Aí o senhor me diz que está seguindo a lei. Meu Deus do céu! A lei está aí, e está clara.

Nós sabemos que nem Ministério nem Agência seguem a lei. Agora, o que eu não entendo é que é um pouco uma atitude suicida essa. O Ministro reclama que falta dinheiro, reclama que o ressarcimento é lesivo, e aí vem o representante da Agência Nacional de Saúde e do Ministério dizer que está seguindo a lei, que está fazendo o que é possível, que não vai ser possível fazer mais nada. Ou seja, nós estamos trabalhando para quem aqui? Nós estamos trabalhando para quem? Nós, Deputados, que não somos Ministério, não somos Agência, e o Tribunal de Contas está tentando cuidar do interesse do Ministério, e o Ministério diz que não precisa de ajuda. É uma coisa realmente paradoxal! O senhor me desculpe. É paradoxal o que eu estou ouvindo aqui. É paradoxal.

Enfim, acho que foi muito bom isso. Foi muito bom nós termos ouvido isso. Eu lhe agradeço também, Dr. Josafá. Acho que foi extremamente produtivo.

Com a palavra o Deputado Celso Russomanno.

O SR. DEPUTADO CELSO RUSSOMANNO - Sr. Presidente, veja, eu acho que foi salutar. Sem dúvida nenhuma, foi produtivo. Acho que nós temos aí mais uma motivação para fazer uma visita ao Supremo Tribunal Federal, para acabar de fato com essa angústia, porque cria um problema. O que eu não entendi direito, Dr. Dagoberto — V.Sa. esteve, de fato, conosco o tempo todo na confecção da lei — foi isto: se a liminar amparava também a questão da cobrança. Porque, com relação à liminar, eu ouvi muito bem V.Sa. falar a respeito da questão dos planos de saúde anteriores à lei. Eu não tenho discussão nenhuma em relação a isso. Na época das reuniões do grupo que foi criado para fazer a lei, eu sempre dizia que era impossível imputar aos contratos anteriores, até por uma questão de direito adquirido, a obrigatoriedade de cumprir o que a gente ali fazia na lei.

Briguei muito, sim, para incluir, no art. 3º da lei, o Código de Proteção e Defesa ao Consumidor, que, depois, foi extirpado por medida provisória. O que eu acho muito triste, porque aí passa-se a usar o Código Civil, que não tem o amparo do Código de Defesa do Consumidor, que é uma lei especial. Apesar disso — graças a Deus! —, os juizados e os tribunais têm aplicado o Código de Defesa do



Consumidor paralelamente, apesar de existir uma lei especial que é a Lei dos Planos de Saúde.

Mas o que eu não entendi foi isto: a liminar não é para... a questão da cobrança é inscrição na dívida ativa. Isso que o senhor colocou aqui. A liminar não diz respeito à cobrança do que está em julgamento no Supremo — não é isso?

O SR. DAGOBERTO JOSÉ STEINMEYER LIMA - Só para esclarecer a V.Exa. O senhor está se referindo à liminar concedida na ADIN — Ação Direta de Inconstitucionalidade?

O SR. DEPUTADO CELSO RUSSOMANNO - É, exatamente.

O SR. DAGOBERTO JOSÉ STEINMEYER LIMA - Dos 67 itens que foram argüidos de inconstitucionalidade na ADIN, o Supremo acolheu a suspensão integral do art. 35, “g”, que se aplicava aos contratos antigos.

O SR. DEPUTADO CELSO RUSSOMANNO - Perfeito. Isso aí eu entendi.

O SR. DAGOBERTO JOSÉ STEINMEYER LIMA - Certo? Então, essa é uma. E também suspendeu o § 2º do art. 10, que mandava oferecer o plano referência aos contratos antigos. Então o Supremo foi coerente na irretroatividade.

O SR. DEPUTADO CELSO RUSSOMANNO - Perfeito. Acho que aí está perfeito.

O SR. DAGOBERTO JOSÉ STEINMEYER LIMA - Com relação à questão do ressarcimento, o voto do Ministro Relator, que foi aprovado pelo Plenário, foi no sentido de que, primeiro, reconheceu — estou sintetizando — a natureza indenizatória do ressarcimento e não a natureza tributária. Ao dizer isso, disse que a Administração tinha o direito de cobrar as importâncias efetivamente gastas no atendimento ao usuário. Não pode, portanto, ser uma tabela única. Essa é a diferença. Considerando que ele, Supremo, ainda não estava suficientemente esclarecido do impacto disso e como ele considerou no voto dele que era uma relação operadora *versus* Poder Público, e que não ofendia a integridade do direito do consumidor, ele relegou essa questão para ser decidida ao final.

Então, juridicamente, o senhor sabe que o que, na verdade, ocorreu? É que a base de cálculo sobre a Tabela TUNEP — Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos o Supremo a repeliu e reconheceu o caráter indenizatório do ressarcimento...



O SR. DEPUTADO CELSO RUSSOMANNO - Aí, Dr. Dagoberto...

O SR. DAGOBERTO JOSÉ STEINMEYER LIMA - Basicamente, Deputado Celso, só para concluir, me permita a interrupção.

O SR. DEPUTADO CELSO RUSSOMANNO - Claro.

O SR. DAGOBERTO JOSÉ STEINMEYER LIMA - Com relação ao ressarcimento, de fato, é a única questão pendente nessa ADIN, porque tudo mais o Supremo deixou de acolher dentro da sistemática de manter o direito do Poder Público de baixar plano referência etc. — e proibiu a retroatividade. Então, na realidade, sob o aspecto política judiciária, ao Supremo só falta se manifestar sobre a constitucionalidade ou não do ressarcimento ao SUS, porque o resto... Inclusive, nós não entramos com embargos declaratórios, não entramos com nenhum recurso, nos satisfazendo com a decisão judicial da irretroatividade. Agora, o ressarcimento, de fato, é o objetivo final e único exclusivo do julgamento do mérito, o que, se for caminhado por esse lado, facilita o trabalho de judicatura da Suprema Corte.

O SR. DEPUTADO CELSO RUSSOMANNO - Perfeito. Aí a sua fala vem no mesmo sentido do que colocou o Presidente, Deputado Dr. Pinotti, de que é importante que se faça o cruzamento e de que se tenha na ficha a informação.

Agora, nós temos que ir um pouquinho além nessa ficha e na informação da ficha, Dr. Josafá, que seria a seguinte: o senhor tem o plano desde quando e que tipo de plano o senhor tem? Porque nós temos a questão da retroatividade. Há os planos de saúde anteriores à lei e os anteriores mesmo à medida provisória. Ora, ninguém pode fazer uma lei para punir ninguém. A Constituição é clara em relação a isso. Acho que nesse sentido é que temos que caminhar com a PFC, Presidente, para que desenvolvamos um trabalho que convença o Supremo que isso tem que ter um fim o mais rápido possível, dada a quantidade enorme de problemas que estão sendo criados, entupindo inclusive o Judiciário.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Dr. Pinotti) - Muito obrigado, Deputado Celso Russomanno. Quero agradecer a cada um dos senhores pela presença, pela paciência e pelas respostas que nos deram. Penso que a reunião foi extremamente positiva. Acho que muitas coisas ficaram muito claras e penso que temos em mãos agora a forma de corrigir essa questão e também de verificar por que tanto tempo passou com esse não-cumprimento da lei e não-ressarcimento adequado.



CÂMARA DOS DEPUTADOS - DETAQ

COM REDAÇÃO FINAL

Nome: Comissão de Fiscalização Financeira e Controle

Número: 0576/08

Data: 07/05/2008

Esse PFC será de extrema utilidade. Nós estamos aguardando do Deputado Celso Russomanno para darmos seqüência a isso.

Muito obrigado a todos.