

**Ministério da Saúde**

# **Simpósio: Regulamentação dos Planos de Saúde**

28 e 29 de agosto de 2001

Auditório Petrônio Portella – Senado Federal – Brasília – DF

Rio de Janeiro – RJ

2003



**Ministério da Saúde**

# **Simpósio: Regulamentação dos Planos de Saúde**

28 e 29 de agosto de 2001

Auditório Petrônio Portella – Senado Federal – Brasília – DF

Série D. Reuniões e Conferências

Rio de Janeiro – RJ

2003

© 2003. MINISTÉRIO DA SAÚDE.

É PERMITIDA A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE

SÉRIE D. REUNIÕES E CONFERÊNCIAS

**TIRAGEM: 2.000 EXEMPLARES**

**ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)

Av. Augusto Severo, 84, Bairro Glória

CEP: 20021-040, Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 2105 5000 Fax: (21) 2105 0030

E-mail:

Home-page: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)

**REALIZAÇÃO DO SIMPÓSIO:**

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

**APOIO:**

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA DA CÂMARA DOS DEPUTADOS (CSSF/CÂMARA)

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS DO SENADO FEDERAL (CAS/SENADO)

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

**PRODUÇÃO EDITORIAL:**

ANA MARIA FLORES, PATRÍCIA REIS, PEDRO OLIVEIRA, SÍLVIA COSTA, VALÉRIA BECKER

**PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO:**

ESCAFANDRO.NET

IMPRESSO NO BRASIL / PRINTED IN BRASIL

Ficha Catalográfica

---

Simpósio: Regulamentação dos Planos de Saúde. (2001: Brasília, DF).

Simpósio: Regulamentação dos Planos de Saúde, 28 e 29 de agosto de 2001. – Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2003.

170 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

ISBN 85-334-0754-8

1. Legislação em Saúde. 2. Planos de Saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Conselho Nacional de Saúde.  
III. Título. IV. Série.

NLM WA 525

---

Catálogo na fonte – Editora MS

# Sumário

APRESENTAÇÃO | 7

POR MÁRIO SCHEFFER

MESA DE ABERTURA | 9

MESA 1: INTERFACE E ARTICULAÇÃO ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO | 27

MESA 2: COBERTURAS E MODELOS ASSISTENCIAIS | 51

MESA 3: FISCALIZAÇÃO, DEFESA DO CONSUMIDOR E DIREITO À SAÚDE | 67

MESA 4: ESTRUTURA DAS OPERADORAS | 93

MESA 5: REGULAÇÃO DE PREÇO | 119

MESA 6: ENCAMINHAMENTO DAS PROPOSTAS | 141

PROGRAMAÇÃO | 162

NOMES E CARGOS DOS PARTICIPANTES | 164

SIGLAS | 166

FICHA TÉCNICA | 169



## Apresentação

A publicação dos anais do Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde, em 2003, dois anos após sua realização, é bastante oportuna, pois soma-se aos debates do Fórum de Saúde Suplementar, convocado pelo Ministério da Saúde, e às conclusões da CPI dos Planos de Saúde, instalada pela Câmara dos Deputados.

Iniciativa conjunta do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Congresso Nacional, com o apoio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Ministério da Saúde, o Simpósio já antecipava, em 2001, a necessidade de aperfeiçoamento da legislação e das práticas de regulação do setor de saúde suplementar.

Representantes dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, das operadoras de planos de saúde, dos prestadores de serviços, das entidades de defesa dos consumidores e usuários, dos conselhos de saúde e pesquisadores de notório saber sobre o tema tiveram, na ocasião, a oportunidade de refletir sobre o impacto e as perspectivas do arcabouço regulatório construído desde a lei 9.656/98.

A defesa de uma regulamentação que trate o sistema de saúde como um todo; a busca do equilíbrio entre a garantia do direito à saúde e os aspectos econômico-financeiros; o norteamento pelos marcos doutrinários e de relevância pública do Sistema Único de Saúde; a convivência democrática entre os legítimos interesses envolvidos, viabilizando-os mínima e negociadamente, nortearam as discussões do Simpósio. Com isso, o CNS reafirmou a continuidade do exercício de suas atribuições de Controle Social, ao mesmo tempo em que reiterou seu apoio à competência reguladora do Ministério da Saúde e da ANS.

Esta publicação representa uma significativa contribuição para os debates comprometidos com o aprimoramento do setor de saúde suplementar e com a melhoria das condições de saúde e de vida do povo brasileiro.

**MÁRIO SCHEFFER**

Membro do Conselho Nacional de Saúde

Coordenador do Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde



## Mesa de Abertura

### COMPONENTES

SENADOR ROMEU TUMA

SENADOR EDISON LOBÃO

MINISTRO JOSÉ SERRA

DEPUTADA LAURA CARNEIRO

SENADOR SEBASTIÃO ROCHA

DR. JANUARIO MONTONE

DR. MÁRIO SCHEFFER

### O SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA

Senhoras e senhores, bom dia. Bem-vindos à cerimônia de abertura do Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde. O Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde tem como objetivo fazer uma análise sobre o impacto da regulamentação dos planos privados de assistência de saúde no país, três anos após a regulamentação da Lei 9.656/98.

Convidamos para compor a Mesa o Exmº Sr. Senador Romeu Tuma, Presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal; Exmº Sr. Senador Edison Lobão, Presidente interino do Senado Federal; Exmº Sr. José Serra, Ministro de Estado da Saúde e Presidente do Conselho Nacional de Saúde; Exmª Srª Deputada Laura Carneiro, Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados; Exmº Sr. Senador Sebastião Rocha, coordenador do simpósio e membro da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal; Ilustríssimo Sr. Januario Montone, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar; Ilustríssimo Sr. Mário César Scheffer, Conselheiro e Coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar.

Convidamos todos os presentes para, de pé, ouvirem o Hino Nacional.

### EXECUÇÃO DO HINO NACIONAL (*Palmas*)

### O SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA

Dando prosseguimento a esta solenidade, convidamos agora o Exmº Sr. Senador Romeu Tuma, Presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, para dar as boas vindas a todos os participantes deste simpósio.

### O SENADOR ROMEU TUMA

Senador Edison Lobão, digno Presidente em exercício do Senado Federal; nobre Ministro José Serra, Ministro da Saúde; Deputada Laura Carneiro, presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados; Senador Sebastião Rocha, coordenador do simpósio e membro da Comissão de Assuntos Sociais; Dr. Januario Montone, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde; Dr. Mário César Scheffer, conselheiro e coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar. Srªs e Srs. senadores, Srs. deputados que comparecem a este importante simpósio.

Minhas palavras iniciais, realmente, são de agradecimento pela presença de todos os que aqui se encontram e que vão discutir a regulamentação dos planos de saúde, na iniciativa conjunta do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e das Co-

missões de Seguridade Social da Câmara, e de Assuntos Sociais do Senado Federal. A prática das audiências públicas, corriqueiramente exercidas no trabalho parlamentar, repete-se aqui, mais uma vez, quando reunidos representantes dos poderes públicos, das operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde, das entidades de defesa dos consumidores e usuários, dos conselhos de saúde e pesquisadores de notório saber.

Podemos efetuar uma profunda e abrangente avaliação do cenário e formular novas linhas de ação para os planos de saúde no momento em que são decorridos três anos da aprovação da Lei 9.656, de 1998, pilar mestre do atual arcabouço jurídico que regula o setor. Ao mesmo tempo em que tenho a consciência de que consideráveis avanços – tanto em termos conceituais quanto em termos práticos – foram já obtidos com a regulamentação existente, considero ser parte da dinâmica das relações sociais que aqui se espelham o permanente debate, do qual fluirá, enriquecida, a convergência das opiniões e dos legítimos interesses dos envolvidos, sempre sob a égide da maximização do bem comum da nossa pátria.

A negociação honesta e franca entre operadoras, consumidores, prestadores e gestores de serviços privados e públicos tem o inequívoco poder de impulsionar o processo de regulamentação a patamares mais modernos e satisfatórios para todos. Algumas questões substantivas já surgem claramente para a nossa discussão, entre as quais destaco a adequação da assistência médica supletiva aos referenciais do Sistema Único de Saúde, fundamental para o aperfeiçoamento da regulamentação dos planos de saúde. Preservar e interpretar adequadamente as diretrizes de universalidade e cuidar da integralidade e controle social, compatibilizando-as com as reconhecidas especificidades jurídicas, legais e assistenciais dos planos privados de saúde é outro ponto crucial que se deve ter em mente, garantindo o direito de atuação das operadoras, sem comprometer uma política nacional de saúde que vem, em síntese, representar o conjunto dos objetivos de todos os atores do setor de saúde.

O direito à saúde para todos os cidadãos brasilei-

ros, cobertos ou não cobertos pelos planos privados, deve servir como premissa fundamental para equacionar os papéis assistenciais do SUS e das operadoras de planos de saúde, para que possa garantir o acesso com qualidade aos serviços de saúde.

Outras questões, não menos importantes para o presente debate, dizem respeito às regras de funcionamento das operadoras de planos de saúde: seu suporte técnico, suas reservas atuariais, seus preços de prêmios, sua portabilidade de planos e suas naturais parcerias com gestões municipais e estaduais de saúde.

Igualmente não poderemos nos furtar à discussão do papel do Estado no cenário dos planos de saúde, determinando o modelo institucional da atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar e de seu relacionamento com os demais integrantes desse complexo mosaico de representantes sociais.

Meus caros participantes, o desafio do simpósio sobre a Regulamentação dos Planos de Saúde é enorme e, mesmo podendo parecer por demais ambicioso, tenho a mais absoluta confiança de que vocês poderão identificar os consensos e as divergências ora presentes, que irão se constituir em uma agenda de discussão, a qual, envolvendo as autoridades governamentais e a sociedade civil organizada, possa redundar em um promissor futuro para a questão da saúde em nosso país, garantindo a viabilidade econômico-financeira dos agentes e a qualidade da assistência à saúde para os brasileiros.

Não posso deixar de prestar uma homenagem especial ao presidente desta Casa em exercício, Senador Edison Lobão, que não tem negado, em nenhuma ocasião, apoio a todas as propostas que são feitas para se discutir saúde na Comissão de Assuntos Sociais. Muito obrigado, Sr. Presidente.

E ao Ministro José Serra, que não se tem furtado a atender aos convites que lhe são formulados e, inclusive, por sua coragem em enfrentar *lobbies*, na busca de poder atender à população mais carente do nosso país. Ainda agora, ao reeditar a medida provisória, retirou do texto, conforme palavras a nós dirigidas e ao Senador Sebastião Rocha, colocou de lado as frases

mais polêmicas para que, talvez depois do simpósio, possamos equacionar melhor esse processo tão importante que é a saúde suplementar, em apoio ao SUS, que vem melhorando gradualmente pelas providências que o ministro e o governo do Presidente Fernando Henrique têm proporcionado, procurando garantir um maior atendimento, principalmente às populações mais carentes. Mãos à obra. Vamos à luta, para que tiremos realmente algo importante para a sociedade brasileira. *(Palmas)*

#### **O SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA**

Convidamos neste momento o Deputado Rafael Guerra, coordenador deste simpósio pela Câmara dos Deputados, para tomar um lugar à Mesa da solenidade.

Dando prosseguimento à solenidade de abertura, convidamos o ilustríssimo Sr. Mário César Scheffer, Conselheiro e Coordenador da Comissão Intersectorial de Saúde Suplementar, para fazer uso da palavra.

#### **O DR. MÁRIO CÉSAR SCHEFFER**

Bom dia a todos. Exmº Sr. Senador Romeu Tuma, Presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado; Exmº Sr. Senador Edison Lobão, Presidente do Senado Federal; Exmº Sr. Ministro José Serra, Ministro da Saúde e Presidente do Conselho Nacional de Saúde; Exmª Sra. Deputada Laura Carneiro, Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara; Exmº Sr. Senador Sebastião Rocha, coordenador do simpósio pelo Senado Federal; Exmº Sr. Deputado Federal Rafael Guerra, coordenador do simpósio pela Câmara Federal; senhoras e senhores. Em nome do Conselho Nacional de Saúde, saúdo a todos e coloco aqui a nossa expectativa em relação a este simpósio, idealizado pelo Conselho Nacional de Saúde e articulado com o Senado Federal e a Câmara dos Deputados, contando ainda com a participação do Ministério da Saúde, especialmente da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Este evento está inserido num conjunto de outras iniciativas do Conselho Nacional de Saúde, que visam promover o controle social e a participação de todos os

segmentos interessados na formulação de políticas de saúde para o país.

Nestes dois dias, pretendemos avançar em proposições para o aprimoramento da legislação do setor de saúde suplementar.

Nos últimos três anos, conquistamos um espaço e um ambiente regulatório que precisam se consolidar. Em que pesem os esforços da ANS e os avanços implementados, o processo de regulamentação deve caminhar para a intensificação das negociações e pactos entre os segmentos da sociedade organizada e o governo. Partimos do pressuposto de que a regulamentação da saúde suplementar deve buscar nortear-se nos marcos doutrinários do Sistema Único de Saúde de universalidade, equidade e integridade.

Também neste simpósio, não poderemos deixar de mencionar as recentes propostas do governo contidas na Medida Provisória 2.177-43, que trazia inúmeros pontos polêmicos e que merecem debate mais aprofundado.

A reação do Conselho Nacional de Saúde, dos parlamentares e das entidades à MP não foi senão no sentido de chamar a atenção para a necessidade do diálogo e do debate em torno desses pontos. Que aqui sejamos capazes de valorizar o pluralismo de idéias, conviver com as diferenças e, ao mesmo tempo, reconhecer o conflito de interesses que envolve essa discussão, buscando os consensos possíveis.

Não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que se dedicaram à viabilização desse simpósio. E, ao mencionar três pessoas, estendo reconhecimento a todos os que acreditaram nessa iniciativa. Primeiramente, o Senador Sebastião Rocha, que desde a primeira hora se empenhou para tornar real essa deliberação do Conselho, assumindo a coordenação do simpósio pelo Senado. Da mesma forma, o Deputado Rafael Guerra, ex-Conselheiro Nacional de Saúde, que assumiu essa tarefa junto à Câmara; e o nosso Coordenador-Geral do Conselho Nacional de Saúde, Nelson Rodrigues dos Santos, que tão bem tem conduzido este que é o maior fórum de controle social em saúde do país.

Por fim, esperamos que nestes dois dias tenhamos ótimos debates e estejamos unidos pelo compromisso de construir uma regulamentação que, realmente, conduza a melhores condições de saúde e de vida para o povo brasileiro. Muito obrigado.

#### **O SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA**

Neste momento, ouviremos a Exm<sup>a</sup> Sra. Deputada Laura Carneiro, Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados.

#### **A DEPUTADA LAURA CARNEIRO**

Sr. Presidente, Edison Lobão, Presidente Interino do Senado Federal; nobre Ministro da Saúde, Senador José Serra, meu querido companheiro de presidência; Presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, Senador Romeu Tuma; Srs. Senadores, Senador Sebastião, com quem, acredito, todo o setor se vangloria; nobre Deputado e companheiro Rafael Guerra que, em nome da Comissão de Seguridade Social e Família, desenvolveu todos os esforços no sentido de que a reunião de hoje e a de amanhã fossem possíveis; companheiro Mário Scheffer, representante do Conselho Nacional de Saúde, sem o qual seria absolutamente impossível a realização deste simpósio.

Queria, em nome da Comissão de Seguridade Social, portanto em nome de todos os deputados daquela comissão, saudar o esforço do Conselho Nacional de Saúde para a realização do simpósio. A Câmara e o Senado são coadjuvantes nesse cenário. Na verdade, foi uma meta, um objetivo alcançado pelo Conselho Nacional de Saúde.

Dr. Januario, nosso querido Presidente da Agência Nacional de Saúde, que, com certeza, durante estes dois dias será o mais questionado. Mas questionado sempre para a construção, que é o objetivo maior deste seminário.

Na sexta-feira passada, fiquei imaginando, ministro, o que iria dizer aqui. Todos os que estão lá sabem muito mais do setor que eu. Comecei a estudar o setor em 1996 quando, na Comissão de Defesa do Consumidor, veio-me o primeiro projeto de regulamentação de

plano de saúde. Fiquei oito meses estudando a matéria para conseguir entender o que era cálculo atuarial, como iríamos fazer com o consumidor que, de alguma maneira, tivesse direitos?

E dali surgiu o primeiro anteprojeto, o primeiro projeto, o primeiro substitutivo que tratava da regulamentação dos planos de saúde. Daí fomos para a Comissão de Seguridade e desta para um projeto mais amplo numa Comissão Especial – o Deputado Osmânio Pereira foi um dos relatores, e o Deputado Iberê Ferreira, o Relator-Geral – e conseguimos avançar na lei que regulamentava os planos de seguro privados de saúde. A partir disso, várias modificações foram feitas. Antes havia a Susep, logramos a Agência Nacional de Saúde, e hoje estamos aqui.

Penso que o objetivo de todos nós é um só: avaliar os três anos da lei, avaliar as modificações necessárias e propô-las.

O Ministro José Serra sai de todos os seus afazeres e vem a este seminário. S. Ex<sup>a</sup> vem dizendo que quer ouvir a sociedade, as operadoras, os médicos, os hospitais, as entidades filantrópicas e, principalmente, os consumidores.

Penso que este é o objetivo do seminário: até onde vamos encontrar ou temos a obrigação de encontrar os opostos? O Parlamento é sábio nisso. Somos todos diferentes e conseguimos, a partir das oposições e dos opostos, encontrar convergência, e é isso o que vai acontecer nestes dois dias.

Não tenho dúvida de que todos nós temos ciência da necessidade dos consumidores, os 40 milhões de usuários de planos de saúde, de terem direitos, mas também temos a completa ciência de que, se esse sistema não for equilibrado, vamos cair no Sistema Único de Saúde. E esse, sim, é o nosso grande objetivo. Todos temos uma obrigação maior: nossa obrigação é com o sistema público, nossa obrigação é com a defesa do Sistema Único de Saúde. Essa não é uma obrigação do Parlamento, do Conselho Nacional ou do Ministério da Saúde, é uma obrigação de todo cidadão brasileiro.

Aproveitando esta oportunidade, em que tento expressar a importância do SUS, queria fazer um con-

vite a todos. Amanhã, às 8 horas – o Ministro José Serra também está convidado – o Padre José Linhares, nosso 1º Vice-Presidente e Presidente da Federação de Filantrópicas Brasileiras, promoverá um café da manhã. Não vou nem dizer para os senhores o nome da campanha que estamos montando. Pode dizer, Deputado Perondi. Sabe que não sou nada formal.

#### **O DEPUTADO DARCÍSIO PERONDI**

Pode falar, deputada.

#### **A DEPUTADA LAURA CARNEIRO**

“Erro Mata”, este é o nome da campanha. O objetivo da campanha, ministro, é o de que todos nós tenhamos a capacidade de lutar contra o corte de R\$1,2 bilhão para a saúde pública neste país. Amanhã, o evento será realizado às 8 horas, no 10º andar da Câmara dos Deputados. *(Palmas)*

Fico imaginando que, se não entendermos que o que vamos discutir aqui é suplementar, é um adendo a algo que não está dando certo, como todos gostaríamos, teremos uma responsabilidade muito maior com o sistema público. Por isso, é feito o convite para a nova campanha que lançamos amanhã, por meio da Frente de Defesa da Saúde da Câmara dos Deputados.

Tenho certeza de que vamos encontrar esse equilíbrio, o equilíbrio daqueles que entendem que esse é um sistema suplementar, que é importante que as empresas sejam fiscalizadas, que é importante que as operadoras tenham, por intermédio da ANS, o controle social necessário e, ao mesmo tempo, tenham a capacidade de entender que não adianta que criemos todos os direitos – e eu gostaria de criá-los, presidi a Comissão de Defesa do Consumidor da cidade do Rio de Janeiro durante seis anos – possíveis se o sistema não for capaz de arcar com eles.

Esse equilíbrio só é possível porque aqui há pessoas, todas as pessoas que conseguem perceber que este é um momento mágico. Quando foi que este plenário recebeu operadoras, o Ministro da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, médicos, usuários, Idec, Procons? Quando foi que isso aconteceu?

Este é um momento mágico que todos vamos aproveitar, o Parlamento o aproveitará muito mais do que os senhores. Tenham certeza de que cada frase dita aqui será ouvida por todos os parlamentares. Na hora de discutir o projeto de lei a ser enviado pelo Ministro José Serra, que está muito gripado – vou contratar um bom plano de saúde para S. Ex<sup>a</sup>, se S. Ex<sup>a</sup> não quiser usar o SUS, e eu preferiria que o fizesse – tenho certeza de que vamos avançar, pelo povo brasileiro, em nome do povo brasileiro e, mais do que tudo, para que todos possamos dormir em paz, com a consciência tranqüila. Que Deus nos ajude! Obrigada. *(Palmas)*

#### **O SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA**

Agora, ouviremos o Exm<sup>o</sup> Sr. Senador Sebastião Rocha, coordenador do simpósio e membro da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal.

#### **O SENADOR SEBASTIÃO ROCHA**

Eu gostaria de saudar todos os componentes da Mesa, em nome do Senador Presidente interino do Senado, Senador Edison Lobão, e do Ministro da Saúde José Serra. Quero saudar os meus colegas senadores, os deputados federais aqui presentes e todos os participantes deste evento.

Serei extremamente breve, até porque nossa Comissão de Assuntos Sociais, presidida pelo nosso colega, Senador Romeu Tuma, está assoberbada na manhã de hoje, com uma audiência pública sobre silicone, na qual tenho o dever de estar presente porque sou o relator do projeto.

Quero falar apenas do sentido deste evento, da importância deste simpósio e agradecer a todos os que ajudaram para que ele pudesse ser realizado. E o Senado foi fundamental para isso. É lógico que temos de dar o mérito da iniciativa ao Conselho Nacional de Saúde, que é presidido pelo Ministro José Serra e que teve na pessoa do Dr. Mário Scheffer um grande coordenador, dentro da comissão organizadora do simpósio. O Deputado Rafael Guerra representou muito bem a Comissão de Seguridade da Câmara, presidida pela nossa colega, Deputada Laura Carneiro. A Agência Na-

cional de Saúde participou inicialmente, também, desse projeto e depois achou por bem participar apenas como um dos atores neste debate e não como organizadora do evento.

A experiência tem mostrado que esse é um setor em permanente conflito e, se não houver uma mediação sábia, hábil, caminharemos eternamente para os impasses. Costumo brincar com o Ministro José Serra – e pedi à S. Ex<sup>a</sup> permissão para isso – no sentido de que S. Ex<sup>a</sup>, à frente do Ministério da Saúde, está fazendo um curso de pós-doutorado de Brasil.

A idéia que tínhamos do Ministro José Serra, eu que sou parlamentar do Norte, da Amazônia, do Amapá, era a de que, em sendo representante de São Paulo, S. Ex<sup>a</sup> sempre buscava defender os interesses do Centro-Sul, em detrimento, muitas vezes, de algumas vantagens para o Norte e para o Nordeste. Havia uma certa estigmatização do pensamento do economista e parlamentar José Serra.

No Ministério da Saúde, o Ministro José Serra realmente está fazendo um grande aprendizado. Não sei se isso se deve ao pleito pela candidatura a Presidente. Acredito que não. Acredito que é exatamente a amplitude de ações que o Ministério da Saúde desenvolve pelo país afora que força qualquer gestor competente e hábil – como reconheço ser o Ministro José Serra, mesmo sendo eu de oposição – a estender o pensamento economista para a área social. Hoje, vemos que o Ministro José Serra luta pelas grandes causas do Brasil e, na saúde, isso não podia ser diferente.

Por isso, Ministro José Serra, como aliado do usuário, respeitando as operadoras, o que buscamos no setor de saúde suplementar é o equilíbrio. E o que chamo de equilíbrio? Chamo de equilíbrio aquilo que a sociedade brasileira pode suportar. O equilíbrio está na preservação das empresas, das operadoras, que precisam continuar gerando emprego e prestando serviço de qualidade aos usuários. O equilíbrio está na ação permanente do Idec, do Procon, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério Público, a fiscalizar a legislação em vigor, fazendo com que o usuário possa, de fato, ser atendido nas suas necessidades básicas. É este o equi-

líbrio que buscamos: o Parlamento participando efetivamente, propondo, fiscalizando e ajudando a mobilizar a sociedade para debater e escolher o melhor caminho. Não há radicalismo. E, nesse aspecto, todos temos contribuído, e quero que o Ministro José Serra seja, como tem sido, um parceiro nesse setor.

Não quero entrar no mérito dos últimos acontecimentos, porque esse não era e nunca foi o objetivo do simpósio. O objetivo do simpósio sempre foi o de fazer um balanço da atual legislação e até eventualmente o de obter sugestões de propostas para o futuro. O nosso objetivo jamais foi analisar problemas pontuais, locais ou de estratégia política do governo. Nisso o Ministro José Serra mostrou uma grande habilidade ao conseguir contornar os problemas dos últimos dias. Estamos aqui em um clima de harmonia, que espero que prevaleça. Espero que possamos construir um Brasil melhor também nesse setor de saúde suplementar. Muito obrigado. *(Palmas)*

#### **O SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA**

Fará o seu pronunciamento neste momento o Exm<sup>o</sup> Sr. Ministro José Serra, Ministro de Estado da Saúde.

#### **O DR. JOSÉ SERRA, MINISTRO DA SAÚDE**

Queria cumprimentar o Presidente do Senado Federal, Senador Edison Lobão; o Senador Romeu Tuma, Presidente da Comissão de Assuntos Sociais daquela Casa; a Deputada Laura Carneiro, Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados; os demais integrantes da Mesa, Senador Sebastião Rocha, Srs. Januario Montone e Mário Scheffer e Deputado Rafael Guerra. Cumprimento a todos os presentes aqui.

Queria dizer da minha satisfação de vir aqui ao Senado Federal, casa da qual faço parte. Estou temporariamente afastado, enquanto estiver no ministério.

Em primeiro lugar, queria lembrar uma questão: deveria ou não o Ministério da Saúde interferir na área da Medicina Suplementar? Chamemos de Medicina Suplementar a área que envolve diferentes modalidades de assistência não pública à saúde, o que, em outros

países, chama-se de seguro social ou algo parecido. No Brasil, assumiu a denominação genérica, imprecisa, mas já consagrada, de planos de saúde. Deveria ou não o Ministério da Saúde interferir nessa área?

Isso não é trivial. Antecessores meus, inclusive o Ministro Adib Jatene, não revelavam inclinação para isso, porque essa é uma questão privada. Existe o SUS, e o ministério deve cuidar desse órgão. Há, naturalmente, outros enfoques que chegam à mesma conclusão, como, por exemplo, de que se trata de uma área privada e de que o governo deve deixar o mercado regular. No momento de minha posse, defini uma mudança nessa orientação. Por quê? Em primeiro lugar, porque o mercado não opera perfeitamente na área de planos de saúde. Vou demonstrar o porquê. Quando não opera, quando há imperfeições, defeitos, falhas, é indispensável a entrada do Poder Público nessa matéria. E há questões específicas da área que impedem que o setor fique entregue ao mercado e que as questões se resolvam na Justiça, como é a posição de outros.

De fato, a nossa doutrina tem sido pela interferência do Poder Público nessa área, como também na área de medicamentos. A força doutrinária de uma interferência é a mesma que da outra, tanto no que se refere a medicamentos quanto no que diz respeito à Medicina Suplementar.

Isso pode parecer óbvio a todos, mas não o é, nem aos partidos de esquerda, nem aos de direita. Às vezes, esse desenfoque de concepção dificulta o avanço no sentido de uma regulamentação mais realista e eficaz.

Os planos de saúde começaram no Brasil antes do SUS, pelos idos dos anos 70. Atingiram seu auge de expansão, acredito, já a partir dos anos 80. De fato, são muitas as modalidades. Há a autogestão, que é a que melhor funciona no Brasil e que deve ter por volta de oito milhões de associados. E, no geral, são serviços muitos bons, tanto que, no início, tomamos a autogestão como parâmetro para a análise de custos. Por exemplo, na autogestão do Banco do Brasil, qual é o custo por pessoa? Talvez seja essa a melhor autogestão existente, e não é uma autogestão baseada nos subsídios governamentais, etc. Ela funciona com muita

eficiência e é barata. Essa foi sempre uma referência.

Há o setor de seguros que deve ter cerca de 6,5 milhões de associados e que, de fato, não é de seguros. No Brasil, praticamente, não há seguro de saúde. Não se opera com seguros, embora tenha nascido no âmbito dos seguros. Há, sim, alguns requisitos de operação de seguro que são muito importantes e que queríamos que prevalecesse no conjunto do setor, algo que o pessoal de fora da área estritamente de seguros não quer.

Há as cooperativas – como são chamadas – e os planos de Medicina de Grupo, que entram, na maior parte, na chamada Associação Brasileira das Empresas de Medicina de Grupo – Abramge. Isso deve dar cerca de 30 milhões de pessoas. Diziam sempre que, no Brasil, havia 40 milhões de pessoas, mas encomendamos uma pesquisa ao IBGE, a qual demonstrou que havia mais ou menos 30 milhões. E, pelo cadastramento feito até agora, o número vai por aí, a menos que haja muita coisa escondida, deve haver umas 30 milhões de pessoas. Se puser em Ansp isto e aquilo, poderemos chegar a algo em torno de 38 milhões, mas não é a área privada propriamente dita.

Quais são os problemas que envolvem o funcionamento desse setor? Antes, dou um dado muito importante: calculo que, na economia, esse setor gasta algo em torno de R\$20 bilhões. Para que os senhores tenham uma idéia, o orçamento da Saúde está ultrapassando R\$30 bilhões. No ano passado, eram R\$30 bilhões. Graças à emenda constitucional, deve ter crescido um pouco neste ano. Eu não diria que são dois quintos, porque há também as despesas de saúde em medicamentos ou fora de planos de saúde que devem estar – esta é uma estimativa – beirando os R\$10 bilhões. Portanto, haverá cerca de R\$60 bilhões de gastos no Brasil e esse setor dá conta de um terço desse gasto.

Mais ainda: grande parte dos serviços prestados são feitos sob a forma de planos coletivos, que são pagos pelas empresas. Alguns afortunados também têm planos individuais; quando são contratados, a empresa passa a pagar o plano individual, mas isso é menos comum. O mais comum é que a empresa tenha o seu plano de saúde.

Portanto, daqueles R\$20 bilhões, R\$15 bilhões são injetados por empresas na área da saúde. Isso passou a ser objeto de negociação sindical e já foi incorporado na estrutura e no modo de funcionamento do sistema de saúde no Brasil.

Evidentemente, se, por exemplo, pensássemos que não existe mais essa área de saúde suplementar – como muitos gostariam – no mínimo, perderíamos, do ponto de vista de contribuição das empresas, R\$15 bilhões, que não iriam para a diminuição de preços. Não vivemos num mundo idílico. Esse montante não iria para a rebaixa de preços de seus produtos e, provavelmente, tampouco para a arrecadação tributária. De fato, seriam simplesmente recursos retirados da área da saúde. Essa é uma situação existente.

Evidentemente, seria inimaginável supor que se poderia criar um imposto especial. Isso seria inconstitucional. Não é possível criar um imposto especial, dizer que o plano de saúde que se pagava, agora vai pagar para o Governo. Isso, na Justiça, cai no mesmo dia. Imediatamente haverá uma liminar e o assunto se encerra por aí.

Portanto, interessa haver R\$15 bilhões a mais na área da saúde? Interessa. Isso interessa para as pessoas que devem ter uma liberdade para escolher; para os médicos, porque aumenta o mercado de trabalho; e para o conjunto do sistema, porque, se gasto aqui, alívio; por outro lado, a despesa. Portanto, dentro dessas análises, é importante colocarmos esses ingredientes.

O nobre senador Sebastião Rocha aludiu à minha condição de economista. Uso pouco o trabalho de economista; e o uso, inclusive, menos do que se imagina na vida parlamentar. Foi de minha autoria o projeto do seguro-desemprego, a criação do FAT, mas não me foi necessário o conhecimento de Economia. Para mim, o conhecimento de Economia ajuda mais é no sentido de aprender a não ser enganado pelos economistas e, evidentemente, também de não esquecer que existe uma dimensão econômica nisso.

Agora, é interessante também dizer que o foco principal dos problemas em geral, na área do sistema de saúde suplementar, está na área dos planos indivi-

duais. O que estou dizendo não é exclusivo – de repente, alguém levanta e diz que uma caixa de determinado lugar apresenta determinado problema. Sim, mas, no atacado, a questão básica está nos planos individuais. E estima-se que tenhamos 25% dos afiliados ao esquema de saúde suplementar com planos individuais. Esses são os problemas.

Uma parte deles não tem problema, da mesma maneira que uma parte dos que estão nos planos coletivos tem. Por isso que, na verdade, deve dar em torno de sete milhões e meio de problemas ou de potenciais problemas.

Quais são as principais condições e dinâmicas do setor? E aqui vou me permitir fazer um pouco de análise econômica. Há duas que são clássicas e que operam em qualquer economia, qualquer sociedade do mundo que tenha planos de saúde: o mecanismo da seleção adversa e o mecanismo para o qual não conseguimos ainda encontrar um termo adequado para traduzir para o português, que se chama risco moral, mas na verdade não é bem isso, o *moral hazard* – vou explicar do que se trata – e depois temos os dois outros problemas peculiares do Brasil. O da seleção adversa consiste em que às empresas interessa ter jovens sadios. Por exemplo, tenho que batalhar com os meus filhos para que paguem um plano de saúde e peço que vejam se na empresa em que pleiteiam há plano de saúde. Mas não ficam doentes nunca e aos planos interessam essas pessoas. E, em se tratando do indivíduo, quem pensa em pagar um plano de saúde? Aquele que imagina ter propensão a usar mais. Aí, temos uma imperfeição de mercado insolúvel, que é, nessa disputa, a seleção adversa pelos dois lados e que – tem que ser reconhecido – é exercida pelos dois lados. Daí, torna-se necessário entrar um poder regulador, porque pelo mercado não resolve. Segundo, o que eu dizia do risco moral consiste no seguinte: quando alguém paga por algo e o aumento do consumo não onera o pagamento, a tendência é aumentar o consumo.

Eu me dei conta disso pela primeira vez quando fui apresentado a um plano de saúde nos anos 70, na Universidade de Cornell, onde fui fazer doutorado. Já

estava fora do Brasil desde o golpe militar, quando saí exilado, então não tinha idéia de que aqui havia planos de saúde ou algo parecido. Mas peguei um plano da universidade, ela pagava e não eu e, portanto, a universidade não tinha interesse nenhum de limitar serviços. Eu tinha sinusite, porque, em Ítaca, a temperatura, no inverno, chega a vinte, vinte e cinco graus negativos. Fui a um médico credenciado e ele me falou que eu tinha que operar, mas, antes, tinha que operar de desvio no septo. E aí fui apresentado também a um desvio no septo, que nem sabia que existia. Operamos de desvio no septo. Como foi uma operação penosa, resolvi não operar de sinusite. O médico ficava ligando para mim, dizendo que eu tinha que operar.

Fui apresentado ao sistema e pensei que era algo complicado, uma vez que a universidade não pagava, eu não pagava e o médico recebia, então decidi que fôssemos fazendo tudo aquilo que aparecesse. Até escrevi um trabalho, que nunca consigo encontrar, para um curso lá e na carta de temas escrevi sobre isso, simulando o que poderia acontecer, nos Estados Unidos, num prazo mais longo. Não consigo encontrar o trabalho e, de fato, algumas das coisas do trabalho acabaram acontecendo, na realidade, ao longo do tempo. Então, isso é o risco moral de que, naturalmente, as empresas também se defendem. Aí é sempre essa tensão.

O Professor Stiglitz, que foi Vice-Presidente do Banco Mundial, que saiu como um crítico do Fundo Monetário, é um economista liberal, nos Estados Unidos. Liberal significa de esquerda, nos Estados Unidos. Ele escreveu um trabalho interessantíssimo sobre esses dois aspectos, e eu estava ansioso para ver a conclusão. Na conclusão, ele diz que não tem jeito. Tem que ter um poder regulador e tem que ir chegando a soluções sensatas junto à realidade.

No Brasil – isso aprendi aqui – entraram outros dois elementos ou pelo menos um de lógica econômica terrível, que é o esquema da cadeia da felicidade, que não é muito diferente do esquema de especulação em Bolsa, o que houve com a Internet no ano passado.

O economista canadense-americano, John Galbraith, diz que se tem algo que a humanidade não

aprendeu até hoje foi a substituir o comportamento de euforia, o comportamento de manada, o que pode ocorrer numa crise a que assistimos no sistema financeiro internacional. Quando alguém pensa que a Argentina vai quebrar, a Argentina quebra, porque o pessoal pensa que ela vai quebrar. É como esses filmes que vemos no Discovery. Chega um felino, que pode ser um gato de estimação, uma gazela Thompson vê aquilo, sai correndo, sai todo mundo atrás.

Tem também o comportamento inverso da euforia. Isso aconteceu com planos de saúde no Brasil, pegando jovens que pagavam muito pouco. Numa aceleração grande de entrada de pessoas, deixa custo de lado, não tem problema de custo, porque enquanto tiver uma taxa maior de pessoas entrando, que não vai ser atendida, mantenho qualquer esquema. Vou mantendo. O problema é quando desacelera. Não sei se me faço claro. O problema é quando desacelera, pois estou mantendo os que estão precisando de serviço com os que estão entrando, mas se os que estão entrando no momento seguinte também vão precisar de serviço, esse esquema autoderrotar-se-á, a menos que a quantidade de pessoas entrando continue se acelerando.

Isso aconteceu com muita clareza.

Segundo, o mecanismo que no Brasil operava até meados de 1994: a inflação. Recebe a vista e paga a prazo. Lembra do tiquete-refeição, supermercado? Supermercado, no Brasil, tinha virado uma empresa financeira, porque a pessoa ia comprar e pagava a prazo. Um grande negócio. Então, o lucro não era obtido por um certo *plus* em relação à mercadoria, mas era obtido pelo investimento financeiro. Nessa área, aconteceu algo parecido.

Portanto, tivemos dois fenômenos econômicos que se superpuseram a fenômenos econômicos que existem no mundo inteiro: o esquema cadeia da felicidade, sem qualquer regulação, que devia ter entrado no início, para impedir isso. É o que, hoje, a agência já está fazendo. Quando vem um plano, oferece atendimento integral com Aids até para os netos, se tiverem, etc., cobrando R\$ 30,00; tem que fechar, porque se sabe que isso é o esquema da cadeia da

felicidade, ou seja, enquanto tiver pessoas entrando, vai dar, depois acabou.

No passado isso acontecia, hoje já é mais difícil acontecer, mas não significa que os problemas estruturais, que vieram desse comportamento distorcido, não tenham se projetado no dia de hoje.

Na verdade, o que aconteceu com os consumidores? As empresas, para contornarem problemas de seleção adversa, a questão da queda da inflação ou da cadeia da felicidade, eram detentoras de uma questão crucial, que se chama informação, e o consumidor, sem essa informação. Através da falta da informação, reduzia-se custo. Essencialmente é isso. Não estou dizendo que todos faziam. Eu, por exemplo, não vou citar aqui, mas a empresa da qual adquiri um plano de saúde, em meados de 1985, não fazia isso. Aliás, não é por coincidência que ela fechou e só manteve os sócios dentro.

O fato é que isso passou a ser a norma na operação do sistema, que também contraria o mercado. Para aqueles que são ortodoxos do mercado, o mercado não opera assim, porque no mercado as pessoas têm informação. Se vou comprar uma lata de ervilha, não gosto, mudo de lata de ervilha. No entanto, se estou num plano de saúde, como vi uma vez, e, de repente, tenho a pressão alterada, chego lá e falam que não atendem doença crônica. Isso não é possível! Um plano desses é uma imoralidade e a pessoa não sabia, porque isso está escrito em pequenas letras. Esse é o exemplo mais escandaloso que encontrei. Pressão alta não é um problema de nascença, as pessoas o adquirem ao longo da vida. Aliás, contratam um plano de saúde exatamente por isso.

Diante deste quadro, evidentemente, o Congresso Nacional começou a discutir o assunto. Desde que eu era deputado, antes de 1994, já acontecia a discussão do marco regulatório, que não é fácil de determinar. Os Estados Unidos não conseguiram fazê-lo até hoje porque é muito difícil. Creio que se eu fosse avaliar o avanço no Brasil, pelo número de anos, o avanço, comparativamente a outros países, foi enorme. Às vezes, não temos a noção comparativa do que acontece em outros lugares.

Diante de lei e de agência, penso que existe um triângulo de extremos que está por trás das discussões e dos debates de hoje. Eu poderia até nomeá-los, mas não o farei porque não quero ser injusto. As posições nunca são quimicamente puras, sempre têm matizes. Evidentemente, toda vez que se aponta uma posição extrema em alguém, a pessoa destaca os matizes, e trava-se uma discussão meio inútil. Mas é interessante vermos o que existe por trás de muitas coisas.

Uma primeira posição é contra a existência de planos de saúde suplementar porque a Constituição Federal preconiza o Sistema Único de Saúde, gratuito e universal. Nada a opor, desde que o Sistema Único de Saúde tivesse dinheiro para isso.

No Canadá ou na Inglaterra, onde começa a haver problema no sistema de saúde, o sistema é inteiramente estatal. No Brasil daria certo, só precisaríamos do correspondente a três vezes, mais ou menos, o orçamento. Como o orçamento é de mais ou menos R\$ 30 bilhões, se me fossem dados R\$ 100 bilhões, faríamos. Haveria muitas reclamações, porque, no Canadá e na Inglaterra, para se fazer uma ponte de safena, demora um ano, um ano e meio. Contudo, é um sistema bom, altamente eficiente e precisa de muito mais dinheiro. Há também outro ângulo: há pessoas que sempre preferirão outra coisa. Temos de deixar a liberdade de opção por causa da hotelaria e outras coisas que viraram tradicionais.

Segundo, há posições contrárias à existência de uma lei, que defendem que tudo tem de ser resolvido pelo Poder Judiciário. Como há o Código de Defesa do Consumidor, a lei só atrapalharia. O que tem que fazer a pessoa que é mal-atendida na Santa Casa de Quixeramobim por um plano de saúde é contratar um advogado, recorrer à Justiça e esperar quatro ou cinco anos, enquanto se observa o que acontece, procurando liminares etc. Como há posições contrárias à lei, mesmo discutindo-a, no fundo, é algo que se orienta para estraçalhar a lei ou tornar inviável a operação da área. Não raramente, a posição A e B coincidem também.

Em terceiro lugar, há a posição do lado empresarial no sentido de que não tem que existir lei nenhuma,

de que deve haver liberdade de mercado, de forma que, se uma empresa é ruim, as pessoas mudam sua escolha etc. Evidentemente, isso é falso. Em um sistema de concorrência perfeita, a questão básica é a informação dos consumidores.

Isso vale para os serviços médicos? Porque serviço médico não é mercado, embora possa ter componentes da iniciativa privada. Porque, na concorrência perfeita, a informação é um pré-requisito para operar o sistema. Ou seja, para que o sistema opere, uma das suposições da concorrência perfeita é que a informação seja de todos. Na saúde, em geral, o que se vende é a informação. O que é uma premissa para o funcionamento da concorrência, na saúde, é mercadoria. O que o consumidor compra é a informação. Isso é essencial para que essa discussão não se prolongue indefinidamente em nosso país. Não tem mercado operando na forma tradicional no setor porque o consumidor não tem a informação. Portanto, precisa haver o poder regulatório da área pública interferindo.

Creio que essas são três posições extremas, que, muitas vezes, estão por trás das discussões. Não é que a pessoa, quando vai discutir a lei, ache que ela não deva existir, mas isso condiciona a forma de discutir, tanto a lei quanto a regulamentação.

Agora, a lei, na prática, mais a regulamentação, foi votada logo depois que assumi o ministério – acho que um mês depois. O que aconteceu? Eu mesmo fiz a emenda, juntamente com o senador, no projeto existente. Na verdade, era um projeto do Senado, muito pequeno, que foi para a Câmara e esta transformou numa coisa grande. Devolveu para o Senado e este não podia alterar, porque, quando um projeto se origina numa Casa, ele vai para a outra e volta para a palavra final, para a Casa original. Se o Senado mandou um projeto pequeno e a Câmara aumentou, o Senado só poderia fazer duas coisas: acolher o projeto da Câmara, que não dava, ou votar o do Senado, que também não dava.

Ficou um impasse e até fizemos uma reunião secreta, no sentido de que não havia imprensa. Os senadores se encontraram no plenário com a finalidade de discutir o que fazer. Até defendi a doutrina

de que se desconsiderasse que era originário do Senado, para que este pudesse fazer as modificações, mas isso não prevaleceu. Quando fui para o ministério, conversei com os líderes da Câmara, inclusive, e no Senado com o Senador Sebastião Rocha, que era o relator nesta Casa, e fizemos o seguinte acordo: vamos consertar o projeto, no sentido de uma medida provisória acordada por todos, porque era o único jeito. Não havia condições de a coisa andar. Daí a origem da medida provisória.

Houve coisas importantes. Por exemplo, o projeto original, que o Senado aprovou, pressupunha a regulação feita no âmbito da área financeira do Governo, no âmbito da Susep, do Conselho Nacional de Seguros e coisas do gênero.

Então, naquela época, eu, que acabava de assumir no ministério, descobri o Dr. Barroca [João Luís Barroca de Andréa] que vinha do Banco do Brasil e me ajudou. Na verdade, nós dois, no âmbito do Ministério da Saúde, trabalhamos no sentido de fazer essa medida provisória, que passou bem e permitiu um avanço na regulamentação, ao invés de um retrocesso, como era o que estava acontecendo.

Fazendo um balanço – lei e regulamentação – identifiquei vários aspectos positivos, do ponto do conjunto do sistema, especialmente do ponto de vista dos consumidores: a padronização de coberturas, para efeito de o consumidor poder comparar, o que é fundamental; a mudança do critério da doença preexistente, porque muita gente confunde com a amplitude da cobertura – aliás, esse é outro capítulo, há uma confusão enorme. Essas questões são complexas; quando se leva para a opinião pública, em geral, sempre aparece tudo muito confuso.

Qual era a base da doença preexistente? O contrato do plano de saúde é para o futuro. Não vale o passado, senão, todo mundo que estiver doente vai e contrata um plano de saúde. Isso é ótimo, mas não há preço, ou empresa, que possa agüentar isso. Então, no contrato diz que não pode haver uma doença preexistente incluída. Como era antes? O ônus da prova era do consumidor. A pessoa estava tratando-se, vamos supor que

ela tivesse úlcera antes, ela tinha que provar isso. Muitas vezes, ela estava dentro de um hospital, acabava pagando, para, depois, ter um ressarcimento, etc. Isso foi mudado: o ônus passou a ser da empresa.

Continuando: a não-exclusão de doenças nos novos planos; a não-ruptura unilateral de contratos – isso podia ser um bom negócio, exatamente por causa da cadeia da felicidade no passado: quando chega a hora de a pessoa ficar doente, está com mais idade, quebra-se unilateralmente o contrato. É a questão das faixas etárias, porque ela está associada a dois fenômenos: o econômico, da cadeia da felicidade, e o moral, ao abuso contra os mais idosos. O moral faz parte de tudo isso. Por quê? Porque, se tenho prestações que variam de 1 a 30, ou seja, o mais jovem paga um e o mais velho paga 30, é evidente que o mais velho pagará prestações que não vai poder agüentar. Podem dizer: “mas ele quis”. Ele quis, entrou num plano, paga menos, depois vai aumentando... Não pode haver essa diferença.

Por que está ligado à cadeia da felicidade? Porque o 1 que, às vezes, é quase de graça, destina-se a pessoas que não vão usar. Esses fenômenos estão intimamente ligados. Isso foi mudado para seis vezes entre o mínimo e o máximo. Ouvi muita reclamação de que seis vezes é muito. Há pessoas que propõem que a prestação seja constante para o resto da vida, o que, aliás, não é proibido. Depende de haver quem ofereça e de haver quem queira. A menos que se queira colocar isso na lei. Nesse caso, não vai entrar nenhum jovem. Porque, numa curva assim, tenho que tirar a média disso. Assim, os jovens pagarão uma prestação muito alta sem ter doença.

Essa discussão é mal-informada, às vezes, porque as premissas que fazem parte do jogo não são postas. Reduzir para seis vezes já foi um avanço, na minha opinião, extraordinário, dentro de um setor em que havia de 1 a 30. Quanto mais estreita, menos pessoas entram, porque, evidentemente, a prestação inicial será muito alta.

Disseram-me que, na Alemanha, esse é um sistema que funciona. Porém, no Brasil, pode haver quem ofereça, mas não pega. Segundo, se fôssemos obrigar,

teríamos de decidir o que fazer com o sistema preexistente. Às vezes, há esquemas bons, mas que a transição é impossível. É como eu querer cruzar um rio e a correnteza me levar. Não chego do outro lado.

Outra questão importante também foi a limitação para seis meses da cobertura parcial temporária para doença ou lesão preexistente. Outra foi o ressarcimento que nunca foi cobrado. A lei previu – insisti que constasse na lei – e tentamos cobrar. Estamos, até hoje, tentando cobrar, porque as empresas procuram a Justiça e questionam a constitucionalidade. Ainda é pouco o que se avançou, mas foi muita a disposição.

Recentemente, houve uma descentralização menor, não para tirar dinheiro dos estados: daríamos de bom grado para os SUS estaduais os recursos arrecadados com o ressarcimento de quem tem plano saúde e é atendido na área pública. Foi por um problema de que essa descentralização está favorecendo os questionamentos jurídicos. Aí é uma guerra: há quem quer cobrar e quem não quer pagar. O sistema democrático, com um sistema jurídico existente, permite isso e tudo tem que ser respeitado.

Criamos a Câmara de Consulta de Saúde Suplementar com participação de todos e até um Disque-Planos de Saúde – Disque-ANS –, que, segundo a Stella [Maria Stella Gregori], já deve estar tendo umas 300 consultas diárias, para informação. Informação é uma questão crítica dentro disso tudo.

Houve avanços, mas é preciso ter claro o seguinte: a Agência Nacional de Saúde não é uma agência dos consumidores. Ela cuida do conjunto do setor. Ela tem que tornar o conjunto do setor viável, o que significa também defender os direitos dos consumidores. Mas ela tem que cuidar do conjunto. Isso também gera incompreensão quando não se unem entidades de defesa do consumidor, que vêem nela uma concorrência, ou exigem que ela se comporte como se fosse um Procon de determinado estado. Não! Os Procons, por exemplo, são de defesa do consumidor. Um Procon que não se preocupa só com o consumidor está errado. Ele tem de se preocupar só com o consumidor, da mesma maneira que uma entidade das empresas tem de se

preocupar com as empresas. É claro que todos vão dizer: “Imagine. Temos de olhar a saúde das empresas”. Outros vão dizer: “Dos consumidores, etc.” Mas a entidade representa um lado do assunto. A agência regulamenta o conjunto. Portanto, ela não é uma coisa nem outra.

Qual é a preocupação?

É que haja um sistema viável no Brasil, porque é necessário, a menos que cheguemos à conclusão de que não é preciso. Esse é outro departamento.

Quero dizer que, ainda no ministério, depois que foi criada a agência, tivemos algumas batalhas junto ao Supremo Tribunal Federal, porque há a tese de que a lei não vale para as seguradoras, porque seguradora era seguro e seguro teria que ser por lei complementar. Então tivemos que, não por gosto, equiparar as seguradoras aos planos de saúde, senão cairia no Supremo. Isso significa que a lei atual não valeria para as seguradoras, porque foi lei ordinária, não lei complementar. Pode parecer algo meio abstrato, mas tem uma importância enorme.

Recentemente, houve um caso de tributação – ontem saiu a medida. Queremos que todos formem reservas, não para amolar a paciência, mas porque, se a empresa quebra, o consumidor tem que ter uma proteção. Se, por hipótese, uma seguradora quebra, existem as reservas. Se for uma empresa de plano de saúde, sem um tostão de reserva, que quebra, o cidadão que pagou por 20 anos fica sem nada. Às vezes, não é suficiente pegar o patrimônio das pessoas, porque esse patrimônio previamente se esfumou. Vocês já viram pegar patrimônio de alguém no Brasil? Muito menos na área de planos de saúde. Não é uma área que, se tiver que quebrar, quebra de um dia para o outro, pegando o dono de surpresa. Isso não acontece. Mas, para formar reservas, tributava-se o dinheiro que vai para a reserva. Se é uma seguradora que põe R\$1,00 de reserva, não precisa pagar imposto de renda. Se é uma empresa de medicina de grupo, como a Unimed ou uma cooperativa, paga o imposto de renda. Isso inviabiliza.

Batalhamos muito e conseguimos, finalmente, modificar para fazer a equiparação, porque, concei-

tualmente, o correto é não pagar imposto de renda, porque é uma reserva para determinadas situações.

Outras questões dizem respeito à organização do mercado que a agência está promovendo: o cadastramento, os critérios para entrada, uma certa limpeza com cuidado nos planos de fantasia. Esse é um trabalho que vem sendo feito e que tem pouco respaldo político, mas o fato é que vem sendo feito e é fundamental para nós, no Brasil, para termos um setor que funcione honestamente. É fundamental que os bons, na área das empresas, sejam reconhecidos como tais e que os ruins sejam expulsos do sistema, porque enganam os consumidores e a empresa quebra. Essa limpeza deve ser feita ao máximo.

Aí entra o problema de transição de carteira. Há muita batalha sendo travada, inclusive na área tributária, para facilitar isso. Certa vez, fiz uma análise para a área pertinente, porque uma carteira não é o ativo que se pensa. Suponha uma empresa em dificuldade: se corre que ela está em dificuldades, aqueles associados viram pó. Só ficam os idosos e os que estão dentro do hospital. Não pode ser tratado como patrimônio se for absorvido por outros. Não é um prédio, uma piscina ou um ônibus. Não é isso. É uma coisa que se esfuma. A Receita não iria ficar com esse dinheiro, simplesmente porque depois iria desaparecer tudo.

Nessas circunstâncias, quando uma teve dificuldade, ouvi ataques de entidades feitas à agência de que só tinham uma lógica: botar dinheiro público. Isso nós não vamos fazer, pode ter a pressão que for. E tem pressão. Às vezes, as pessoas fazem pressão sem saber que estão fazendo. De repente, uma empresa quebra e põe a culpa na agência ou no governo. Só se quisessem que puséssemos dinheiro. Essa situação aconteceu.

Chamo a atenção para isso, porque é da maior importância e poderá ser de uma importância infinitamente maior nos próximos anos. Ou encontramos mecanismos internos ou logo vem proposta para dinheiro público. Ouvi isso ou inferi isso, dependendo de quem fosse. Quebrou tal coisa, entra o governo para manter. Haveria uma insurreição no país se usássemos dinheiro do SUS para isso. Seria inacreditável. Pois quero

que se saiba que a lógica de muitas análises e de críticas na hora em que se está procurando administrar a transmissão é essa, de empregar dinheiro público nisso. É diferente. Outra coisa: estamos pleiteando junto ao BNDES que abra uma linha de crédito não com juro negativo. Às vezes, os economistas se enganam. Juro subsidiado é negativo, é menor do que a inflação. Um juro positivo de 4%, 5% ou 6% é o mais alto em qualquer país desenvolvido. Não é nenhum favor poder emprestar dinheiro a essa taxa de juros, que, além do mais, vem do PIS, Cofins, do FAT – que eu próprio criei, que tem dinheiro no BNDES e que é remunerado assim.

Entretanto, estamos pleiteando a abertura de linhas de financiamento para as empresas sérias, operacionalmente boas, para que possam mudar os seus passivos ruins, que devem ser destinados a um banco e pagar juros de 50% ou 60%, a fim de que possam pagar um juro razoável sempre que ela já estiver bem operacionalmente. Se ela estiver bem operacionalmente, ela é viável. Não há razão para emprestar a uma fábrica de automóvel e não para planos de saúde, a menos que a área social seja considerada maldita.

Há outros problemas na área. A lei previu planos completos – ou ambulatorial completo, ou de saúde completo, ou de hospital, ou odontológico. São quatro ou cinco variedades, dependendo do arranjo combinatório. A questão é como migrar. Se tivesse nascido assim, maravilha! O problema é como chegar lá. Os mecanismos de seleção adversa entram com toda a força: entra o problema de reajustes, de coberturas e de pequenas Santas Casas. Sabemos que, num universo de 29 milhões, 21,5 são planos parciais, hoje segmentados. As pessoas têm planos completos ou, muitas vezes – inclusive depois da discussão recente – pensam que tudo é completo. Não é assim; pelo contrário. O que o ministério pretende é a maior participação possível dos planos completos. O problema é como chegar lá.

Há pessoas que acreditam que, de fato, não precisa existir regulamentação. A pessoa tem um plano parcial, recorre à Justiça e ganha o direito de receber atendimento completo. Se isso tudo acontecesse num piscar

de olhos, instantaneamente, sem mais nada, acabaria o sistema, porque não haveria reajuste. Então, o que pode ser válido numa situação individual, sempre que o cidadão tenha condição de contratar advogado, não é válido para o conjunto.

Às vezes, tenho preocupação. Analisemos, por exemplo, o caso de uma Santa Casa, do interior do Nordeste, que atende a um plano parcial, complementando a sua receita do SUS. De repente, ela não tem mais condição de operar, porque não pôde oferecer um plano completo nem conseguiu se consorciar a nada e fecha. Diminui a receita dela, que ajuda a manter o atendimento ao SUS. Desse modo, as pessoas serão atendidas pelo SUS, ou seja, é uma tesoura.

Creio que não há problema em se pensar no caso dessas Santas Casas nos lugares mais afastados do Brasil.

Outra questão, que já mencionei, refere-se às insolvências. Trata-se de investir, ou não, dinheiro público. Este assunto precisa ser debatido. Insisto que há pessoas que pensam, mesmo sem saber, que deve ser utilizado dinheiro público na hora da quebra.

Olhando para o futuro ou, pelo menos, examinando as questões pendentes, na minha estimativa – este procedimento é sempre muito delicado – há empresas que têm situação sólida.

Senador Sebastião Rocha, já estou terminando a minha exposição. S. Ex<sup>a</sup> está aflita com razão, porque ainda haverá o seminário. Aliás, tenho interesse em saber a conclusão. Eu, por exemplo, sou contra silicone. Desculpem-me a minha posição, não quero ser antidemocrático.

#### **O SENADOR SEBASTIÃO ROCHA**

V. S<sup>a</sup> perderá o voto dos modelos.

#### **O DR. JOSÉ SERRA**

Mas os modelos são parte pequena do eleitorado.

O fato é que há, hoje, uma situação econômico-financeira difícil em pelo menos metade das empresas do setor e que não pode ser ignorada por parte das empresas nem pelo Congresso, que deve crer na questão do setor que acredita que deva existir. Para quem

não pensa assim, é uma maravilha. Mas, para os outros, é preocupação: para os médicos, porque representará encolhimento do mercado de trabalho; e para as pessoas, porque terão pago e ficado – desculpeme a expressão – “de broxa na mão.”

Esse é um problema que precisa ser analisado no conjunto. Não se trata de meia dúzia de *tycoons*, até porque os grandes – os maiores – não correm esse risco porque têm reservas, isso e aquilo. É um assunto, portanto, que precisa ser avaliado e pensado ao se fazer regulamentação para transição, por aqueles que acreditam que o setor deve subsistir. Eu, particularmente, penso dessa forma.

Citarei um exemplo. O Hospital Beneficência Portuguesa, em São Paulo, que não está entre os pequenos, pertence ao SUS, ao contrário do que muitas vezes parece. Senador Sebastião Rocha, esse fato é importante. O Beneficência Portuguesa é um hospital bom do Sistema Único de Saúde. O SUS atende a 60% – depois dos controles. Não sei se todos sabem, mas mandamos mensalmente cartas para os usuários do SUS, a fim de conferir se houve ou não fraude. Como ninguém sabe para onde vão as cartas, é um sistema terrível e de muita eficácia para combater a fraude. Enviamos correspondências, inclusive ao Ministério Público. Em alguns lugares, esse procedimento não funciona, porque há frouxidão estadual – noutros, vai-se até para a cadeia. Outro dia, fui ao Rio Grande do Sul e soube que um prefeito – ou secretário de saúde – havia sido mandado para a prisão por causa desse problema. Então, realmente, vamos alterando essas situações.

O Beneficência Portuguesa atende a 60% do SUS. Mas é 25% ou 24% da receita dele. O restante refere-se a planos de saúde. Alguém pode dizer: “O Beneficência é de um grande capitalista e o melhor do SUS, deveria pagar tudo”. Quero apenas saber de onde obteríamos recursos, neste momento, num curto prazo, para agir desse modo. Portanto, devemos pensar nessa questão.

Creio – não é previsão, mas um receio – que, a longo prazo, os planos individuais no Brasil desaparecerão, ou seja, não haverá mais novos ou, para estes, o preço se tornará impossível, eliminando-se, portanto, a pos-

sibilidade de escolha. Essa é uma responsabilidade que todos temos – os brasileiros que estão vivendo hoje – para que o futuro não seja vítima do presente. É preciso haver esquemas que permitam essa sobrevivência em condições decentes. Dependendo do que vier a ocorrer, desaparecerão planos individuais – não aqueles que já existem, que não ensejam rescisão unilateral. No fluxo, todavia, essa é a tendência. É uma circunstância que deve ser levada em conta, embora haja quem considere que esse seja um fato ótimo. É algo que deve ser levado em consideração.

Essas são as minhas palavras, que são menos do que um discurso. Na verdade, expus o estado das artes do setor. Todos os envolvidos, à exceção de alguns que não representam senão a si próprios, têm legitimidade nas suas postulações: as entidades médicas olham pelo médico; a entidade do consumidor olha pelo consumidor; a empresa olha pela empresa. Isso é evidente e não pode ser de outra maneira.

Comecei minha vida pública liderando entidade de classe e, por esse motivo, fiquei 14 anos exilado. Sei perfeitamente o que é entrelaçamento de interesses, mas também sei que, em virtude do interesse público – que acredito existir –, é possível encontrar situações, como dizia a Sra. Laura, que até absorvam o conflito e forneçam regras para que ele se processe e alcance soluções. Estaremos sempre atuando dessa forma, pois sempre haverá problemas.

Aliás, na área da saúde, esse posicionamento vale para toda a ação do ministério. Resolvemos uma quantidade enorme de problemas e o resultado foi que ficamos com um número maior ainda pela frente. Todas as vezes em que se resolve um problema, aparecem dois. Quando se resolvem dois, o número vai para quatro. Parece uma progressão geométrica de razão 2, desesperadora. Porém, é assim. O importante é que hoje seja melhor do que ontem, que amanhã seja melhor do que hoje. Não há outro critério para a saúde. Se procurarmos a solução final, não chegaremos a ela. Explodimos hoje. Devemos melhorar sempre, com uma certa impaciência. Faz parte da minha maneira de ser a impaciência no trabalho, mas com tolerância. E procurar

sempre levar em conta todas as variáveis. Cada lado tem que entender as razões do outro. Não precisa estar ao lado, não precisa endossar as teses, mas compreender, a fim de que o conjunto saia ganhando. Ao contrário, a vítima não será nenhum desses setores. As vítimas principais – é claro, aqueles que perdem o mercado de trabalho têm um golpe forte – serão as pessoas no Brasil. O futuro será vítima do presente. Portanto, não podemos permitir que isso ocorra. Muito obrigado.

*(Palmas)*

#### **O SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA**

Pedimos a gentileza e a compreensão de todos para que mantenham os aparelhos celulares desligados. Obrigado.

Ouviremos, neste momento, as palavras do Exm<sup>o</sup> Sr. Senador Edison Lobão, Presidente interino do Senado Federal.

#### **O SENADOR EDISON LOBÃO**

Sr. Ministro José Serra, que acaba de nos brindar com uma belíssima conferência, demonstrando conhecimento profundo da causa da qual tratamos neste momento; Senador Romeu Tuma, Presidente da Comissão de Assuntos Sociais; Deputada Laura Carneiro, que preside a Comissão de Seguridade Social e Família; Senador Sebastião Rocha, Coordenador do Simpósio; Deputado Rafael Guerra, que também o coordena pelo lado da Câmara dos Deputados; Dr. Januario Montone, Diretor-Presidente da ANS; Dr. Mário César Scheffer; Senador Sérgio Machado, Líder do PSDB; Senador Romero Jucá, Líder do Governo; Senadora Marluce Pinto, Sras. e Srs. deputados, Srs. parlamentares, o Senado se sente honrado em promover este simpósio. Não é hábito, no Brasil – não era, pelo menos há até pouco tempo – a realização de simpósios dessa natureza. Os americanos e europeus utilizam-nos como mecanismo de debate e de aperfeiçoamento de seus programas nacionais.

O Brasil é um país de 500 anos, que passa por uma verdadeira transformação, uma revolução de 40 anos nessa parte. Se observarmos, por exemplo, o sistema

de saúde, há 30 anos havia 12 milhões de brasileiros atendidos pelo sistema oficial, que eram os institutos. E hoje há 160 milhões atendidos pelo SUS, além dos planos de saúde que estão surgindo. É uma verdadeira revolução em tão pouco tempo em um país de 500 anos. Há, hoje, uma preocupação com a qualidade de vida, coisa que não havia há 40 anos. O plano de saúde não é outra coisa senão parte dessa preocupação com a qualidade de vida.

Fui governador há dez anos e vejo, em meu estado, estatísticas estarrecedoras: a mortalidade infantil era de 140 crianças por grupo de mil, quando assumi o governo. Ao deixar o cargo, já havia reduzido esse número para menos de 70. E hoje contamos com algo em torno de 30, o que ainda é elevado, mas demonstra um avanço no setor de saúde.

Não pretendo aqui fazer uma conferência, pois já foi feita pelo Senador e Ministro da Saúde José Serra. Desejo apenas enaltecer o Senador Romeu Tuma, que preside a Comissão de Assuntos Sociais com extrema competência e com interesse permanente no exame dessas questões.

Espero que o Senador Sebastião Rocha não se ofenda com o que vou dizer. S. Ex<sup>a</sup> é uma espécie de acólito, mas um acólito ativo, permanente, do Presidente da Comissão, instigando-o a tratar de questões dessa natureza a todo momento.

A Deputada Laura Carneiro, que eu começo a chamar de senadora – quem sabe daqui a pouco ela chegue ao Senado – tem também essa preocupação. E a presença maciça das senhoras e dos senhores o demonstra. Estou absolutamente persuadido de que nós teremos um rumo novo nessa questão depois desse simpósio.

Eu considero o Ministro José Serra o criador de um sistema diferente de lidar com a saúde no Brasil. Ouço muitos dizerem que ele não é médico. Não precisa ser médico para dirigir bem o Ministério da Saúde. Ele é um gerente competente do sistema de saúde do Brasil. Não chega a ser um fanático, mas é um obstinado quanto aos interesses da saúde: luta com bravura por tudo aquilo que acha que deve ser do interesse da saúde. Percebo essa sua conduta a todo momento e é bom

para a saúde que seja assim, porque, de outro modo, haveria um ministério leniente com os problemas da saúde, quase indiferente, derrotado. Não, esse não é um ministério derrotado, esse é um ministério vitorioso. Portanto, cumprimento o meu colega José Serra, Ministro da Saúde, por tudo o que está fazendo, porque ele o faz com obstinação. Ele estuda os problemas e os debate sabendo o que está dizendo.

Portanto, Ministro José Serra, V. Ex<sup>a</sup> tem os meus cumprimentos. Estou convencido de que a nação percebe isso.

Cumprimento a todos os senhores, portanto, pela realização do simpósio. O Senado sente-se feliz e honrado por sediar este acontecimento. Muito obrigado. *(Palmas)*

#### **O SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA**

Senhoras e senhores, finalizando a cerimônia de abertura do simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde, agradecemos a atenção de todos os presentes.

Faremos agora um pequeno intervalo de cinco minutos, para que seja desfeita a composição desta Mesa solene e que seja refeita a composição da Mesa de trabalho deste simpósio. Pedimos aos participantes que, por gentileza, não se ausentem deste recinto. A todos, o nosso muito obrigado.

#### **INTERVALO**

#### **O SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA**

Gostaríamos de dar um aviso aos participantes do 1º Simpósio de Regulamentação dos Planos de Saúde. Em virtude do pequeno atraso na abertura, interromperemos agora para o almoço e devemos retomar os trabalhos às 13h15, com a mesa A Interface entre o SUS e os Planos de Saúde.

Contamos com a colaboração e com a presença de todos na reabertura dos trabalhos, às 13h15.

#### **INTERVALO**



## Mesa 1

# Interface e articulação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro

### COORDENADOR

DEPUTADO PADRE JOSÉ LINHARES

### COMPONENTES

DR. JOSÉ DE CARVALHO NORONHA

DR. VALCLER RANGEL

DR. CARLOS ALBERTO GEBRIM PRETO

DR. ARLINDO DE ALMEIDA

DR. JANUARIO MONTONE

### O SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA

Boa tarde. Retomamos os trabalhos do Simpósio de Regulamentação dos Planos de Saúde.

Gostaríamos de convidar as seguintes autoridades para compor a Mesa Interface e Articulação entre o Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: conselheiro do Conselho Nacional de Saúde e presidente da Abrasco, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Dr. José Carvalho de Noronha; representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass e Subsecretário de Saúde do Rio de Janeiro, Dr. Valcler Rangel; Diretor Institucional do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – Conasems e Secretário de Saúde de Califórnia, no Paraná, Carlos Alberto Gebrim Preto; (*Palmas*); Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo – Abramge, Dr. Arlindo de Almeida; (*Palmas*); Diretor Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Dr. Januario Montone; (*Palmas*); como Coordenador da Mesa, Deputado Federal Padre José Linhares. (*Palmas*)

A Mesa é Interface e Articulação entre o Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro. Algumas das regras: cada expositor deve fazer sua apresentação em 15 minutos e, na seqüência, devemos ter um debate. Solicitamos que as perguntas sejam encaminhadas por escrito para as recepcionistas, que vão estar na lateral. Somente as perguntas por escrito serão respondidas. Muito obrigado.

### O DEPUTADO PE. JOSÉ LINHARES

Boa tarde a todos. Como já estamos com o tempo um tanto quanto estrangulado, vamos começar logo nosso tema, concedendo a palavra ao Dr. José Carvalho de Noronha.

### O DR. JOSÉ CARVALHO DE NORONHA

Boa tarde a todos. Em primeiro lugar, eu gostaria de registrar a imensa satisfação e a honra de poder estar participando, como conselheiro do Conselho Nacional de Saúde e Presidente da Abrasco, deste importante simpósio realizado por iniciativa conjunta do Conselho

Nacional de Saúde, da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal e da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. Trata-se de algo extremamente significativo, tendo essa cooperação entre o Conselho Nacional de Saúde e as casas legislativas do nosso país sido bastante salientada esta manhã pelo Senador Romeu Tuma.

Registro o orgulho e a satisfação particular em ser moderado nesta Mesa pelo Deputado Padre José Linhares que, além da luta pela saúde na Câmara dos Deputados, também representa e preside a Confederação das Misericórdias do Brasil. Encontramo-nos muitas vezes, em várias frentes, juntos em busca da melhoria de condições de saúde e assistência da nossa população.

Espero que as reflexões que aqui vou trazer possam ajudar de alguma forma, exceto contribuindo para o aprimoramento de qualquer peça legislativa, porque não sou a pessoa mais indicada para isso, mas, talvez, para lançar algumas reflexões ou questões. Creio que apresentarei mais um conjunto de dúvidas do que propriamente alguma proposição em termos de instrumento legislativo, mas quero crer que elas devam ser levadas em conta nesse processo, que é, simultaneamente, a comemoração dos três anos de início da atividade regulatória da chamada saúde suplementar no país e a oportunidade que está sendo dada ao Congresso Nacional de estabelecer mudanças na lei atualmente em vigor.

Como palavras iniciais, lembro-me da exposição do Ministro da Saúde nesta manhã: sem prejuízo da necessária conciliação e entendimento que as diversas partes envolvidas num tema tão complexo, como assistência-saúde no nosso país, têm de estabelecer, temos que, de certa forma, também, manter nossos compromissos com a entidade que representamos. E, nessa abertura, volto ao tema, ressaltando a importância de que todo debate sobre o aprimoramento da legislação e da regulamentação dos planos de saúde tenha como uma diretiva muito importante as dimensões do controle que o Conselho Nacional de Saúde representa nacionalmente. Enquanto conselheiro,

tenho esse mandato e essa obrigação de defender o que, quero crer, tenham sido contribuições muito efetivas do Conselho Nacional de Saúde, o aprimoramento de diversas instruções normativas baixadas pelo Ministério da Saúde e essa aproximação com o Congresso Nacional certamente faz com que o Conselho se aproxime também, como instância de representação da sociedade civil, do aprimoramento da nossa legislação.

O segundo tópico, enquanto presidente, represento no conselho a comunidade científica e certamente a saúde suplementar, os planos de saúde, esse campo que cresceu muito – e vou voltar rapidamente a essa questão – nos últimos anos no nosso país e constitui uma atividade econômica extremamente relevante para o país, é ainda muito pouco investigada, muito pouco pesquisada e o grau de profissionalização daqueles que em diversas instâncias da gestão desses sistemas trabalham ainda deixam bastante a desejar.

Então queria também deixar claro que a Abrasco de certa forma deu uma modesta contribuição, por intermédio de seus sócios, na elaboração de alguns desses documentos de apoio, mas quero crer que a disposição e o processo de financiamento de estudos e pesquisas para o aprimoramento do setor é extremamente essencial.

Lanço, também, de antemão, e não sei se é propriamente uma recomendação como membro da comunidade científica, a importância desde já de se começar a tratar com o IBGE do aprimoramento de uma nova rodada de suplemento de saúde da Pnad e ao mesmo tempo, talvez, se imaginar a inclusão no corpo principal da Pnad de alguns quesitos sobre saúde, o que deve acontecer agora, para que em 2003 possamos estar rodando essa questão.

Feita essa introdução das preocupações mais específicas enquanto representante da comunidade científica, passarei às minhas considerações sobre o tema que me foi proposto, que é a participação do público privado no sistema de saúde brasileiro. Não poderei me estender muito porque teremos três Mesas hoje à tarde, mas ousar ainda, apesar de muito ter sido ultimamente criticado em muitos aspectos, me referir ainda

à nossa Constituição de 1988 que, pelo menos no que diz respeito à saúde, foi muito feliz, e mesmo aqueles que criticam vários dispositivos constitucionais não têm se dedicado, pelo menos de uma maneira muito agressiva, à necessidade de uma proposta de revisão do texto constitucional – no que diz respeito às disposições gerais – no qual a saúde está inserida.

Há dois dispositivos constitucionais que desejo referir. Primeiro, a idéia que teve o constituinte de 1988, a sabedoria, ao estabelecer, a meu juízo, a saúde como um componente da seguridade social; a idéia de que saúde não pode – e cada vez mais a população se complexifica em sua problemática, essa questão se torna mais aguda ainda – ser tratada longe dos esquemas de cobertura de previdência e longe dos esquemas de cobertura da assistência social. Quer dizer, a trinca Previdência, em todas as suas dimensões, inclusive aquela que mais diretamente toca à saúde: os auxílios-doença, enfermidade e invalidez, até as aposentadorias por motivos de enfermidade e os apoios nos momentos em que as patologias crônicas começam a assumir importância epidemiológica no país, elas devem ter uma integração absolutamente perfeita.

O fundamento essencial é que deve o Estado prover e cuidar de que sistemas de proteção integrados sejam oferecidos à população brasileira, como ocorre em grande parte do mundo civilizado, àquelas populações no momento da privação do pleno exercício da sua capacidade produtiva ou da inserção cidadã, sem fazer qualquer opção de corrente.

O segundo ponto estabelecido pela Constituição de 1988 é o consagrado – que não me canso de repetir; há coisas que devemos repetir sempre, como ladainha, para que nossa fé seja reforçada – art. 196, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Diz o referido artigo:

**“Art. 196**

*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”*

Há vários conceitos de extrema relevância quando buscamos discutir a integração entre o público e o privado, em que o tema essencial não é simplesmente um mercado gerador de serviços, não é um mercado qualquer, como foi de certa forma mencionado pelo Ministro José Serra esta manhã, mas um mercado extremamente particular, em que a questão central que orienta a estruturação dessas políticas, inclusive as ações comerciais que se dão nesse seio, têm por objeto a prestação de serviços, garantindo o acesso universal e igualitário às ações de serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Quis o constituinte estabelecer logo no artigo que se segue, art. 198, inciso II, que deve haver na política de saúde, no asseguramento desse direito, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Não gosto muito do tema, mas a idéia da integralidade do cuidado foi também prevista na Constituinte de 1988. Assim, o serviço de prevenção e aqueles tratamentos, a recuperação e a reabilitação para reinserção nas atividades produtivas, ou a reorientação profissional ou, ainda, um apoio no caso de uma doença fortemente incapacitante, todos devem ser integrados e ser objeto de qualquer política de saúde.

Quero crer que já está ficando óbvio o contexto em que quero inserir o debate sobre planos e seguros de saúde. Não posso tratar isso como se fosse um mercado de automóveis, de televisores ou de geladeiras. A regulamentação de planos e seguros de saúde tem que ser encarada no contexto de uma política de saúde nacional, que é dever do Estado garantir.

No corolário dessas reflexões, esse é talvez um elemento que eu gostaria que presidisse a reflexão sobre o debate legislativo que seguirá a apresentação, após a apresentação ao Congresso, da minuta do projeto de lei de aprimoramento da lei dos planos de saúde. Ou seja, na definição de uma política de saúde, serão as necessidades clínicas e as necessidades de cuidados à saúde e não a capacidade de pagar que devem definir o acesso e uso dos serviços de saúde. Esse princípio não pode ser abandonado, em hipótese alguma, por qualquer

reflexão sobre qualquer peça legislativa. Isso, aliás, ocorre nos países desenvolvidos. Mesmo nos Estados Unidos, em que os planos de saúde vigem com um rigor extremamente grande, esses pontos têm sido constantemente perseguidos por legislações complementares, a partir de 1965, sobretudo com a aprovação do *Medicare/Medicate*.

Não se pode travar esse debate sobre a regulamentação dos planos fora daquilo que é a construção do sistema nacional de saúde, para que inclua – talvez no impropriamente chamado Sistema Único de Saúde, pois um país que tem sistemas múltiplos não pode dizer sistema único – a idéia de que temos um sistema nacional de saúde, com uma parte fortemente financiada pelo público e uma parte dele financiada por meios privados.

A outra reflexão que gostaria de trazer às V. Ex<sup>as</sup>, a partir desta visão, é do conhecimento de quase todos. A partir do suplemento de saúde da PNAD de 1998, que pela primeira vez – com todos os vícios, que sabemos não poucos, como ocorre na elaboração de instrumentos desse tipo, de pesquisa domiciliar – tivemos uma aproximação da estratificação por regional e por renda da cobertura por planos de saúde.

Isso também é importante para saber de que segmento da população brasileira estamos tratando. Não estamos tratando apenas de 30 milhões ou 38 milhões de brasileiros, de acordo com o recorde que se queria, com os dados da PNAD, que teriam algum tipo de cobertura por plano de saúde nas suas diversas modalidades. Quer dizer, no máximo um quarto da população brasileira – não estamos tratando de três quartos da população brasileira. Esse um quarto a que estamos nos dirigindo, por intermédio dessa discussão, segundo a estratificação por renda, varia de 2,56% da população até um salário mínimo, atingindo 76% da população com mais de 20 salários mínimos. Estamos tratando, portanto, dos ricos e dos remediados do nosso país.

Quer dizer, esse debate atinge um segmento da população brasileira que tem renda suficiente para contratar privadamente parte de sua cobertura assistencial ou toda a sua cobertura assistencial por meio de seguros e planos de saúde.

A questão regional, pela própria distribuição regional de renda, também se expressa de uma maneira muito contundente. A cobertura de sistema de saúde suplementar, de acordo com a PNAD 1998 na Região Nordeste, era de 12% contra 33%, na Região Sudeste, revelando que, regionalmente, estamos tratando de um segmento particular da população brasileira.

Por que estou chamando a atenção para isso novamente? Preocupa-me com frequência que nós, pouco a pouco, sem prejuízo da necessária e requerida regulamentação dos planos de saúde, possamos estar criando uma espécie de clivagem de uma reversibilidade mais dificultosa do que aquela que foi criada há alguns anos, quando se tinha o sistema da previdência social para os remediados, trabalhadores com carteira assinada, e que o movimento da reforma sanitária, que culminou na Constituição Federal de 1988, integrou-se com o sistema dos chamados indigentes, que eram atendidos pelas Santas Casas de Misericórdia. Dessa forma, tratavam-se segurados da Previdência Social e indigente com o padrão de qualidade que era possível ser obtido naquele momento.

A minha preocupação, quando resalto esse ponto, é a de inspirar na nossa própria história, quando o INAMPS foi dissolvido no interior da construção do sistema único de saúde, e lembrar que, de alguma forma, esse sistema, que é um sistema potencialmente em crescimento, não pode ser contemplado longe daquilo que se configuraria um Sistema Nacional de Saúde.

Sobretudo, devemos evitar que essa cisão implique um aprofundamento da segmentação dos recursos assistenciais, técnicos e das condições de atendimento. Entender que possa haver diferenciais de conforto por conta da capacidade de pagar não deve corresponder a diferenciais técnicos no atendimento prestado. A consequência natural são os diversos níveis da hierarquia dos planos. Quando admito a possibilidade de coberturas diferenciadas – não é o que está no corpo da lei, da medida provisória em vigor – começo a poder admitir uma segmentação da qualidade dos cuidados prestados.

Evidentemente, a prestação do atendimento de

uma remuneração profissional e da qualidade do profissional que paga dez vezes a tabela da AMB é certamente maior do que uma remuneração que paga a tabela do SUS.

Então, com relação a essa preocupação de como fazer – eu sei que o desafio não é pequeno –, lembro mais uma vez a história do nosso país, a construção do Sistema Único de Saúde, que deve presidir o nosso raciocínio, sobretudo quando sabemos que boa parte dos recursos assistenciais – há ainda aqueles que não são compartilhados, como hospitais, clínicas e consultórios – uma boa parte deles ainda é compartilhada por planos e por clientes SUS.

Eu não gostaria que pesasse como um cutelo sobre os segurados dos planos de saúde a ameaça de serem empurrados ao atendimento do SUS. Eu gostaria que isso fosse feito de maneira integrada.

Aliás, se me permitem contar uma breve história pessoal, eu acompanhei isso em um dos melhores hospitais do mundo, o *Columbian Presbyterian*, em Nova York, localizado no seio da comunidade latina de Manhattan, uma zona extremamente violenta e empobrecida. O cliente de qualquer plano de saúde entra na mesma sala e é atendido pelos mesmos enfermeiros – não seguramente pelos mesmos médicos, mas pelos mesmos enfermeiros. Assim, a capacidade técnica e a disposição para um beneficiário do *Medcard* ou para um latino clandestino, que entra naquele hospital pelo atendimento de emergência, só se diferenciarão – salvo os serviços profissionais de determinados planos muito segmentários ou por pagamento privado – na hotelaria final, onde eles têm um andar especial.

Portanto, essa idéia de que não deva haver segmentação dos recursos assistenciais é absolutamente essencial. Ao mesmo tempo, que não caminhemos para o estabelecimento da múltipla entrada em nossos serviços de saúde.

Essas considerações não impedem que comemoremos os três anos em que se trouxe o campo da regulamentação dos planos de saúde para o interior da saúde. De fato, causava em fóruns internacionais – e não foram poucos aqueles de que participei – grande

estranhamento que a política de saúde nada tivesse a ver com a definição dos planos de saúde. Mesmo nos Estados Unidos, volto a insistir, onde os planos de saúde têm vida e tradição muito longas.

Então, é preciso comemorar o que foi uma luta extremamente árdua do Congresso Nacional, e a liderança do Ministro José Serra nesse processo também não pode ser questionada.

Mas, ao mesmo tempo em que celebro essa iniciativa, fico um pouco preocupado – e gostaria que isso fosse imaginado. Embora reconheça o esforço do Dr. Januario Montone e da sua equipe, confesso que ainda tenho grandes preocupações com esse tipo de formulação administrativa, com agências que gozam de um certo grau de independência em relação à política nacional de saúde.

Eu tenho certeza de que não é o caso, porque, em termos conjunturais, o Januario e o Ministro Serra têm uma grande afinidade. Essa dissociação não se dá nessa gestão, mas, certamente, se imaginamos uma reorientação da política de saúde, podemos ter problemas nesse convívio de uma agência que regula uma parte do segmento e não tem uma integração necessária com o conjunto do sistema de saúde. Da mesma forma, quero crer que os gestores do SUS, dado o compartilhamento de recursos assistenciais, devem ter a palavra, dizer alguma coisa sobre o atendimento prestado pelos hospitais, clínicas e laboratórios que prestam serviços também à saúde suplementar.

Como profissional de saúde pública e como professor de planejamento e de política de saúde, a lógica que preside o meu raciocínio é a das necessidades assistenciais, do pleno acesso, independentemente da capacidade de pagar essas necessidades assistenciais. A forma como isso é financiado é uma questão que é refletida a partir dessas necessidades assistenciais, e não o contrário, ou seja, o reordenamento pelo financiamento.

Penso que essa mudança de enfoque é extremamente significativa. Daí é corolário que os secretários estaduais de saúde, gestores do sistema de saúde em todos os níveis – e já vou evitar de chamá-lo de SUS –, estaduais e municipais, têm, também, o que dizer sobre

essas leis. Sobretudo quando admitimos ou vamos entrar em considerações sobre abrangências seletivas. Precisamos admitir recortes de abrangência regional, portanto, o TFD – o tratamento fora do domicílio que o SUS é obrigado a conceder – seria dispensado a determinados planos que não tivessem capacidade de acesso aos recursos na sua área de abrangência.

Essas são as considerações. A idéia de rede ordenada de serviços é extremamente importante. Da mesma forma, creio que a inserção da regulamentação dos planos, de todo esse processo, não pode também deixar escapar a idéia, presidida por nossa Constituição, da integralidade do cuidado. A abrangência dos serviços, da proteção à reabilitação, mesmo que o financiamento tenha que ser composto do outro lado do balcão, tem que, de alguma forma, ser feito, senão pela agência de saúde suplementar, pelo conjunto da política nacional de saúde. Quero crer que estou sendo absolutamente claro.

Para encerrar minha exposição, que já se faz longa, quero chamar a atenção para três pontos. Um, de certa forma, já foi enunciado pelo Ministro José Serra na conferência desta manhã. No entanto, creio que a consequência da afirmativa do ministro ainda não está disponível. Falo da capacidade de o sistema nacional de saúde ter condições – e não me refiro exclusivamente ao sistema de saúde suplementar, mas o incluo nessa condição – de informar adequadamente o público a respeito do que estão realmente obtendo, seja porque pagam ou porque contribuem pelos seus planos, seja porque contribuem com impostos para a sustentação do sistema nacional de saúde.

Há necessidade do desenvolvimento de mecanismos de informação e da avaliação da qualidade dos serviços prestados – refiro-me aos mecanismos formais e também à literatura, às experiências nacionais da Europa e da América do Norte, que são abundantes. São iniciativas com monitoramento contínuo de qualidade, com o crédito de redes, planos, hospitais e serviços de saúde que não podem ser deixados de lado.

No segundo conjunto de questões, quero ressaltar que o princípio da equidade, previsto em nossa

Constituição, deve presidir a busca da eficiência administrativa. Na realidade, eu diria que não há incompatibilidade entre a busca da eficiência, a eficiência econômica, e a garantia da equidade. Na realidade, não vejo, em princípio, o mercado opondo-se à regulação. Creio que não há essa oposição. É preciso encontrar um sinergismo, uma articulação adequada para garantir eficiência econômica, mas sempre lembrando que a equidade e o cumprimento do preceito constitucional devem presidir nossa reflexão.

Concluindo, gostaria de reafirmar constantemente a necessidade de estar sempre presente a idéia de que as políticas de proteção social, na área da saúde e nas áreas complementares, têm que ser reforçadas a todo momento em que debatemos qualquer pedaço, qualquer segmento do problema da assistência à saúde. A idéia da solidariedade, como princípio dominante da atividade das políticas públicas, no caso das políticas de saúde, deve preceder a pretensão eficácia ou eficiência decorrente da concorrência desenfreada. Muito obrigado. *(Palmas)*

#### **O DEPUTADO PE. JOSÉ LINHARES**

Parabenizamos o Dr. Noronha. Já o conhecemos de longa data, sabemos de sua capacidade, sobretudo como sua percuciência atinge os problemas mais vitais dentro desse nosso tema, dessa interface.

Vamo-nos permitir, de agora para frente, colocar o relógio no pulso. Cada um tem que falar exatamente 15 minutos, porque, por haver três Mesas, não daria para terminarmos a jornada do dia.

Em seguida, vamos ouvir o Dr. Valcler Rangel, que está representando aqui o Dr. Gilson Cantarino, que vem do Conass. Dr. Valcler, a palavra é sua.

#### **O DR. VALCLER RANGEL**

Em primeiro lugar, boa tarde a todos. Trago aqui as desculpas do Dr. Gilson Cantarino, por um problema de saúde, totalmente indesejável e agudo. Por ele não poder estar presente, pedi-me que viesse cumprir esta tarefa, que não é muito fácil, de apresentar aqui algumas reflexões às senhoras e aos senhores, deixando

claro que não estou aqui trazendo uma posição do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, pela nossa própria incipiência de discussão com relação ao processo de regulação nesta área de saúde suplementar. De qualquer forma, as minhas recomendações, do Dr. Gilson e do próprio Conass são no sentido de parabenizar o Conselho Nacional de Saúde, o Congresso Nacional e o Ministério da Saúde pela realização deste evento.

Como o tempo é curto, gostaria de deixar algumas questões que são, talvez, uma tentativa de buscar alguns pontos de contato entre os dois universos de discussão: o que consome, na verdade, a grande parcela de energia dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, no conjunto de gestores do SUS; e o que se refere ao fato de que cada vez precisamos estar mais atentos – com relação a essa grande parcela tanto da produção do serviço de saúde quanto da população – à qualidade da saúde no País.

A minha tarefa fica facilitada, nesse ponto de vista, pela fala do Professor Noronha. Vou-me permitir, primeiro, ler alguns trechos de um documento preparado pelo Dr. Gilson para esta discussão, até para não fugir muito da linha sobre a qual tínhamos conversado anteriormente para esta apresentação.

Rapidamente, qual o princípio que estamos trabalhando? Que o Sistema Único de Saúde constitui um novo pacto social, na medida em que a saúde passa a ser definida como um direito de todos, portanto como condição de cidadania e considerada como dever do estado, envolvendo uma responsabilidade e solidariedade do conjunto da sociedade. Essa é a primeira questão, da qual estamos partindo.

Qual agenda tem sido colocada para nós? A agenda, que tem sido colocada para fazer a discussão sobre a temática proposta para esta Mesa, é a interface e articulação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. É preciso que linguagens sejam faladas nesses dois campos para podermos, de alguma forma, fazer o que até mesmo o Ministro da Saúde, de manhã, falava: que é um escutar e falar do outro, e vice-versa.

A nossa agenda se coloca a partir da busca de identificação das necessidades que o Professor Noronha expunha anteriormente. Que necessidades são prementes para a grande parcela da população que, na verdade, ocorre ao Sistema Único de Saúde? As necessidades que conseguimos identificar do ponto de vista epidemiológico. A nossa agenda ainda permanece com tuberculose, com mortalidade infantil, com um conjunto de questões de um passado recente e, também, com um conjunto de questões que são o universo de demanda que absorve, inclusive, o setor privado, ou seja, as doenças crônicas degenerativas, a violência. Obviamente, no entanto, na hora de separarmos esses dois campos, separamos as pessoas dentro dessa agenda do Sistema Único de Saúde. As pessoas circulam em territórios, circulam nas metrópoles, são submetidas a determinados riscos; e o Sistema Único de Saúde, a partir do conceito da integralidade da atenção e da integralidade da ação de saúde, por obrigação, necessita intervir. Essa combinação é fundamental para encontrarmos caminhos que alcancem um resultado objetivo, mediante ações públicas e privadas.

Hoje pela manhã, eu falava com um representante da Associação de Clínicas do Rio de Janeiro e lembrávamos um pouco da contratação de leitos de UTI neonatal que fizemos no Estado do Rio de Janeiro. Foi uma negociação longa, árdua, mas que levou o estado a reduzir sua taxa de mortalidade neonatal em 42%. Este é um exemplo concreto de parcerias possíveis, que beneficiam a população e contribuem com políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde. E o setor privado tem sua parcela de ação nessa situação, que, como está dito aqui, é de responsabilidade do conjunto da sociedade.

Então, é importante identificarmos as necessidades e buscarmos certas ações conjuntas. E estamos falando do Sistema Único implantado. Se avaliarmos o Sistema Único de Saúde brasileiro do ponto de vista do processo de descentralização, há um altíssimo nível de descentralização. Se tomarmos como referência a Norma Operacional Básica 96, constatamos que praticamente 100% da população recebe assistência,

ou seja, menos de 1% da população está fora do atendimento. Isso significa que os municípios estão habilitados, recebendo recursos para a atenção básica diretamente, ou recebendo recursos para o conjunto da atenção – inclusive de alta complexidade – como também para o pagamento do setor privado, que muitas vezes está misturado: há o setor privado vinculado ao SUS e o vinculado ao setor de saúde suplementar. Então, esse é mais outro ponto de contato.

Apesar desse alto nível de descentralização, infelizmente não se pode dizer que a qualidade de vida da população mudou, nem que se garantiu a universalização, que é a qualidade do acesso da população aos serviços. Assim, a todo momento se apresenta esta questão, cuja discussão também deve ser conjunta: a da qualidade do acesso, que julgo que não se refira apenas ao setor público, mas também ao setor privado. É uma discussão ética, que envolve princípios éticos, formação de recursos humanos, qualificação estrutural das unidades e a escolha de parceiros que devemos levar a essa discussão conjunta. Então, novamente, existe mais esse ponto de contato.

Nesse instante, cabe-me dizer que, para nós, gestores, há efetivamente um distanciamento das secretarias estaduais. Não sei se o colega do Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – concordará com essa exposição. Mas também há, por parte das próprias secretarias municipais, um distanciamento com a discussão da saúde suplementar.

Na verdade, na implementação do SUS, o ponto que nos foi apresentado foi o da regulação. E, para nós, a regulação precisa ser discutida num caráter mais complexo. É preciso entender que é uma regulação por si só, mas para atender a necessidades, e que é necessário observar indicadores epidemiológicos, custos e padrões de qualidade sanitários na atenção à saúde; e um conjunto de questões que, efetivamente, são papel para os gestores municipais, estaduais e federais.

Esse ponto de contato, para nós, é fundamental. É uma tarefa apresentada mais para nós do que propriamente para a platéia, que não é composta majoritariamente de gestores públicos. Não estamos aqui dialo-

gando com os gestores públicos, mas fazemos essa discussão – e por isso a insistência do Dr. Gilson de, apesar dos problemas, trazer aqui um representante – no sentido de que precisamos inserir na nossa agenda, de maneira mais incisiva, a discussão da saúde. E precisamos abordar, na discussão da saúde suplementar, o Sistema Único de Saúde. O processo de integração com o SUS, no breve tempo que tive o prazer de trabalhar com o Dr. Januario, na Agência Nacional de Saúde Suplementar, está praticamente vinculado somente ao processo de ressarcimento. Ou seja, não é possível pensar em um Sistema Único de Saúde com uma amplitude de ação tão grande quanto essa, com o dever determinado pela Constituição, enquanto 30, 32, 38, ou 40, não importa quantos milhões de pessoas, não têm acesso ao modelo assistencial que está permeando a busca de novos patamares de qualidade de assistência de saúde. Se não formos parceiros nessa discussão, estaremos incorrendo em graves erros.

E há uma série de discussões conjuntas para inserirmos na agenda da saúde suplementar: a reversão do modelo do aparelho formador, que é um aparelho que forma para a alta tecnologia, que forma para o modelo hospitalocêntrico, medicalizador. Essa é também uma discussão a ser colocada para esses 38 milhões de pessoas que estão sendo atendidas. É uma discussão que está na nossa agenda.

Para terminar, vou ler, para não fazer minhas, as palavras do Dr. Gilson: “O desafio de fazer essa regulação, de regular, de estabelecer relações com o setor privado e suplementar, que nos últimos anos experimentou um crescimento exponencial, torna-se inadiável.

A regulação emerge, então, como um instrumento mediador entre os interesses coletivos (aqueles aos quais me referi) e as leis de mercado, que devem ter sempre como foco a justiça social. Essa questão tem que ser um guia, quer dizer, o compromisso de fazer esse processo de regulação é um compromisso social, não um compromisso com o mercado.”

Ou seja, não é uma questão colocada para atender a uma necessidade do mercado, mas é um compromisso social. Portanto, o diálogo entre esses dois campos

precisa, obviamente, adquirir novas linguagens para podermos dar um passo adiante, além da regulamentação dos processos de relação entre o consumidor e o prestador de serviço privado.

Eram essas as questões. Do meu ponto de vista, não interessa para nós, do SUS, que haja insolvência do setor privado, como mencionou pela manhã o Ministro. E, obviamente, interessa ao setor privado que o SUS tenha mais recursos, que resolva suas questões de remuneração de serviços. Que o Sistema Único de Saúde (SUS) possa efetivamente garantir esse acesso de uma maneira mais igualitária e mais permeável, mais facilitada para esse usuário, que, na verdade, tem muitas questões para serem trabalhadas do ponto de vista da promoção, da prevenção, da reabilitação, desde a política de atenção básica até a política de mais alta complexidade, num nível de integralidade, hierarquização e de regionalização dos serviços.

Nesses quinze minutos – penso que cumpri com meu tempo –, essas são as contribuições que gostaríamos de deixar. Agradeço mais uma vez pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), o convite de estar aqui, ficando à disposição para, em outros momentos, podermos estar levando essa discussão para o Conselho Nacional de Saúde e para o interior do próprio Conass. Muito obrigado.

#### **O DEPUTADO PE. JOSÉ LINHARES**

Parabéns, Dr. Valcler Rangel. Em primeiro lugar, o senhor realmente trouxe uma série de reflexões e, depois, realmente cumpriu o horário.

Passo a palavra ao Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto, representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

#### **O DR. CARLOS ALBERTO GEBRIM PRETO**

Boa tarde a todos os presentes no plenário. Eu gostaria também de cumprimentar a Mesa, na pessoa do Deputado José Linhares. As demais pessoas que compõem a Mesa já foram citadas.

Agradeço, em nome do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), pelo convite

que nos foi dirigido por parte da organização do evento, composta pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal e por parte do Conselho Nacional de Saúde, órgãos que se empenharam sobremaneira para que este simpósio pudesse ter pleno êxito, tanto de inscrições como da presença maciça das pessoas.

Agradeço pelo convite. Só para descontrair um pouco o ambiente, gostaria de demonstrar um pouco nossa leve indignação pelo horário da realização deste debate, que estava previsto para amanhã, porque agora, após o almoço, temos aquele sono pós-prandial, que eventualmente nos invade a todos, principalmente os que ouvem.

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) é uma entidade que congrega os municípios e produz uma linha de ação da política de saúde pública para esses atores do sistema; tem atuação amparada nas Leis nºs 8.080 e 8.142, que criam e regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS). Representamos, então, os mais de 5.500 municípios brasileiros nessa tríade de gestores entre municípios, estados e, também, o Governo Federal por meio do Ministério da Saúde.

A entidade tem, dentro de seus preceitos, a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e das suas instâncias de pactuação – como as comissões intergestores bipartite, nos estados, e a comissão intergestores tripartite, em nível federal – do controle social exercido através dos conselhos e dos seus princípios e diretrizes, que remetem à Constituição Federal de 1988, que instituiu a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, baseados na universalidade, na equidade e integralidade da assistência de saúde que deve ser prestada ao cidadão brasileiro.

O Conasems tem tentado, no âmbito das pactuações, no âmbito das negociações que são realizadas, diretamente ligadas à assistência de saúde, manter e buscar esses preceitos. Diante desse papel institucional que o nosso conselho ocupa, a entidade se posiciona de uma maneira que podemos chamar de legalista

frente ao que trata a Lei nº 9.656, que institui a política adotada em relação ao funcionamento e à regulamentação dos planos de seguro de saúde e também quanto à criação do órgão regulador, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), encarregado de gerir, regular e administrar os conflitos que acabam acontecendo nas relações entre as empresas operadoras e seus usuários. Entende o Conasems que a aprovação e entrada em vigor dessa lei significaram grande avanço no resguardo de direitos sociais e também no respeito aos direitos de cidadania. O Congresso Nacional, o Poder Executivo e todas as entidades civis envolvidas acabaram por conseguir traduzir isso numa lei que já comemora três anos de entrada em vigor.

Ainda em relação à entrada em vigor da Lei nº 9.656, é importante registrar seu impacto – talvez nas diferentes regiões do país tenham existido diferenças no impacto – até com a queda inicial do número de usuários de alguns seguros de saúde, que acabou por refletir, diretamente, no número de usuários do Sistema Único de Saúde. É importante frisar porque, até na época em que isso se deu, houve uma grande discussão dentro do conselho com o aumento significativo, principalmente de procedimentos ligados à alta complexidade e custo. Alguns números falam em 20% – não tenho certeza.

Uma vez que a lei existe e está em vigor, nosso conselho também entende que é fundamental seu cumprimento e conseqüente responsabilidade das operadoras de assistência à saúde a seus usuários, conforme o produto comercializado.

Neste ponto, também há alguns embates travados dentro do entendimento da Lei nº 9.656: contratos antigos, novos contratos, migração, segmentação, subsegmentação e outros tantos de considerada polêmica. A ANS acaba por fazer a regulamentação desses pontos que vão surgindo por meio das RDCs, fato que não pode chegar a descaracterizar o propósito inicial da lei e que consideramos fundamental, mas que tem que ser feito com os olhos de quem também regula o mercado e acaba por entender esse funcionamento até com dados muito mais técnicos do que os gestores

municipais de saúde, que, eventualmente, não têm disponibilizados números acerca dessa regulação.

Inicialmente, dissemos que nosso conselho se posiciona como legítimo representante dos 5.500 municípios na área da saúde pública. Também em relação ao funcionamento dos planos de seguro de saúde, há alguns itens que gostaríamos de deixar com uma posição firmada: a defesa do financiamento do Sistema Único de Saúde, inclusive com os dispositivos previstos na Emenda Constitucional nº 29, ou seja, garantindo que o SUS se resguarde e receba ainda mais recursos para poder continuar ou aumentar o atendimento a seus usuários. Entendemos, também, que temos que ter uma posição na defesa da gestão da regulamentação do sistema público sobre o setor privado, porque é fundamental, até para o planejamento do setor de saúde, que exista essa regulamentação e também que essa discussão toda seja realmente entronizada nos conselhos municipais de saúde, com o intuito de que os conselhos tenham mais informações sobre a questão da saúde suplementar, podendo, assim, por meio de seus conselheiros, repassar para as suas entidades essas informações, a fim de que os usuários do Sistema Único de Saúde também conheçam mais o que está ocorrendo.

Na defesa da existência do chamado plano referência, que deve ser oferecido pelas operadoras aos usuários como forma de prestação da assistência integral à saúde deles, evitando até mesmo a presença de variantes, como segmentação e subsegmentação aos produtos ofertados no mercado; também com o intuito de não se criar ou, ainda, não se aumentar a lacuna de responsabilidades, que acabe por criar novamente custos imputados ao SUS. E aqui voltamos a citar, principalmente itens relacionados aos procedimentos de alta complexidade e de alto custo.

Ainda temos de ressaltar a posição na defesa do ressarcimento ao SUS pelas operadoras como princípio, porém com o registro de que o atual modelo proposto talvez tenha de passar por uma modificação, porque acaba por criar, também nos âmbitos municipais, da maneira como inicialmente foi proposto, uma certa

burocracia. Não sei se, posteriormente, alguém fará algum questionamento nesse sentido, mas muitas vezes acaba sendo entendido como sendo uma câmara, uma instância inicial que, depois, eventualmente, gera várias discussões jurídicas e possivelmente perde o seu valor.

O gestor municipal é a favor do ressarcimento. Como eu disse, porém, é mais favorável ainda à garantia do cumprimento da lei por parte de todas as operadoras que atuam no mercado.

Para finalizar, e até não ultrapassando muito do horário, entendemos que o SUS atende a grandiosa maioria da população brasileira e que as operadoras concentram seu atendimento, principalmente nos municípios maiores e nos centros regionais. Vale ressaltar que cerca de 85% dos municípios têm menos de vinte mil habitantes. São esses os números.

No momento em que a Lei nº 9.656 é respeitada nas suas diretrizes, o pleno e responsável funcionamento dos planos e seguros de saúde pode até auxiliar a esfera local de gestão do SUS, mas não o substitui em eventualidade nenhuma. Isso também é importante. Esse é um fato que nos leva ainda mais à defesa das garantias constitucionais do financiamento do SUS, principalmente pela via da Emenda Constitucional nº 29, dando a melhor assistência possível à saúde do nosso cidadão brasileiro.

Algumas posições têm sido debatidas no nosso conselho. Obviamente temos acompanhado, dentro das nossas possibilidades, todos esses itens que vêm sendo trazidos à tona na discussão da regulamentação. A Agência Nacional da Saúde Suplementar tem colocado um grande número de resoluções, o que também, às vezes, até para a estrutura do nosso conselho, é uma dificuldade para conseguirmos seguir todas essas novidades que vão surgindo, ainda mais neste momento pelo qual passa a saúde do nosso país. Estamos muito próximos de uma nova pactuação entre os gestores dos três âmbitos, que tem sido indicada pela aprovação recente da norma operacional de assistência à saúde que modificará algumas relações entre os gestores, inclusive no que se refere às referências dos pacientes.

Esse é um assunto da maior importância, que temos tido muito cuidado de seguir bem de perto, assim como a saúde suplementar, que tem todas essas modificações. Diante deste exposto, eu gostaria de finalizar, agradecendo a oportunidade. Não temos a eloquência do Dr. Noronha e, com certeza, não temos todas as informações técnicas de que o Dr. Januario dispõe. Mas cremos na certeza de haver contribuído, pelo menos um pouco, com as posições que os gestores municipais trazem para este simpósio.

Muito obrigado. (*Palmas*)

#### **O DEPUTADO PE. JOSÉ LINHARES**

Muito obrigado, Dr. Gebrim Preto. A sua colaboração é bastante efetiva. Nós tomamos nota da sua sugestão e, amanhã, a Frente Parlamentar do Congresso Nacional promoverá um movimento para ver se salvamos a PEC da saúde. Estamos ameaçados com um corte de 1,280 milhão. Todos os senhores são convidados. Será no décimo andar do Anexo IV do Congresso, onde os senhores deputados trabalham. Isso é importante porque todos estamos aqui em defesa do SUS, que, realmente, está ameaçado com esse corte que a equipe econômica violentamente está a nos impor.

Passemos a palavra ao Dr. Arlindo de Almeida, que é Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE.

#### **O DR. ARLINDO DE ALMEIDA**

Boa-tarde a todos. Agradeço a oportunidade de participar deste simpósio de extrema importância, principalmente quando os planos de saúde passam por uma situação bastante crítica. Após as palavras do Ministro da Saúde, realmente fica um pouco difícil falar sobre os problemas em geral, uma vez que, com rara felicidade, na nossa opinião, o ministro abordou praticamente todas as questões de conflito. Realmente – até brincando com o Pe. José Linhares –, o nosso querido coordenador dizia que S. Ex<sup>a</sup> realmente deve ser mesmo contra o simpósio porque ele praticamente acaba com o simpósio, colocando quase todos os problemas existentes de maneira muito clara.

Vamos, dentro desse assunto que é proposto, procurar dirigi-lo, porque é bastante extenso e dá margem a muita teoria a seu respeito. Tentaremos centralizá-lo na área que diz respeito realmente a planos de saúde.

O sistema de atenção à saúde dos brasileiros originou-se nas Santas Casas, passando pelos institutos de previdência criados a partir de 1930 e unificados pelos Inamps, em 1978. Este foi, posteriormente, incorporado ao Ministério da Saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, pela Assembléia Nacional Constituinte de 1988, que, como todos nós sabemos, consagrou a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Sua implantação começou em 1990.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. É o que diz, com clareza, o art.196 da nossa Constituição, como, aliás, foi aqui citado. A seguir, no §1º do art.199, permite-se a participação da iniciativa privada de forma complementar ao Sistema Único de Saúde.

Na época da Constituinte – todos nós nos lembramos disso – havia a tendência de fazer o Sistema Único de Saúde, banindo completamente a iniciativa privada de qualquer ação na área de Saúde. Uma reação que houve naquela época permitiu a participação da iniciativa privada.

Os problemas com atendimento público à saúde da população brasileira são antigos e se agravaram a partir da década de 50, com o *boom* da industrialização e o êxodo do homem do campo atraído pela oferta de trabalho e de melhores condições de vida nos centros em desenvolvimento. Desde então, os serviços públicos revelaram-se insuficientes para atender às grandes concentrações urbanas que se formavam na região metropolitana da capital paulista, com a instalação da indústria automobilística.

Procurando alternativas para a prestação de assistência médica aos seus empregados e familiares, os empresários estimularam a formação dos primeiros grupos médicos, contratando seus serviços e gerando

o embrião do que veio a ser o sistema de medicina de grupo. Daí se originaram as cooperativas médicas – até como uma contraposição à medicina de grupo que consideravam mercantilistas – o segmento de auto-gestão e o seguro-saúde a seguir – apesar de ele existir anteriormente, mas praticamente inexpressiva dentro do atendimento.

Foram esses os primeiros convênios chamados planos coletivos ou empresariais e eram custeados integral ou parcialmente pelos empregadores. Reconhecidos pela sua importância, há muito tempo passaram a ser a cláusula prioritária de toda pauta de negociação trabalhista. É o único benefício a amparar diretamente o trabalhador e a sua família. Isso é importante, porque o Brasil talvez seja o único país em que a iniciativa privada começa atendendo o trabalhador e seus familiares e não pelo topo da pirâmide social.

A fórmula deu certo e evoluiu para o atendimento também da pessoa física. Aliás, como nós falamos do ministro, somente esperamos que não se cumpra o seu vaticínio de que os planos individuais e familiares sejam extintos, porque pelo caminho que se está seguindo, a tendência pode ser realmente essa.

A medicina privada desenvolveu-se no País à margem de políticas oficiais, suprimindo as deficiências da oferta pública de serviços e em resposta a uma demanda insatisfeita. Hoje, os convênios coletivos são responsáveis pela cobertura de perto de 80% do universo da população atendida pelas diversas modalidades de planos, que é da ordem de 40 milhões de beneficiários, – continuamos afirmando que deve ser em torno de 40 milhões e acreditamos que a Agência Nacional de Saúde Suplementar, em breve, chegará bem próxima desses números – que é o equivalente à população da Argentina e do Uruguai em conjunto, para se ter idéia do volume desse tipo de atendimento.

Desde que surgiu, o segmento supletivo foi reconhecido como alternativa eficiente aos serviços então oferecidos pela Previdência Social. Tanto que se desenvolveu, se expandiu e começaram a acontecer mudanças com a disponibilização também de prêmios individuais e familiares em diferenciados padrões de

cobertura. Atendia-se à demanda de segmentos da população de renda mais alta, que desejavam uma cobertura de melhor nível, sem filas e esperas. Assim, foram-se consolidando os primeiros grupos médicos.

A ampliação das demandas pressionou por extensão de coberturas e, como consequência, promoveu organização de redes credenciadas, que se somaram aos serviços próprios das empresas médicas. O processo levou à formação de uma teia de relações extremamente complexa, envolvendo, de um lado, empresas médicas e empresas empregadoras contratantes de seus serviços e, de outro, os provedores na área de saúde, sejam eles hospitais ou médicos.

O setor da assistência suplementar à saúde, que estava sedimentado e com a qualidade de seus serviços reconhecida, defronta-se agora com situação atípica, decorrente de fatores diversos que remontam ao Plano Real, desde 1994, com reduzidas taxas de crescimento econômico e fase lenta de expansão, quando não de retração.

No rastro do êxito do Plano Real, com a estabilização da moeda e a redução dos índices inflacionários, ficaram as operadoras impossibilitadas, naquele momento, de contrabalançar os aumentos de custos com as receitas financeiras, dada a queda das taxas nominais de juros. O próprio Ministro da Saúde nos disse que um dos problemas que aconteciam era esse pré-pagamento que existia, à receita financeira, decorrente desses pré-pagamentos numa época de uma inflação bastante grande.

Posteriormente, com a compressão das margens operacionais, o que se deu, entre outros fatores pela distância em que os reajustes dos preços das mensalidades e a variação dos custos somada à maior utilização dos serviços, foi uma mudança preocupante no setor. Empresas que, em geral, dispunham de alguma folga para gerar receitas viram-se constrangidas, a depender do sistema financeiro para garantir o giro das suas atividades. Isto porque nossa atividade sempre foi controlada, de preços controlados.

Esse era o panorama em que se situavam as operadoras quando o Congresso deu por concluída a Lei

nº 9.656, em junho de 1998, regulamentando o setor. Multiplicaram-se, então, as dificuldades desde a primeira medida provisória, baixada dois dias depois da sanção presidencial, sem vetos – diga-se de passagem – à lei recém-aprovada. Houve uma aprovação maciça, tanto na Câmara como no Senado, e, logo a seguir, dois dias após, foi feita uma medida provisória. Depois daquela, mensalmente, outras 44 foram publicadas, a maioria alterando a lei, desfigurando-a daquilo que foi a expressão da vontade e decisão do legislador.

As operadoras passaram a ser submetidas a um autêntico rolo compressor, com exigências e normas em constante atropelo e vivendo um clima de total insegurança, até porque não conseguem caminhar por rumos conhecidos à falta de um horizonte definido. As regras são mutantes, causando intranquilidade também aos usuários, já sem entenderem mais nada, e preocupação ao governo, interessado em aprimorar e consolidar o sistema, mas antevendo a possibilidade do seu desmoronamento. Certamente, não é isso que convém ao País.

A iniciativa privada não pode e nem tem condições de substituir o Estado em suas obrigações constitucionais; sua atuação é complementar, de acordo com a Constituição, e não se pode exigir dela a ampliação de obrigações sem contrapartida financeira, sob pena de levar o setor à ruína. Atendimentos de altíssima complexidade, como os transplantes múltiplos de órgãos ou casos de custo catastrófico, são impossíveis de serem atendidos pelos planos de saúde. No entanto, está-se impondo a estes a prestação de coberturas cada vez mais extensas, seja por meio de legislação, seja pelo próprio Poder Judiciário, que vem sendo obrigado a atendimentos não previstos em contrato.

Há de se reconhecer no SUS a idéia generosa de solidariedade e equidade, contudo impossível de ser concretizada, com atendimento universal em um país de dimensões continentais e poucos recursos.

Naturalmente, no que concerne à atenção básica, sua atribuição é exclusiva do Estado – isso está expresso no art. 200 e em seus parágrafos da nossa Constituição: controlar e fiscalizar procedimentos, produtos

e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; cuidar do saneamento básico, do combate a vetores transmissores de doenças, do controle das condições ambientais, da fiscalização dos portos e aeroportos, além de executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as da saúde do trabalhador.

Esses são alguns exemplos em que é imperiosa a presença do Estado. Para tanto, há necessidade de recursos de extrema complexidade, que só podem ser financiados pelo Tesouro Nacional, resultante dos tributos cobrados da população.

Hospitais universitários, centros de excelência avançados, como o Incor, por exemplo, também devem estar a serviço da comunidade, gerando a equidade necessária ao oferecimento de saúde a toda a população brasileira.

É verdade, também, que na contramão da História os constituintes avolumaram as obrigações do Estado, sem os meios suficientes para tal. Países ricos como a Inglaterra e o Canadá não foram a tanto. Ali, o sistema é público, mas o governo não banca tudo. Há limite para determinados gastos.

Segundo o relato do jornalista Carlos Alberto Sardemberg, em interessante artigo publicado no jornal O Estado de S. Paulo, na edição de 13 de abril de 1998, no Canadá, onde há um sistema de saúde considerado o melhor do mundo, o Estado custeia despesas com hospitais, médicos e remédios, mas decide quais são os procedimentos que paga e quanto paga ou não paga UTI para pacientes com mais de 65 anos, quando vítimas de derrame cerebral. Na Inglaterra, há limites para gastos, entre outras restrições; não custeiam diárias para pacientes com mais de 65 anos de idade. Nos Estados Unidos, o Estado responsabiliza-se somente pela assistência aos idosos e desempregados. É evidente que este é um assunto complexo, que praticamente diz respeito à Bio-ética e merece uma discussão bastante aprofundada.

No Brasil, pretendeu-se generosamente dar tudo a todos por meio do SUS, sem supri-lo de recursos suficientes. Assim, procura-se obrigar o setor privado a

estender, desmesuradamente, a cobertura assistencial, acrescentando custos, sem atentar para suas reais possibilidades. Criou-se uma agência com poderes exagerados e discricionários para regular a atividade, provavelmente a única atividade com preços controlados em uma economia dita livre. Ampliaram largamente as coberturas, afastando o consumidor de menor poder aquisitivo que fica sem opção de escolha compatível com o seu orçamento. Foi a elitização dos planos de saúde.

Há empresas em dificuldades, algumas em liquidação. O sistema sente-se ameaçado. Por isso mesmo, acredito que é chegada a hora de se reconhecer a importância da nossa atividade. Este é o momento de o Poder Público e a iniciativa privada darem-se os braços, entendendo-se como parceiros e aliados, complementando-se, dispostos a modificar o cenário nacional de saúde. É o que espero. Muito obrigado. *(Palmas)*

#### **O DEPUTADO PE. JOSÉ LINHARES**

Muito obrigado, Dr. Arlindo de Almeida. Vamos ter o prazer, agora, de ouvir o Dr. Januario Montone, Diretor Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

#### **O DR. JANUARIO MONTONE**

Boa tarde. Insistentemente, tentamos utilizar essas tecnologias, vamos ver se hoje temos um pouco mais de sucesso.

Em primeiro lugar, gostaria de saudar o Plenário, a Mesa, na figura do Deputado José Linhares, e dizer da minha satisfação pessoal e da satisfação da agência em poder participar desse simpósio para poder colaborar, da melhor forma possível, com esse esforço das comissões do Senado e da Câmara e do Conselho Nacional de Saúde que foi, a rigor, o grande organizador do evento.

Como disse o Dr. Heleno, a fala do Ministro José Serra, hoje, foi suficientemente abrangente para dar uma clareza da posição do governo aos principais desafios que temos que enfrentar. A rigor, eu e os demais diretores que vão participar das mesas subseqüentes vamos aca-  
bar detalhando cada um dos pontos levantados.

Vou tentar fazer um esforço para resumir, na medida do possível, para apresentar um pouco a lógica de atuação da ANS, que não desviará o foco do que foi proposto originalmente do processo. Porque é visível que, se não entendermos a lógica do processo de regulação, que é a lógica da agência, – porque é ela que executa e que tem que ser conhecida, transparente e debatida para que possamos aprofundar essa questão da interface do setor público e privado no processo de regulação – que eu gostaria de ter tempo para comentar sobre questões de altíssima provocação que foram colocadas aqui, tanto pelo Professor Noronha e o Valcler, quanto pelo representante do Colasans.

Eu gostaria de iniciar dizendo que o Brasil tratou a questão da saúde suplementar de maneira bastante diversa da maioria dos outros países. Enquanto os modelos internacionais optaram por regular a partir da atividade econômica, a opção, no Brasil, foi regular também o produto oferecido, a assistência à saúde oferecida, com diversas medidas inovadoras nesse aspecto, algumas das quais foram enumeradas pelo Dr. Arlindo como críticas ao sistema.

Essa é a principal marca dos oito anos de debate da Lei nº 9.656, no Congresso Nacional, que culminou, como todos sabemos, com a edição simultânea de uma medida provisória e que o projeto aprovado na Câmara Federal tinha um modelo de regulação exclusivamente econômica e, por exigência do debate no Congresso, foi-lhe acrescentada a dimensão da assistência à saúde e uma MP completou o processo, como bem esclareceu hoje, pela manhã, o Ministro José Serra, na presença de vários atores do processo presente, inclusive o Deputado José Linhares e do Senador Sebastião Rocha.

Esses números são do cadastro da ONS de fevereiro e mostram algo que, no futuro, talvez possa servir para a área de planejamento e saúde do SUS, que é a porcentagem coberta em cada estado.

O Estado de São Paulo possui o maior nível de cobertura, com 35% da população como usuários de plano de saúde; depois temos o Distrito Federal e o Rio de Janeiro, na faixa entre 20% e 30%, e estados importantes, como Santa Catarina, Minas Gerais, Espírito Santo e

Ceará, na faixa de 10% a 20%.

Isso tem que ser olhado com muito cuidado, porque é preciso que nos lembremos que dois terços desses usuários são de contratos antigos, que não contemplam uma atenção integral à saúde. Então, não há qualquer forma, neste momento, de que isso seja um instrumento de planejamento, mas aponta para uma possibilidade em relação a isso.

Quanto à concentração do setor, é uma outra evidência e desfaz o mito da regulação, de que a ação da regulação e a ação da agência iriam concentrar cada vez mais esse mercado, do ponto de vista de atividade econômica, que já é altamente concentrado. Temos 1.728 operadoras atuando no setor e apenas 45% delas respondem por 50% dos usuários cadastrados na agência nessa base de fevereiro, em torno de 29 milhões de usuários. Então, 45 operadoras atendem a 50 milhões de usuários. Se nós quisermos fazer um corte em 90% dos usuários, estaremos falando em 435 operadoras, ou em 231 para 80% dos usuários. Há uma evidente concentração aqui.

Eu queria concordar com uma colocação do Dr. Arlindo de que a agência acabará chegando de 35 a 38 milhões de usuários. Hoje acredito nisso, porque o nosso cadastro é subnotificado – visivelmente subnotificado. A agência, entre outras coisas, enfrenta batalhas jurídicas permanentes para garantir a entrega, por parte das operadoras, do cadastro dos usuários. Há inúmeras operadoras que continuam não entregando, muitas delas, inclusive, por força de liminares na Justiça que agora começam a ser revistas pelo Judiciário. Acredito que chegaremos, se não a 38, a aproximadamente 35 milhões de usuários.

Tentando resumir os objetivos da regulamentação para que possamos, depois, tentar apresentar sua lógica, hoje os resumiríamos a estes 6 pontos principais: assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde a cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso; definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas de entidades que operam no setor; definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e de garantias

financeiras que assegurem a continuidade da prestação de serviços de assistência à saúde; dar transparência e garantir a integração do setor de saúde suplementar ao SUS e o ressarcimento dos gastos gerados por usuários de planos privados de assistência à saúde ao sistema público; estabelecer mecanismos de controle de abusividade de preços e definir o próprio sistema, o próprio modelo de regulamentação, normatização e fiscalização do setor de saúde suplementar.

Acho que esses pontos mostram um pouco as duas dimensões iguais de que estávamos falando. As estratégias de implantação de cada uma dessas dimensões não emergem de um poder discricionário da agência ou elas não emergem sequer de uma definição de políticas de saúde por parte do Ministério da Saúde. Elas emergem da lei. O marco regulatório formado pela Lei nº 9.656 e a medida provisória que, na época, tinha o nº 1.665, estabelece, na prática, a estratégia de regulação que define a atuação do órgão regulador, onde houve mudanças também. De qualquer maneira, isso é pré-definido na legislação.

Destacamos nessas estratégias, quanto à cobertura assistencial e condições de acesso – a legislação foi clara –, que a mudança foi integral e imediata para os novos usuários: foi proibida a comercialização de planos com cobertura inferior à do Plano Referência, ressalvada a segmentação admitida pela própria lei, a segmentação ambulatorial, hospitalar, com e sem obstetria, e odontológica.

Aqui ressalto que isso não teve grandes impactos no consumidor final. Embora haja centenas de planos registrados com a segmentação que a lei exige, 92% dos usuários de contratos novos, que são aqueles de que a agência tem o registro explícito, optaram por uma cobertura ambulatorial e hospitalar nas suas várias modalidades, às vezes com ou sem obstetria, não necessariamente o Plano Referência propriamente dito, mas sempre ambulatorial e hospitalar. O segmento isolado não teve grande impacto, inclusive junto ao usuário.

Para os usuários de contratos antigos, a implantação da legislação seria também obrigatória do Plano

Referência, mas progressiva durante o primeiro ano de vigência da lei. Depois isso foi revisto, transformando a obrigatoriedade em um direito do consumidor, que pode ou não, a seu exclusivo critério, fazer a migração para o novo contrato, dado que em sua imensa maioria os planos antigos não apresentam as mesmas coberturas garantidas no Plano Referência.

Entretanto, ressalto que, mesmo sem a migração, estendeu-se a esses usuários garantias fundamentais de acesso e cobertura, como proibição de interrupção na internação hospitalar, atendimento de urgência e emergência, proibição de rescisão unilateral de contrato e o controle de preços.

Essa mudança na estratégia de migração dos contratos antigos para os novos talvez seja o demarcador da situação atual: um quarto do total dos usuários, hoje, de plano de saúde, tem o que poderíamos chamar de proteção integral da regulação, tanto a proteção individualizada na cobertura assistencial do seu direito, como a proteção mais geral do sistema regulatório do controle das empresas e da fiscalização, mas três quartos só têm esta garantia mais geral da legislação, a imposição de regras para que as empresas atendam melhor, o que acaba surtindo efeito para usuários de contrato novo ou velho, mas, na cobertura assistencial, três quartos dos usuários estão em contratos velhos.

Temos uma tabela que mostra um pouco essa situação. São quase 28 milhões de usuários anteriores a janeiro de 99. E, aqui, temos poucos dados desagregados, exatamente porque são contratos antigos sem qualquer padronização ou registro diferenciado. Então, o máximo que temos é localização e faixa etária. Nos contratos novos, há possibilidade de ter um maior detalhamento, exatamente porque o cadastro identifica mais as modalidades, mas, de qualquer maneira, estamos falando aqui de mais de dois milhões de usuários só na faixa acima de 60 anos. Estou falando de usuários de planos anteriores à legislação e, portanto, com essa garantia mais nos moldes da regulação econômico-financeira, na verdade, e menos nos moldes da regulação assistencial. Só quem tem as duas áreas da regulação é o consumidor do plano novo.

Quanto ao controle das operadoras, ainda nas estratégias de implantação, a estratégia inicial previa uma implantação progressiva e remetia fortemente à regulamentação posterior. Assim, com a criação da ANS, houve um notável avanço, não apenas pelo fortalecimento de suas instâncias colegiadas de caráter, sejam deliberativas ou consultivas, como a Câmara de Saúde Suplementar, mas também pela definição de normas claras, tanto para o controle das operadoras, quanto para o oferecimento de mecanismos de garantias.

O ressarcimento ao SUS, na verdade, era auto-aplicável enquanto norma, mas ele dependia de três pressupostos básicos: a formação do cadastro de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, a fixação dos valores a serem ressarcidos que, depois, geraram a tabela nacional de ressarcimento e o desenvolvimento de um sistema de informações e processamento que, só para lembrar, é proibida a identificação do usuário na porta pública para efeito de ressarcimento. Toda identificação é feita por meio de sistema, não há busca de identificação de usuário quando do atendimento. Quanto ao controle da abusividade de preços foi estendido de uma forma imediata e sem diferenciação para os usuários de contratos antigos ou novos. Essencialmente, o controle, os reajustes e os aumentos nos planos individuais só poderiam ser aplicados com autorização da Agência Nacional de Saúde. Quanto ao modelo de regulação, tivemos uma mudança ao longo do processo. O sistema de regulação que emergiu do Congresso em 98 era um sistema de regulação bipartite, a regulação econômico-financeira a cargo da área da Fazenda, através da Susep e do Conselho Nacional de Seguros Privados e a área da assistência a cargo do Ministério da Saúde e com a criação do Consu e do Desas, Departamento de Saúde Suplementar.

A partir de 99, há uma mudança nesse modelo com a unificação das ações regulatórias na esfera do Ministério da Saúde e, mais do que isso, com a criação da agência reguladora que, hoje, é o modelo mais efetivo de regulação. E eu gostaria, em algum momento, até de responder a algumas dúvidas que tenha o Professor Noronha das mais consistentes. O ministério precisa se

preparar para suprir, e há instrumentos no modelo que permitem suprir esses medos e esses receios que o Professor levanta corretamente e que têm que ser desenvolvidos pelo reaparelhamento dos ministérios para tratar com as agências vinculadas sob pena de balconizarmos o Estado, sim, mas o modelo capacita e possibilita o controle pelos ministérios e pelo Estado, pelo governo como um todo, da autonomia das agências.

Demarcado esse campo das estratégias – e, repito, são estratégias da legislação e não da agência –, eu queria pontuar rapidamente o balanço das atividades em cada um desses campos. E, para tentar dar visibilidade, nós estamos dando exemplo nesses itens que foram colocados: a regulamentação da cobertura assistencial, condições de ingresso, preço, efetividade da regulação, comunicação e informação e ressarcimento ao SUS.

Antes de apontar esse balanço, eu gostaria de recuperar um dado que pode explicar e, também, mostrar um pouco as dificuldades interpostas aos trabalhos da agência. A ANS trabalha com múltiplos atores, todos eles com larga história de relacionamento dentro do setor e, entre si, com posições, contraposições, preconceitos e preceitos já estabelecidos e sistemáticas de atuação. A agência entra nesse conjunto buscando o equilíbrio do sistema. Em cada um desses pontos, eu queria apenas – acho que devo estar próximo do tema – destacar alguns exemplos.

Na cobertura assistencial, eu destacaria o rol de procedimentos de alta complexidade e o Plano Referência. Na regulação do ingresso e operação, nós tivemos grandes avanços, todos por regulamentação. Cada um desses pontos que os senhores vêem nessas transparências é uma resolução de Diretoria Colegiada, sim. Nós temos cerca de 20 ou 30 resoluções de diretorias normativas. Agora, cada uma delas é uma resolução de diretoria. Então, é estranho. Fala-se que a agência a toda hora baixa uma resolução. Ela faz isso mesmo, porque isso é do papel da agência reguladora, cumprindo o que lhe foi determinado na legislação.

Quando nós entramos na sistemática de regimes especiais, hoje, além de já ter regulamentado a direção fiscal, a técnica, etc., nós temos esse conjunto de

empresas ou em liquidação, no caso da *Adress, Unicord, Biomed e Climoge*, ou em regime de direção fiscal ou direção técnica e fiscal, com representantes da agência acompanhando a recuperação, ou a tentativa, em alguns casos, de recuperação dessas entidades, dessas operadoras.

Quanto à regulação de preços, não avançamos no final, que é ter uma política definitiva. Mas todo o controle, no ano de 2000 a 2001, foi feito e com limites muito claros. Hoje, nós temos uma política estabelecida e funcionando.

Na fiscalização, os avanços foram evidentes. Apenas pela unificação das ações de fiscalização de assistência e econômico-financeiras, que antes eram feitas de forma desmembrada, tivemos um ganho de efetividade fantástico do ponto de vista do controle das operadoras.

Isso mostra, um pouco, talvez – temos um quadro na seqüência –, num rápido balanço, entre autuações e operadoras autuadas (2000 em relação a 2001), que houve, inclusive, um decréscimo do número de autos por operadora, o que talvez, num certo sentido, demonstre até uma maior aderência à regulamentação, ou até um maior poder de regulamentação.

E, na comunicação e participação, eu gostaria de ressaltar o Disque-ANS, que tem um mês de funcionamento, o 0800-7019656, que é o número da lei – e nós queremos popularizar isso também – e já começa a ser, com oito mil ligações, no primeiro mês, um grande instrumento.

Quanto ao ressarcimento, precisaríamos explorar com mais cuidado. Ele precisa de mudanças? Sim. Nós tivemos que centralizar o ressarcimento? Sim. Houve uma baixíssima adesão dos gestores estaduais e municipais ao ressarcimento e nós tivemos que centralizar.

Então, para não me estender no balanço, eu gostaria de colocar isso.

Para encerrar, eu gostaria de dizer o seguinte: que era mais do que previsível, na nossa opinião, uma sucessão de polêmicas advindas da entrada em cena de um ator com papel de regulação dos demais envolvidos, que é o papel da ANS. Com efeito, ao passar a agir

dentro de um setor que se estruturou, ao longo de quase 40 anos, sem qualquer interferência estatal, a agência entendia que essa polêmica seria saudável e necessária, mesmo que, às vezes, extravasasse do campo do diálogo para tribunais e outras instâncias de discussão. Desde o seu nascedouro, a ANS carrega dentro de si um espírito democrático e de respeito em ouvir todos os lados da questão para discutir amplamente regras que sejam objeto de aprimoramento e consolidação do relacionamento entre as partes do setor.

Aprendemos com observação, debate e acumulação de conhecimento. A missão que nos foi destinada, a de fazer germinar um setor de saúde suplementar sólido, equilibrado e socialmente justo, exige uma postura de enfrentar desafios, muitos deles impopulares ou espinhosos. Exige diálogo, mas também exige decisão. É certo que muitos não querem regras demais, outros querem regras de menos, outros não querem regra alguma. A busca de um denominador comum, de uma agenda mínima que contemple esses interesses tão legítimos quanto conflitantes é que nos move a avançar.

Os três anos de observação da aplicação da Lei nº 9.656, dos quais a ANS se faz presente nos últimos 20 meses, demonstram inequivocamente que muito foi feito, mas que muito ainda teremos que avançar. Recentemente, por conta desse impulso por avançar na busca de um setor sólido e equilibrado, a ANS se envolveu em uma nova e grande polêmica. Refiro-me às alterações introduzidas na MP nº 2.177, na sua reedição de junho, e retiradas na sua última reedição, no dia 24 de agosto, conforme compromisso assumido.

Antes de mais nada, faço questão de registrar duas observações. Primeiro, não traziam qualquer alteração nos direitos dos mais de 30 milhões de usuários de planos de saúde. Segundo, não nasceram entre quatro paredes: foram debatidas em diversas reuniões, ainda que de forma fragmentada, na Câmara de Saúde Suplementar. As oportunidades de avanço na regulação, muitas delas consignadas no texto da MP, foram objeto de propostas formais das mais diversas entidades representativas dos consumidores, dos prestadores de serviços e das operadoras, e foram debatidas nos fóruns

setoriais. A partir dessa base, projetamos os ajustes estruturais do modelo de regulação e do modelo assistencial, além de ajustes pontuais e de sistematização, para que se iniciasse a quarta etapa de regulamentação – na nossa visão, pelo debate com a sociedade da agenda definida nas alterações e do debate no Congresso –, quando da conversão da medida provisória, objetivo estratégico da ANS desde o seu início.

Após três anos de acumulação de experiência sobre o assunto, vivemos um momento em que, para avançar, podemos partir de um modelo reconhecidamente melhor do que o existente antes da Lei nº 9.656. Hoje, 21 milhões de brasileiros usuários de planos de saúde não usufruem ou usufruem pouco do alcance individualizado da lei. Vivem, pode-se dizer, em uma zona cinzenta da regulação, com uma cobertura assistencial, na maioria dos casos, muito inferior ao do Plano Referência.

Podemos não ter expressado com a necessária clareza o sentido das nossas ações em muitos dos trechos da medida provisória; porém, não queremos a imagem de omissos ou de reativos a essa realidade. Queremos, sim, avançar. As alterações que propusemos serão recolocadas para o debate da sociedade para, posteriormente, serem reencaminhadas ao Congresso Nacional.

Que nasça neste simpósio, é o nosso desejo, o combustível para empurrar rapidamente a discussão em torno dos avanços que a sociedade espera. A ANS se coloca pronta para mais essa etapa na construção de um setor de saúde suplementar que, se não é o esperado de cada um, há de ser, e tem que ser, o do desejo coletivo da sociedade brasileira.

Muito obrigado. (Palmas)

#### **O DEPUTADO PE. JOSÉ LINHARES**

Muito obrigado ao Dr. Januario pela exposição, sobretudo pela transparência com que apresentou a nossa Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Estamos com seis perguntas, quase todas endereçadas ao Dr. Januario.

A primeira delas foi formulada pelo Dr. Voltaire Marenze, advogado em Brasília, Distrito Federal:

*“Verifico que, no decorrer de toda tratativa, visando dar conteúdo substancial à lei, cada segmento do mercado, notadamente da saúde, busca patrocinar seus interesses, desprezando o outro pólo da relação jurídica, vale dizer, o consumidor final do serviço. Diante desse fato, enfatizo que uma relação codificada, sem resoluções, circulares ou portarias direcionadas no mais das vezes ao interesse do legislador de urgência deve nortear a bússola do legislador constituinte, pois só assim os interesses primários serão atendidos com desprezo a situações meramente casuísticas. Um código de seguros abrangente balizaria normas básicas e elementares necessárias à parte que diretamente deve ser respeitada. Não é essa a filosofia geral do Direito? É o meu entendimento”.*

Estão perguntando se é uma declaração de direitos humanos. Vamos aceitar que isto aqui é uma declaração de direitos do consumidor. Está aceita a proposta do Dr. Voltaire Marenze.

Aqui há outra pergunta dirigida à Mesa, de Nabi Salum, de Goiás:

*“Qual o custo da administração dos planos de saúde e do SUS? Pode o povo brasileiro pagar esse custo?”*

Acho difícilimo responder a isso.

Você tem esses números?

#### **O DR. JANUARIO MONTONE**

Nós temos grandes números que foram citados, inclusive hoje de manhã. Hoje, o Sistema Público de Saúde, a partir da PEC, deve movimentar mais de R\$30 bilhões na área de saúde. Estima-se em R\$20 bilhões os valores movimentados no setor privado e, talvez, de R\$5 bilhões a R\$10 bilhões com gastos diretos e compra de medicamentos. Assim, estamos falando de cerca de R\$60 bilhões, o que está abaixo de 10% do PIB brasileiro.

Quanto à sustentabilidade disso, teríamos que aprofundar essa discussão sobre o financiamento do setor público privado, que é o assunto de uma das Mesas aqui.

**O DEPUTADO PE. JOSÉ LINHARES**

Quero lembrar que essa pergunta tem duas maneiras de ser encarada. Uma delas é essa a que o Dr. Januario se referiu, e está neste texto de apoio, com dados e estudos do Ipea e os números que foram citados pelo ministro. Se isso for dividido pelo número de beneficiários, segundo estudo do Ipea e dados da própria Abramge, daria um gasto per capita dos planos e operadoras para essa clientela de R\$687, tendo como ano-base o ano 2000. Os gastos públicos teriam um total de R\$177,00. Quer dizer, há um volume grande de gastos, mas há também uma desigualdade brutal entre aquilo que é gasto pelos planos. Como mostrei, os dados da Pnad demonstram que a população que é beneficiária dos planos são as camadas de mais alta renda da sociedade e que são capazes de contratar planos de cujo valor o Dr. Arlindo certamente declinará. Os planos de saúde mais baratos estão muito distantes daquilo que é o per capita do SUS.

**O SR. ARLINDO DE ALMEIDA**

Completando, quanto aos custos operacionais dos planos de saúde em geral, poderíamos dizer que eles estão em torno de 80%; 20% seriam os custos administrativos. Não sei se é esse o enfoque de quem está questionando. É mais ou menos isto: 20% dos custos, no que se refere à parte de impostos, despesas gerais, aluguéis, gastos com energia, até despesas comerciais são incluídas aí. Atualmente, esse percentual está maior. Temos um trabalho da Fenasen que mostra que é de 84% o percentual de sinistralidade na área de saúde. Se eu estiver errado, corrijam-me.

**O DEPUTADO PE. JOSÉ LINHARES**

Enquanto o Dr. Noronha vai tentando decifrar alguns hieróglifos, vamos à pergunta de Mauro Crisóstomo, da Associação Médica Brasileira, Diretor de Saúde Pública, para o Dr. Januario:

*“As outras agências controladoras – petróleo, energia elétrica, telefonia, vigilância sanitária – acompanham o funcionamento do público e do privado. Considerando o financiamento deficiente do SUS –*

*exemplo recente, subtração de recursos públicos da saúde neste ano, desobedecendo à Emenda Constitucional nº 29, a ANS não deveria também monitorar o público e o privado?”*

**O DR. JANUARIO MONTONE**

Desculpe, mas acho que estamos numa situação exatamente inversa. A ANS é parte do sistema de regulação geral da saúde e ela, como um organismo do Ministério da Saúde, atua especificamente nessa área do setor privado. Temos que lembrar o seguinte, que foi ressaltado em algum ponto: a regulação básica de saúde deste país é pública e está a cargo do Ministério da Saúde e de suas instâncias. A regulação principal, inclusive a regulação da qual deriva toda possível regulação do setor privado, é basicamente do setor público, inclusive de qualificação e de outros. As diferenças das nossas agências são realmente muito grandes.

A Agência de Vigilância Sanitária é uma agência geral de regulação do sistema e as outras são de áreas de infra-estrutura, têm uma característica bastante diferenciada, vêm de um outro modelo, principalmente no caso da telefonia e no caso do setor elétrico, setores estatais de produção e controle estatal e que, portanto, já tinham uma longa experiência regulatória. São experiências bastante úteis. Acho que, no nosso caso, no caso do setor de saúde suplementar, o que cabe, sim, é um aprofundamento desse cruzamento da regulamentação geral da saúde com a regulamentação específica do setor privado. Temos pontos, inclusive, onde isso aparece com muita clareza: a questão, digamos, da prestação de serviços hospitalares, das definições de padrão de qualidade.

Quando estamos falando em padrão de qualidade, estamos falando em padrões de qualidade em saúde. Não é como já foi dito aqui na mesa, do setor público ou do setor privado. A agência precisa receber esses insumos de regulamentação das áreas, vamos dizer, da regulamentação geral de saúde dentro do ministério – nesse caso, basicamente da SAS e da própria Vigilância Sanitária. Não sei se esclareci.

**O DR. JOSÉ CARVALHO DE NORONHA**

Vou auxiliar o meu coordenador. A pergunta é de J.L. Cell, da *Strategy Consultoria*, ao Dr. Januario:

*“O art. 35, L, introduzido pela MP 2.177/43, estabelece mecanismos de difícil aplicação prática, uma vez que, além de provocar elevado gasto das operadoras com a comunicação aos usuários, tende a provocar uma sucessão de comunicados a esses usuários, com novo cálculo dos índices, que sobem à medida que diminuem os índices de adesão. Que solução prática a ANS propõe para não provocar mais gastos à operadora e qual a proposta para evitar o efeito ioiô de sucessivas comunicações, que acabará por resultar em um índice alto de reajuste, índice baixo de adesão, uma vez que a adesão é livre?”*

**O DR. JANUARIO MONTONE**

Primeiro, estamos falando no 35 L, que não existe mais. Salvo melhor juízo, era o plano especial de adesão a contrato adaptado. Nos termos da discussão que foi feita, de que reverteríamos a medida provisória nas principais alterações introduzidas em agosto, essa foi uma das que saíram. Então, essa proposta que a agência colocou, de normatizar um plano especial para adesão a contrato adaptado, induzindo e facilitando a migração daqueles 20 milhões de usuários aos quais me referi - usuários de planos antigos – a rigor está fora da regulação neste momento. Ela não será implantada, a não ser depois desse processo todo que estamos começando neste seminário.

Mas, de qualquer maneira, pela importância do tema, só queria ressaltar o seguinte: eu, particularmente, entendo, mas não acredito tanto na inoperacionalidade do sistema. O que foi proposto no plano especial era uma sistemática extremamente lógica, no momento em que você raciocina com o conjunto dos usuários. Estamos falando o tempo todo do conjunto dos usuários e tenho certeza de que, com o controle que ia ser exercido sobre isso, uma comunicação bastaria, e o fato do efeito ioiô... Devo estar falando grego para quem não entrou na discussão do plano especial de adesão, mas o efeito ioiô, que seria não atingir o índice

de adesão, tem uma forma simples de solucionar, que está colocada no próprio artigo. Basta não ter índice mínimo de adesão, basta que a proposta seja operacional com qualquer índice de adesão. De qualquer maneira, era um artigo que considerávamos e consideramos da maior importância, mas que, neste momento, vai entrar no processo geral de discussão.

O Ministro Serra foi muito feliz ao afirmar que, dentre todas as modalidades de plano de saúde, a que melhor se comporta é a da autogestão. Parece-me existir um contra-senso entre a fala do ministro e a prática, pois é incompreensível que um segmento que retira do SUS 12 milhões de usuários seja onerado com pagamento de uma taxa e com ressarcimento. Hoje, o melhor para as empresas é não dar nenhum benefício de saúde a seus empregados; pois, se assim o fizer, além da despesa do benefício, será coagida a pagar a taxa e a reduzir seus ressarcimentos, a que não estaria obrigada caso não mantivesse o benefício.

**O DEPUTADO PE. JOSÉ LINHARES**

Dr. Januario, novamente. Pode tomar água.

**O DR. JANUARIO MONTONE**

Olha, eu queria só reforçar a opção estratégica que temos na agência, que o ministro sempre teve pelas autogestões. Elas são um modelo importante, e inclusive acabamos de fazer com a agência um convênio de cooperação com as quatro maiores autogestões, e talvez as quatro maiores do país, exatamente para aprofundarmos os mecanismos gerenciais que elas usam de controle.

Acho que precisamos olhar por um outro lado. Primeiro, essa pergunta confirma que vamos acabar chegando aos nossos 35 a 38 milhões de usuários, porque, pelos nossos registros, a autogestão não chega a oito milhões, e aqui está colocado como 12, assim como a Abrange declara 18 milhões, e temos 10 e meio no nosso cadastro, e assim por diante, nos vários segmentos.

Em relação a essas duas questões: primeiro, a taxa é ridiculamente barata, ela sustenta as ações da agência. Estamos falando de uma taxa média de R\$1,10/ano

por usuário. Então, não acredito que num segmento, seja qual for a modalidade, que movimenta mais de R\$20 milhões, falemos numa taxa média que mal arrecada 40 e que sustenta todas as ações da agência, seja onerar o sistema, seja qual for, seja da autogestão, seja das privadas.

Segundo, o ressarcimento: existe uma maneira ótima de resolver, que é não ter. O objetivo, o tempo todo, do processo não foi arrecadar recursos com o ressarcimento; foi que cada operadora, fosse qual fosse a modalidade, atendesse àquilo a que deve atender e, portanto, não tem que ter ressarcimento. E a autogestão mais ainda; a maioria delas tem um atendimento muito próximo ao integral, então podemos ter um ou outro caso. Existem alguns casos que são “irresolúveis” até no sistema.

Se me permitirem, vou citar um exemplo com que até hoje a agência se bate. Blumenau tem uma grande empresa que tem um sistema de autogestão, e tem um único hospital que atende à autogestão dessa empresa e o SUS. Essa empresa tem um sistema de autogestão com co-participação e co-pagamento. O que acontece? Um empregado dessa empresa, que é a maior empregadora da cidade, quando precisa de um procedimento cirúrgico, pela autogestão da empresa tem que pagar uma co-participação para ser operado no mesmo hospital que o atende como um cidadão que tem direito de ser atendido. Ele vai lá e se interna, é atendido pelo SUS normalmente, achamos isso no sistema e vamos lá cobrar da autogestão. E aí vira uma discussão interminável. Então, precisamos de aprofundamento? Precisamos, sim. Que bom que hoje podemos estar cruzando... são milhares e milhões, são 12 milhões de AIHs que já foram processadas e cruzadas com o sistema de saúde suplementar, muito menos do que para gerar dinheiro, para gerar informações, para gerar capacidade de análise, para gerar capacidade de visibilidade da inter-relação desses sistemas.

Apoiamos irrestritamente as autogestões e acho que as entidades têm trabalhado com essa parceria, mas não é por aqui que demonstramos possíveis restrições a ela.

#### **O DEPUTADO PE. JOSÉ LINHARES**

Renê Patriota, Associação de Defesa dos Usuários – Aduceps –, para o Dr. Januario, novamente. A Mesa está sendo excluída.

*“A última MP que desencadeou este evento não evidencia a falta de independência da ANS em permitir tantos retrocessos à lei e com tantas segmentações de cobertura, entre outros abusos. Quem mantém a ANS? Nós, os usuários, portanto, estamos insatisfeitos com a ação da ANS em não lutar, claramente, por nós, os usuários.”*

Quero dizer ao auditório que vamos ter somente mais uma pergunta. Com a palavra, o Dr. Januario.

#### **O DR. JANUARIO MONTONE**

Evidentemente, só posso respeitar a posição de insatisfação manifestada e, pessoal e institucionalmente, fazer os maiores esforços possíveis para avançar nesse tipo de conjuntura, construindo uma capacidade de diálogo, de confiança mútua, porque o papel central da Agência Nacional de Saúde é regular as partes do processo. Se não tiver credibilidade para fazer isso, a sua missão é literalmente irrealizável. A defesa da credibilidade institucional da agência, para nós, é um ponto de honra.

Por isso, apesar de todo o respeito à manifestação de insatisfação – ela é um juízo de valor –, não entendemos que tenha havido, nas alterações propostas, um retrocesso. Houve a abertura de uma agenda de discussões muito claramente colocada, sem nenhum impacto imediato, que tocava e toca em questões delicadas, tanto que algumas delas foram usadas como cavalo de batalha do processo de discussão, como a famosa discussão sobre se o que estávamos colocando em discussão, para regulamentação, de clarear, de dar transparência às atuais modalidades praticadas legalmente no setor e que, na visão que tivemos, significariam três modelos, ou de livre escolha, ou de rede com livre escolha na rede e o de rede de acesso hierarquizada.

Hoje achei interessante – fazendo um parêntese – quando, num ponto da discussão de que temos que

seguir os princípios e diretrizes do SUS, foi dito da integralidade, universalidade e equidade, com as quais concordo plenamente. Se bem me lembro, a hierarquização também é um dos princípios de organização do SUS.

O que levantamos foi um debate. É um debate espinhoso, com certeza, mais do que espinhoso. Mas, primeiro, não mudou regras estabelecidas, nesse aspecto nem em nenhum outro. Em segundo, colocou essas questões para debate com uma visão de transparência. E de que podemos, ao dar transparência, realmente equacionar a solução.

Não se resolve um problema que não se conhece. E não se conhece um problema sobre o qual não se discute, não se debate, mesmo que seja espinhoso, de difícil discussão. Penso que esse é o papel básico de um órgão regulador.

Erramos ao atropelar um processo de discussão maior? Se erramos, este erro está corrigido. O Ministro Serra assumiu e cumpriu, claramente, com o apoio da agência, o compromisso de retirar as alterações que foram colocadas na medida provisória. E essas medidas serão agora como seriam no formato em que foram propostas, amplamente debatidas, porque não era auto-aplicável nenhuma delas. E continuamos a insistir que nenhuma delas trazia prejuízo; ao contrário, uma que foi objeto até de uma pergunta aqui, muito possivelmente, na nossa avaliação, permitiria que alguns milhões dos 20 milhões de usuários, que ainda têm proteção parcial do sistema regulatório pudessem, à sua escolha e a seu critério, ter melhores condições de opção.

O debate agora fica aberto à sociedade, ao Congresso, às outras instâncias do próprio setor de saúde suplementar.

Perguntas do Dr. Marcos Maria, Secretário-Geral do Conselho de Medicina da Bahia, ao Dr. Januario:

*“1 - Como a reação às alterações contidas na MP traduziram o entendimento de vários segmentos da sociedade civil, entidades médicas, órgãos de defesa do consumidor, OAB, etc. e estiveram todas essas entidades e instituições equivocadas na interpretação?”*

*2 - Além dos pontos polêmicos da MP, o que está contido no projeto de lei?*

*3 - Quais das alterações contidas na MP foram proposições das entidades e quais foram as entidades proponentes?”*

#### **O DR. JANUARIO MONTONE**

Se passei aqui a impressão de que o mundo estava errado e a agência estava certa, perdoem-me.

Houve equívoco nosso, também. Quando se colocam dois, três incisos numa lei e dizem que aquilo vai passar por um debate, dizem que não pode excluir doença, não se pode limitar quantidade, e isso não é entendido, então, certamente, erramos na maneira de dizer; não tenho dúvida de que esse é um dos motivos de estarmos re-discutindo a questão.

Agora, quanto a questões de entendimento e de polêmica, voltamos ao que foi colocado hoje de manhã. Recebemos muitas críticas sobre o mesmo tema com visões completamente diferentes. Não citarei muitos exemplos para não me alongar demais. Vou ater-me a uma pergunta feita em relação ao plano especial de adesão. Sofremos críticas sérias de entidades ligadas às operadoras de que esse era inexecutável porque impossibilitava a exigência de novas carências e cobertura parcial temporária e, também, exigia-se que fosse apurado um índice mínimo de ajuste de mensalidade para toda a massa de usuários de planos antigos coletivizando aquele custo de migração e, portanto, baixando esse preço.

Sobre o mesmo assunto? plano especial de adesão?, fomos criticados pelas entidades e órgãos de defesa do consumidor que manifestaram opinião de que estaríamos, no mínimo, abrindo uma brecha para a questão do limite do reajuste por faixa etária, de que estaríamos abrindo uma brecha nessa legislação.

Uma outra crítica e essa só posso considerar um equívoco de leitura é de que a migração já se daria em planos segmentários. Parece que, ao se colocar nesse mesmo artigo que “as operadoras terão que elaborar um plano especial de migração para a assistência prevista no art.10 da Lei 9.686”, que é o Plano Referência, erra-se.

Essa foi outra crítica dos setores que não permitimos nesse projeto, nem a segmentação que a lei admite. Mas houve um não-entendimento certamente um equívoco de colocação de nossa parte de que isso poderia ser um movimento para que a migração fosse num plano inferior ao do Plano Referência.

Trata-se do mesmo assunto, só contextualizei. Foram entidades diferenciadas com posições conflitantes sobre o mesmo assunto. Há necessidade de uma mediação. Num primeiro momento, é dever legal da ANS buscar essa mediação ao agir na regulação. É um dever maior da sociedade mudar a lei, rever o processo e até o próprio papel da ANS. Por isso, esse debate tem que ser feito.

Quando disse que todos os assuntos foram debatidos e discutidos, é verdade. Essa questão da lei do reembolso, o acesso e plano de rede foi parte do debate sobre credenciamento e descredenciamento de profissionais médicos na última câmara de saúde suplementar, porque está intrinsecamente ligado a isso.

A maior ou menor rigidez do controle do credenciamento e descredenciamento do profissional médico, dos laboratórios e dos hospitais tem a ver com modalidade do que está sendo oferecido e contratado; isso estava presente na câmara.

A portabilidade de carência é uma bandeira conhecida dos órgãos de defesa do consumidor, inclusive como controle de preço do setor.

Quanto à assistência farmacêutica, há um projeto de lei do Deputado Henrique Fontana que propõe a obrigatoriedade do seu fornecimento e nós incluímos como possibilidade de regulação.

A agenda proposta não surgiu do nada, não surgiu de uma mesa de trabalho que decidiu o que discutir ou não, o que é ou não interessante; surgiu de um processo de análise de um ano e meio. Teve os seus erros, atropelou o processo e está recolocando-o para o debate social. Estamos com muita tranquilidade em relação ao esforço feito nesse processo para cumprir o papel da agência.

#### **O DEPUTADO PE. JOSÉ LINHARES**

Agradecemos novamente ao Dr. José Carvalho de Noronha, ao Dr. Valter Rangel, ao Dr. Carlos Alberto Gerbrim Preto, ao Dr. Arlindo de Almeida e ao infatigável Dr. Januario Montone, que teve que responder a tantas perguntas. Estamos um pouco atrasados no nosso programa e, por isso, pergunto se devemos fazer uma pausa de cinco minutos e recomeçar às 4 horas, ou se devemos começar logo a outra Mesa?

*(Pausa)*

Então, como ficou decidido que devemos continuar, retiramo-nos humildemente e cedemos lugar para os outros que vão dirigir a próxima Mesa. As perguntas que não foram respondidas não estão sendo desprezadas: serão respondidas nesta Mesa.

## Mesa 2

# Coberturas e modelos assistenciais

### COORDENADOR

DR. ÉSIO CORDEIRO

### COMPONENTES

PROFA. LYNN SILVER

DR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA

DR. JOSÉ DINIZ DE OLIVEIRA

DR. JOÃO LUIZ BARROCA DE ANDRÉA

### O DEPUTADO PE. JOSÉ LINHARES

Dando seqüência ao simpósio, anuncio os componentes da segunda Mesa do dia: Cobertura, Fiscalização, Defesa do Consumidor e Direito à Saúde.

Por favor, gostaria de convidar, agora, as pessoas que vão compor a Mesa Fiscalização, Defesa do Consumidor e Direito à Saúde: Lynn Silver, Diretora do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, Idec. *(Palmas)* Corrigindo: Coberturas e Modelos Assistenciais: Lynn Silver – Diretora do Idec; Dr. Eleuses Vieira de Paiva, Presidente da Associação Médica Brasileira; José Diniz de Oliveira, Presidente do Comitê Integrado de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – Ciefas. *(Palmas)* E João Luiz Barroca de Andréa, Diretor de Produtos da Agência Nacional de Saúde, ANS.

O Coordenador da Mesa vai ser o Dr. Ésio Cordeiro, ex-presidente do INAMPS e Professor do Instituto de Medicina Social da UFRJ. *(Palmas)*

Na seqüência, vamos ter que fazer uma pequena modificação no programa. O debate vai ser transferido para após a Mesa Fiscalização, Defesa do Consumidor e Direito à Saúde, e será um debate conjunto. Vamos ter esta Mesa, um pequeno intervalo, e, na seqüência, a Mesa 3 do encontro.

*(Pausa)*

### O DR. ÉSIO CORDEIRO

Vamos iniciar imediatamente, para que não haja acúmulo de atrasos em relação também à Mesa posterior. Quero convidar a Professora Lynn Silver, da UnB, e Diretora do Idec – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Professora Lynn Silver, por favor.

### A DRA. LYNN SILVER

Obrigada, Dr. Ésio. Primeiro, agradecemos a oportunidade de apresentar aqui, mais uma vez, nesta Casa – parece que estamos revivendo o passado, porque muitos desses debates já tivemos com as mesmas pessoas – o ponto de vista da maior organização de defesa de consumidor do país, o Idec, referente à regulamentação dos planos de saúde.

Há mais de uma década, o Idec está lutando para que sejam respeitados, no campo da regulamentação do setor privado, os princípios constitucionais de defesa do consumidor na ordem econômica, da relevância pública das ações de saúde e da integralidade na atenção à saúde. Lembrando rapidamente que a aprovação da Lei 9.656, de 1998, foi precedida por mais de cinco

anos de negociação nesta Casa. Iniciou-se com um projeto de 1993, do Senador Iram Saraiva, que proibia a exclusão de doenças e que obrigou até a elaboração de uma lei complexa, posteriormente aprovada, mas que atendeu apenas parcialmente aos reclamos de milhões de consumidores lesados e enganados pelas práticas abusivas dominantes nesse setor.

Vou abordar muito rapidamente, porque uma das finalidades desse simpósio é fazer um balanço da regulamentação, o que entendíamos como avanços e problemas na lei e na regulamentação subsequente.

Resumidamente, falando ainda da Lei nº 9.656, um de seus principais avanços foi a criação de exigências básicas e claras para definir o que seria um plano de saúde aceitável no país: o principal, sendo um Plano Referência, que foi um pleito de todas as entidades de consumidores e das profissões de saúde, e quatro outras opções. Embora continuemos discordando da oferta fragmentada dos quatro segmentos – ambulatorial, hospitalar, odontológico e obstétrico – pelo menos em todos os planos exigia-se a cobertura de todas as doenças e dos procedimentos previstos para o segmento, salvo algumas exceções, geralmente justificadas.

Também a lei proibiu a limitação da participação de usuários, restringiu o descredenciamento, limitou os prazos absurdos de carências até então existentes, tornou obrigatória a cobertura ao recém-nascido, proibiu a rescisão contratual unilateral, garantiu a cobertura à saúde mental até então geralmente excluída, assegurou algum grau de atenção ao demitido e ao aposentado, definiu ressarcimento ao SUS e a obrigatoriedade da cobertura de urgência e emergências. Foram realmente ganhos obtidos com essa legislação aprovada aqui no Congresso.

Mas ainda havia problemas. Os principais problemas apontados ainda eram a possibilidade de atenção fragmentada entre o ambulatorial e o hospitalar, por exemplo, porque sabemos que as doenças não param na porta do hospital, a possibilidade de aumentos por faixa etária, a definição do conceito de doença preexistente, o que minimizou a possibilidade das operadoras distorcerem esse conceito. Existia ainda uma divisão

confusa da localização do poder de fiscalização dentro do Poder Executivo e a manutenção da isenção tributária das deduções, aumentando ou mantendo o caráter de contribuição regressiva do financiamento da saúde privada no Brasil, ponto presente em alguns modelos do projeto de lei, mas não acolhido ao final.

Quanto à regulamentação subsequente, vimos que a lei aprovada pelo Congresso Nacional foi modificada, retalhada pelo Poder Executivo em nada menos que 44 medidas provisórias – a maioria não influenciou nas coberturas assistenciais. Em alguns casos houve avanços, como a melhor definição da situação das seguradoras e a retirada efetiva de poderes da Susepe a favor da agência. Esse era o quadro existente até a edição da Medida Provisória 2.177-43, de julho, que será mais bem explicada mais à frente.

A regulamentação da lei pelo Poder Executivo, inicialmente pelo Consu e, subsequente, pela agência, foi marcada por alguns avanços e alguns retrocessos. Como pontos positivos que podemos destacar nesses últimos três anos de legislação, temos a regulamentação de ressarcimento do SUS, a publicação inicial de um rol de procedimentos bastante abrangente, a obrigatoriedade das informações básicas que permitem a fiscalização, a regulamentação de atendimento da saúde mental dentro de uma filosofia antimanicomial, algum grau de regulamentação econômica de aumentos para planos individuais. Mas, ao mesmo tempo, vivemos alguns retrocessos e dificuldades muito grandes, inclusive algumas medidas que ofendem e violam a própria Lei nº 9.656. Esses problemas incluíram a questão do reajuste por faixa etária – que será discutida na outra Mesa –; a exclusão ilegal, na nossa opinião, da cobertura de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais; a restrição dos transplantes de córnea e rim; a medida que regula urgência e emergência, limitando o atendimento a 12 horas e, portanto, violando, no nosso entendimento, o espírito da lei; algumas restrições extensivas à atenção ambulatorial e à saúde mental e a regulamentação excessivamente ampla dos procedimentos ditos de alta complexidade que podem ser excluídos

durante o período de dois anos no caso dos chamados doentes preexistentes.

Realmente, foram coisas chamadas de alta complexidade, coisas que nada têm de alta complexidade. Além disso, havia, também, – não chegou a ser formulada – uma política clara referente ao assunto, como a atenção preventiva ou a assistência farmacêutica dentro das coberturas assistenciais. Além disso, nós aponhamos um problema muito grande que não tem tanto a ver com a questão assistencial, que é a omissão referente aos planos coletivos nos seus aspectos de regulação financeira, que representa em torno de 70 a 80% do mercado.

Talvez o fato mais relevante que nós vemos, hoje, é que, segundo os dados cadastrais apresentados à Agência Nacional de Saúde, apenas 16% da população nacional está com um plano de saúde, chegando a 35% no Estado de São Paulo – talvez seja mais, segundo os dados do PNAD. Essa baixa aderência não pode ser explicada pelo custo de cumprimento da nova legislação, pois mais de 75% dos usuários não adaptaram, ainda, os seus contratos à nova lei.

Nós entendemos que esse modo de prestação de assistência à saúde, operado predominantemente com a finalidade lucrativa e com custos significativamente acima do custo médio per capita do SUS – como o Professor Noronha se reportou na última Mesa – é que ele não é capaz de atender às necessidades sanitárias da grande massa da população brasileira e, ainda, em geral, aos lucros desejados pelo setor. A má administração – e não a nova lei – é o principal vilão, atrás das falências ou fechamento de empresas. Apesar disso, as empresas estão pressionando para uma nova onda de desregulamentação para poder ampliar os mercados, oferecendo produtos com maior lucratividade.

É nesse contexto que surgiu uma surpresa, que foi a Medida Provisória 2.177, do mês de julho, que foi publicada na surdina, no mês de férias, e a lei foi aprovada, democraticamente, pelo Congresso Nacional e foi mais uma vez afrouxada, por meio de Medida Provisória, que jogou na lata de lixo importantes avanços determinados pelo Congresso Nacional. Essas mudan-

ças não foram discutidas publicamente e não foram submetidas à consulta pública. Vou ter que questionar o meu colega Januario, da ANS – eu sou membro titular da Câmara de Saúde Complementar, assim como outros representantes de usuários aqui presentes e na Câmara não houve nenhuma discussão sobre os aspectos assistenciais.

Quais foram essas medidas que levaram a tantos protestos no mês de agosto e por que tantas negações por parte do Executivo sobre o que efetivamente estava sendo proposto? As mais importantes ampliaram o leque do tipo de plano considerado aceitável. Tendo em vista que a definição da cobertura assistencial foi o ponto mais polêmico, durante anos de debates no Congresso Nacional, a modificação deste ponto por MP é uma verdadeira temeridade antidemocrática.

O mais grave na medida provisória é o art. 12-A que autoriza a agência a aprovar planos de saúde ou produtos com segmentações, subsegmentações ou exigências mínimas diferenciadas com cobertura assistencial condicionada à disponibilidade do serviço na área de assistência ou organizado em sistemas hierarquizados e gerenciados.

O artigo que proíbe a exclusão de doenças e a limitação quantitativa de procedimentos, pelo que entendemos – talvez sejamos todos analfabetos, não sei –, mas a principal forma de segmentação que restaria seria o velho truque da exclusão de procedimentos.

Entendemos que, mais uma vez, surgiriam os planos que abandonam o usuário na hora do aperto, já não excluindo doenças como antigamente, mas excluindo os procedimentos caros que tratam a doença. Por exemplo, o plano que cobre câncer não cobre quimioterapia, porque não há nesse município ou porque tenha sido subsegmentado, ou deixa de cobrir hemodiálise.

Justamente o fim desse tipo de exclusão foi uma das grandes vitórias da lei de 1998. O art. 12-A realmente estende esse absurdo, discriminando os moradores do interior e das regiões mais distantes, estabelecendo que a agência poderia aprovar planos que não cobrem os procedimentos necessários quando estes não estão disponíveis na área de abrangência do plano.

Como, segundo a própria agência, cinquenta e um por cento dos planos abrangem apenas alguns municípios, essa abertura é realmente perigosa, pois a doença não escolhe o endereço da sua vítima. E um morador do Morumbi ou do Lago Sul pode ter a mesma chance que um morador do interior de São Paulo ou do Piauí de desenvolver um problema grave.

Ainda, os planos realmente têm muito mais recursos que o SUS e, portanto, não podem ser isentados das mesmas obrigações de dispor de serviços de referência ou de cobrir esses serviços do ponto de vista financeiro.

Depois, vem o famoso debate sobre o médico-porteiro e a assistência gerenciada. Quanto às negações da agência na imprensa, no nosso entendimento, a medida se institucionalizaria se um tipo de atendimento restringisse o acesso do usuário aos níveis de atenção secundário e terciário e limitasse a sua escolha. Este ponto está contido no art. 12-A e no art. 16, revogados na atual medida provisória.

Quem tem o mínimo de conhecimento do sistema de saúde sabe que esses geralmente são atendidos usando o chamado médico-porteiro, que vai determinar a que serviços o usuário poderá ter acesso.

Na realidade, esses sistemas funcionam, de certa forma, de modo responsável dentro do sistema nacional de saúde inglês, dentro do nosso próprio sistema de saúde do Distrito Federal. Todavia, quando se aplicam os mecanismos a planos de saúde com finalidades lucrativas, têm-se gerado enormes distorções e dificuldades, com maior incidência nos Estados Unidos, com um nível de revolta e desagrado muito profundos da população e dos profissionais de saúde. O médico, em vez de ter como única prioridade o bem-estar do paciente, passa a ser pressionado para reduzir os custos a qualquer preço e, muitas vezes, utilizam-se até de incentivos financeiros negativos e positivos para influenciar diretamente as decisões do médico.

Trouxe, para quem tiver interesse, alguns artigos dos Estados Unidos e até caricaturas e charges e outro material que fala da implementação da tensão gerenciada nos Estados Unidos e do impacto que isso teve na população. Há artigos das revistas médicas prestigiosas e até

do falecido cardeal Josef Bernardin, da Igreja. Penso que o humor negro realmente capta muito bem a rejeição gerada pela experiência na população americana.

A aprovação, por parte da agência, de planos que institucionalizem essas práticas no contexto das empresas brasileiras com sua folha corrida histórica, certamente viria a restringir a liberdade do usuário e a possibilidade de o profissional exercer, de forma ética, o seu ofício.

A MPA ainda tinha algumas outras surpresas que não esperávamos. Há um aumento de carência para parto prematuro, inclusive a definição de calamidade, encontrada no Aurélio, foi esticada para incluir vazamento de gás e acidentes com radiação. Por exemplo, cidadãos de Osasco ou de Fortaleza ou vítimas do césio, em Goiânia, também teriam sido excluídos.

Ainda medidas anteriores haviam excluído cobertura odontológica do plano de referência.

Concluindo, Srs. parlamentares, membros do Conselho Nacional de Saúde, os dados internacionais sobre sistema de saúde mostram, de forma cada vez mais contundente, que os seguros universais e públicos ou administrados sem finalidades lucrativas são a forma mais custo/efetivo justa de garantir a saúde da população, que é um direito humano.

Os constituintes brasileiros e o Congresso Nacional, ao criarem e regulamentarem o Sistema Único de Saúde, na Constituição de 1988, foram sábios em acolher as evidências internacionais e endossar um modelo de atenção à saúde mais justa e realista para o País.

Com a medida provisória no mês passado, estamos vendo o enfrentamento de dois modelos para a assistência à saúde: um modelo da proliferação de planinhos baratos e excludentes, que enganam o consumidor, versus a consolidação de um sistema de saúde pública decente para todos os brasileiros. O Idec entende que o melhor caminho para a saúde do cidadão é o segundo, ou seja, o da consolidação do Sistema Único de Saúde.

Até que o Sistema Único de Saúde passe a funcionar com qualidade para todos os cidadãos brasileiros, estaremos convivendo com os planos de saúde. Mas, enquanto convivemos com eles, é preciso exigir

características básicas de decência e abrangência a esse setor que dispõe de muito mais recursos per capita que o SUS, mas que quer cobrir muito menos assistência.

O setor privado está teimando em adotar os modelos mais retrógrados e fracassados da atenção, como os planinhos incompletos ou *mannish care*, à americana, por organizações com finalidade de lucro, que nos Estados Unidos, por exemplo, levou-os a gastar três vezes mais que os países europeus, com indicadores de saúde piores e boa parte da população desassistida, enquanto os executivos e os acionistas enriquecem.

Entendemos que, antes de tudo, precisamos melhorar o Sistema Único de Saúde, expandindo e aprimorando as iniciativas importantes, como a Saúde da Família e outras que tornam o sistema mais humano e próximo, financiando-o adequadamente.

Para isso, contamos com esta Casa, que determina o Orçamento da Nação. Entendemos que não é a autorização de oferta de planos de saúde incompletos ou restritos por parte das Santas Casas ou de outras entidades filantrópicas, ou o crescimento do setor de planos baratos, com finalidade lucrativa, que resolverá o problema de atenção à saúde no País. Precisamos, sim, buscar em todos os municípios as formas de incorporar as instituições sem finalidades lucrativas dentro do SUS, com regras em nível de financiamento que possam garantir a qualidade do atendimento ao cidadão.

Esperamos contar com o apoio desta Casa para enterrar de vez os pontos negativos aqui citados, da última medida provisória, que, embora temporariamente revogados, devem reaparecer em projeto de lei, bem como aprimorar os aspectos negativos inseridos posteriormente à aprovação da Lei 9.656 e sua regulamentação.

Esperamos que, no futuro, a regulamentação desse setor seja feita de forma mais transparente para a sociedade, com maior controle social e sem o tipo de informação enganosa que vem sendo veiculada nos últimos dias. Esperamos, também, que este debate se dê realmente dentro do marco da Política Nacional de Saúde, da política de construção do Sistema Único de Saúde para todos os brasileiros. Sobretudo, esperamos que o Congresso seja persistente na construção desse

grande projeto nacional que é o SUS, com o nível de qualidade que o cidadão deseja.

Muito obrigada. (*Palmas*)

#### **O DR. ÉSIO CORDEIRO**

Obrigado, Professora Lynn Silver.

A Professora Lynn Silver apresentou, na ótica do Idec, a posição em relação ao nosso debate.

De imediato, passamos a palavra ao Dr. Eleuses Vieira de Paiva, Presidente da AMB, que apresentará a posição dos profissionais médicos da saúde.

#### **O DR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA**

Boa tarde a todos. Primeiramente, cumprimento o Presidente da Mesa, Ésio Cordeiro, estendo os cumprimentos aos demais colegas que compõem a Mesa. Cumprimento os parlamentares, aqui representados pela figura do Deputado Rafael Guerra, as lideranças dos diversos segmentos de operadoras de saúde, medicina de grupo, autogestão, seguradoras de saúde e Sistema Unimed, aqui presentes.

É uma grata satisfação, representando o movimento associativo médico, estar aqui apresentando nosso posicionamento. Esperamos, nestes dois dias em que estaremos reunidos nesta Casa, poder, de alguma forma, contribuir com propostas que visem ao aprimoramento da Lei 9.656.

Foi-me solicitado que fizesse, principalmente, um histórico da avaliação da regulamentação dos planos nesses últimos três anos, sob o ponto de vista médico.

Acredito que a discussão sobre os planos de saúde no setor privado vem desde o final da década de 80, mas, com certeza, no início da década de 90, as discussões ganharam um conteúdo político importante, um espaço na mídia, tornando-se, com certeza, uma questão nacional.

Considero extremamente importante ressaltar que, sem dúvida nenhuma, a edição da Resolução nº 1.401, pelo Conselho Federal de Medicina e decisões importantes do Poder Judiciário foram marcos referenciais desse período, sendo que todas apontavam para extensão da cobertura assistencial, tendo em

vista as inúmeras restrições apresentadas nos contratos de consumidores.

A preocupação estendeu-se a esta Casa e ao Congresso Nacional, no qual, em menos de um ano, o número de projetos em tramitação saltou de um para dez. Iniciava-se, assim, a grande discussão pela regulamentação dos planos de saúde neste país, envolvendo os diversos segmentos da sociedade que se relacionam com o setor: operadoras de saúde, profissionais ligados ao setor e usuários.

A mobilização atingiu áreas governamentais, levando à apresentação de projetos ao Congresso Nacional do próprio Conselho Nacional de Saúde e, posteriormente, ao Ministério da Saúde.

Em 1998, é aprovado o projeto de governo na forma da Lei 9.656. Logo em seguida, é editada medida provisória complementar, criando a Câmara de Saúde Suplementar, com representantes dos diversos segmentos envolvidos na prestação e consumo de serviço.

Aqui, eu gostaria de fazer o primeiro adendo. Essa Câmara de Saúde Suplementar tem um caráter meramente consultivo, o que já é extremamente questionado por diversos setores. Acredito que mais grave ainda é o fato de essa câmara, com caráter consultivo, não ser sequer paritária. Lamentamos o fato de que temas tão polêmicos, com interesses tão distintos, não tenham uma forma democrática de serem abordados.

Se não bastasse isso, podemos notar que, no encaminhamento das questões, nos três anos de regulamentação, muito se preocupou com a criação de normatizações muito claras, que envolvem a relação entre usuário e operadora de saúde, esquecendo-se de um terceiro vértice desse triângulo, que são os profissionais de saúde, que também operam nesse sistema. Uma série de relações conflituosas, pressões desmesuradas de algumas operadoras, com certeza, nada têm feito para fazer avançar esse processo. Imaginamos que, no mínimo, temos de rever esse posicionamento e também uma normatização que envolva médicos, operadoras e usuários.

Da mesma forma que a medida provisória complementar criava a Câmara de Saúde Suplementar, tam-

bém criava o Conselho de Saúde Suplementar – o Consu, composto dos diversos ministérios, este sim, de caráter deliberativo.

A lei, em que pesem algumas questões não consensuais, representou um avanço importante, pois fundamentalmente apontava para a extensão da cobertura assistencial, mediante o Plano Referência. Essa questão é estratégica, pois foi ela que debitou credibilidade e apoio da opinião pública à lei aprovada e não, como às vezes alguns setores tentam colocar, como simples filigranas contratuais ou questões meramente financeiras.

É compreensível, uma vez que a necessidade sentida pela população é da cobertura assistencial, que, de uma forma sensata, vem buscando atendimento integral à saúde. No entanto, poucos têm migrado para o Plano Referência, pois a maioria das operadoras, quando oferecem esse produto, o colocam em preços praticamente proibitivos.

Medidas restritivas, no entanto, foram criadas em diversas medidas provisórias e resoluções editadas pelo Consu, logo após a aprovação da Lei 9.656. A segmentação dos planos, o ambulatorial ou somente o hospitalar, poderia ser um exemplo desse processo, ou poderíamos colocar outras restrições, no que tange, por exemplo, ao campo da governabilidade das urgências e emergências, ou na área da reprodução humana, ou, mais recentemente, na regulação das ditas doenças preexistentes, onde diversos procedimentos foram colocados em carências especiais, dificultando o acesso da clientela.

Muito pouco tem-se discutido sobre a proposta dos agravos dessas patologias. É fundamental salientar que três tiveram extensão de cobertura: os transtornos mentais, as doenças infecciosas e os transplantes, sendo que esses estão previstos apenas para rins e córnea, mas, sem dúvida, foram avanços significativos.

Portanto, ao realizarmos o balanço desses treze anos de regulamentação de planos de saúde, podemos observar, numa análise rápida, que houve movimento crescente de diminuição da cobertura estabelecida pela Lei 9.656, principalmente se levarmos em consideração

a última malfadada Medida Provisória nº 2.177/43 – que já foi retirada – e que previa subsegmentações, restrições por área geográfica, sem contar o plano de acesso, que abria possibilidades infinitas de manipulação da cobertura assistencial.

Vista sob esse prisma, a regulamentação parece nos levar para o caminho inverso – a lei. Ou seja, partiu-se de uma conquista – Plano Referência –, para se normatizar restrições e obstáculos existentes nos contratos antigos, que tanto lutamos para poder superar.

Julgo extremamente importante estarmos fazendo essa avaliação. Outro movimento se verifica no cenário da regulamentação.

#### **O DR. ÉSIO CORDEIRO**

Gostaria de solicitar que, por favor, se evitem conversas paralelas, para não interromper o nosso orador.

#### **O DR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA**

Outro movimento se verifica no cenário da regulamentação, não explicitado aqui neste debate, mas muito claro: o de diminuir a cobertura para procedimentos de alta complexidade, deixando os mais simples como obrigatórios para esse setor privado. Tal questão, sem dúvida alguma, é consequência natural da Resolução nº 42, dos procedimentos de alta complexidade em carências especiais – diante das ditas doenças preexistentes – e da última medida provisória, ao permitir, principalmente, restrições por área geográfica, onde o beneficiário teria acesso apenas aos procedimentos existentes na região, definidos pelo plano de saúde.

Essa questão, colegas, é fundamental neste momento, pois jamais, neste país, foi discutida essa estratégia dentro da política de saúde aqui adotada, ou seja, ampliar a faixa de cobertura dos planos de saúde em procedimentos mais simplificados para determinadas faixas da população, deixando os procedimentos mais complexos e caros para o pagamento do Sistema Único de Saúde.

Prestei muita atenção numa fala extremamente competente do nosso Ministro José Serra, da qual acredito não ter o governo retrocedido, mas avançado

democraticamente, quando retirou a medida provisória, levando a discussão pública e transparente de pontos importantes nesse setor. Talvez me tenha faltado a compreensão necessária para entender a proposta que, acredito, seja de governo, porque tenho uma grande admiração pelo ministro, principalmente no que tange à sua avaliação econômica do processo.

Veja bem: quando colocamos planos, pela tendência de termos um plano mais barato para podermos ampliar o acesso da população a esse plano, quando colocamos claramente para que esse plano seja mais barato, ele vai ter uma série de restrições: ele deverá ter subsegmentações e restrições geográficas. Com certeza, nessas restrições ele não estará compreendendo a alta complexidade.

Esquecemos de fazer outra análise. Se estamos querendo aumentar o acesso, não podemos esquecer que estamos diante de um processo em que está havendo a migração de planos. Como foi colocado pelo próprio Sr. Ministro, não tenho dúvida também de que, muito bem desenvolvidas, as campanhas publicitárias da mídia, com certeza, farão uma grande gama de usuários emigrar para os planos relativamente mais baratos, que oferecem uma sensação de cobertura, quando, na realidade, sabemos que a grande cobertura, o projeto mais caro, não será coberto por esses planos. Se fizermos uma análise claramente econômica, veremos que o setor que antes era coberto pelo sistema privado de saúde será coberto, agora, pelo Sistema Único de Saúde. O que é mais caro será coberto pelo SUS.

Como disse a nobre deputada, infelizmente, no momento em que estamos vivendo restrições de financiamento no sistema público de saúde, talvez, com medidas como essa, ainda vamos aumentar o gasto do sistema público de saúde. Não estamos falando mais nas restrições dos 30 milhões de usuários de plano de saúde, mas, sim, dos outros 120 milhões que precisam ter um financiamento adequado para uma vida digna.

Assim, acredito que essa migração pode, sim, interessar muito claramente a um setor muito pequeno da sociedade, de empresários que têm na área mercantil

do lucro seu grande objetivo. Mas, com certeza, esse não é o interesse de 160 milhões de brasileiros.

Alguns países, com certeza, já adotaram políticas semelhantes. Resta saber se eles têm obtido bons resultados, conseguindo aumentar o acesso e melhorando, sim – se houve –, os indicadores da saúde da população. Os senhores, com certeza, já conhecem muito bem as respostas e quem são esses países.

Por último, lembramos que o Brasil desenvolveu um processo ímpar na construção do Sistema Único de Saúde, lastreado nos princípios de participação coletiva e de decisão democrática. Dessa maneira, acredito que a discussão no setor privado, hoje, deve merecer, primeiro, a análise de conteúdo e também a análise de metodologia, para que não tenhamos um retrocesso ainda maior.

As entidades médicas, órgãos de defesa do consumidor, de portadores de patologias e deficiências vêm lutando, nos últimos três anos, para manter a cobertura assistencial conquistada na Lei 9.656 e, principalmente, para que o debate seja público. Todos os segmentos envolvidos se fortalecem na tentativa de encaminhar um projeto, um ponto de equilíbrio, e não um ponto que beneficie apenas o setor. Se todos buscarmos o desenvolvimento, vamos encontrar uma saída não só a um segmento, mas a toda a sociedade. Muito obrigado. *(Palmas)*

#### **O DR. ÉSIO CORDEIRO**

Muito obrigado, Dr. Eleuses, que aqui falou na qualidade de Presidente da AMB (Associação Médica Brasileira).

Passo a palavra ao Dr. José Diniz de Oliveira, Presidente do Ciefas que falará com base na visão das entidades fechadas de previdência.

#### **O DR. JOSÉ DINIZ DE OLIVEIRA**

Boa tarde a todos. Agradeço, em nome do Ciefas, uma das entidades que representam as autogestões no país, pela participação neste simpósio tão importante.

Seremos auxiliados por algumas transparências. Ater-me-ei ao tema desta mesa, abordando um pouco as coberturas e os modelos assistenciais. Eu gostaria

de fazê-lo sob o enfoque dos dilemas que hoje permeiam o modelo assistencial que é hegemônico em nosso país, que é um modelo que busca copiar o sistema americano, embora sejamos um país pobre. O sistema americano não deveria ser modelo nem sob o ponto de vista de custo, de financiamento, porque apresenta altos índices de recursos investidos – quase três mil dólares per capita/ano – e nem também deveria ser copiado por conta dos indicadores de saúde dos norte-americanos que, mesmo despendendo tanto recurso com assistência, ainda têm 44 milhões de desassistidos: são o 19º país em mortalidade infantil e o 21º em expectativa de vida do homem adulto.

Eu falava dos dilemas desse modelo assistencial. Talvez fosse interessante lembrar que o próprio financiamento da saúde é o nosso grande dilema; aliás, é um dilema mundial, já que países desenvolvidos e em desenvolvimento, setores públicos e privados, vivem às voltas com problemas de financiamento de sistema de saúde. O modelo da maior parte dos países é meramente um modelo de consumo de serviço de saúde que não promove a qualidade dos indicadores de saúde da população e mal dá resposta a episódios de doenças.

As autogestões foram citadas aqui como um exemplo positivo dentre as modalidades existentes no Brasil, mas também não conseguimos nos livrar dos dilemas e quero mencionar alguns deles que caracterizam o mercado de saúde no país, já que também nós compramos serviços e operamos no mercado de saúde estabelecido, intercambiando com prestadores, atendendo usuários, buscando oferecer uma assistência de qualidade melhor, mas também sujeita ao mercantilismo que caracteriza o mercado, o que iremos mencionar aqui na próxima lâmina.

Para fazer um breve diagnóstico do nosso modelo assistencial, devemos começar por apontar que é o mercado que dita as regras. Isso quer dizer que hoje, de uma maneira geral, em saúde, no país, quem determina a demanda não é necessariamente a necessidade do paciente, ou a patologia ou o agravo: é, quase sempre, a oferta do serviço de saúde. Além disso, temos, também de uma maneira geral, um sistema

de saúde em que há um *laissez-faire* na relação entre o usuário e o prestador – isso, no setor supletivo da saúde, que é o objeto deste simpósio.

Uma outra questão interessante que caracteriza e que é um dilema do nosso modelo assistencial é a formação médica. A universidade, hoje, dividiu a medicina em especialidades e subespecialidades, o que, sem dúvida, não deixa de ser um avanço na história da medicina, mas também trouxe a perda da visão do todo, da visão do paciente, do doente, não apenas de um órgão doente ou de uma doença.

Essa mesma medicina, dividida por especialidades, vem fortemente amparada em tecnologia. Hoje, substituímos a prática médica do exame clínico por diagnósticos cada vez mais apoiados por exames nem sempre resolutivos, mas quase sempre caros. Associado a isso tudo – até porque o nosso usuário também é réfém de um *marketing* da área da saúde, mas não aquele *marketing* sanitário que poderia estar despertando a consciência das pessoas no sentido de serem elas as primeiras responsáveis pela manutenção de sua saúde, de que elas é que deviam estar investindo no autocuidado, nos bons hábitos de vida – está a cultura que ensina que o melhor é o um exame que acabou de sair, é um novo tomógrafo, é um novo aparelho de ressonância magnética ou um novo medicamento. A esse propósito, é importante mencionar que esse aparato tecnológico também é triste, porque a medicina é a única área em que o avanço tecnológico não reduz custos, como é do conhecimento de Vs. Ex<sup>as</sup>.

Na próxima transparência, vou-me permitir ler – talvez não seja visível para todos – uma história de 1994, retirada da revista do BNDES e mencionada por Elba Cristina Lima Rego em um trabalho denominado “*Um jantar para três*”, sobre política de regulação no mercado de medicamentos, em que cita Furnes: “*O médico entra no restaurante, examina o cardápio, escolhe a comida e vai embora. Em seguida, entra o paciente, senta-se à mesa e come a refeição que ele não pediu e que não tem intenção de pagar. Após terminar de comer, tendo gostado ou não, levanta-se e vai embora. Entra, então, o financiador e paga pela comida que ele não pediu nem comeu*”.

Essa pequena história ilustra alguns fatos interessantes. Primeiramente, percebemos, ao lê-la, uma relação utilitarista das pessoas com relação à assistência e ao mercado de saúde. Mais do que isso, ela evidencia, também, a imperfeição do mercado de saúde, como foi mencionado, inclusive, na abertura deste congresso, pelo Ministro José Serra. O mercado de saúde é imperfeito e o grau de informação entre o usuário e o paciente é desmesuradamente inferior em relação ao do médico. Ele não tem sequer a condição de questionar se vai comer ou não aquela refeição – e muito menos de saber se será boa ou não.

Mas a história também não deixa o financiador sem uma mensagem, porque, se pudéssemos tirar uma conclusão, seria a de que é preciso despertar as consciências de todos os atores do nosso modelo no sentido de que cada um tem a sua responsabilidade pela qualidade daquilo que lhe é oferecido – da assistência prestada –, mas também pelo financiamento e pelo custo desse sistema para que ele, de fato, possa perenizar e, sobretudo, agregar cada vez mais cidadãos.

Trago também um exemplo que nos ajudará a entender a questão da formação médica: essa frase do genial Millôr Fernandes, que ilustra bem a Medicina dividida em especialidades, quando diz que “*um médico leva a outro*”. Por quê? Não são incomuns nossas informações de saúde, já que perdemos, infelizmente, o médico – seja ele de ou da família – ou o clínico geral, que colecionava as nossas informações de saúde. Atualmente, esses dados estão perdidos nos inúmeros prontuários dos vários consultórios que visitamos durante a nossa vida. As nossas informações de saúde deveriam ser o nosso bem mais importante, sobretudo na hora em que padecemos de algum agravo.

Uma terceira frase de um terceiro autor vai ajudar-nos a compreender também o dilema relacionado ao caráter tecnológico: “*Quando o doutor escreve a receita, olha-nos uma última vez para ver se põe um remédio dos caros ou dos baratos*”. Essa frase é de Ramon Gomes de Lacerna, que morreu em 1963. Não quero, de maneira nenhuma, fazer críticas à categoria médica. Ainda acredito, obviamente, que o médico é o principal ator

do nosso sistema. Entretanto, ele também é o demandador de custos e precisa ter a consciência do seu papel, exercendo-o com a responsabilidade que lhe é devida.

Em grande parte dos casos, não levamos exatamente em conta a gravidade da patologia para designarmos que tipo de medicamento ou de exame reivindicamos. Muitas vezes, essa situação é definida pela condição social do paciente ou mesmo pelo tipo do plano que ele porventura tenha, ou seja, pela cor da sua carteirinha. Essa é uma questão problemática que não é só da responsabilidade dos médicos, mas também de todo o sistema. De qualquer modo, se alguém não gostou, essa frase não é minha. É do Ramon Gomez de Lacerna.

Não vim aqui exatamente para criticar nenhum dos atores, porque acredito que todos temos responsabilidade na solução desse dilema, que é o modelo existencial que vigora no País. No entanto, também é preciso que tratemos de frente as questões, não façamos de conta que os problemas não existem, voltando do simpósio para casa com a sensação de dever cumprido mas sem termos enfrentado, como disse anteriormente, as questões que nos combalem.

Trarei também – talvez não seja tão visível – um exemplo que pode elucidar a questão da cultura do usuário: um quadrinho do genial cartunista Laerte, publicado na Folha de S.Paulo. Talvez não seja possível entender o texto, mas tentarei traduzi-lo. No primeiro quadrinho, Deus está chegando a um posto de saúde em cuja porta está escrito: “*Não temos médico*”. Ele troca o cartaz, põe “*Temos médico*” e a primeira pessoa da fila pergunta: “*Vai atender ou não vai?*” Ele pergunta o nome, a pessoa responde e Ele fala: “*Pode se levantar e partir*”. Essa pessoa está numa cadeira de rodas. Ele acabou de fazer um milagre, a pessoa sai e alguém pergunta: “*Que tal o doutor?*”. A pessoa, então, reclama, dizendo que Ele não mediu a pressão, não deu um remédio nem passou uma receita. Essa história ilustra, de maneira bem humorada, a cultura do usuário e o fenômeno da terceirização do cuidado e da medicalização da sociedade. Não é incomum, quando um médico deixa de pedir um exame ou de receitar um medicamento, o usuário não se sentir consultado de fato.

Concluindo, tecerei algumas considerações a respeito de coberturas. Não há dúvida de que o ideal seria que as coberturas caminhassem no sentido de ser cada vez mais universais. As autogestões costumam oferecer uma cobertura ampla. De maneira geral, não limitam idade nem excluem patologias. Portanto, elas foram pouco atingidas pela Lei nº 9.656, quando do seu surgimento, que, sem dúvida nenhuma, representou um avanço no mercado, notadamente selvagem, na relação entre usuários e prestadores – evidentemente, com as honrosas exceções e as devidas ressalvas.

Entretanto, também somos atingidos não apenas pela criação e regulamentação da agência, que também deve ser saudada, mas pelo fato de que, se hoje percebermos que operadoras, representações de usuários, prestadores e usuários estão insatisfeitos, estamos de fato diante da crise do sistema, isto é, do modelo. Assim, todos devemos assumir nossa parte na responsabilidade de solução dessa crise.

Este momento não é de embate – peço perdão se, com meus exemplos, acabei provocando alguma suscetibilidade –, mas de cooperação. As posturas devem ser mais de proposição do que de reivindicação. Cabe às operadoras, de modo geral – inclusive às autogestões – profissionalizar sua gestão, investir em tecnologia de informação – em banco de dados precisos – não apenas com relação a custo, buscando também a preocupação de conhecer o perfil de modus mortalidade da população que assistem. É necessário haver cada vez mais ética na relação, responsabilização pelo nível de saúde da população assistida e, ainda, por parte das operadoras, tanto ou mais atenção aos indicadores de saúde da população que assistem como devotam aos indicadores econômicos ou financeiros.

Para as representações médicas, creio que elas não deveriam perder-se em reivindicações meramente corporativistas. Elas têm um papel importantíssimo, inclusive em redobrar o empenho na qualidade do ensino médio do País, a proliferação desenfreada de faculdades de Medicina, que sei que é uma bandeira das representações médicas.

Temo que algumas delas tentem, no desespero de

defender suas causas, legislar, emitindo resoluções que afetem as relações contratuais no mercado. Creio que não é um bom caminho o das representações médicas. Nós, operadores – é necessário dizer ainda que seja polêmico – nos ressentimos muito com a autogestão de algumas cooperativas de especialidades médicas que não são a configuração mais concreta de cartel no País. Aliás, conclamamos inclusive as entidades de autogestão, o Cade e a própria Agência de Saúde, a despendarem atenção a esse tipo de organização.

Creio também que as representações médicas têm a responsabilidade de combater a medicina mercantilista. Os órgãos de representação de defesa do consumidor muitas vezes empunham bandeiras de maneira crítica, como no caso do credenciamento universal. E nós, das autogestões, somos frontalmente contra essa prática. Já vi alguns órgãos de defesa do consumidor defendendo o credenciamento universal, e por conta do mercado imperfeito, por conta da responsabilização das operadoras em cima do ato médico, é indefensável essa bandeira. Pois pode ser a defesa não exatamente de um benefício para os usuários. As representações de defesa do consumidor devem estar atentas e unir-se às operadoras, quando vítimas de lockout provocados sobretudo por entidades hospitalares, como tem ocorrido em várias capitais do País.

Quanto à Agência Nacional de Saúde, ao ampliar coberturas, como ocorreu em alguns casos de edições de medidas provisórias, é preciso avaliar o impacto da ampliação dessas coberturas, pois provocam efeitos sobre planos já contratados. A agência, como grande reguladora do mercado, não pode negligenciar atenção nos casos já mencionados aqui de interrupção de atendimento aos associados não provocada por operadoras, mas pelas prestadoras de serviços, como no caso dos hospitais.

Enfim, as relações nesse mercado tão complexo e tão importante, que é o da saúde, não podem evoluir para uma guerra. Certamente, poderá não haver vencedores, mas os perdedores já foram escolhidos, e não há dúvida de que são os consumidores, os usuários. Não há defesa para qualquer tipo de assistência que limite

coberturas, mas é preciso que estejamos atentos para gerenciar os cuidados e alocar os recursos adequados de acordo com a complexidade dos agravos a fim de evitar desperdícios, notórios também na área da saúde. É passada a hora de revermos o modelo assistencial, sob pena de assistirmos à asfixia dos financiadores e sob pena de contarmos com um sistema cada vez mais atendendo menos pessoas.

Muito obrigado. (*Palmas*)

#### **O DR. ÉSIO CORDEIRO**

Muito obrigado, Dr. Diniz. Realmente, nosso cardápio de temas em relação à cobertura e modelos assistenciais está sendo enriquecido na visão de usuários, médicos e provedores de serviços. Agora é a vez de ouvirmos a Agência Nacional de Saúde Suplementar, representada pelo Dr. João Luis Barroca Andréa, que falará sobre a visão da agência. De imediato, lembro àqueles que tiverem perguntas a fazer, que poderão encaminhá-las por escrito, de acordo com a orientação recebida no início dos trabalhos. A Mesa seguinte, em conjunto com a atual, dará conta das respostas tanto da atual quanto da seguinte, que versará sobre a questão da fiscalização e defesa do consumidor e direitos da saúde. Mas podem já encaminhar as suas perguntas. Os participantes desta Mesa e da próxima serão convidados, então, a responder às perguntas encaminhadas por escrito pelo plenário.

Dr. Barroca, por favor.

#### **O DR. JOÃO LUIS BARROCA DE ANDRÉA**

Muito boa tarde. Antes de mais nada, eu gostaria de fazer um agradecimento pelo convite e de saudar os nossos amigos da Mesa, em particular o meu professor, Ésio Cordeiro. Observo que é absolutamente fundamental a composição desta Mesa, que eu respeito muito, com esse nível de debate e essa complexidade do tema. Acredito, sinceramente, no início de novos tempos.

Estão sendo colocados, hoje, vários temas importantíssimos, que merecerão estudos prolongados, debates desapaixonados, por vezes, ou técnicos, outras vezes.

Penso que os senhores já viram um pouco desse papel da agência, pelas manifestações feitas somente nesta Mesa. E, não considerando que amanhã também estarei na Mesa de Preços, exatamente estou privilegiado pelo conflito. Só que sou um otimista. Acredito que esse conflito tem saída, tem chance de mudança, na medida em que acredito num processo de discussão racional e amplo.

Quero dizer, logo de início, que é uma honra estar nesta Casa, fazendo este debate. Eu já vim ao Senado algumas vezes. É uma honra discutir esse assunto neste fórum, que é mais democrático, para que possamos fazer essas discussões e aprofundar este debate, que, insisto, não tem ponto simples. Para este tema, penso que vamos falar de coberturas e modelos assistenciais.

Peço desculpas, mas voltarei um pouco ao lado acadêmico, explicando, afinal de contas, o que são modelos assistenciais. Muita gente já me perguntou: *“Afinal, de que se trata modelos assistenciais? É ter muito plano? É ter pouco plano? É ter um plano só?”* Vamos começar, então.

Os modelos assistenciais são formas específicas de organização e de articulação entre os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Por coletividade pode-se entender, no mercado de assistência pública, uma determinada municipalidade, por exemplo, ou se pode entender uma determinada empresa que é atendida por uma operadora, ou uma determinada carteira de usuários individuais.

No slide seguinte, eu fiz uma polarização. Esses são conceitos que vêm sendo discutidos na saúde brasileira há muitos anos. Não há uma novidade, não há um sentido maniqueísta; há dois tipos clássicos de modelo assistencial: aquele tecnológico, em que o procedimento é centrado, e aquele humanista, em que o usuário é centrado. Um é centrado em práticas curativas; outro incorpora práticas de prevenção e promoção. Um leva, naturalmente, à fragmentação da linha do cuidado e, no outro, a linha do cuidado é contínua. Um possui uma baixa responsabilidade do gestor de cuidado – no nosso caso, estamos falando de operadora –

e, no outro, há uma alta responsabilidade do gestor de cuidado. Esse modelo tecnológico é a espiral de alto custo, e o humanista tende a ser um custo adequado ao cuidado efetivo da necessidade em saúde. Um é caracterizado por um trabalho médico isolado com muito maquinário, e o outro necessita que se faça um trabalho em equipe de saúde. Aliás, não se está falando de um médico criador, está-se falando de um trabalho em equipe para a assistência à saúde. Basicamente, muito esquematicamente, um está fundamentado na lógica da oferta e da demanda.

Outro dia, assisti ao presidente de um conselho dizer que, em Brasília, há um médico para 300 habitantes. Certamente, não é uma afirmação razoável. Em qualquer lógica de programação, há uma geração demasiada, por excesso de oferta e de demanda. No outro caso, há lógica, porque ainda é um modelo de vir a ser da necessidade.

A ANS pretende possibilitar mais opções para o consumidor. É uma coisa importante que defendemos e que não existe na área da saúde – isso foi dito pelo ministro na parte da manhã. Aqui não existe mercado livre, não pode existir mercado livre, porque ele não é concorrencial. Mas pode existir livre mercado, e tem que existir livre mercado, na medida em que estamos falando em mercado privado, que vai dar alternativas ao consumidor, alternativas responsáveis, independentemente do modelo utilizado para conformar esse plano e impedir que esse consumidor seja prejudicado. A ANS quer garantir que o consumidor receba, efetivamente, aquilo que contratou e que haja a realização das boas práticas assistenciais – aquilo que vimos discutindo desde o início, aliás, o grande móvel que fez com que a agência tenha nascido sob a égide do Ministério da Saúde. São as garantias assistenciais, afinal de contas.

O próximo, por favor.

Fiz questão até de repetir a missão da agência. Porque, de vez em quando, há pessoas que dizem assim: *“A agência não tem que se meter nesse negócio de saúde; tem que falar só de solvência e de contratos”*.

Isso não é verdade. Nossa missão institucional nos

impõe falar de modelos assistenciais, sobre a linha de cuidados. Então, fiz questão de lembrar isso, que todos conhecemos, para dizer que não é uma missão estranha à agência ou que não esteja sendo colocada. É parte do modelo de regulação brasileira. Aliás, só lembrando, em janeiro tive a felicidade de ser convidado para o II Congresso Paulista de Política Médica e tomei esse compromisso naquele mês, de que este ano iríamos falar em garantia assistencial. Então, hoje vamos ver, ao longo dessa rápida apresentação, que estamos começando efetivamente a falar.

A seguir, por favor.

Essa proposta do simpósio é de realizar esse balanço. Vou tentar fazer isso. Vou dividir em três temas. Esse tema que todos estamos discutindo nesta Mesa dá dois, três, quatro, cinco dias – e vai ter que dar – de discussão. Aliás, uma das melhores semanas que se teve no avanço da regulamentação foi em outubro de 1998, quando a Câmara de Saúde Suplementar passou uma semana inteira reunida. Uma semana inteirinha reunida, o que foi extremamente oportuno. Então, fazer o proposto, ou seja, esse balanço com base nesses três temas – e não vou fugir ao debate: cobertura, segmentação e práticas assistenciais. Antes e depois da lei de regulamentação, quais os desafios hoje e o que estamos propondo para cada bloco, para início de discussão.

A seguir. Estou correndo feito um desesperado aqui. Não sei se está dando para entender, porque ele aqui já disse que vai ser absolutamente rígido no tempo.

Em relação às coberturas, a situação antes da lei.

É importante lembrarmos que não conseguimos, muitas vezes, vislumbrar o que acontecia antes. Vamos resgatar a história, que é importante nesse sentido. Antes da lei, a discussão era restrita à sustentabilidade econômica. Incorporam-se os aspectos assistenciais depois da lei.

Nenhum referencial de cobertura mínima. Há cobertura mínima obrigatória vinculada a um rol de procedimentos na agência.

Possibilidade de qualquer conformação de planos; padronização assistencial dos planos ambulatorial, hospitalar, com e sem obstetrícia; dificuldade para

comparação entre planos oferecidos; comparabilidade; existência de seleção de risco; impedimento de seleção de risco. Temos, aqui, de dar uma paradinha.

Isso é um avanço único no mundo. O mundo inteiro escolhe, na área dos planos e na de seguros, quais os pacientes que vão ser cobertos ou não. O legislador brasileiro entendeu que isso não era possível. Quais os mecanismos de equilíbrio encontrados e discutidos? A cobertura parcial temporária e os mecanismos de agravamento. Isso, porque podemos achar que é uma coisa absolutamente tranquila. Não, não é.

Exclusão de doenças, proibida a exclusão de doenças; limitação de dias de internação e número de procedimentos, proibição da limitação de dias de internação e número de procedimentos.

Adiante. Em relação aos desafios, o que está acontecendo hoje? Temos visto, temos notícia – tem chegado à fiscalização e temos atuado com base nisso – de vendas de produtos de livre – conforme estou chamando; estava tentando fugir da rede – como mecanismo de restrição de acesso. É implícito que o consumidor absolutamente não entende o que é uma porta de entrada, ou uma hierarquização, ou um direcionamento. Então, qual era nossa proposta? Aumentar a clareza desse tipo de contrato, desse tipo de mecanismo de regulação de uso, para que ele seja um mecanismo de regulação de uso, e não um fator de restrição de acesso. É importante dizer que não inventamos isso agora. Está na Lei nº 9.961, art. 4º, inciso VII, e também já estava na Lei nº 9.956. O que queremos – e é compromisso da agência – é trazer à luz esse tipo de plano que hoje o consumidor compra e está, de certa forma, desprotegido.

Em relação à segmentação, queria fazer uma rápida passagem em um ponto que, pelo que sei, nenhum dos estados dos Estados Unidos possui, que é a chamada regulação de produtos: “... anteriores à legislação, excluídas doenças crônicas ou mesmo casos crônicos”. Vários daqueles 21 milhões de contratos apresentam essa exclusão exótica de algo que não consigo entender, que é o chamado caso crônico. Limita procedimentos, há alegação de doença e lesão preexistentes *ad aeternum*, sem comparabilidade.

O substitutivo de Lei da Câmara, que saiu daqui em 1997 ou 1998 e veio ao Senado, institui apenas o Plano Referência, mas mantém as determinadas condições de mercado. A Lei nº 9.656 regulamenta, mantém o Plano Referência, estabelece segmentos, vincula segmentação ao rol de procedimentos. Isso é importantíssimo e não existia. Antes, o consumidor comprava um plano de saúde e, três anos depois, por exemplo, diziam a ele que houve mudança de tabela e esse novo procedimento não estava incluído em sua tabela. A agência tem como obrigação manter atualizado esse rol – não permite exclusão de doença nem limitação de quantidade e define e estabelece regras para doença ou lesão preexistente, partindo do seguinte princípio – que pode até ser mudado, caso mude o marco legal: plano de seguro não é tratamento, não é financiamento de tratamentos em curso. Então, cobre eventos “*em ser*”.

Nosso desafio é o seguinte: 74% dos segurados têm esse plano. Não é um plano segmentado, não; é aquele pior dos mundos, aquele de antes de 1997, com todas aquelas cláusulas absurdas e incompreensíveis. Esse, sim, é o nosso desafio.

Apenas para lembrar às Vs. Ex<sup>as</sup>, a Câmara dos Deputados tem propostas de aprovação por produtos sem vinculação à segmentação predefinida. É muito diferente aprovar um produto de aprovar uma segmentação. Isso significa eu chegar na agência e bater à porta, dizendo: tenho um plano hospitalar que dá direito a três ressonâncias por ano, e quero registrar esse produto. Há propostas assim, propostas que não vinculam um produto a um rol de procedimentos atualizável; há propostas de produtos com limitação de quantidade. Recebi diversas pessoas dizendo que havia planos estipulando o direito a 60 consultas por ano e questionando quem precisaria de todas essas consultas. Então, achavam que 60 consultas era um bom número; outros pensavam em 50; outros, em 40; outros, até mesmo em 30. E perguntavam-me se podia ser assim.

Então, o conceito é fundamental. Esse é um conceito usado no mundo todo: a limitação de quantidade. E o produto, por patologia... Aliás, deixe-me esclarecer: estou até escrevendo, porque outro dia vi na mídia algo

que fez um senador me telefonar para perguntar se podia produto só de maternidade. Respondi que não. É um produto que tem que ser, hoje, hospitalar com obstetrícia. Agora, o mercado está sugerindo produto por patologia? Sim. Está sugerindo produto com exclusão de patologia? Sim, mantendo apenas o Plano Referência. Isso significa voltar a 1997, 1998.

A nossa proposta – mostrada de forma a ser discutida agora, e não vou voltar a esse ponto, após ampla discussão – é a seguinte: podem aprovar novas segmentações, segundo os seguintes princípios: manter a vinculação de um segmento – não é aprovar um plano – a um rol de procedimentos que mantenha a comparabilidade – é fundamental para o consumidor poder comparar –, não permitindo limitação de quantidade, nem fazer produto por patologia, nem excluir patologia.

Precisamos de uma política de incentivo à adaptação, sim, e só depois poderemos discutir essa tal subsegmentação; mas que se mantenha o Plano Referência como opção obrigatória.

E, nesse ponto, volto a falar de livre mercado, onde nosso grande desafio é integrar com o SUS. Escutei hoje de manhã, creio, alguém dizer como se fosse uma condenação “*vai parar no SUS*”. Ninguém pode concordar com isso. Trata-se de um plano que atende 120 milhões de brasileiros e que tem deficiências orçamentárias e de gestão.

O que é regular produtos? É ter o Plano Referência, é manter a padronização e fazer o acompanhamento, segmentos vinculados a rol atualizado. Pessoas há que não gostam que façamos o rol, mas é obrigação. E o rol deve ser discutido com toda a sociedade, como fizemos. Toda a trajetória foi feita com discussão do rol e assinatura de todos. Temos que atualizar? Sim. Temos que fazer convênios com entidades científicas para nos ajudarem nisso? Claro, e vinculados a um rol, sem limite de doenças e sem limite de quantidade. São princípios que a ANS está propondo para abrir a discussão. Vamos lembrar que somente 77 municípios no Brasil, dos 5.500 – e não estou fazendo proposta – têm, ao mesmo tempo, pelo menos um serviço de radioterapia, um de quimioterapia, um

de TRS, um de ressonância, um de cintilografia e um de cirurgia cardíaca. São 77 de 5.500. Imaginem!

O que estamos propondo? Estudos sobre os serviços existentes e discussão com os diversos setores. Aliás, novamente, a agência já poderia ter subsegmentado. Pessoas já nos criticaram. *“Se está na Lei nº 9.961, por que não fizeram?”* Não fizemos por entender que tinha que ser discutido. Tenho previsão legal, hoje, para fazer, mas deve-se discutir. Já existe essa previsão desde janeiro deste ano.

Práticas assistenciais: a inexistência, antes da lei, de um órgão regulador; que passa a ser o Desas, vinculado à SAS e à agência, para regular questões assistenciais.

Inexistência de informações: é dramático isso. A agência vem brigando há um ano e meio para conseguir informação. Por incrível que pareça, há empresas que entram na Justiça contra a Coordenação de Informação e Saúde, para não mandar o cadastro do indivíduo ao coordenador – e há um médico responsável por garantir o sigilo da informação. Isso para vermos de que dificuldade estamos falando: implantação desse cadastro, do coordenador médico e do sistema de informação de produtos, o qual já estou fechando. É a grande novidade aprovada pela diretoria colegiada. Sinto-me muito feliz nesta Casa em dizer que estamos honrando um compromisso assumido na CPI da Morta-

lidade Materna, em que fomos chamados à responsabilidade de construir um acompanhamento dos índices de mortalidade materna. Essa resolução está aprovada pela agência. Alguns dados, os de custo, começam a ser cobrados só em janeiro, para dar tempo para as operadoras, com sua rede prestadora, levantar dados.

Em relação aos desafios, existe hoje baixa contratualização, que, aliás, – sei por ser médico – há muito colega que recebia e aceitava folhinha de contrato e devolvia. Está na hora de aumentar o nível de contratualização, Dr. Barroca, e precisava de tempo suficiente para elucidar e trazer as posições da ANS. Isso também motivou um grande número de perguntas. Acumularam-se algumas perguntas da mesa anterior. Vamos tratar dessas questões logo em seguida à Mesa sobre Defesa do Consumidor, Fiscalização e Direito à Saúde. Portanto, eu pediria aos participantes dessa Mesa que permanecessem no plenário. Vamos constituir a Mesa subsequente. Depois dessa Mesa, serão respondidas as perguntas encaminhadas. É um número bastante considerável e bastante intensas e provocativas no sentido de estimular o debate.

Nesse sentido, foi um sucesso a apresentação que todos desenvolveram ao longo dessa parte dos trabalhos. Muito obrigado. Em cinco minutos, começaremos com a composição da outra Mesa.



## Mesa 3

# Fiscalização, defesa do consumidor e direito à saúde

### COORDENADOR

PROFA. LÍGIA BAHIA

### COMPONENTES

PROCURADOR ADALBERTO DE SOUZA PASCOALOTO

DR. EDSON OLIVEIRA

SR. CLÁUDIO CHIATUZZI

SRA. MARIA STELLA GREGORI

#### O DR. ÉSIO CORDEIRO

Agradeço a presença de todos e peço desculpas, porque, infelizmente, não teremos intervalo. Devido ao atraso na abertura da programação, vamos iniciar uma Mesa imediatamente em seguida à outra.

Faço a chamada dos componentes da Mesa 3 – Fiscalização, Defesa do Consumidor e Direito à Saúde. Procurador Adalberto de Souza Pasqualotto, representando o Instituto Brasileiro do Consumidor, Brasilcom; Presidente do Conselho Federal de Medicina, Dr. Edson Oliveira; representando a Associação Brasileira de Serviços Próprios das Empresas – Abraspe, Cláudio Chituzzi; representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Diretora de Fiscalização da ANS, Maria Stella Gregori. O coordenador da Mesa será o Deputado Federal Henrique Fontana.

Como o Deputado Henrique Fontana não está presente, a Professora Lígia Bahia, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, coordenará esta Mesa.

Agradeço a compreensão de todos. As perguntas serão respondidas após a explanação pelos integrantes das duas Mesas.

#### A DRA. LÍGIA BAHIA

Boa tarde. Vamos dar início à Mesa. Estamos tentando preservar o espaço do debate de alguma maneira. Então, a nossa idéia é que esta Mesa cumpra o horário determinado, para que ainda no dia de hoje possamos ter uma sessão de respostas às perguntas formuladas, que são importantes e interessantes, e devem ser respondidas, na medida do possível.

Gostaria de passar a palavra imediatamente ao Dr. Adalberto Pasqualotto, representante do BrasilCom.

#### O DR. ADALBERTO PASQUALOTTO

Sra. Coordenadora, ilustres colegas da Mesa, senhoras e senhores. Eu gostaria, inicialmente, de manifestar que me encontro nesta Mesa por delegação do Presidente do BrasilCom, aqui presente, Dr. João Batista de Almeida, e me honra muito estar representando o Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor, antes de mais nada, em razão da tradição que tem o BrasilCom frente à política de defesa do consumidor no Brasil, uma vez que o próprio Código de Defesa do Consumidor nasceu, de certa forma, de um grupo de

colegas do BrasilCom, que, à época, e ainda hoje, pertencentes especialmente ao Ministério Público de São Paulo, integraram a equipe que redigiu o anteprojeto que acabou se transformando no Código de Defesa do Consumidor.

Essa matéria vincula-se à defesa do consumidor, e o BrasilCom é uma instituição que, desde o primeiro momento, se tem feito presente aos debates relativos à assistência privada à saúde, no Brasil.

Assim, sinto-me honrado porque não falo exclusivamente por mim, mas também por essa tradição do BrasilCom na matéria. Por outro lado, sinto-me talvez como a Dra. Lynn, que, na mesa anterior, manifestou no sentido de que talvez nos sintamos analfabetos ou em dúvida sobre se somos efetivamente alfabetizados, em função das dúvidas que emergem das modificações que se vêm processando, mês a mês, na legislação dessa matéria.

Eu venho trazer algumas dessas dúvidas. Venho compartilhar, talvez, com os presentes algumas perplexidades. Mas gostaria de dizer que aquilo que vou manifestar e que evidentemente carregará um conteúdo crítico bem marcado e bem acentuado não vai em demérito, em nenhum mau juízo a pessoas que nem sequer conheço e que, aliás, prezaria muito conhecer, porque teria a oportunidade de trocar idéias no sentido construtivo. Não é outro o objetivo da minha intervenção.

Aliás, no livro *“Saúde e Responsabilidade”*, editado pelo BrasilCom com a Revista dos Tribunais, em um texto que escrevi, o título da matéria fala exatamente de uma possibilidade de interpretação construtiva da Lei nº 9.656. Também partilho, portanto, da boa vontade de todos que gostariam de construir um sistema adequado à assistência privada no Brasil, e atribuo, como não poderia negar a qualquer pessoa, a boa fé nas atividades de todos aqueles engajados, especialmente na Agência Nacional de Saúde Suplementar e que, de uma forma ou outra, tem responsabilidades na condução desse processo.

Não obstante isso, não obstante imaginar e reconhecer que essas pessoas estejam trabalhando com

boa fé e boa vontade, não posso me furtar a trazer as minhas perplexidades e, eventualmente, a manifestar algumas opiniões.

Eu gostaria, então, de aproveitar esses poucos minutos que tenho, que já são 12 ou 13. Faço um parêntese para pedir desculpas antecipadamente porque vou ter que me ausentar logo em seguida, talvez sem esperar a participação dos demais colegas de Mesa. Lamentavelmente, em face do atraso da programação, terei que ir diretamente ao aeroporto, pois meu voo de retorno a Porto Alegre é às 19 horas.

Tentarei aproveitar esse período de tempo centrado minhas observações em dois pontos que me parecem fundamentais. O primeiro diz respeito à volubilidade da legislação e o segundo, ao desgaste da credibilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Para tentar demonstrar o que quero dizer com essas duas premissas, gostaria de estabelecer um contraponto entre alguns aspectos que considero polêmicos na edição da Medida Provisória nº 2.177, em sua edição de nº 43 do mês de julho, com a versão de nº 44, em vigor desde o dia 24.

Quais são os pontos polêmicos na medida provisória correspondente à edição de nº 43? A adaptação dos contratos antigos, prevista no art. 35-L, e no art. 35, § 9º. Segundo: a subsegmentação; a mobilidade de beneficiários de um plano para outro; a hierarquização do atendimento, com a instituição não denominada, mas flagrante, do chamado médico-porteiro e a regionalização do atendimento. Dentre outros, parece-me que esses eram os problemas cruciais, os mais importantes.

Quais eram os problemas desses pontos? Fiquei me perguntando, quando vi a medida provisória: por que reabrir o prazo de adaptação de contratos antigos? Vejam bem, a Lei nº 9.656 tinha estabelecido um prazo, que se esgotou. Se sou um contratante de plano, se tenho um plano de saúde, a qualquer momento, evidentemente, posso procurar o operador do meu plano e dizer que quero passar para um plano novo. O operador, certamente, irá negociar imediatamente o plano novo porque é mais caro.

Então, para que dar uma nova oportunidade para

fazer-se o que pode ser feito a qualquer momento livremente? O que está por trás disso? Ora, pareceu-me muito simples. Há uma disputa, desde o começo da lei, entre cooperativas, seguradoras e planos de pré-pagamento. Inicialmente, as cooperativas diziam que a lei só interessava às seguradoras, antes de sua aprovação, em junho de 98. Depois, as seguradoras passaram a dizer que a lei não lhes interessava, que estavam sendo prejudicadas. Acabaram sendo, de uma certa maneira, alijadas da lei, até que foi criada a seguradora especializada em seguros de saúde pela Lei nº 10.185, que deu um prazo, até o dia 1º de julho deste ano, para que elas se adaptassem e se transformassem, por meio de cisão ou de modificação de seu objeto social, em seguradoras especializadas.

O que aconteceu? Essas empresas tiveram que se transformar e não carregaram consigo, para os novos planos, aquele imenso volume de segurados antigos. Vimos hoje, aqui, que 75% dos beneficiários de planos estão vinculados a planos antigos.

As seguradoras, certamente, têm interesse de trazer esses segurados para planos novos porque estes são muito mais caros. Há um dado extremamente relevante: o seguro-saúde cresceu de 5% para 25% nos anos 90, segundo dados da Federação Nacional dos Corredores de Seguros, batendo o seguro de vida e o seguro de automóveis.

Possivelmente, os segurados, em sua maioria – e hoje fiquei com o dado que me faltava – não fizeram a opção para o Plano Referência no prazo dado pela Lei nº 9.656.

A oportunidade oferecida agora às seguradoras carrega em si uma flagrante desconsideração do princípio básico que orienta a política nacional das relações de consumo, qual seja, a vulnerabilidade. Por quê? Ora, há uma cooptação estatal... (*Orador interrompido*)

Pois não! Desculpe, mas estou com 10 minutos, e me faltam 5. Muito obrigado! Vou usar os meus 5 minutos. Estou bem vulnerável hoje porque quase não consegui falar. Vou descontar esses 30 segundos.

Vejam bem, se vocês prestarem atenção não só nas disposições da Medida Provisória nº 43, mas também

no projeto de regulamentação que estava submetido à consulta pública pela ANS, a empresa deveria oferecer esse plano, dizendo necessariamente que o fazia por indicação da Agência Nacional de Saúde. Evidentemente que o segurado, recebendo isso em casa, fica completamente vulnerável porque pensa tratar-se de uma orientação oficial e que, portanto, a mudança de plano é obrigatória. Isso me parece que desgasta a credibilidade da Agência Nacional de Saúde porque ela acaba fazendo o jogo das seguradoras. Não estou dizendo que o segurado não possa mudar de plano. Que ele o faça livremente! Para que mudar a lei, contribuindo com isso que chamei de volubilidade da legislação?

Essa volubilidade da legislação está presente também na possibilidade de subsegmentação, que foi mencionada antes aqui pelo ilustre representante da Agência Nacional de Saúde na mesa anterior. Ele aludiu à lei que criou a agência para dizer que a possibilidade de subsegmentação já está lá efetivamente. Mas, convenhamos, isso se faz como solapa na Lei nº 9.656, que é de organização, não é de conduta! Qual o consumidor que vai consultar? Qual o especialista, salvo um ou outro, que vai consultar a Lei de Organização da Agência Nacional de Saúde para encontrar regras de conduta, de conteúdo contratual dos planos?

Então há realmente uma volubilidade voluntária, de caso pensado, parece-me, com alguma intenção. Ao examinar a Medida nº 44, surpreendi-me com outras situações para as quais não encontro resposta. Por exemplo, foi deletada da medida provisória a disposição do art.19 da Lei nº 9.961, a Lei de Organização, da ANS, que definia os sujeitos passivos da taxa de saúde. Então pergunto: essas empresas não vão mais pagar a taxa de saúde? O que aconteceu com a taxa de saúde? Ouvi reclamações por parte das seguradoras, que achavam que a taxa de saúde era um ônus excessivo. Seriam compensadas, digamos assim, pela migração de contratantes antigos para os planos novos, o que acarretaria um considerável aumento de receita. Esse aumento de receita não foi possível em razão da grita geral.

Então o que se faz? Não se cobra a taxa de saúde. É isso ou entendi mal? É possível que tenha entendido

mal. Volto a dizer que admito a boa fé e a boa vontade das pessoas que estão trabalhando nisso, mas sinceramente não estou entendendo. É possível eu que esteja entendendo mal. É possível, como disse a Dra. Lynn, que eu também seja analfabeto. Com a pressa que é necessária, era isso o que queria dizer.

Muito obrigado! (*Palmas*)

#### **A DRA. LÍGIA BAHIA**

Gostaríamos de agradecer ao Dr. Adalberto a compreensão, pois, apesar de ter compromissos, permaneceu conosco. Agradeço-lhe também a brilhante exposição e a generosidade de permanecer conosco até essa hora.

Foram encontrados uns óculos – parecem-me de grau. O dono poderá pegá-los aqui. Seu direito está garantido.

Passo a palavra ao Dr. Edson Oliveira, que nos brinda com a sua presença. Dr. Edson é Presidente do Conselho Federal de Medicina – CFM.

#### **O DR. EDSON OLIVEIRA**

Sra. coordenadora, demais membros da Mesa, Srs. parlamentares, meus caros colegas médicos, minhas senhoras e meus senhores. Os conselhos de medicina foram criados pela sociedade brasileira, mediante a Lei nº 31.268, em 1957, com a incumbência de zelarem pelo bom desempenho da Medicina em todo o território nacional e o vem fazendo com a ajuda e o esforço de sete gerações de médicos herdeiros dos compromissos éticos das gerações que os precederam e que dignificaram a ciência e a arte médica em nosso país.

Na metade do século passado, a Medicina já estava experimentando e sentindo na pele os ventos das grandes mudanças e avanços que caracterizariam o século XX. No início daquele século, a expectativa de vida do ser humano na Inglaterra, país tido com o mais avançado da época, não ultrapassava 40 anos de idade. Os conselhos de medicina foram criados nesse cenário de transformações. Nos seus primórdios, os meios diagnósticos e terapêuticos avidamente agregavam os múltiplos conhecimentos científicos existentes na busca de proporcionar melhor atendimento

ao indivíduo enfermo. Nesse cenário passamos a ter uma expectativa de vida de 70 anos. Embora a Medicina tenha historicamente se comportado através dos tempos ouvindo a experiência popular – vejam aí o exemplo mítico da ordenhadeira de Ener, (?) no caso da varíola –, a quantidade e a qualidade do avanço do conhecimento na ciência médica eram, agora, inusitados e transformadores de comportamento e atitudes como nunca dantes tínhamos visto.

Em resumo, a Medicina não mais cabia na maleta do doutor, e também a assistência hospitalar já não era suportável apenas nos ombros solidários das Misericórdias. Tudo mudava, para o bem ou para o mal, mas tudo mudava. Se na Medicina as mudanças se mostravam intensas e sedutoras em nosso país, também os ventos de mudança apontavam esperançosos para um futuro de progresso e descobertas. Muito se conseguiu num breve espaço de um lustro. Se mergulhamos depois no silêncio das trevas por força das baionetas caladas, a Medicina seguiu o seu caminho, solidária com a humanidade, procurando constituir e construir uma ponte permanente entre o homem que sofre e a esperança de dias melhores. Mas onde estavam os conselhos de medicina nesse contexto histórico? À época cartoriais e burocráticos, sofrem em 1983 o impacto das mudanças e, a partir de então, passam a intervir e, sem falsa modéstia, a influir nos limites de suas capacidades e competências nos destinos de nossa nação. Desde então, assim viemos nos comportando e é por isso que aqui estamos neste momento.

Concatenados com as mudanças, os conselhos de medicina passam a fiscalizar não somente o ato médico, mas também o local e a forma como ele se dá. Afinal, a correção do ato médico não mais dependia exclusivamente do profissional, mas cada vez mais da estrutura que o cercava. No caso específico dos planos de saúde, o nosso envolvimento institucional remonta à Resolução nº 19 do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Essa resolução foi transformada posteriormente na Resolução n.º 1.401, de 1993, portanto cinco anos antes da edição da leis dos planos, resolução essa que foi intensamente atacada pelas

operadoras de saúde, ainda que houvesse manifestação, sempre constante e forte, dos pacientes e dos médicos em sua defesa. Nessa situação, nesse cenário, só poderíamos esperar que houvesse um comportamento totalmente desequilibrado e desparelho na relação entre as pessoas envolvidas.

Com a edição da Lei nº 9.656/98, parte dos princípios contidos nessas resoluções passam a ser lei.

A nova lei previa, em seu art. 8º, a obrigatoriedade de as operadoras de planos de saúde registrarem-se nos Conselhos de Medicina. Se os legisladores desta Casa foram sábios em prescreverem esse dispositivo legal, a sua operacionalidade foi obstaculizada por quem deveria observar o seu cumprimento: a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Nunca conseguimos, apesar de inúmeros esforços do Conselho Federal de Medicina e da quase totalidade dos Conselhos Regionais de Medicina, que a Agência Nacional de Saúde Suplementar apresentasse a relação das operadoras em cada estado, a fim de que pudéssemos cumprir o nosso dever legal. Mesmo assim, continuamos a contribuir para o aperfeiçoamento do sistema, ainda que o equilíbrio das forças dentro da Agência Nacional fosse desigual, como já foi denunciado.

Na busca desse aperfeiçoamento, estamos, há muito, alertando que a fragilidade do médico dentro do sistema se transmite em uma correia de ação contra o paciente. Se a lei protege o paciente, e não o protege de todo, este é atingido nos seus direitos de modo oblíquo quando o médico fica desprotegido e à mercê das operadoras.

Na tríade atual – médico, paciente e operadoras –, a fragilidade manifesta na relação médico-operadora desestrutura todo o sistema e o prejuízo recairá, inapelavelmente, sobre a parte mais fraca: agora, não apenas o paciente, mas também o seu novo companheiro de infortúnio e exploração, o médico.

Tentamos impedir que o rolo compressor desse comportamento passasse por cima do médico e do paciente. Com a edição da resolução do CFM nº 1.616 deste ano, esta resolução procura trazer o mínimo de segurança ao sistema ao impedir o descredenciamento justificado.

Mais uma vez, precisamos sair na frente, pois a parceria exaustivamente proposta à Agência Nacional de Saúde Suplementar não obteve a resposta num tempo certo, vindo somente agora o tema a ser motivo de pauta nessa agência. Tal descompasso soa estranho, principalmente quando outras áreas do governo desenvolvem conosco parcerias efetivas, à exemplo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, com a política dos genéricos e com a regulamentação e fiscalização do atendimento pré-hospitalar, apenas para dar dois exemplos.

A resposta à mão estendida foi uma medida provisória que teve como primeiro ato retirar dos conselhos o poder fiscalizador sobre as operadoras e, como segundo gesto, fragilizar ainda mais os médicos e pacientes ao criar planos com mecanismos bloqueadores e cerceadores dos direitos duramente alcançados.

Agora estamos aqui, na Casa do povo, no local onde o clamor da sociedade deve encontrar eco, onde o espaço democrático, este que estamos conquistando, se não é garantia da construção de uma legislação justa, pelo menos nos traz a esperança de lutar um bom combate.

Essa era a mensagem que tínhamos reservado para este momento. Contudo, aprendi há muito tempo, que pior do que uma mentira é uma meia-verdade e que meia-verdade não pode ser aceita sem nenhum tipo de resposta. E algumas meias-verdades foram ditas aqui.

Neste momento, com certeza, sem me arvorar de uma representação que poderia não possuir, quero dizer o que todos os médicos nesta sala estão sentindo. Primeiro fato, foi imputado ao médico um ônus pelo qual ele não é responsável da forma como foi dito. Foi dito que o médico, com sua tecnologia e sua ciência, é o responsável por esse descalbro que está aí na gestão dos sistemas de saúde, sejam suplementares, sejam públicos.

Se isso não é uma mentira, é uma falta de compreensão da natureza das coisas. Meço os custos do meu ato profissional com uma outra régua. Estou procurando o doutor da Coordenação Regional do Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (Ciefas). Ainda não o encontrei por aqui, mas

essa mensagem é para ele. A régua que uso e que os médicos no Brasil utilizam é totalmente diferente da sua. Medir custo como quantia de dinheiro, essa não é a régua com a qual meço.

Essa ciência, que custa caro, que tem preço e que cada médico neste Brasil sabe que tem um preço, sabe da sua responsabilidade e dela não foge, foi que possibilitou um homem que ia viver 35, 40 anos a viver 70, 75 anos. Esse é o custo. O custo deve ser visto ao contrário: as pessoas morriam numa dimensão inaceitável e se hoje estão vivas é porque essa ciência médica contribuiu para isso. Não verificar o custo, sob essa perspectiva, é dizer pelo menos uma meia-verdade.

**A DRA. LÍGIA BAHIA**

Dr. Edson, por favor, o senhor pode ir concluindo sua intervenção?

**O DR. EDSON OLIVEIRA**

Estou concluindo.

**A DRA. LÍGIA BAHIA**

Obrigada.

**O DR. EDSON OLIVEIRA**

Isso não pode ser dito nesta Casa sem que tenha uma resposta. Isso é jogar sob o ônus da Medicina e dos médicos brasileiros uma responsabilidade que não é sua, a não ser a responsabilidade do sucesso, e, com essa, temos, com a nossa humildade profissional, a certeza de que contribuimos de forma positiva.

Para encerrar, eu queria contar uma história para todos aqueles que comungam com o companheiro que ainda há pouco se manifestou dessa forma, que traduz o que pensamos daquele exemplo. Farei uma pequena parábola sobre o que foi dito.

Era uma vez um cidadão que tinha um sonho de ter assistência médica, assistência à saúde digna, completa, sem mentiras, e esse cidadão paga pelo seu sonho. Para realizar esse sonho, ele solicita o trabalho de um médico e vai embora depois do trabalho que o médico prestou. O vendedor do sonho, que não sonhou,

que não trabalhou, mas que já recebeu tudo o que tinha que receber pelo sonho dos outros e pelo trabalho dos outros, agora quer fugir às suas responsabilidades, com um sonho falsamente vendido.

Muito obrigado. *(Palmas)*

**A DRA. LÍGIA BAHIA**

Eu queria agradecer a brilhante exposição do Dr. Edson e saudar a proposta que traz da realização da parceria do Conselho Federal de Medicina com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a fiscalização do setor de assistência médica suplementar. Acredito que essa é uma proposta importante que está sendo trazida ao plenário, que deve ser anotada.

Passo a palavra, então, ao Dr. Cláudio Chituzzi, representante da Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas (Abraspe).

**O DR. CLÁUDIO CHITUZZI**

Boa tarde a todos, já é quase boa noite. Represento aqui a Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas (Abraspe). Eu gostaria de fazer duas pequenas ressalvas, talvez como intróito do que conversaremos.

Há duas distinções que se fazem importantes. Na autogestão, não vendemos planos de saúde. Na verdade, compramos serviços e os disponibilizamos aos usuários. Essa distinção é importante, porque vai ao passo seguinte: a autogestão não visa ao lucro. Ela disponibiliza serviços aos usuários, mediante um plano desenhado de comum acordo com as empresas que patrocinam os planos e seus empregados. Notadamente, os sindicatos acabam desenhando, costurando seus modelos.

O que nos deixa bastante à vontade é que a autogestão tem ampla cobertura desde seu nascedouro. Não foi necessária a introdução de uma nova legislação para dizer à autogestão o que ela deveria oferecer em termos de assistência médica para os beneficiários; ao contrário, fomos buscar no mercado algo que os outros modelos vigentes não eram capazes de oferecer ao custo do que temos hoje. Houve vantagem nesse

sentido. Pelo mesmo preço, conseguimos agregar uma cobertura que até então não tínhamos. Talvez seja essa a maioria das decisões das empresas quando optam pelo modelo de autogestão.

Dito isso, e até para falar um pouco quando tratamos do tema do direito dos consumidores, vou focar um pouco os problemas da autogestão, que talvez também sejam dos outros modelos. Não temos muitas informações e elas não são transparentes. Hoje o consumidor tem enorme dificuldade para interpretar esse emaranhado que aí está. Mesmo sem essa regulamentação, ainda nos penitenciamos pela nossa falta de transparência com nossos usuários. É difícil uma comunicação muito clara que deixe absolutamente transparente para nossos usuários qual o alcance, direito, cobertura, abrangência, até onde ele pode ou não. Isso tem sido um trabalho de formiguinha, tanto nas áreas de recurso humano das empresas, nos sindicatos, nas próprias empresas que atuam.

Salvo algumas exceções dentro da autogestão, não há sistemas de mecanismo de regulação, de acesso ao sistema. Hoje o usuário recebe uma carteirinha, um manual, e utiliza os serviços que estão disponíveis na rede. Por um lado, é bom; por outro, não. Vocês podem imaginar nosso grau de dificuldade, quando o usuário não consegue utilizar adequadamente o serviço.

Também nos ressentimos da falta de educação em saúde. O usuário não sabe utilizar adequadamente o sistema. Isso é outro problema que acaba redundando lá na frente. As decisões que temos tomado – não acredito que sejam diferentes nos demais modelos – são um pouco reativas. Baseiam-se um pouco na função finanças – o que eu posso, até onde eu posso – e também na obediência às leis que vêm emergindo e estamos buscando acompanhar da melhor forma possível.

Outra coisa que consideramos nociva ao sistema é que a remuneração dos serviços é feita com base na doença e não na promoção de saúde e prevenção. Isso é reativo. Consideramos ruim para o sistema. Com isso, temos tido uma evolução crescente dos gastos. Não conseguimos controlar isso historicamente. Os gastos sobem numa proporção bem distinta da inflação mé-

dia do País. Há um desperdício dos recursos oferecidos, isso quando o usuário não sabe utilizar ou mesmo quando há conivência ou má utilização por prestadores. Os recursos são, portanto, escassos e, quando mal empregados, acabam levando ao crescimento dos custos. Com isso, há insatisfação dos consumidores e vem a pressão das empresas, sindicatos e usuários. Ao longo das discussões que vínhamos travando desde a época da regulamentação, talvez até antes, notamos insatisfação por parte da classe médica, com justa razão. Desde 1997 – parece-me –, estamos com o mesmo coeficiente de remuneração, e isso não é bom para o sistema.

Falta de informação sobre o desempenho do setor. Temos uma dificuldade enorme de fazer um balizamento e saber se estamos no caminho certo, se estamos fora, se estamos dentro das possibilidades. Novas tecnologias são incorporadas, mas nem sempre geram o benefício esperado, e também incorporam custos ao sistema – incorporam benefícios, mas introduzem custos.

Entendemos que há alguma coisa por ser feita. Essas reflexões todas nos levam a uma conclusão: temos de fazer algo para melhorar o sistema; temos de agir sobre o sistema para que ele possa se sustentar. Não é possível apenas agir reativamente nem só reclamar dos custos, tampouco do usuário, e não fazer nada para mudar o sistema.

Imaginamos que é preciso aumentar a transparência em todos os níveis. É necessário ter como missão a saúde e a qualidade de vida e não uma medicina meramente curativa.

Investir em promoção de saúde, para nós, é fundamental. Nem todas as empresas conseguem ou podem fazer isso. Investir na educação do usuário é algo que temos feito bastante, para deixar claro o que ele pode e o que ele não pode, a que ele tem direito, o que ele deve buscar, até onde ele pode ir.

Outra coisa que achamos interessante é a interação que temos com as próprias concorrentes, o que vem no bojo dessa regulamentação. Já faz 5, 6 anos que participamos de mesas de debates promovidas no âmbito do governo para a regulamentação, e temos encontrado

ressonância, uma boa interação com outros segmentos, que passam a nos dar informações sobre como estão operando, para poderem também se situar.

Outro assunto que achamos interessante é o investimento nas pesquisas de informação. Temos atuado também no âmbito de pesquisas com a Fipe (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas) de São Paulo, no intuito de obter indicadores de saúde que possam nos dar um balizamento, nos ajudar nisso.

Ainda dentro do que é necessário fazer, precisamos estabelecer novos relacionamentos com prestadores, uma relação de ganho. Temos tido, no próprio debate, uma série de posicionamentos em que existe animosidade, que acho absolutamente infundada, referente à relação com os prestadores.

Nós, da autogestão, entendemos que o prestador é o principal responsável pela solução dos problemas dos nossos usuários. Existe, sim, uma distorção entre a alocação de recursos que se faz, que privilegia muito mais a máquina, muito mais a diagnose, do que aquele que efetivamente resolve problemas dos nossos usuários.

Aqui cabe uma ressalva, dentro da visão do que temos como autogestão, de que o médico é o maior parceiro que podemos ter. Se existem distorções – e existem, seguramente, de ambas as partes –, elas precisam ser eliminadas para que possamos ter uma convivência na qual os dois possam se sentir privilegiados na relação.

Compartilho da opinião do colega que acabou de se posicionar. Se o Dr. Eleuses estiver presente na plateia, há de lembrar que, há 4 anos, numa reunião na Fipe, tivemos exatamente esse posicionamento. Não sei se ele está presente.

Acreditamos que o compartilhamento da responsabilidade deve ser, evidentemente, entre o prestador, o usuário e o tomador do serviço, algo que reputamos fundamental. Estabelecer novos critérios de remuneração de saúde, voltados para a saúde, com a promoção da saúde, e não para o pagamento de serviços prestados para curar doenças. Sabemos que isso é um pouco utópico. Talvez possamos considerar que seja uma poesia. Mas, se não for assim, o sistema não suportará muito tempo.

Fixando um pouco o foco da palestra no tocante à fiscalização. Na autogestão, a fiscalização se dá em todos os níveis. Primeiro, pelas patrocinadoras que querem saber como está a alocação de seus recursos. Segundo, pelos próprios empregados, pelos sindicatos, que nos fiscalizam em todas as etapas do processo. Agora, evidentemente, eles também estão subordinados à nova legislação, que é bem-vinda, para a qual temos tido uma parceria e fornecido subsídios, mostrando abertamente qual é a nossa conduta e as nossas necessidades no intuito de melhorar o sistema.

O próximo, por favor.

Trata-se dos resultados que gostaríamos de atingir, qual seja, uma melhoria nos índices de saúde da qualidade de vida. Essa é uma busca permanente do sistema de autogestão, bem como a redução da morbidade/mortalidade, um aumento do índice de satisfação dos prestadores de serviços e usuários, melhoria do desempenho dos prestadores de serviço, o aumento da produtividade nas empresas, a partir do momento em que se consegue dar uma assistência que garanta a saúde dessa população, uma adequada alocação dos recursos do sistema com redução de gastos, se possível.

Neste caso, é uma nuance a adequada alocação dos recursos, privilegiando aquele que, efetivamente, resolve o problema e não tanto a máquina. Isso distorce muito os nossos custos. Gasta-se muito mais com diagnose que propriamente com o honorário do profissional médico. Esperamos que, com isso, se reduzam as reclamações e que se possa melhorar a imagem do setor como um todo.

Dentro do que o tempo nos permite, ressalto a importância do momento em que vivemos. Se ainda não atingimos o ideal, a nossa esperança é que possamos estabelecer um novo patamar de assistência e de relação entre todos os segmentos do setor.

Muito obrigado. *(Palmas)*

#### **A DRA. LÍGIA BAHIA**

Gostaria de também agradecer e parabenizar a exposição do Dr. Cláudio, não falarei o sobrenome para não errar, dizendo que ele traz também uma contribuição

muito importante que é o ponto de vista da importância da intermediação também, não somente das operadoras com as prestadoras de serviço, mas das operadoras com as empresas empregadoras. Isso demonstra a complexidade do segmento da assistência médica suplementar, a importância de se estender a agenda da regulamentação e torná-la muito mais abrangente nesse processo de aprimoramento da regulamentação.

Passo a palavra à Dra. Maria Stella Gregori, representando a ANS, Diretora de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

#### **A DRA. MARIA STELLA GREGORI**

Antes de iniciar a minha apresentação, eu gostaria de fazer somente uma consideração a respeito do que o Dr. Pasqualotto suscitou como uma polêmica da legislação, que foi a retirada do art. 19, da Medida Provisória. O art. 19, da Lei nº 9.961, volta à redação anterior da lei. Portanto, ele não precisou ser reeditado na medida provisória. É somente a título de esclarecimento, para não haver nenhuma dúvida.

Bom, é um prazer estar presente neste fórum de discussão, neste painel sobre fiscalização, defesa do consumidor e direito à saúde, que tem muita relação com a minha trajetória profissional e com as atividades que tenho procurado exercer em conjunto com os demais diretores da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Acredito ser importante iniciar, dizendo que aceitei ser diretora da Agência Nacional de Saúde Suplementar, porque entendi o convite do Ministro José Serra como uma oportunidade de aprofundar os avanços da Lei nº 9.656, de 1998, quando S. Ex<sup>a</sup> liderou inédita transformação do setor de saúde suplementar, assegurando a participação nos debates dos mais diversos setores da sociedade.

Hoje mesmo, pela manhã, S. Ex<sup>a</sup> ponderou que antes da chegada dele ao ministério não existia no Ministério da Saúde nenhum departamento que cuidasse desse setor.

Atendi ao chamado do Sr. Ministro de Estado da Saúde, porque sendo, como os senhores sabem, como

V. Ex<sup>as</sup> sabem, originária do setor consumerista, cuja importância está em franco crescimento no Brasil, compreendi que ao lado das conquistas alcançadas com a lei que disciplina a saúde suplementar, também era grande a necessidade de se realizar ainda avanços para o País nessa área. Portanto, era importante colaborar nesse processo. É o que tenho buscado fazer no meu mandato.

As agências regulatórias, sem dúvida nenhuma, impõem a todos nós um desafio instigante na medida em que pretendem atuar ao mesmo tempo no desenvolvimento da competitividade dos setores onde há forte presença da iniciativa privada e proteger os interesses dos consumidores contra os efeitos perversos dos princípios financistas, próprios desses mercados privados. Nesse sentido, essas agências têm a tarefa de assegurar que a atividade desempenhada por agentes do mercado não se oriente apenas por critérios exclusivamente financeiros, mas também leve em conta critérios globais de sustentabilidade econômica e social. E isso passa, necessariamente, pela promoção do desenvolvimento da justiça e da solidariedade.

No caso específico da Agência Nacional de Saúde Suplementar, cujo impacto social é de grande magnitude, essa preocupação se reveste, com maior razão, de um caráter público não estatal, porque se de um lado a preocupação da ANS deve se voltar para regular o investimento no setor de saúde privada, de forma a assegurar a complementaridade entre oferta pública e privada dos serviços de saúde, de outro, é de suma importância que a atividade regulatória fomente a ampliação do investimento e da oferta dos serviços de assistência à saúde.

Não tenho dúvida de que, para exercer essa missão tão complexa, a participação do cidadão, das entidades e órgãos de defesa do consumidor, das representações de classe, das corporações médicas, enfim, dos diversos setores desse mercado é fundamental para que a nossa atuação regulatória reflita, com equilíbrio, esse mosaico de interesses.

O Código de Defesa do Consumidor é um bom exemplo de como o debate e o diálogo são saudáveis,

pois foi de um processo amplo de discussão que emergiu uma legislação moderna que revolucionou as relações de consumo no País, tanto no que diz respeito ao exercício da cidadania pelo consumidor, quanto às próprias empresas que cada vez mais oferecem serviços visando à participação e à proteção do consumidor e dos bens e serviços que produzem.

O debate, hoje, não é mais a afirmação do consumidor. Isto, penso que já se alcançou. O desafio, agora, é melhorar o grau de qualidade desse reconhecimento, isto é, convencer as empresas de que o consumidor quer respeito e eficiência. E isso passa por respostas rápidas; atendimento diferenciado; o máximo de informações sobre o produto que pretende consumir; a segurança dos seus dados pessoais, quando necessários para a realização dos negócios. Enfim, que as empresas honrem a imagem que passaram ou venderam para o seu cliente. Esse parece ser o foco do esforço que deve ser empreendido.

Feita essa breve introdução, gostaria de aproveitar a oportunidade para apresentar a V. Ex<sup>as</sup> o Projeto de Fiscalização da ANS, que está sendo desenvolvido no âmbito de sua Diretoria de Fiscalização e cujas responsabilidades me cabem coordenar.

O modelo de fiscalização da ANS está sustentado, basicamente, por dois pilares: os programas Cidadania Ativa e Olho Vivo. Esse modelo prevê a participação dos usuários, visa ao estímulo do exercício da cidadania e prima por uma função pedagógica com a finalidade de manter a conduta do Setor de Saúde Suplementar, em conformidade com a legislação e regulação pertinentes. O foco do primeiro está nas demandas do consumidor usuário e do segundo nas atividades das operadoras.

Resumidamente, o Programa Cidadania Ativa reúne as atividades voltadas para o atendimento direto e individualizado ao consumidor de planos privados de assistência à saúde, além de disseminar informações e dados que estimulem o exercício da cidadania, a participação do cidadão na defesa dos seus direitos, a defesa da concorrência e a transparência do mercado.

Para facilitar o acesso dos consumidores à Agência Nacional de Saúde e agilizar o encaminhamento de

suas demandas, inauguramos, no dia 16 de julho deste ano, um serviço gratuito de call center, o Disque-ANS, que é o 0800-7019656, com funcionamento de segunda-feira à sexta-feira, das 8h às 17h, abrangendo todo o território nacional. É um canal de acesso direto que os usuários da ANS, especialmente os consumidores de planos privados de saúde, terão para encaminhar suas demandas, as consultas ou as denúncias.

O Programa Cidadania Ativa é mais um dos mecanismos da ANS na consolidação de sua missão institucional de promover os direitos dos usuários das operadoras de planos privados de assistência à saúde e regular suas relações com prestadores e consumidores desse setor e assim contribuir para o desenvolvimento e melhoria dos padrões de saúde do País.

Entretanto, é importante realçar que as múltiplas formas de atendimento previstas para o Cidadania Ativa, onde o Disque-ANS é apenas uma delas, não está focado na solução de problemas específicos do consumidor, próprios da competência dos Procons. Trata-se daquilo que também já foi dito pela manhã pelo Ministro José Serra: a Agência Nacional de Saúde não é um órgão específico de defesa do consumidor, ou seja, ela não vai resolver o problema individual do consumidor, mas sim, direcionada a estimular a participação da cidadania, e vamos trabalhar mais no aspecto coletivo.

Nossa intenção, com esse programa, é fazer de cada usuário um agente, parceiro das nossas atividades de controle, fiscalização e melhoria do setor, ajudando a ANS a exercer sua missão de forma equilibrada e justa. Assim, tanto o Disque-ANS como os demais mecanismos de acesso – telefone, fax, e-mail e atendimento pessoal – são, antes de tudo, uma estratégia de comunicação, uma forma nova de o nosso usuário se relacionar conosco e, a partir desse relacionamento, gerar valor para ele e para a solução dos problemas do setor. Também tem o objetivo de fazer com que as informações cheguem à ANS para que ela possa exercer cada vez mais e melhor sua função regulatória e fiscalizatória para assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde as coberturas garantidas pela Lei nº 9.656, de 1998, e a continuidade dos serviços por

eles contratados; evitar abusos na fixação de preços e produtos; dar transparência ao setor, garantindo o seu desenvolvimento e integração com o SUS; garantir que as operadoras e prestadoras de serviços de assistência à saúde suplementar exerçam suas atividades em conformidade com a lei; e criar um ambiente de concorrência e qualidade que deixe os consumidores desses serviços mais satisfeitos.

O Cidadania Ativa desenvolve-se, fundamentalmente, nos núcleos regionais de atendimento e fiscalização, baseados nas capitais de oito estados que, por sua vez, têm jurisdição sobre as unidades estaduais de fiscalização, espalhadas em outras dezenove capitais, o que permite à ANS atuar em todo o território nacional. Está previsto, também, o estabelecimento de parcerias com os Procons e entidades civis de defesa do consumidor, com a interveniência da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça, com vistas à possibilidade de encaminhamento mútuo e concomitante dos assuntos de competência de cada uma das entidades, com a finalidade de fortalecer o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor.

O outro programa, a que chamamos de Olho Vivo, é um modelo de fiscalização pró-ativa que compreende um conjunto de ações e procedimentos contínuos e sistemáticos de fiscalização nas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Diferentemente da fiscalização reativa inserida nas atividades do Cidadania Ativa, e que é sempre motivada por uma demanda específica de consumidores sobre a ocorrência de fato determinado, a fiscalização que será exercida pelo Olho Vivo fundamenta-se na convicção da necessidade de uma ação fiscal permanente e ampla, o que significa, na prática, que toda operadora poderá, a qualquer momento, ser fiscalizada para a verificação do cumprimento da legislação aplicável ao setor.

A própria denominação Olho Vivo quer traduzir a idéia de constante visualização da ANS quanto ao funcionamento das operadoras, utilizando-se da fiscalização como um instrumento efetivo que assegure o cumprimento da função regulatória da agência.

A característica principal do programa é o fato de ele estender a fiscalização a todas as disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação em uma mesma ação fiscalizatória, o que significa superar o aspecto pontual das ações fiscais.

O objetivo do Olho Vivo é, então, estabelecer uma tendência de efetivo cumprimento da lei por parte das operadoras e, conseqüentemente, do número de demanda por fiscalizações reativas que em longo prazo devem se tornar residuais, na medida em que a presença sistemática da fiscalização pró-ativa reveste-se de uma função pedagógica, fazendo com que as operadoras busquem, cada vez mais, adequar-se à legislação do setor.

Nesse sentido, dentre as atividades do programa, somam-se as funções de conhecimento das condições gerais de funcionamento das operadoras, de checagem e realização de testes específicos destas condições e de orientação e prevenção quanto aos possíveis riscos de descontinuidade da assistência.

Assim, podemos resumir que os benefícios diretos esperados do programa são: adequação das condições de funcionamento das operadoras e do oferecimento dos produtos aos padrões legais previstos, considerando-se a legislação vigente; as normas e princípios aplicáveis e os parâmetros adotados pela ANS; e a redução progressiva do número de denúncias de consumidores de planos de saúde.

A implementação do programa requer a adoção de um critério para seleção das operadoras a serem fiscalizadas que permita uma probabilidade predefinida, mesmo que diferenciada, para que qualquer operadora, em funcionamento no país e registrada na ANS, possa ser fiscalizada, levando-se em conta as especificações de cada segmento do mercado. Para isso, o Programa Olho Vivo valer-se-á dos fluxos de informação internos e externos da ANS e da utilização de indicadores, que através de uma metodologia e modelos estatísticos, construídos especificamente para fiscalização, servirão como base para os critérios de amostragem que irão orientar a programação de trabalho desta fiscalização.

A título de ilustração da ação de fiscalização da ANS, nesse breve ano de instalação, gostaria de projetar um quadro-síntese que reflete bem o que temos realizado e que demonstra a nossa ação efetiva na direção de se alcançar um mercado mais saudável e um consumidor mais satisfeito. Inauguramos o Disque-ANS no dia 16 de julho, há 40 dias, e já recebemos 9.588 ligações, ou seja, fizemos 9.588 atendimentos, sendo que 9.097 foram consultas dos consumidores usuários e 491 foram denúncias, ou seja, denúncias que demonstram indícios de infração à legislação, no período de julho a agosto de 2001. Os outros meios como, por exemplo, carta, fax, *e-mail* pessoal e Disque-Saúde, porque antes do Disque-ANS estávamos utilizando o Disque-Saúde, do Ministério da Saúde, e o período que temos computado abrange janeiro de 2001 a junho de 2001, quando foram realizados 10.963 atendimentos: 3.770 denúncias e 7.193 consultas.

Portanto, percebemos que o consumidor demonstra estar carente de informações. Pelo Disque-ANS, percebemos que ele está demandando informações sobre os planos, empresas etc., e as denúncias abrangem 5% e, no caso abaixo, 40% em relação às consultas. Esses são os dados de atendimento ao consumidor.

Agora, os dados das nossas ações de fiscalização de janeiro de 2000 a julho de 2001: tivemos 10.048 ações de fiscalização, sendo que 3.575 foram arquivadas, ou seja, eram casos improcedentes e houve reparação espontânea das operadoras; existem 4.672 casos em diligência, foram lavrados 1.801 autos de infração, sendo que 846 estão em análise e 955 já foram julgados. Em primeira instância, quem julga esses processos é o diretor de fiscalização e, em grau de recurso, a diretoria colegiada.

Os principais assuntos denunciados nesses processos de fiscalização são os seguintes: 48,31% de reajuste indevido; 12,31% de produto sem registro; 8,03% de negativa de cobertura; 6,50% operadora sem registro; 3,70 rescisão e suspensão de contratos e outros assuntos: 21,15 que são assuntos menores do que 3,70%.

Já visitamos, já fiscalizamos mais de 1.232 operadoras, ou seja, já entramos em 44,52%, em um ano de

atuação. Dos 955 casos que já foram julgados, 136 foram julgados com multa pecuniária, que já aplicamos R\$2.476.200,00 de multas. Um auto revogado, 37; com cancelamento de registro e produto, 775; com advertência, 2; indeferimento de pedido de rescisão unilateral de contrato, 5; e deferimento de pedido de rescisão unilateral de contrato não houve nenhum.

Portanto, não gostaria de concluir sem antes lembrar que o setor de planos privados de assistência à saúde, até o advento da Lei nº 9.656, de 1998, não tinha nenhum controle por parte do Estado. A necessidade de atuar no desenvolvimento dessa atividade, ampliando a competitividade e, ao mesmo tempo, protegendo o consumidor, constitui o grande desafio da ANS. Daí encarmos, na diretoria de fiscalização, a importância de se imprimir à ação fiscalizatória um caráter moderno e inovador, que terminou por inspirar a concepção dos dois programas, sinteticamente apresentados aqui.

O que se buscou foi não restringir a fiscalização apenas a uma função punitiva, como castigo para o infrator, mas projetá-la também como instrumento de importante transformação na conduta dos agentes desse mercado. A convicção é que, depois de implantados esses dois programas, não só o consumidor saberá definir melhor quais são os seus direitos, como também terá contribuído para ampliar a competitividade do setor e para estabelecer um novo padrão de conduta das operadoras, tanto no que diz respeito a uma maior aderência às normas quanto a práticas que respeitem o consumidor.

Estamos tentando construir algo que, certamente, poderá ser melhorado no futuro, mas que é um começo definitivo, quando não havia nada e tudo estava por ser feito, para se enfrentar e superar os inevitáveis conflitos de interesse entre os vários setores desse mercado e, ao mesmo tempo, maximizar a produção de bens e serviços de saúde, a partir de uma atuação participativa da ANS, que se deve expressar na ampla publicidade de decisões, no exercício do direito de pleno acesso e no uso de estratégias coordenadas e coerentes que busquem para o setor a transparência e a estabilidade

de regras justas e eficientes.

Muito obrigada. (Palmas)

#### A DRA. LÍGIA BAHIA

Quero pedir desculpas, evidentemente, o tempo foi extrapolado, mas acredito que tenha sido importante a apresentação. Foi um problema de coordenação da Mesa, mas, ao mesmo tempo foi a oportunidade de apresentação do Programa de Fiscalização da ANS que, acredito, possa contribuir para enriquecer o nosso debate posteriormente.

#### O DR. ( )

Convidamos, agora, os integrantes da Mesa anterior – Coberturas, Modelos Assistenciais –, Lynn Silver, representante do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor; o Presidente da Associação Médica Brasileira, Eleuses Vieira de Paiva; o Presidente do Comitê Integrado de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde, Ciefas; e o Diretor de Normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, João Luís Barroca, para tomarem assento à mesa, para que possamos passar a responder às perguntas que foram encaminhadas.

#### A DRA. LÍGIA BAHIA

Começarei, inclusive, lendo algumas perguntas. A primeira pergunta, para a Dra. Maria Stella, para não perdermos, digamos assim, a oportunidade de o assunto estar em pauta.

*“Dra. Maria Stella, por que a ANS não percebe a importância dos registros das empresas de planos de seguro e saúde junto aos conselhos com uma prevenção e fiscalização para uma parceria nos seus programas Olho Vivo e Cidadania Ativa e para um efetivo exercício dos Conselhos de Medicina?”*

Esta pergunta é formulada por René Patriota, da Associação dos Docentes de Recife.

#### A DRA. MARIA STELLA GREGORI

Considero de suma importância o registro das operadoras nos Conselhos Federais de Medicina, Conselhos

Federais de Odontologia; inclusive, esse artigo voltou à Medida Provisória 43. Ele tinha sido retirado, e os senhores podem perceber que voltou.

#### A DRA. LÍGIA BAHIA

Vamos intercalar algumas perguntas. O Diniz está presente? Perguntas dirigidas ao Presidente do Ciefas:

*“O senhor não acha que o final da história correta seria: o financiador pagou pelo que não pediu e não comeu. Porém, antes diminuiu a quantidade de comida e azedaram os ingredientes?”*

Tem um bloco de perguntas no mesmo sentido. Vou pedir licença aos formuladores das perguntas, porque acredito que o Diniz possa respondê-las em bloco.

*“Dr. Diniz, a cultura da operadora é ganhar dinheiro do usuário, não autorizar procedimentos nem pagar médicos. Conhece algum plano sem médico?”*

Ricardo, da Confederação Médica Brasileira.

*“Dr. Diniz, quem é o financiador? No SUS, somos todos nós com nossos impostos, CPMF, taxas, etc. Nos planos de seguro, o financiador é o usuário. O almoço não é de graça. Já vi que, no caso do Ciefas, os médicos não têm nenhum valor, a não ser como contribuição.”*

*“Concordo plenamente com a sua fala. Acredito sinceramente que saúde não tem preço, mas tem custo. Portanto, será que a retomada do médico regulador para facilitar o acesso com equidade não seria o caminho para a organização de um novo modelo assistencial?”*

Sônia, Cesab.

Essa pergunta é num outro sentido. É bom porque já estamos apresentando, inclusive, a polêmica, para que ele possa enriquecer a resposta.

Esta é uma pergunta do Sindieletro de Minas Gerais para o Diniz também:

*“O senhor acredita que os planos de autogestão ao abrirem a participação de agregados dos titulares estarão trazendo benefício à comunidade, ou seja, ofe-*

*recendo um plano melhor, mais barato e uma boa concorrência para o mercado?”*

*“Depois dos elogios que ouvimos na abertura, esperei atentamente as informações do Ciefas sobre saúde suplementar; ouvi apenas algumas palavras sobre restaurantes. Aqui registro algumas correções da história que nos foi contada. O médico escolhe o tratamento em razão das necessidades do paciente. Esse é o primeiro ponto. Segundo ponto: não é nada claro”.  
Não consigo entender a letra.*

*“Terceiro: tem-se visto muita conta de restaurante ser pendurada.”*

Desculpe não conseguir ler o segundo ponto, mas acredito que o sentido esteja claro. É uma pergunta formulada por José Luiz Amaral, da Associação Paulista de Medicina.

Outra pergunta:

*“Vocês não acham que a falta de segurança extrema dos médicos em relação a sua liberdade de atuação, honorários insignificantes e possibilidade freqüente de descredenciamento também sejam prejudiciais aos pacientes e à saúde no seu todo? A ANS também não deveria atuar modulando isso?”*

Jorge, da Associação Paulista de Medicina.

Todas essas perguntas são para o Diniz, a quem passo a palavra.

#### **O DR. JOSÉ DINIZ DE OLIVEIRA**

Não imaginei que fosse causar tanta polêmica, sinceramente. Mas isso é bom. Nós precisamos conversar, debater alguns assuntos, com todas as letras, não necessariamente com passionalismo.

Represento 140 empresas de autogestão, e não é justo que, se provoquei alguma animosidade, que isso seja revertido para essas entidades.

Temos buscado entendimentos com a ANB e CFM para discutirmos as questões de saúde de maneira cooperativa, como eu disse. Infelizmente, o que ficou de

tudo o que eu disse – eu falava de cooperação e da necessidade de se buscar entendimento – foram somente as historinhas, que acabaram desviando a atenção do principal.

De qualquer forma, anotei aqui o que a Lígia leu rapidamente e vou tentar não fugir de nenhuma das questões colocadas.

Com relação ao final da história, se azedou a comida ou não, o fato é que represento um segmento de autogestão que procura ser ético não só na relação com os usuários, mas também na relação com os prestadores de serviço. Acredito que os médicos hão de reconhecer que, se nós temos problemas de glosa, se temos problemas de negativa de atendimento, não é com intuito de inibir ou cercear um tratamento. É porque nós administramos recursos de trabalhadores. Os trabalhadores são o aporte mais pobre do sistema. Nós temos que administrar bem esses recursos.

Também os médicos sabem, até muito mais do que eu que não sou médico, que em saúde o fato de gastar mais não significa bons indicadores; os recursos são mal alocados, a oferta determina a demanda. Ou isso não é verdade? Ou não é hora de discutirmos isso?

Então, a história vinha só esclarecer que as relações estão azedadas, inclusive com responsabilidade do financiador, sim, que tem também que se preocupar com a qualidade. Ele não pode ser passivo e só pagar a conta.

E isso é mudar o modelo assistencial. O modelo assistencial que nós procuramos mudar na autogestão é aquele que deixa de ser o meramente pagador da doença para, de fato, se responsabilizar pela saúde da população. Isso é muito mais difícil, inclusive, porque envolve mais riscos. E é isso que convidamos a classe médica a vir fazer conosco.

Podem ter certeza de que o que foi falado aqui, embora possa ter sido recebido de outra forma? e peço desculpas – é que vemos a categoria médica como peça chave, fundamental do sistema de saúde. Apenas quis dizer que todos nós temos responsabilidade nesse processo, e se ficarmos brigando, tentando pautar aumento do valor de consulta para, muitas vezes, resolver a ociosidade dos consultórios, nada acabará bem. Ou se ficarmos

discutindo por que as operadoras, querendo melhorar o seu desempenho, glosam atendimentos, essa discussão não nos fará chegar a um modelo melhor. Então, eu quis trazer essa reflexão, mas acho que não fui feliz; por isso, eu me desculpo.

Mas, voltando às perguntas que me foram colocadas: quanto à cultura do financiador de autogestão, posso afirmar que não é apenas ganhar dinheiro em cima da contribuição dos usuários. Posso garantir isso ao senhor pela própria natureza das autogestões que não objetivam lucro.

Não concordo de maneira alguma que os médicos não tenham valor. Já falei isso aqui. São os profissionais mais importantes do sistema.

Se tem se visto muito conta “*pendurada*”, lamento muito. Se forem contas ligadas a empresas de autogestão, contem comigo na cobrança delas, porque não admito que não se pague pelos melhores atendimentos.

Acho que os freqüentes descredenciamentos imotivados são prejudiciais, sim, aos usuários e também contrariam os interesses médicos. Mas não acho que uma entidade médica que não tem poder de legislar venha interferir numa relação que é prevista no Código Civil e que é amparada em contratos perfeitos, como costumam fazer as empresas de autogestão.

Acho ainda que, se há necessidade de se regular a oferta e a necessidade de demanda, não defendo a figura de um *gate keeper*; não defendo que se instituem sistemas com médico-porteiro, o médico meramente triador. Mas defendo, sim, o sistema apoiado em medicina da família, que passa a orientar melhor o usuário, para que possamos voltar a ter médicos que enxerguem o doente, e não apenas a doença, oferecendo um serviço que coleciona as informações de saúde das pessoas e as oriente nas suas necessidades de acesso à rede. A triagem leiga pode trazer muito benefício.

Esquecemos de falar em atrogenia clínica, nos malefícios causados pelos efeitos colaterais dos procedimentos necessários ao caso, como é o caso de grande parte dos exames apoiados em tecnologia, que pode trazer efeitos colaterais para os pacientes. Precisamos discutir esse tema. Se houver médicos que apenas tra-

tam de maneira segmentar os pacientes, esse sistema é pouco resolutivo e caro. Nós, os trabalhadores que represento, não podemos pagar. Não defendo apenas o médico regulador. Defendo o médico de família, o clínico geral, que conheça o histórico, porque as operadoras, no nosso entendimento, têm a obrigação de conhecer o histórico de saúde da população por ele assistida.

Por último, os planos de autogestão abertos são limitados na oferta de serviços. A Lei nº 9.656 limita o atendimento a parentes até 3º grau das pessoas assistidas pelos planos chamados naturais. A lei é injusta nesse aspecto. Sei que foi uma inclusão feita com a ajuda de um *lobby*, mas se pudéssemos levar a oferta de assistência à saúde administrada pelas autogestões para outras camadas da população, certamente mais trabalhadores seriam beneficiados de um modelo, repito, que não pretende ser melhor que os outros, que não pretende ser o máximo, mas que, com certeza, prima pela ética na sua relação com prestadores e consumidores.

#### A DRA. LÍGIA BAHIA

Gostaria de fazer uma pergunta para o Dr. Edson Oliveira. O tema é propício.

*“Qual é a responsabilidade ética do médico que, sendo conveniado a um determinado plano de saúde, prescreve ao consumidor um tratamento, um procedimento não coberto pelo plano?”*

Pergunta elaborada pelo Procon de Minas Gerais.

#### O DR. EDSON OLIVEIRA

O médico que age em uma situação dessa natureza tem que responder a apenas uma pergunta: se o procedimento por ele indicado é necessário para o perfeito atendimento de seu paciente. Se for necessário, indique e realize, porque o único compromisso do médico é com o bem-estar do paciente. Essa é uma das grandes questões que levamos para a ANS: as exclusões, a briga do rol, onde exclui. Isso cria problemas dessa natureza. Portanto, minha resposta é esta: se o paciente necessita do procedimento, o médico deve realizá-lo por dever ético e por compromisso com a sua profissão e com o bem-estar do paciente.

**A DRA. LÍGIA BAHIA**

Vou passar para uma pergunta conjunta para a Dra. Lynn e para o Dr. Elêuses:

*“A cobertura ampla, acesso livre aos prestadores, sem restrições a doenças ou lesões preexistentes ou carências, acesso livre a todos os procedimentos reconhecidos pelas sociedades médicas e preço controlado pela ANS, são esses os objetivos do Idec e da AMB? De onde sairão os recursos, os R\$90 bilhões citados pelo Sr. ministro? Até quando manteremos essa utopia?”*

A pergunta é de Valdir Zetel e foi dirigida às Vs.Ss.

Aproveitando, emendo uma pergunta para o Dr. Eleuses.

*“V. S. concorda com a supressão do parágrafo único do art. 2º da Lei nº 9.656, de 1998, que trata do referenciamento, e com a adição de um novo inciso no referido artigo, estipulando o credenciamento das pessoas físicas pelas centrais ou departamentos de convênios e a definição dos valores e da forma de remuneração do profissional por um processo coletivo de negociação?”*

*“O credenciamento coletivo deverá conter os seguintes princípios:*

- a) livre escolha do médico e demais profissionais de saúde pelos usuários pacientes;*
- b) o médico atenderá pacientes originários de qualquer plano de seguro privado de assistência à saúde. O senhor concorda também que essa proposta deva fazer parte dos anais deste simpósio?”*

Esta pergunta é da Presidente da Confederação Médica Brasileira, Erivaldêia Guimarães.

**O DR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA**

Dra. Lynn, primeira pergunta. Eu queria deixar claro que o grande desafio que temos hoje, aqui, é procurar um ponto de equilíbrio para que tenhamos um sistema que não seja fragmentado e segmentado, mas que seja amplo e viável. Penso que esse é o grande desafio.

Acho que já ficou muito claro para todos que não

vai ser através de medida provisória que vamos caminhar democraticamente neste país e inclusive resolver essa situação.

Vou defender uma tese no sentido de criarmos aqui uma comissão, com a participação de todos os segmentos envolvidos – consumidores, médicos, operadoras –, para que esses segmentos, que são os reais interessados nessa regulamentação, independentemente de haver alguns que tentam nos regular, sentem à mesa conosco, democraticamente, a fim de procurarmos pontos de equilíbrio em comum. Acredito que há modos de pensar diferentes, mas creio na nossa capacidade para encontrarmos saídas coletivas. Não tenho dúvida de que isso é mais transparente. Posteriormente, poderemos encaminhar essas propostas ao ministro, inclusive essa de fazer avaliações, para que tenhamos um projeto de lei mais transparente, mais próximo dos anseios de toda a sociedade e dos segmentos envolvidos nesse setor.

Com relação à segunda pergunta da Dra. Erivaldêia, concordo plenamente com ela. Acho que teríamos um grande avanço e estaríamos resgatando algo que, infelizmente, perdemos nessas últimas décadas; ou seja, relação médico/paciente. Acredito que é extremamente salutar darmos ao usuário o direito de escolher o seu médico, de optar não por listas preestabelecidas, mas de procurar aquele médico em quem confia. Não tenho dúvida de que se essa medida parece, num primeiro momento, custar mais para as operadoras – gostaria de discutir isso depois, se tivermos oportunidade, num fórum específico –, não tenho dúvida também de que assim estaremos melhorando a resolutividade do sistema. Ao melhorarmos a relação médico/paciente, ao melhorarmos a resolutividade do sistema, talvez estejamos também, do ponto de vista dos recursos, viabilizando essa proposta.

Não me foi feita a pergunta, mas gostaria de cumprimentar a Ajasp. Nós sempre estivemos com a Ajasp, com a Abrasp. Entendemos que a idéia deve ser a da parceria. Conhecemos nossas divergências, mas podemos tentar caminhar juntos. Dessa forma é que poderemos superar os problemas. Gostaria de cumprimentar o colega da Abrasp pela citação. Obrigado.

**A DRA. LÍGIA BAHIA**

A primeira pergunta feita para a Dra. Lynn tem o mesmo sentido daquela outra pergunta compartilhada com vocês. Ou seja, nos últimos três anos, após a Lei 9.656, temos visto uma série sempre crescente do lado das operadoras para dar sustentação aos direitos, sempre ampliados, dos consumidores. Assim, assusta-nos observar uma série de MPs que estabelecem essas regras. Nunca se menciona de onde virão os recursos para fazer frente às nossas obrigações.

Pergunto, então: de onde os senhores acreditam que devem vir os recursos adicionais necessários para cobertura dessas obrigações sempre crescentes? Por que não são dados reajustes, conforme solicitado pelas operadoras, recebendo todas um mesmo índice, sem explicação da lógica desse número?

Vai haver uma mesa específica sobre o tema Regulação de Preço.

Se o mercado suplementar é, como se diz, tão ineficiente e imperfeito, a que se atribui a adesão de 40 milhões de usuários?

A senhora acredita no sistema com médico-porteiro, que seria opcional para o consumidor?

Existe a possibilidade de se aumentarem escandalosamente os preços dos outros planos, deixando o plano com médico-porteiro como única alternativa financeiramente viável para o consumidor?

É a pergunta do Mozart Abelha, membro da Câmara Técnica de Cirurgia do Conselho Federal de Medicina.

A última pergunta para a Dra. Lynn é do Conselho Federal de Odontologia:

*“1) Como a senhora vê a retirada inexplicável da odontologia desses planos?”*

*2) A exclusão da odontologia dos planos de referência não onera o consumidor, que terá que firmar um contrato com dois planos para que se possa obter assistência integral à saúde?”*

**A DRA. LYNN SILVER**

Acho que vou começar em ordem inversa, com a resposta mais fácil, ao colega do Conselho de Odontologia.

Realmente, o Idec e muitas outras entidades se opuseram na Câmara de Saúde Suplementar à retirada da odontologia do Plano Referência. Inicialmente, foi justificado que as empresas não teriam a infra-estrutura para prestar essa assistência no período imediatamente após a aprovação da lei.

Nós até entendemos alguma demora eventualmente, mas a retirada de vez desse aspecto importante da assistência, particularmente a odontologia preventiva, consideramos, mais uma vez, um exemplo de como a regulamentação posterior cortou proteções que foram estabelecidas pela Lei nº 9.656, aprovada aqui no Congresso. Então, realmente, concordamos com o colega da odontologia.

A segunda pergunta foi sobre o sistema de médico-porteiro e se o mercado não tenderia a tornar esse sistema obrigatório, mediante uma política de preços que faria com que as outras alternativas fossem muito mais caras, obrigando os consumidores a optarem pelos planos gerenciados ou planos de acesso, o que a gente chama de médico-porteiro. Acredito que sei exatamente o que iria acontecer, como vemos hoje no mercado, que o plano de referência ficou com um preço bem mais elevado, tendendo a forçar os consumidores para planos mais restritos.

Acredito que será isso o que acontecerá. Quanto mais se abre o mercado para segmentações cada vez mais restritivas ou mecanismos de regulação mais draconianos, cada vez a política de preços vai tender a forçar os consumidores para essas opções. Por isso queremos realmente a maior competição do mercado possível em torno do plano de referência. Essa sempre foi a nossa posição. Depois vem a pergunta de onde virão os recursos para as obrigações crescentes.

Primeiro, diria que não estou vendo obrigações crescentes. Ao contrário, estou vendo obrigações decrescentes. Ou seja, houve a aprovação da lei em 1998, que estabeleceu...

**A DRA. LÍGIA BAHIA**

Só um momento. Isso é um debate. A Dra. Lynn é convidada do Conselho Nacional de Saúde do Senado para

expor e vai expor com toda liberdade do direito de expressão que está garantido neste simpósio. *(Palmas)*

#### **A DRA. LYNN SILVER**

Obrigada, Lígia. Realmente houve uma especificação de obrigações bastante clara, com a Lei nº 9.656, de 1998, quando já entendíamos que muitas dessas obrigações já existiam no Código de Defesa do Consumidor, mesmo antes da aprovação da lei, mas tudo bem, podemos dizer que, a partir de 1998, houve um aumento de obrigações, dependendo da interpretação jurídica.

Depois disso, não houve aumento. Ao contrário, algumas regulamentações até chegaram a retirar algumas obrigações, como citei na minha palestra anteriormente.

Analizamos, por exemplo, uma das questões que não sabemos que é quanto custa atender um paciente nesses termos no Brasil. Tínhamos alguns poucos dados da autogestão, que sugeria ser possível no Brasil atender a populações de usuários com relativa decência em planos integrais com preços que eram bem aquém daqueles praticados por muitas operadoras. Mas justamente uma parte muito importante da informação, que faz falta para regular os preços, é esse conhecimento de quanto está custando para atender a população. Acredito que isso deve avançar com a agência.

Estamos com uma posição dentro da agência da necessidade absoluta de transparência e de acesso público às questões de custos e planilhas que vão orientar a política de regulação de preços, porque se for para ser mais uma caixa preta, como era o Ministério da Fazenda, não vamos ter nenhum avanço na transparência de regulação econômica desse setor.

Estou refletindo sobre os comentários do Dr. Diniz e assino embaixo de muitas das coisas que ele falou. Acredito que há um tremendo uso inadequado de procedimentos e tecnologias médicas, mais ainda no setor privado, embora também exista no setor público, e que isso gera custos, gera perigos para o usuário, é ruim para os operadores públicos e privados e é ruim para o consumidor. Agora, nosso entendimento é de que a contenção desses custos tem que ser feita sobretudo mediante a educação, mediante as atividades de edu-

cação para uma boa qualidade da assistência médica, mediante a divulgação de informações corretas sobre qual o produto farmacológico, sobre quais são os testes de diagnóstico de uso apropriados nas diversas situações clínicas.

A experiência tem demonstrado que as operadoras buscam usar mecanismos de regulação indiscriminadas que não visem à boa qualidade da assistência, mas meramente à redução de custos, por isso que se opôs ao medir o porteiro como estratégia de redução de custos. Realmente, vêem-se operadores que estão cortando procedimentos, mas que nada fazem com uma taxa de cesárea de 80%, o que é, aliás, o mais comum entre as operadoras e que representam riscos reais aos usuários. Tem que conter custos, mas tem que melhorar a qualidade. Entendemos que a principal estratégia vai ter que ser educacional.

As últimas perguntas foram: se o mercado é tão onívor, por que tem 40 milhões de aderentes? Primeiro não tem, aparentemente, ou seja, os dados de cadastro da agência nacional não produziram, produziram vinte e poucos. Diria o seguinte: moramos no país dos dois brasis, moramos num país que teve uma longa tradição, como falou o Noronha, de clivagem no seio da sociedade e da assistência médica.

Anteriormente existia o INAMPS e os pobres, com a reforma sanitária criou-se uma proposta e um atendimento democrático à população. Mas o que aconteceu? O setor anteriormente atendido pelo INAMPS buscou migrar para uma outra fonte de assistência com padrão que seria percebido como de maior qualidade, como antigamente existiam os privilégios do sistema do INAMPS, que é o reflexo, realmente, da sociedade em que vivíamos, que é profundamente desigual. Acredito que o que estamos vendo nessa situação é o reflexo da desigualdade social brasileira. As pessoas estão aí porque o projeto do SUS ainda não está funcionando a contento. Acredito que no dia em que esse projeto estiver funcionando com maior padrão de qualidade, vamos ver migração contrária; justamente o que vemos em sociedades onde os sistemas funcionam bem, como no Canadá, que é um compromisso

realmente universal da população com o sistema público, que é o que eu gostaria de ver acontecer no Brasil.

#### A DRA. LÍGIA BAHIA

Bem, o encaminhamento que estamos dando, só para ser transparente, é o seguinte: estamos tentando alternar as respostas dos membros da Mesa e deixar para o final um conjunto de perguntas ao Dr. Barroca. Vou voltar agora a perguntar ao Dr. Diniz coisas de outra natureza.

A primeira seria o seguinte:

*“O corporativismo é regulamentado por uma lei específica, a Lei nº 5.764, de 1971, ao abrigo da Constituição. Por que os médicos não podem se organizar na forma de cooperativas de especialidades? Qual é o problema? As operadoras podem se organizar e os médicos não?”*

É a pergunta de Mário Fernando Lonjo, sindicato dos médicos de Pernambuco, da Sociedade de Medicina de Pernambuco.

A segunda pergunta:

*“Os planos de autogestão – é uma segunda pergunta de outra natureza, inclusive – estão ou não submetidos às regras da lei? As operadoras de autogestão estão dispensadas de submeter seus reajustes técnicos à ANS?”*

A Mesa solicita desculpa aos expositores, mas que se atenham a responder às perguntas, por favor.

#### O DR. JOSÉ DINIZ DE OLIVEIRA

Por coincidência, antes de ter a felicidade de poder atuar na área de saúde, militei no movimento corporativista dos funcionários do Banco do Brasil e conheço também a Lei nº 5.764, os primórdios do corporativismo e vejo no corporativismo uma das alternativas inclusive ao sistema capitalista neste país. Se pudéssemos reduzir a idéia do corporativismo numa idéia bem simples, seria o fato de as pessoas que têm problemas se reunirem para, conjuntamente, obter uma solução melhor a esses problemas.

Quando o cooperativismo vem associado, tem como objetivo cartelizar preço, como temos conhecimento aqui neste país e já que estou antipatizado perante o plenário médico, como é o caso das cooperativas anestesistas; isso é proibido pela Constituição, isso é abuso de poder econômico, isso é eliminação de concorrência, isso não pode ser aceito, ainda que organizados numa excelente idéia, que defendo, que é a idéia do cooperativismo.

Então, o problema é esse, porque se me uno para impor preço, estou agredindo uma lei da economia e prejudicando usuários.

As operadoras, quando se organizam, fazem-no para, conjuntamente, poder adquirir, em boas condições, preços, mas também não querem comprar preços de serviços médicos.

Quando fomos conversar com a CFM e AMB, reconhecemos que, hoje, dos grandes grupos de despesas da área de saúde, honorários médicos são uma parcela menor. Só que, por outro lado, temos um gasto excessivo e mal controlado, que também é demandado pelos médicos – tentei falar isso na minha sala –, com esse ADT que são os exames.

Então, vamos juntos construir uma forma de, sem deixarmos cair a qualidade da assistência, transferirmos essa renda, porque a renda é uma só. Não há como.

Talvez falte falar, neste plenário, quem está ganhando nesse sistema, se todo mundo está perdendo. Certamente, quem está ganhando são os produtores de tecnologia, assim entendidos os grandes maquinários, os grandes medicamentos. Outro dia, o ministro denunciou um laboratório que financiava uma ONG para entrar com uma ação contra as operadoras ou contra o governo, para que determinado medicamento pudesse ser comercializado a preços impagáveis para um país pobre como o nosso.

Penso que tem alguém ganhando e esse alguém está levando, inclusive para fora do País, a receita desse ganho e deixando nosotros aqui, pobrecitos, brigando entre nós.

Os planos de autogestão também estão submetidos à regra da Lei 9.656, apenas há tratamentos diferenciados.

Temos, dentro de autogestão, os planos chamados empresariais, que são regulados por meio de uma relação entre os trabalhadores e a empresa, e, normalmente, não são amparados, fazendo parte da política de benefícios da empresa. Os seus reajustes são pactuados, então, entre empresa e trabalhadores. Mas quando oferecermos algum outro tipo de plano para agregados, para os familiares não atingidos pelos planos naturais, esses, sim, quando há necessidade de reajuste técnico, temos que submeter à Agência Nacional de Saúde, que acompanha cada um dos reajustes aplicados.

#### A DRA. LÍGIA BAHIA

Queria passar, agora, para o conjunto de perguntas dirigidas ao Dr. Barroca, algumas, inclusive, estão acumuladas de uma Mesa anterior. Então, infelizmente, você vai ser o herdeiro desse patrimônio de muitas questões.

Primeira pergunta:

*“Dentro do modelo humanista ora exposto na Mesa – Coberturas e Modelos Assistenciais – e dos princípios de diretrizes norteadores do Sistema Único de Saúde, o que seria uma equipe de saúde mencionada na sua exposição e qual a atuação da mesma na área da saúde suplementar?”*

Barroca, tentei organizar por bloco, mas não deu certo, então vai dessa forma mesmo.

*“Nos planos de cobertura parcial, não estaríamos aumentando a interface entre o privado e o público, deixando o ônus para o setor público?”*

É a pergunta de Mozart Abelha, membro da Câmara Técnica de Cirurgia do Conselho Federal de Medicina.

*“O progressivo acesso a direitos da nova regulamentação dos contratos antigos, quando avaliados pelas operadoras, sobe muito o custo operacional do plano de saúde, tornando inviável ao usuário a mudança que se tem pensado para inibir o aumento abusivo?”*

Uma interpretação rápida da pergunta seria: a ampliação das coberturas faz com que o custo administrativo aumente. Seria possível encontrar algum mecanismo

que permitisse uma migração de planos, simultaneamente, com uma diminuição do custo administrativo?

A última pergunta desse bloco, que também é outra coisa, por favor anote:

*“A defesa de direito ao consumidor, de direito à saúde do recém-nascido prematuro ou maduro, do lactente, do infante, do pré-adolescente portadores de malformações congênitas pequenas, médias ou grandes, que não têm direito à cobertura de cirurgias corretivas em alguns convênios – tais pacientes não têm culpa de terem alterações na sua evolução embrionária. O convênio já existia antes da sua fecundação. Como deixar claro, no contrato, que, caso haja tal malformação, o paciente tem direito e será defendido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar?”*

Olga faz essa pergunta.

Esse caso é óbvio, mas, evidentemente, tem que ser respondido porque, é claro, há um problema, senão a pergunta não seria formulada. Bom, essa mesma pessoa faz uma outra pergunta referente ao recém-nascido prematuro, portador de malformação que sequer tem o direito ao imediato tratamento nas UTIs neonatais ou correções cirúrgicas. O que fazer pelo direito deles?

#### O DR. JOÃO LUÍS BARROCA DE ANDRÉA

Vamos começar respondendo a este último bloco. É importantíssimo dizer que um dos grandes avanços da lei foi exatamente a inclusão do recém-nascido, ou seja, a possibilidade de inclusão no plano da família, no plano da mãe. O mais importante – inclusive há uma resolução nesse sentido – é que para o caso de parto coberto não há a possibilidade de se alegar nenhuma doença ou lesão preexistente em caso de uma malformação congênita. Esse é um dos extraordinários avanços que essa lei teve; aliás, se junta às doenças ou lesões preexistentes.

Acredito que o nosso esforço de comunicação precisa ser multiplicado, porque esse foi um dos grandes avanços, na medida em que se acabou no Brasil com a possibilidade insólita, mas que acontece – e até

estávamos vendo uma reportagem sobre a Inglaterra –, no mundo todo de que se poderia alegar uma doença ou lesão preexistente, ou seja, até mesmo uma malformação genética, ou se dizer que existe uma causa genética para isso. No Brasil não é mais assim. Doença ou lesão preexistente – não é um conceito médico, nunca dissemos que é um conceito médico – é aquela que o consumidor é portador ou sofredor à época da contratação do plano e sabe que é. Então, essa é a grande inovação.

Então, as perguntas feitas pela Olga, creio que essa resposta cabe para ambas, ou seja, não há exclusão. Inclusive deixei claro que o nosso foco inicial, quanto aos cuidados com a saúde, é a assistência materna.

Em relação ao custo da adaptação, acredito que está havendo um curto-circuito na comunicação. O que reduz, certamente, para uma operadora que faz o movimento de migração, é o custo administrativo. Não sei quantos dos senhores, mas, vamos dizer, para uma operadora que atue há 10 anos no mercado, que tenha planos velhos, a quantidade de planos velhos, livros e registros e cadastros para se achar onde é aquele plano velho, ou seja fazer a migração, reduz custo administrativo – estou dizendo claramente dentro da pergunta feita – e não o amplia.

Uma outra questão colocada diz respeito aos planos de cobertura parcial, o que traria ônus para o setor público. Hoje, fizemos uma colocação de princípios e de abertura de discussão. Isso, para mim, é fundamental. Temos que abrir a discussão. Mas é importante que devamos enfrentar um pouco mais essa discussão. Se disser isto, por hipótese, significaria dizer que tem brasileiro que não está conseguindo fazer exame ou procedimento de alta complexidade por restrição de acesso. Isso é verdade? Se isso é verdade, este plenário tem que pensar um pouco. Existe brasileiro que não está fazendo os procedimentos necessários por falta de acesso? Porque essa pergunta induz a isso. Se eu criar um plano baixo, um plano menor, que não inclua alguma cobertura, algum procedimento, por exemplo – e, para deixar bem claro, estou propondo apenas a discussão disso, para não usarem as palavras. Mas essa lógica pressupõe o se-

guinte: se eu criar plano baixo, isso é que está na pergunta, aumenta a demanda pela alta complexidade. Ué! Então, tem brasileiro que não está tendo acesso à alta complexidade. Portanto, a situação é muito mais complexa do que podemos imaginar a princípio.

E, para finalizar essa primeira bateria de perguntas, quando falávamos de equipe da saúde, o que falamos foi de modelo, de modelo *standard*, de equipe da saúde. Aliás, queria pedir um favor, ou é médico ou é porteiro. Respeito muito os porteiros e respeito demais os médicos porque sou médico. Não existe isso, não tem essa história, quer dizer, não se pode falar isso; então, ou é uma coisa ou é outra. Então, para deixar claro, equipe de saúde, equipe da descrição da clientela, quando fui gestor, anos atrás – já passei pelo setor público, já passei pela autogestão, já tenho alguma estrada em relação a isso – uma coisa que os associados e os pacientes adoravam era ter um médico que pudesse cuidar efetivamente da sua saúde como um todo. Quando se fala de equipe de saúde, está-se pensando numa conformação à discussão dessa forma; agora, o que não se pode é misturar uma coisa com outra. Restritor de acesso, nunca; garantidor de qualidade de saúde é uma coisa em que temos que pensar.

É isso que a agência e eu, particularmente, queremos enfrentar essa discussão com a maior tranquilidade, até porque, fundamentalmente, quero fazer minhas as palavras do Dr. Edson hoje, quando falou na defesa do ato médico. Acho que num bom sistema de saúde existe lugar para todos os médicos, de todas as especialidades; mesmo da superespecialidade para as redes de suporte, há a especialidade chamada básica, que, no final das contas, é a quem temos que recorrer quando nosso filho fica doente, quando temos um problema e não sabemos o que é. Então, de jeito nenhum, para deixar bem claro, estou defendendo a banalização do ato médico, de jeito nenhum. Acho que temos avanços importantíssimos na medicina e lugar para superespecialista existe, para especialista, para aquele que só trata de uma determinada coisa, tem lugar para todo o mundo. O que se tem é que pensar sobre esse modelo.

Obrigado.

**A DRA. LÍGIA BAHIA**

O segundo bloco, solicitando ,obviamente, que você continue com a brevidade dessas respostas para que a gente possa descansar.

*“Foi dito, basicamente, que a ANS pretende defender o consumidor. No meu ponto de vista, a ANS tem que visar ao equilíbrio entre operador e consumidor. Quanto à ampliação do rol, preocupa-me, pois quando vendemos o plano, o cálculo atuarial é feito com base numa cobertura já estabelecida. E se esse rol é ampliado significativamente, como faremos com os custos assistenciais daí advindos?”*

Pergunta de Selma Souza, de Goiânia.

*“Como a ANS vê a modalidade ‘cartão de desconto’? As resoluções nada têm disciplinado sobre esse aspecto.”*

Pergunta de Mitohara, São Lucas - Neovida

Pergunta de Suzane de Nele(?):

*“Qual a justificativa que a ANS pode apresentar à população para excluir a odontologia dos planos de referência de assistência à saúde pela MP 1908, de 25/11/99? A ANS não considera a saúde bucal como parte da saúde geral do paciente? Já que o sistema público não consegue suprir a demanda dos brasileiros que jamais foram ao dentista, a ANS está dificultando o acesso dessa assistência também pela saúde suplementar.”*

Pergunta de José Batista Xavier.

*“Por que os operadores não informam aos usuários sobre o agravo no contrato? Qual seria o valor do acréscimo e por quanto tempo? Por que as operadoras não oferecem um plano referência?”*

**O DR. JOÃO LUÍS BARROCA DE ANDRÉA**

Vamos começar de novo pelo final, o agravo. Acho que o agravo casa um pouco com o cálculo atuarial. Só para equalizar o nosso entendimento: um paciente é portador de uma doença ou lesão preexistente, declara no momento da entrada, tem que receber duas alternativas: requerer ou o cálculo desse agravo ou a cobertura

parcial e temporária dos eventos cirúrgicos, dos procedimentos de alta complexidade e dos leitos de alta tecnologia ligados à doença. Deve, inclusive, estar em contrato agora.

Como é feito o cálculo do agravo? Há uma tabela? Não. São dois pontos a analisar. Primeiro, não existem dois diabéticos iguais. São pessoas que terão que ser examinadas e preencher declarações de saúde para a operadora poder sugerir uma proposta de agravo. Não é feito vida? Vi uma enorme tabela, se não me falha a memória, de uma resseguradora alemã que tinha até cálculo de agravo para acne. Não me perguntem por quê, mas tinha. Como não entendo absolutamente nada de alemão, alguém traduziu a página e lá constava a acne. Mas o mais importante, e vou *linkar* com outra pergunta, é que agravo não tem tabela. O agravo é paciente a paciente. É uma proposta da operadora. Se o usuário considerar o cálculo indevido ou abusivo, pode enviar para a fiscalização da agência, que, por sua vez, nos enviará. É uma análise caso a caso.

Há um outro ponto muito interessante quando se trata de cálculo atuarial – e voltaremos a esse tema amanhã: a necessidade de banco de dados para tal cálculo. Fico às vezes um pouco preocupado com a qualidade das informações que recebemos. É possível haver banco de dados em boas operadoras, em operadoras ditas de bom renome no mercado, mas quando perguntamos a tais operadoras quantas diárias foram pagas, a resposta é “*não sei*”. Se não sabe quantas diárias foram pagas, a operadora sabe o quê? Ah, porque essas operadoras...não, o regime era outro. É necessário uma consolidação da base das informações para que contemplemos e façamos uma base de cálculo como a Kaiser tem nos Estados Unidos. Essa empresa tem 30 anos de informação em saúde. Há, então, carga de doença lá. É possível fazer esse tipo de discussão. Não temos isso ainda. A verdade é essa! Mas vamos construir esse tipo de registro. Vamos falar um pouco amanhã sobre o cálculo atuarial.

Quero abordar agora um tema citado nas duas últimas perguntas. A agência entende que o cartão de desconto, que foi uma das medidas não polêmicas que

permaneceram na lei, não é um plano nem um seguro, mas que interfere no mercado de saúde suplementar e terá que ser regulamentado. Evidentemente existe uma prática que pode ser colocada.

(Pausa)

Estou recebendo a informação que saiu, mas, de qualquer forma, mesmo tendo saído, continuamos acreditando que interfere no mercado de saúde suplementar, e se interfere no mercado de saúde suplementar, tem que ser regulamentado. Não é possível o consumidor comprar uma listinha, um cartão com uma lista atrás, acreditando que está comprando cobertura médica mas não está.

E a odontologia, para finalizar esse segundo bloco? Posteriormente, gostaria apenas de sugerir algumas propostas. Mas com relação à odontologia, de forma alguma queremos excluir a saúde bucal. Temos um grupo trabalhando especificamente com o rol de procedimentos odontológicos, que, aliás, tem ensinado muito para o rol de procedimentos médicos. É um setor que me espanta pelo seu crescimento. Não o conhecia. Tem especificidade, sim. Não se trata da mesma situação. A odontologia é tratada como o setor médico em toda câmara de saúde suplementar. Esses setores não são iguais. A odontologia tem características especiais e formas especiais de atuação. É exótico, às vezes, falar de preexistência ou recorrência; enfim, é um mundo diferente, uma realidade diferenciada. Naquele momento foi retirada a obrigatoriedade da cobertura odontológica. Não há impedimento para se oferecer um plano ambulatorial-hospitalar com odontologia. Estou falando de planos obrigatórios. A retirada da obrigatoriedade da cobertura odontológica foi conversada inclusive com diversos atores desse mercado de odontologia, que afirmaram não ser possível misturar, que seria tudo líquido, mas as coisas não se misturam e não vão nos ajudar, e, sim, nos atrapalhar. Mas isso pode se revisto.

Agora, é preciso ter claro que as coisas não estão impedidas de se somar e é um mercado que vai precisar de regras. A consistência técnica dele é diferente.

Acho que acabei esse bloco.

#### A DRA. LÍGIA BAHIA

Quanto ao terceiro bloco, a minha sugestão seria que... Até, se você não quiser responder, declinar, tudo bem. Isso, pelo seguinte: quanto a uma das perguntas, sugiro que tentemos uma negociação e que passemos para a parte da manhã de amanhã, quando o senhor e o Dr. Barroca, que integram a mesa, também estarão presentes – refiro-me à regulação de preços. Vamos ver se isso é possível.

Faço essa sugestão porque existem solicitações por parte do Dr. Edson e por parte do Dr. Diniz, pois eles irão expor seus pontos de vista em um tempo muito limitado. Vamos ver, então, se será possível conciliarmos todas as necessidades.

*“O que está sendo feito, efetivamente, para o acompanhamento da execução da lei atual e quais são os resultados disso? É verdade que, dos mais de 20 bilhões que circulam nos planos de saúde, 70% são de lucro?”*

Estas perguntas vêm do Dr. José Roberto, Diretor da Federação Nacional dos Médicos. Acredito que elas podem ser deixadas para amanhã.

A reação à MP – trata-se, na realidade, mais de um posicionamento – demonstrou o entendimento de que a hierarquização do atendimento teria objetivo apenas financeiro – restrição ao acesso e redução de gastos. Dessa forma, está correta a reação popular. Por outro lado, se a hierarquização fosse trabalhada como uma forma de modificar o enfoque da doença para o ser humano, poderíamos melhorar a resolutividade primária, obter maior eficiência na utilização dos recursos e maior eficácia do sistema, independentemente da redação futura. Qual é a real intenção da ANS com essa MP?

E a última pergunta desse bloco:

*“Inovando com relação à total inexistência de limitadores, moderadores nas coberturas e proibindo a operadora de exercer qualquer controle de utilização correta ou incorreta de recursos, a ANS não teme que haja crescente nível de utilização de recursos de forma irracional, elevando o custo ao consumidor*

*final? Será que todos os países do mundo estariam errando na estratégia aplicada ao setor de saúde e somente o Brasil estaria no caminho certo?”*

Eu separei esse bloco; são perguntas que, por assim dizer, contêm um certo posicionamento. Eu não sei o que o senhor prefere fazer.

A quarta pergunta, Barroca, é uma pergunta que estou sugerindo deixar para amanhã – é uma pergunta de Amaury da Mata. Não sei se ele está presente no plenário e se ele concordaria com esse encaminhamento. É uma pergunta sobre o valor da mensalidade dos contratos antigos em relação aos contratos novos. Acho que todos concordam com esse encaminhamento; deixaremos para amanhã.

Quanto a este terceiro bloco, não sei o que o senhor deseja...

#### **O DR. JOÃO LUÍS BARROCA DE ANDRÉA**

Eu apenas gostaria de fazer uma colocação final nesse sentido. Pelo que estou entendendo do encaminhamento que a Mesa quer dar, eu devo fazer uma colocação final, não é isso?

#### **A DRA. LÍGIA BAHIA**

Exato.

#### **O DR. JOÃO LUÍS BARROCA DE ANDRÉA**

Eu só queria destacar – além da extrema satisfação de podermos ter esta discussão, que consideramos inicial – o que ficou com a MP. Corrijam-me se eu estiver errado, mas não acredito que isso vá acontecer, pois já chequei aqui: foi o atendimento, ou seja, houve uma mudança e a Associação Médica Brasileira passou a não ser mais uma convidada. Houve outras modificações na Câmara de Saúde Suplementar, mas a Associação Médica Brasileira, hoje, tem assento na Câmara de Saúde Suplementar. Isso é muito importante.

Eu entendi que a proposta do Dr. Eleuses Vieira de Paiva, que é o presidente da AMB, era, exatamente, valorizar a Câmara de Saúde Suplementar como um espaço de discussão e de negociação para que nós avançásse-

mos na regulação do setor. Eu, então, quero dizer que essa foi uma coisa boa que ficou, ou seja, foi ampliada a representação dos médicos. Temos que valorizar o espaço institucional existente, hoje, para os debates.

Enfim, mesmo tendo, às vezes, opiniões divergentes ou, às vezes, alguns problemas, eu queria deixar registrada, relativamente à ANS, a vontade de continuar ou de voltarmos a nos aproximar do Conselho Federal de Medicina para que possamos discutir o que é uma rede, como se monta uma rede. Enfim, os aspectos técnicos, atuam no sentido sinérgico das atribuições das duas instituições.

Ao encerrar a minha fala, faço-o com essas duas explicações, que julgo extremamente oportunas e me dá satisfação em fazê-las.

#### **A DRA. LÍGIA BAHIA**

Vou passar imediatamente ao fechamento da Mesa, fazendo uma pergunta ao Dr. Edson e pedindo-lhe que responda a uma pergunta feita pelo Sr. Diniz, que, por sua vez, terá direito à tréplica.

Em primeiro lugar, cabe esclarecer que a autogestão – citada hoje pela manhã pelo Ministro da Saúde, Sr. José Serra, como uma das segmentações bem-sucedidas no setor saúde – a autogestão tem como missão a saúde e a qualidade de vida dos nossos usuários.

O senhor fez uma citação em sua apresentação, dizendo que as empresas de autogestão – citando o nome do Sr. Carlos Diniz, Presidente do Ciefas –, estariam cerceando assistência médica e procedimentos.

*“Pergunto: como alguns de seus colegas – nós, os médicos – solicitam raios-x e uma tomografia de tórax ao mesmo tempo? Qual a necessidade dos dois exames ao mesmo tempo, pois este é apenas um dos exemplos?”*

Pergunta de Vanir, da Fassincra.

#### **O DR. EDSON OLIVEIRA**

Vamos por parte. Primeiro, apesar de reconhecer o valor, competência e toda a história do Ministro Serra, não me sinto obrigado a concordar com tudo o que

S. Ex<sup>a</sup> pensa sobre o sistema e sobre isso tenho algumas divergências. Em segundo lugar, essa pergunta é do tipo daquelas para pegar no pé. Traz um caso concreto para tentar tirar dele as ilações do geral.

Eu poderia até responder a essa questão com tranquilidade porque sou pneumologista e é possível responder. Eu poderia listar aqui situações possíveis. Mas não é isso que a companheira da Fassincra está querendo. Ela está trazendo uma questão real: o uso inadequado, circunstancialmente, da tecnologia pelo médico, às vezes despreparado, eventualmente sem condições de usar o recurso da maneira mais adequada. Existe isso. Mas, se existe má fé, e é o que está embutido nisso aqui, o desafio é retornado para a Fassincra e para todo o Ciefas. Estamos abertos em todos os estados, por meio dos Conselhos Regionais de Medicina, e dispostos a analisar – e fazemos isso com a maior tranquilidade e a maior transparência – todos os atos médicos questionados e colocados sob suspeição de correção. Tenho certeza absoluta de que não existe nenhuma profissão neste Brasil que o faça na dimensão, na responsabilidade e no compromisso que os médicos fazem. Então, os conselhos estão, em cada estado, com as portas abertas. E diria até mais: a maioria dos conselhos têm, nas grandes concentrações urbanas, delegacias. E no mais, dentro dos hospitais, onde o conselho atua por intermédio das comissões de ética, braço estendido do conselho junto aos hospitais, também ali estaremos dispostos a receber qualquer tipo de reclamação nesse sentido.

Rapidamente, gostaria de agradecer esse primoroso espaço; como ninguém está sentindo o adiantado da hora, vamos em frente, pois a questão é palpitante. Mas algo me motivou aqui a me posicionar ainda um pouco mais em relação ao Ciefas. Coincidentemente, não fui eu quem manifestou essa posição aqui, no encontro, em relação à cooperativa de anestesia.

Aqui, no Brasil, começou-se um discurso maldoso contra médico. Existe algo que parece orquestrado; então, o médico não pode se organizar. Toda vez que o faz, cria cartel, ele se torna um indivíduo contrário à sociedade. Temos uma tabela de honorários médicos,

feita pela AMB, que jamais foi imposta em lugar nenhum e a ninguém, a nenhum plano e a nenhum médico. O Conselho Federal de Medicina – está registrado – sempre se negou a colocar aquilo como preço vil, porque entendia que o processo de negociação, de relacionamento entre as partes envolvidas não pode estar numa camisa-de-força. Asseguro-lhes que isso não existe. Desafio alguém a dizer que a tabela da AMB tenha sido imposta pelo Conselho Federal de Medicina como sendo obrigatória por todos os médicos.

Sabe o resultado disso aí? O Ciefas foi que nos levou ao Cade. Médicos, aqui presentes, e operadoras: não há, neste Brasil, um cartel, do ponto de vista de tabela, maior e mais fechado do que o do Ciefas! Estamos levando-o ao Cade. O Colégio Brasileiro de Radiologia está levando-o ao Cade, pois se trata de cartel, embora não digam que o é. Agora, os anestesistas resolvem organizar-se para trabalhar, nesta selva que é, hoje, a assistência à saúde, já vira cartel e bandido. Não posso, como representante dos médicos, sair daqui, aceitando uma afirmação dessa natureza. Assim, estou aqui para repudiá-la com todas as letras e para denunciar que, se existe um cartel aqui, amigo Barrocas, esse cartel se chama Ciefas, que baixa uma norma de norte a sul, com cuja tabela todos têm de trabalhar. Ninguém pode fugir dela, senão está fora. Por isso, tenho muitos pedidos, em meu consultório, de Ciefas, seus associados e correlatos, e jamais entrei. É uma vergonha! Mas não dá para agüentar pessoas passando por bom moço – não na pessoa do Diniz, mas da instituição que ele representa. (*Palmas*)

#### **A DRA. LÍGIA BAHIA**

Passo a palavra ao Diniz, pedindo-lhe que compreenda o tom acalorado da discussão, que não vai poder continuar. Isso demonstra a necessidade de aprofundamento da discussão e da organização de novos fóruns de debate para que o problema, de fato, seja tratado como merece.

Volto a insistir que, amanhã, haverá uma mesa sobre regulação de preços. Algumas dessas questões ficarão para mais tarde.

Agradeço ao Diniz, que está, pacientemente, esperando para falar. Ele está atrasado para o seu vó, mas foi provocado para uma resposta.

Passo a palavra ao Diniz.

O Dr. José Diniz de Oliveira  
Não há problema.

Eu gostaria de lembrar que o Ciefas foi ao Cade, porque se sentiu prejudicado numa relação que é da atribuição do Conselho de Direito Econômico. Se o Colégio Brasileiro de Radiologia se sentir, igualmente, prejudicado, é justo e legítimo que ele também procure o Cade. Para isso, existem essas instâncias. Eu lamento! O ideal seria que resolvêssemos com diálogo e negociação. Renovo minha disposição. Estive, numa reunião, na AMB, junto com o Dr. Edson, para iniciarmos essa negociação.

Precisamos, também, ter um entendimento quanto ao seguinte: não existe cartel de comprador. Isso consta dos compêndios da economia. Existe cartel de quem vende e de quem impõe seu preço. O Ciefas se organiza e também não admite falar de tabela e, sim, referencial do honorário médico. Não existe tabela de norte a sul porque os preços são negociados localmente.

Para que tenham uma idéia, presido o Ciefas nacional. Mas o Ciefas acontece de verdade, nas pontas, por meio das superintendências estaduais, que têm total autonomia. Nem sequer tenho ingerência. Eles não devem subordinação alguma ao Ciefas nacional.

Somos também contra qualquer imposição de preço que inviabilize a operação, seja do médico, do hospital ou do centro de diagnóstico. Queremos chegar a um preço justo porque não nos interessa nenhum tipo de negociação em que fôssemos eficientes e em que sufocássemos nosso parceiro. Vamos, sim, defender o interesse dos nossos filiados sempre que necessário. Se deixo um voto aqui, ele não é de divergência. Temos divergência, sim, no entendimento, e vamos discuti-la. Mas o Ciefas está, absolutamente, à

disposição para qualquer tipo de diálogo e negociação com as associações médicas, associações estas que considero parceiras estratégicas na construção de um novo modelo assistencial que seja mais justo e que inclua mais pessoas.

A Dra. Lúcia Bahia  
Obrigada ao Dr. Diniz.

Conseguimos analisar as perguntas feitas, com exceção de três posicionamentos finais para os quais gostaria de utilizar 60 segundos. Um é da Lúcia de Fátima, que lamenta a situação do sistema de saúde brasileiro, tanto no setor público como no setor privado, com as restrições de acesso de ambas as partes.

Outro é do Marcelo Sidney, que chama a atenção para o fato de que este simpósio está centrado, única e exclusivamente, na assistência médica. Ele lamenta o fato de outras profissões de saúde não estarem sendo contempladas. Obviamente, esse é um posicionamento.

Por fim, o posicionamento de José Luis Amaral, da Associação Paulista de Medicina, que não concorda com que a ação da ANS deva ser um megaequilíbrio entre partes, operadoras e consumidoras. Ele chama atenção para a necessidade de a ANS se posicionar claramente a favor da defesa da saúde, da cidadania do povo brasileiro.

Aviso às Sras. e aos Srs. que os trabalhos, amanhã, serão iniciados às 9 horas em melhores condições de infra-estrutura.

Amanhã, estarão presentes funcionários da ANS que hoje já nos ajudaram e amanhã nos ajudarão em período integral.

Agradecemos a iniciativa do Conselho Federal de Medicina, que vai colocar à disposição quatro funcionários para ajudar na infra-estrutura. Pedimos desculpas em nome do Conselho Nacional de Saúde e do Senado Federal por todas as dificuldades por que passamos.

Agradeço a paciência de todos e a riqueza dos debates. (Palmas)

## Mesa 4

# Estrutura das operadoras

### COORDENADOR

SENADOR TIÃO VIANA

### COMPONENTES

DRA. LÚCIA SALGADO

DR. ANTÔNIO RODRIGUES DE BARROS JR.

DR. CELSO CORRÊA DE BARROS

DRA. SOLANGE BEATRIZ PALHEIROS MENDES

### A DRA. LÍCIA BAHIA

Convido para compor a Mesa “Estruturas das Operadoras” o Senador Tião Viana, que vai coordenar os trabalhos desta primeira Mesa; a Dra. Lúcia Salgado, ex-Procuradora do CADE; o Dr. Antônio Rodrigues de Barros Júnior, Diretor de Operadoras de Planos de Saúde da Confederação das Misericórdias do Brasil; Dr. Celso Corrêa de Barros, Presidente da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, Unimed do Brasil; e a Dra. Solange Beatriz Palheiros Mendes, Diretora de Normas e Habilitação de Operadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Cada expositor dispõe de 15 minutos. Depois, passaremos às respostas das perguntas encaminhadas, que podem ser feitas durante as apresentações.

Obrigado.

### O SENADOR TIÃO VIANA

Bom dia a todos! Quero externar, inicialmente, a minha satisfação, como membro da Comissão de Assuntos Sociais, de presidir esta Mesa que estamos iniciando agora, num simpósio que estabelece a regulamentação dos planos de saúde. Gostaria de dizer da minha alegria ao

ver tão participativa a primeira abertura, que foi ontem, com a presença do Ministro da Saúde, do Presidente do Senado, dos representantes das entidades que atuam em relação ao tema “Seguradoras e Planos de Saúde no Brasil”.

Também quero dizer que sou daqueles cujo mandato é dedicado à política de saúde pública no nosso país. Tenho atuado de maneira incansável, ao lado de outros senadores que representam o debate de saúde na Casa, como os Senadores Lúcio Alcântara, Geraldo Althoff, Sebastião Rocha, Carlos Patrocínio e Mozarildo Cavalcanti, e de inúmeros deputados federais que têm também uma força dirigida de seu mandato para a área de saúde.

Entendo que haveremos de conquistar um momento em que haja cumplicidade, mediada pelo elemento ético, entre o interesse e as ações da empresa, atendendo a um total de quase 40 milhões de usuários neste país, com a função social claramente declarada, exposta a todo o povo brasileiro e ao interesse público. Na hora em que alcançarmos essa cumplicidade pautada pela ética, estaremos muito tranquilos nessa relação diária entre os planos e os serviços de saúde.

O aparelho de Estado tem tentado adaptar-se a esse momento, quando se vê surgirem a Agência Nacional de Saúde Suplementar, aqui representada, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e os outros instrumentos do poder público de regulamentação e apoio a essa modalidade de serviço no Brasil.

Espero que este seminário tenha como resultado o amadurecimento do debate, o respeito aos interesses e o equilíbrio deste. Espero sinceramente que o nosso debate, hoje, possa ser de grande contribuição a todos que estão aqui. Tentarei ser o mais obediente possível ao horário, para que possamos aproveitar, ouvindo os que estão nos assistindo e têm interesse em emitir as suas opiniões.

Estaremos representados no debate pela Dra. Lúcia Salgado, ex-Procuradora do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE); o Dr. Antônio Rodrigues de Barros Júnior, Diretor de Operadoras de Plano de Saúde e da Confederação das Santas Casas de Misericórdia do Brasil; Dr. Celso Correia de Barros, Presidente da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, Unimed do Brasil; e, representando a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a Dra. Solange Beatriz.

Então, passo inicialmente a palavra à Dra. Lúcia Salgado, que representa o CADE, com o prazo de 15 minutos, informando que, com 12 minutos, avisarei que terá mais três minutos para a conclusão.

#### **A DRA. LÚCIA SALGADO**

Muito obrigada. Bom dia a todos. É para mim uma grande honra poder fazer parte de um debate, de uma discussão dessa magnitude, dessa importância. Agradeço o convite aos organizadores, em particular ao Conselho Nacional de Saúde e também à Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal.

Gostaria apenas de fazer um reparo. Na verdade, não represento o CADE. Já usei vários chapéus ao longo da minha vida profissional. Em geral, uso vários chapéus ao mesmo tempo, os quais vou trocando. Um dos que uso é o de militante pelo direito da concorrência e do consumidor, através de uma ONG que presido; também uso o chapéu de professora e pesquisadora.

Não uso mais o chapéu do CADE, que usei por quatro anos como conselheira, não como procuradora. Era esse o esclarecimento que gostaria de fazer.

Sei que tenho quinze minutos para falar e que, no décimo segundo minuto, vou receber um puxão de orelha. Lavro meu protesto de que é uma crueldade conceder quinze minutos para uma mulher falar. Enfim, tentarei falar quinze minutos. Por conta disso, organizei minha fala, centrando-me em dois pontos de interesse na discussão: a mobilidade do consumidor entre os planos de saúde e a unimilitância. Para não fugir ao vício de professora, parto de uma démarche conceitual e teórica para chegar a esses dois pontos, no caso concreto, da regulamentação de planos de saúde.

Partindo dessa démarche conceitual, por que existe regulação? Ora, existe regulação, porque, infelizmente, o mercado não é o que gostaríamos que ele fosse em várias das suas representações no mundo real. Há muitos mercados onde há falhas, para se usar a terminologia técnica. Essas falhas são representadas pela dificuldade do mercado em prover os sinais adequados para que as escolhas tanto de produtores, quanto de consumidores sejam as melhores possíveis. Assim, existe a regulação, justamente porque existe informação assimétrica, dificuldade de entrada e saída de provedores, dificuldade de os consumidores fazerem as escolhas que decidirem no momento da sua necessidade de recorrer a um plano. De uma maneira geral, a regulamentação existe para reequilibrar relações de mercado que são, estruturalmente, assimétricas e desequilibradas em função da presença de falhas de mercado.

No caso específico dos planos de saúde, existe uma particularidade essencial e muito bem notada, na semana passada, por um dos grandes jornais da mídia, em um editorial que mencionava o fato de que existe um problema essencial na área de planos de saúde. Para as operadoras, a saúde é um negócio e, por conta disso, tem preço. Para o consumidor, a saúde não tem preço. Achei essa definição lapidar. Como os jornalistas têm curto espaço de manifestação, às vezes, têm tiradas de muito espírito. Essa afirmação joga luz sobre um dos aspectos básicos dessa particularidade nesse mercado:

o fato de que existe a possibilidade de abuso de posição dominante, abuso de posição de monopólio por parte da ofertante do serviço sobre a sua clientela cativa. Por outro lado, há contraponto do mesmo fenômeno do ponto de vista econômico. Existe essa possibilidade de abuso de posição dominante ou de posição de monopólio, justamente porque a demanda pelo bem, no caso os planos de saúde, é inelástica. O que significa dizer que a demanda é inelástica? Que o aumento de preços não faz com que o consumidor diminua, de forma mais do que proporcional, a demanda por aquele bem, até porque ele depende daquele bem para viver.

Assim, essa é uma particularidade desse mercado, que torna sua regulamentação mais crítica e dramática do que a de outros setores. Estudo vários mercados e sei que é importante a regulamentação do uso das águas, da telefonia, etc., mas não há nada que se iguale à regulamentação da oferta do serviço de saúde.

Do ponto de vista concreto, o regulador se depara, imagino eu, quotidianamente, com um grande desafio. Ele precisa andar no fio da navalha, que é garantir o funcionamento do mercado, que significa, de um lado, garantir a rentabilidade adequada para as provedoras poderem participar do mercado, oferecer seus serviços, levando em consideração a razão legítima de que a saúde é uma mercadoria para essas operadoras, ao mesmo tempo a agência reguladora tem a obrigação de zelar pelo bem-estar dos consumidores. É um fio da navalha muito complicado, e eu realmente não invejo a posição de um regulador da área de saúde.

Ainda nessa démarche conceitual, os três aspectos principais de regulação, aqueles três pontos-chave sob os quais se detém a regulamentação em qualquer setor, são sempre preço, qualidade e mecanismos de entrada e saída. É justamente isso que faz, depois de muitos anos sem nenhuma regulamentação, a Lei nº 9.656, de 1998. Ela estipula regras para o funcionamento adequado, ou seja, para superar as falhas de mercado na linha de prover regras para preços, para qualidade do fornecimento de serviço e também regras de entrada e saída.

Quero chamar a atenção para um desses pontos da regulamentação: a questão da entrada e da saída. Esse ponto se concretiza na obrigatoriedade de prestação – isso de maneira geral e, em particular, na lei. Imagino seja esse item um dos pontos de discussão aqui neste importante simpósio, nesta jornada de dois dias: a obrigatoriedade de prestação de serviços de forma mais ampla do que seria a realidade em um mercado livre. Isso significa cobertura em termos de abrangência das doenças a serem atendidas, cujo serviço será prestado, e, ao mesmo tempo, o atendimento de todas as faixas etárias. Chamo a atenção para esse ponto porque essa é uma questão crucial. Uma regulamentação de planos de saúde que não se atenha sobre esses dois pontos é falha, pois, em condições de livre mercado, o natural seria que aquelas doenças que implicam gastos mais dispendiosos simplesmente não seriam atendidas, numa lógica empresarial de mercado livre.

Da mesma maneira, determinadas faixas etárias cujo risco atuarial é muito elevado, cuja possibilidade de uso do plano é muito elevada, também teriam dificuldades de obter atendimento. É justamente a função do regulador garantir essa amplitude, porque o mercado falha aí. A tendência no mercado livre seria a saída, ou nem haveria sequer a entrada de ofertantes em segmentos que implicam maiores dispêndios e maior risco, maior sinistralidade, usando a linguagem dos seguros.

Estive acompanhando as críticas, até para fazer jus à minha participação aqui. Na última semana, li intensamente tudo o que foi possível sobre planos de saúde. E chamou-me a atenção a afirmação feita pelo Presidente da Abramge ao jornal Folha de São Paulo, em que criticava a abrangência no que diz respeito à cobertura ampla de doenças por parte de planos de saúde. E ele dizia que isso “não se tratava da realidade do Brasil”. Era essa a expressão.

Na verdade, permito-me discordar dessa afirmação. Penso que irrealista é supor que é possível organizar um mercado que funcione bem graças às regras de regulação que garantem um bom equilíbrio entre a rentabilidade e o bem-estar dos consumidores. É difícil imaginar um mercado em que não haja ampla atuação,

em que não haja ampla cobertura de programas de saúde. Na verdade, os tempos que enfrentamos são outros. Antes da estabilidade de preços, havia outras possibilidades de se obter rentabilidade que não a prestação de serviço de saúde, ou seja, pela chamada “*ciranda financeira*”. Vários setores, como os supermercadistas, os de bancos ou, se me permitem, também os setores de assistência à saúde, justamente por mobilizarem um fluxo de caixa muito intenso, tinham a possibilidade de equilibrar sua rentabilidade por meio dos mecanismos financeiros *vis-à-vis* os mecanismos próprios da sua atividade-fim. Hoje, isso não é mais possível, e, certamente, uma adequação à nova realidade é necessária. Entretanto, imagino que essa nova realidade supõe um atendimento amplo e correto da totalidade das faixas etárias e de toda a gama de doenças a que a população está sujeita na sociedade.

Outro ponto que também me parece importante numa regulamentação adequada é atacar a falha de mercado representada pela dificuldade de mobilidade de consumidores entre planos de saúde. Ora, essa falha é crucial, porque é da natureza do livre mercado a livre escolha. É natural do bom funcionamento do mercado que o consumidor possa optar por aquilo que lhe traga maior utilidade e satisfação e que as empresas escolham soluções que lhe ofereçam maior rentabilidade. Esse conflito de interesses é natural e típico do mercado, mas cabe ao poder regulatório justamente tentar dirimi-lo. Um ponto difícil da discussão estava presente na última medida provisória, tendo sido, porém, retirado. É uma questão em debate aqui. Da maneira como é regulado o mecanismo de carência, pode-se aumentar ou diminuir o poder de mercado das operadoras. Trata-se de uma das funções primordiais da agência regulatória. Estou terminando, pois organizei, sob protesto, minha exposição para durar 15 minutos.

A agência regulatória pode aumentar ou diminuir o poder de mercado das operadoras quando enfrenta esse ponto da mobilidade. A adoção da obrigatoriedade da compra de carências já cumpridas pelo consumidor – que, se bem entendo, é um dos pontos que o Idec, o Procon e outras entidades de defesa do consumidor

vêm salientando – é um mecanismo fundamental para reduzir o poder de mercado e de monopólio que as operadoras detêm sobre os consumidores que são sua clientela cativa. Então, a possibilidade de migrar numa disputa em que não se chegue a um resultado satisfatório para ambas as partes é uma barganha fundamental para fortalecer a posição do consumidor – que, evidentemente, é assimétrica na sua relação com o operador em virtude, como disse anteriormente, da inelasticidade da demanda por produtos de saúde.

O último ponto a ser abordado – espero respeitar os meus 15 minutos – refere-se à convergência da atuação de uma agência de defesa da concorrência, a exemplo do Cade, como uma agência regulatória. Existe um assunto relativo à proibição da unimilitância, que foi analisada pelo Cade em 19 processos contra uma cooperativa, resultando em multas de mais de R\$1 milhão entre os anos de 1999 e 2000. O entendimento era que essa operadora detinha posição dominante e mesmo monopolista por especialidades médicas em várias cidades e obrigava seus médicos a fazerem parte apenas daquela cooperativa, não podendo ser filiados a nenhuma outra. Este fato é muito claro do ponto de vista da concorrência: a impossibilidade de entrada de concorrentes – analisando diretamente o assunto – e o prejuízo ao consumidor, que deixa de poder fazer escolhas.

Havendo, assim, a unimilitância obrigatória numa área em que aquela empresa era monopolista, justamente por deter a filiação de todos os especialistas – por exemplo, na área de cardiologia ou de otorrinolaringologia –, esse procedimento implicava a impossibilidade do consumidor de escolher outras operadoras – o que fere a Lei de Concorrência. Essa atitude foi condenada pelo Cade numa jurisprudência mais do que confirmada. É interesse porque essa mesma regra é prevista na lei, não apenas na presença de poder de mercado. O regulador entende que a imposição de unimilitância – a meu ver, corretamente – é um empecilho à livre escolha do consumidor.

Espero ter respeitado os meus 15 minutos e continuo à disposição da assistência para o debate.

Muito obrigada. (Palmas)

**O SENADOR TIÃO VIANA**

Agradeço, em nome do simpósio, à Dra. Lúcia Salgado, diligente e extremamente obediente ao seu tempo, utilizando 15 minutos. Ela foi citada como ex-procuradora do Cade, mas é necessário retificar: ela foi ex-conselheira daquele órgão.

Passo a palavra ao Dr. Antonio Rodrigues de Barros Júnior, Diretor de Operadoras de Planos de Saúde da Confederação das Santas Casas de Misericórdia do Brasil, dando continuidade à mesa-redonda cujo tema é estrutura das operadoras. V. S. dispõe de 15 minutos.

**O DR. ANTONIO RODRIGUES DE BARROS JÚNIOR**

Bom dia. Saúdo a Mesa, a Comissão organizadora e todos aqui presentes.

Antes que a crueldade me alcance, iniciarei a minha exposição.

Apesar de ser muito pouco produtivo falar do passado, pois não é mais possível mudá-lo, nesse caso das operadoras filantrópicas de planos privados de saúde, vale a pena, como contraponto à atual regulamentação e contribuição para a eventual revisão legal hoje existente, para se conseguir atender às necessidades vitais do setor filantrópico.

A única razão que levou as Santas Casas e os Hospitais Filantrópicos a constituírem seus planos de saúde foi a necessidade fundamental de ter uma fonte de receita alternativa de tal maneira a amenizar o déficit causado pelo atendimento aos beneficiários do SUS.

Decorrente de sua própria natureza, as entidades filantrópicas gozam de determinados benefícios fiscais. Entretanto, como atendem quem procura hospital e, então, têm suas quotas do SUS ultrapassadas, o referido benefício só é assim suficiente para cobrir o déficit desse sistema; ou seja, como regra geral, a receita do SUS, incluindo a isenção, não cobre o custo total dos atendimentos.

Portanto, convém que fique clara a única e a exclusiva razão que fez com que as entidades filantrópicas entrassem no setor de planos de saúde: uma necessidade de receita complementar. Além disso, quando há superávit no plano de saúde, esse recurso

fica na própria instituição, sendo aplicado no seu capital de giro bem como num investimento em equipamentos também utilizados por todos aqueles que usam o hospital – carentes, SUS, conveniado ou particular.

O apelo mercadológico para esse lançamento foi o da própria origem das Santas Casas: trazer de volta a população para contribuir com o hospital de sua cidade por meio não mais de uma doação, de um bingo ou de uma rifa, mas de uma contribuição monetária em troca de prestação dos serviços à sua comunidade. Assim foram constituídos diversos planos de saúde próprios e hospitais filantrópicos, apesar de todas as dificuldades e reações contrárias de medicinas de grupo, das cooperativas médicas e, principalmente, de seu próprio corpo clínico, causadas por motivos que contrariavam interesses e relações estruturais já estabelecidas. Hoje, respondem pelo atendimento de cerca de três milhões de vidas em todo o Brasil, em torno de 40% somente no Estado de São Paulo num espaço de 10 anos.

Quanto à implantação dos planos de saúde pelas empresas filantrópicas, o Governo também beneficiou-se com a diminuição de usuários de procedimentos feitos pelo Sistema Único de Saúde, pois, na montagem desses planos, sempre houve a preocupação de atender à capacidade financeira do consumidor daquela comunidade específica, possibilitando o maior acesso possível das diversas camadas econômicas da população.

Enfim, com tais planos de saúde todos ganharam. O consumidor logrou um plano mais em conta; o governo, com menos usuários para o SUS; os credenciados, com melhor remuneração; e a Santa Casa, com uma receita adicional sem as dificuldades legais de ser uma operadora até então.

Por que uma Santa Casa não pode mais vender seus serviços até o limite de sua complexidade sob a forma de contribuições mensais? Trata-se de um plano de saúde? Hoje é. Dessa forma, transformou-se numa operadora, devendo cumprir todas as exigências e regulamentações da Agência Nacional de Saúde Suplementar, decorrentes da Lei nº 9.656.

Hoje, sentimos a necessidade de ter uma formação devidamente regulamentada de planos de saúde

com subsegmentações e coberturas na complexidade disponível em cada hospital, que permitisse a prática de um preço menor e, assim, atender ao maior número possível de pessoas. Acredito que esse procedimento seja possível desde que se queira formar parcerias. Mais uma vez, a comunidade voltaria a participar do hospital de sua cidade. Fica o desafio para encontrarmos soluções mais práticas, mais próximas do chão da fábrica e com menor preço de venda possível.

Qual é a realidade atual das Santas Casas? Elas vêm procurando adequar-se à regulamentação dos planos de saúde, não obstante todas as dificuldades já existentes, para continuarem administrando seu hospital e procurando não deixar de atender às exigências legais a fim de permanecer no mercado com seus planos de saúde. E por uma razão muito simples: se pararem, fecham as portas. Não há como continuar sem a receita gerada pelos planos de saúde, já incorporada ao seu capital de giro e ao seu investimento. Sem tal receita, não têm como pagar a folha de pagamento de seu quadro de pessoal. Portanto, o aspecto do lucro, tão necessário a toda empresa para continuar a gerar rendimentos a seus acionistas ou investidores, no caso das Santas Casas não existe. Seu superávit permanece no hospital a fim de que possa continuar a atender a comunidade, deixando de investir em seu plano de saúde.

Portanto, em termos de estrutura de operadora, estamos hoje, com as Santas Casas e hospitais filantrópicos com muita dificuldade de acompanhar e cumprir as exigências para serem um operador de planos de saúde, tendo em vista a própria deficiência de pessoal e sistemas operacionais inerentes ao processo histórico da escassez de recursos para a filantropia. Estamos inteiramente de acordo com a regulamentação no setor de planos de saúde, mas tem dificuldades estruturais de se adaptar totalmente ao que vem sendo exigido. Tanto que após o advento da referida regulamentação, não houve mais a criação de novos planos de saúde na área de filantropia. Pelo contrário, estamos perdendo.

Citamos, a seguir, algumas questões estruturais que dificultam o funcionamento operacional de seus planos de saúde: adequação do plano de contas, com

todos os conflitos contábeis decorrentes da relação hospital/operadora; constituição de reservas financeiras ou escassez de recursos, que é uma constante; necessidade de cálculos atuariais, exigindo maior custo; questão de reajustes, onde o bom desempenho não pode ser capitalizado. Enfim, custos que até então não existiam, mas que pesam na destinação de recursos já tão escassos.

Exceções existem de planos de saúde de comunidades de cidades maiores. Mas não é a realidade da grande maioria que atende a municípios de pequeno porte. Concordamos que é preciso uma maior profissionalização no setor, não há dúvida. Mas como financiar essa modernização estrutural? Sabemos o que precisa ser feito na estrutura interna das operadoras. E é o que será apresentado. Mas é preciso criar formas de financiamento para atender a tais necessidades, sob pena de prejuízos maiores para a assistência à saúde das comunidades. É hora de somar e não de dividir. Os recursos são escassos. Portanto, se não aproveitarmos a participação da comunidade no equacionamento da saúde, as conseqüências serão, com certeza, bem mais negativas. Os planos de saúde das Santas Casas haviam conseguido e continuam sendo parte da solução.

Qual é a estrutura de que precisamos? Cinco pontos devem ser destacados e são perseguidos para formar a nova estrutura necessária a fim de propiciar uma adequada gestão aos planos de saúde das filantrópicas: melhor qualificação técnica do pessoal, um adequado sistema de informática, foco no cliente, um considerado esforço de vendas e gestão de custos. Creio que isso se aplica muito ao operador, não apenas às Santas Casas.

Com relação à qualificação do pessoal: quando os planos de saúde foram lançados, eram mais um departamento dentro da organização dos hospitais filantrópicos. O nível do pessoal era encontrado dentro da própria estrutura existente. Hoje se faz necessário conhecimento, entendimento, operacionalização e relacionamento multidisciplinar para cumprir e aplicar todo um conjunto de normas e regulamentos a que estão sujeitos os planos privados de assistência à saúde. Um

atendimento mal feito no balcão pode gerar multa e um comprometimento de toda a administração do hospital e, por que não dizer, até de seus bens particulares. Convém lembrar que a diretoria de uma Santa Casa é formada por pessoas que se dispõem a um trabalho voluntário e sem remuneração.

A posição não é a de ser contra a necessidade de regulamentação. Concordamos com ela. Mas são necessários tempo e recursos financeiros disponíveis. Apenas como exemplificação do grau de dificuldade atualmente exigido e de que é necessário pessoal com melhor qualificação, citaremos, a seguir, alguns trabalhos que antes não existiam, mas que hoje fazem parte do dia-a-dia de qualquer operadora: o preparo das planilhas para as notas técnicas; as planilhas para o processo de reajuste, com exigências de registro da evolução dos custos nos 24 meses anteriores; montagem do processo e eventuais impugnações de ressarcimento ao SUS; preparação de dados para o acompanhamento das operadoras e dos produtos, agora, pela ANS; procedimentos para a manutenção da qualidade do atendimento e do desempenho financeiro das operadoras, porque pode gerar uma direção fiscal. Enfim, é uma série de trabalhos que exigem conhecimento, entendimento, operacionalização e relacionamento com outros profissionais de melhor nível, ou seja, exigem prazo, recursos e disponibilidade de gerenciamento.

O Sistema de Informática.

Pelos próprios exemplos mencionados no item anterior, fica muito óbvio que, sem um adequado sistema de informática, não se consegue atender à demanda de informações exigidas pela agência, principalmente.

Vamos aguardar o pessoal sentar.

#### **O SENADOR TIÃO VIANA**

A Mesa informa apenas que será assegurada a prorrogação do tempo do expositor, embora a interrupção se deva a uma honrosa visita da Frente Parlamentar de Saúde, que, junto à Comissão de Seguridade da Câmara dos Deputados, honra-nos com a sua presença neste momento. Peço a interrupção por alguns segundos, para os cumprimentos da Comissão de Seguridade

da Câmara, que é a fonte viva das conquistas de saúde neste país.

(Palmas)

Mais uma vez, peço a compreensão do expositor, Dr. Antonio Rodrigues de Barros, ante a visita da Frente Parlamentar de Saúde, que nos honra neste momento, na qual estão representantes da Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados e também representantes da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, como o Senador Sebastião Rocha, aqui presente. Como também sou representante da Comissão, incluo-me numa voz que é única a favor da saúde do Brasil.

Neste momento, solicito a absoluta compreensão e sensibilidade do Dr. Antonio Rodrigues, com as quais sei que conto, e passo a palavra ao Deputado Ursicino Queiroz, que falará em nome da Frente Parlamentar de Saúde nesse momento.

#### **O DEPUTADO URSICINO QUEIROZ**

Srs. dirigentes deste seminário. De início, peço perdão por interromper os trabalhos, mas, como o que estamos para comunicar diz respeito ao assunto de que se trata, sinto-me perdoado.

Minhas senhoras e meus senhores, acabamos de realizar uma reunião da Frente Parlamentar de Saúde, uma frente suprapartidária que congrega deputados e senadores interessados em promover a saúde do cidadão brasileiro.

A Frente reuniu-se hoje em caráter de urgência, para tratarmos de um assunto de profunda importância e repercussão na saúde do cidadão brasileiro. No ano de 1999, todos nós que aqui estamos participamos de uma luta titânica pela aprovação da então Emenda Constitucional nº 29. Esta emenda, que já era o início de uma modificação na estrutura do SUS, vinculava e vincula, por cinco anos, os Orçamentos Federal, Estaduais e Municipais. Estes dois últimos são vinculados em percentuais: o estado, subindo uma escada até atingir 12% no ano de 2004, e os municípios, iniciando em 7% e chegando a 15% no ano de 2004.

Para o Governo Federal – está previsto, está aprovado e faz parte da Constituição, portanto não é uma mera

expectativa, precisa ser uma certeza –, previa-se que, no ano de 2000, o cálculo base seria todo gasto em 1999, acrescentando-se 5%. Nos anos subseqüentes, seria aquilo realmente gasto no ano anterior, aplicando-se a variação nominal do PIB. A aplicação dessa variação nominal do PIB, na verdade, foi um grande avanço. Imaginávamos, e por isso votamos, que haveria permanentemente novo aporte de recursos para o Sistema Único de Saúde, para o Sistema de Saúde Nacional. Para a nossa surpresa, no ano de 2001, a proposta orçamentária já não previa esse incremento. Melhor dizendo, a proposta orçamentária previa, mas a área econômica do governo, numa interpretação absurda, perversa, malvada, entende que o ano-base de cálculo seria permanentemente o ano de 1999 e não o ano imediatamente anterior, como está na emenda constitucional. Isso leva a um corte de R\$1.250 bilhão/ano no orçamento do Ministério da Saúde. Se somarmos os quatro anos, teremos um corte de cerca de R\$ 5 bilhões no setor saúde.

Aí é que vem a parte que, se não fosse trágica, seria cômica. Fizemos um movimento com abrangência nacional, com abrangência de todas as classes, de todas as entidades do setor saúde, ao elaboramos uma emenda para retirarmos R\$5 bilhões do sistema saúde. É evidente que isso nos coloca na incômoda posição de candidatos a tolos. Queríamos aumentar e conseguimos diminuir.

Para que se entenda o que significam R\$5 bilhões, neste ano de 2001, o Sistema Único de Saúde deverá gastar R\$4,2 bilhões com internações de brasileiros. São cerca de 12 milhões de internações/ano.

Em resumo, fizemos uma emenda, na interpretação da equipe econômica, para retirarmos um ano de internações hospitalares de brasileiros. E, como não aceitamos essa interpretação, porque é perversa, repito, malvada, estamos nos mobilizando. Será de fundamental importância a participação de todos os senhores, de toda a sociedade organizada, para consolidarmos a vitória que obtivemos, em outubro de 1999, na Câmara, e, em agosto de 2000, no Senado Federal.

Temos certeza de que estamos no caminho certo.

Já agendamos uma série de contatos e providências. O primeiro contato seria com os senhores e com as senhoras que estão tratando de um assunto também de profunda importância, que é o do seguro-saúde daqueles que, de uma maneira ou de outra, podem tentar pagar. O grave é que agora estamos punindo aqueles que de maneira nenhuma podem pagar e aqueles que com muito sacrifício podem fazê-lo.

Meu caro presidente, senhoras e senhores participantes, gostaria que deste seminário saísse uma moção de concordância, de apoio a este movimento que agora iniciamos. Essa moção será de profunda importância para o fortalecimento do movimento.

Não vamos mais roubar o tempo dos senhores. Agradecemos a compreensão, a paciência. Pedimos permissão ao palestrante pela interrupção que, lhes asseguro, é danosa, porque ele sabe dizer muito melhor do que nós aquilo que está dizendo. Reafirmamos que não somos tolos, não somos idiotas. A manipulação dessas verbas da saúde com certeza é um erro que pode matar e, se não corrigida, matará brasileiros. Muito obrigado.

#### **O SENADOR TIÃO VIANA**

Agradecemos a honrosa e expressiva visita da Frente Parlamentar da Saúde, representada pela Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados e pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal.

Retomamos os nossos trabalhos.

Lamento ter que concordar com uma notícia negativa, repassada pelo Deputado Ursicino Queiroz que é um grito de defesa da autoridade do parlamento brasileiro, é um grito de defesa do respeito à Constituição Federal, mas, lamentavelmente, no País tem havido uma sistemática prática de rasgá-la. Parece que existe um senador virtual e um imperador que se sobrepõem à Constituição Federal brasileira e ao parlamento do país, que refletem o interesse popular.

Agradeço de maneira penhorada a presença da Comissão. *(Palmas)*

Entendo que a matéria tratada pelo Deputado Ursicino Queiroz deverá refletir-se diretamente no assunto discutido aqui, retorno a palavra ao Dr. Antônio

Rodrigues de Barros Júnior, assegurando-lhe a prorrogação do tempo necessária ao seu pronunciamento.

#### **O DR. ANTÔNIO RODRIGUES DE BARROS JÚNIOR**

Apenas para que as pessoas se situem, falamos de qualificação e agora falaremos sobre informática.

Fica óbvio que para atender à demanda de informações exigidas pela agência, até mesmo pelos próprios exemplos mencionados no item anterior, isso não será conseguido sem um adequado sistema de informática, principalmente – e esta é a parte complicada –, quando se trata do período anterior quando não se imaginava o que seria exigido no futuro e sob que forma.

Portanto, falar em informática implica falar em novos equipamentos, sistema completo de operacionalização e gerenciamento do plano de saúde, e lembramos que no superávit já autorizado na manutenção do hospital não existem sobras financeiras.

A seguinte, por favor.

Encantar o cliente. Esta é uma afirmação que precisa ser bem entendida. Na hora em que a regulamentação iguala os produtos em termos de coberturas assistenciais, portanto, preços similares, vale a qualidade do atendimento para conquistar e manter os seus clientes. A filosofia das filantrópicas choca de frente, pois lá todos são iguais. Em relação aos hospitais, a filosofia sempre foi um bom atendimento, independentemente de raça, crença ou convênio, como fica quando se precisa ir ao mercado e conquistar o cliente.

Assim as filantrópicas estão precisando rever a sua posição e enfrentar a realidade de mercado, na qual produtos iguais e caros estão concorrendo pelo mesmo cliente. Serviço de atendimento ao cliente, campanhas de prevenção, auditoria do desempenho de credenciados, treinamento permanente para chefias, enfim, tudo isso precisa fazer parte da estrutura funcional de um plano de saúde e de uma Santa Casa.

A seguinte.

Esforço de vendas, os produtos precisam levar em conta as pesquisas de opinião e o resultado das avaliações e análises dos SACs, para estarem sempre se antecipando aos desejos da comunidade, agregar no-

vos serviços, rever constantemente preços e modalidades de contratação, atentar para a remuneração dos credenciados e não se esquecer de ouvir o cliente.

O mercado vem sendo aviltado pela concorrência desleal de grandes grupos que possuem massa considerável de usuários e com isso conseguem um preço com uma formação de custo menor pela composição decorrente de negociações que os pequenos planos de saúde não atingem. A maioria dos planos de saúde de hospitais filantrópicos são de até 10 mil vidas, insuficiente para se ter uma massa crítica de negociação. Resultado: faz-se necessário um investimento em campanha de vendas, montagem de equipes especializadas na venda de planos de saúde, utilização de todo o instrumental de *marketing*, enfim uma revolução em termos de administração para uma Santa Casa, que fez seu plano apenas para trazer a comunidade de volta e ter uma alternativa de receita.

A seguinte, por favor.

Sem acreditar que mais uma questão óbvia, a dos custos, está sendo colocada, uma melhor gestão de custos se faz necessária face à posição de seus credenciados e da igualdade de produtos. Aqui é essencial uma ligação da qualificação do pessoal e do sistema de informática, para uma análise mais apurada e detalhada dos custos de utilização e da manutenção da estrutura operacional.

O papel do profissional médico auditor tornou-se fundamental, exigindo-se também uma melhor condição técnica e empenho mais profundo.

A seguinte, por favor.

Considerações finais. Como vemos, a estrutura necessária para as operadoras filantrópicas se adequarem à regulamentação exigida, e até – por que não afirmar? – para muitas operadoras dos outros segmentos, passa por questões aparentemente evidentes para qualquer administrador, porém, esta é a realidade, maior atenção e apoio para que planos de saúde de pequeno porte – não só de Santas Casas – possam estruturar-se e continuar atendendo à população mais carente com dignidade; maior prazo de adaptação para não se inviabilizar a continuidade de planos de saúde das Santas Casas,

que hoje sobrevivem com sua receita e minimizam o atendimento pelo SUS. Algumas até já transferiram sua carteira, com receio de não conseguirem atender ao exigido pela legislação, e hoje sentem falta da receita perdida.

Enfim, uma nova formatação da assistência à saúde vem sendo desenvolvida e implantada pelo governo. Acreditamos que o maior estreitamento entre todos os participantes do processo se faz mais do que necessário para que, juntos, possam encontrar formas de atender à população dentro de sua capacidade de remuneração.

Hoje, as operadoras sofrem a pressão do consumidor para o atendimento sem limite, do governo; para a necessidade de regulamentação dos prestadores dos serviços; para aumento do valor da remuneração, e da sociedade em geral, por meio da mídia, como vilãs no processo de assistência à saúde. Será essa a posição mais justa e produtiva? Tenho dúvidas.

Muito obrigado. *(Palmas)*

#### **O SENADOR TIÃO VIANA**

Agradecemos ao Dr. Antônio Rodrigues Barros Júnior, que cumpre a segunda fase da Mesa que aborda o tema Estrutura das Operadoras.

Passamos, de imediato, a palavra ao Dr. Celso Corrêa de Barros, Presidente da Confederação Nacional das Operadoras Médicas, das Unimed do Brasil.

V. S. dispõe de 15 minutos.

Peço o apoio da equipe que está dando assistência técnica à Mesa para que não haja prejuízo em razão da distância do painel.

#### **O DR. CELSO CORRÊA DE BARROS**

Bom dia a todos.

Eu gostaria de agradecer o convite para participar deste simpósio em nome da Unimed. Penso que é um momento importante para que o debate se estabeleça e todas as situações de dificuldades que temos visto nas últimas semanas, pela imprensa, com a questão da media provisória e o projeto de lei, possam ser amplamente debatidas pelos segmentos envolvidos na assistência saúde supletiva no País.

Tenho dito, às vezes, na Câmara de Saúde Suplementar – da qual faço parte representando a Unimed – que, muitas vezes, sinto ali que as entidades do consumidor manifestam sua insatisfação, os hospitais estão insatisfeitos, as operadoras e os médicos estão insatisfeitos. Comentei, certo dia, que até o presidente da agência, Dr. Januario Montone, disse na reunião que a própria agência estava insatisfeita.

Num momento desses, é preciso que possamos sentar e tentar buscar o que está ocorrendo. Analisemos um dado que mostrarei. Na realidade, como os clientes dos planos de saúde, especificamente da Unimed, estão vendo o plano de saúde, como eles se sentem. Isso é importante para que possamos fazer uma análise mais correta desse processo que estamos vivendo.

Recebi o convite para falar sobre estrutura de operadora e não soube dos organizadores mais ou menos o que eles esperavam que apresentássemos aqui. Então, falaremos um pouco sobre a estrutura da Unimed, que presido, para que passemos alguns números e alguns questionamentos para o debate neste seminário e, mais tarde, nas entidades que estamos freqüentando, na Câmara de Saúde e na própria agência.

O sistema cooperativo Unimed tem uma diferença de operadoras clássicas, porque ele se baseia nas singulares. Depois, há as federações, algumas são operadoras, outras não. Há a Unimed do Brasil, que se transformou numa entidade político-institucional, que está, praticamente, deixando de ser operadora. E foi criada, em 1998, a Central Unimed.

Hoje, temos 364 cooperativas e estamos presentes em, aproximadamente, 80% do território nacional. Temos cerca de 11 milhões de clientes, 91 mil médicos cooperados, praticamente um terço dos médicos ativos no Brasil, 70 mil empresas contratantes, geramos 16 mil empregos diretos e 260 mil empregos indiretos. São 53 hospitais próprios, 3.560 hospitais credenciados, 3 mil leitos próprios, 42 milhões de consultas/ano, 1.200.000 internações/ano, 75 milhões de exames complementares/ano. A operadora nacional, hoje, tem cerca de 199 singulares, compostas pelas federações e uma cooperativa central, a Confederação Uniodonto,

que congrega 178 cooperativas odontológicas e 188 cooperativas singulares.

A marca Unimed, por oito anos consecutivos, é a marca de plano de saúde mais lembrada pelo cliente no Brasil, tem 25% de participação no mercado nacional – dado confirmado pelo IBOPE – e, há 14 anos, é sucessivamente eleita a melhor assistência médica do país pela Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas.

A nossa participação no mercado é de 25%; a da empresa A, 4,5%; a da empresa B, 3%.

Este é um dado que considero interessante. Numa pesquisa feita pelo Instituto Datafolha – que tem credibilidade – no Rio de Janeiro, que penso poder ser reproduzida para o Brasil, em que as respostas poderiam ser *“muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito”*, 89% dos nossos clientes estavam satisfeitos ou muito satisfeitos. Desses 89%, 42% disseram estar muito satisfeitos, contra 29% da empresa B e 23% da empresa C.

A pesquisa é ampla. Na realidade, é preciso que seja dito também que o índice das empresas consideradas mais sérias no mercado é alto também. Não é só a Unimed que tem esses índices. A pesquisa mostra que a satisfação dos clientes que têm plano de saúde é relativamente alta.

Menos de 3% dos clientes afirmaram estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos.

Há um outro dado interessante: 63% dos entrevistados disseram estar seguros, ou seja, o índice de satisfação é o mais alto e a segurança é o índice mais baixo. Todas essas notícias de empresas que estão quebrando, de denúncias e da situação de instabilidade de mercado geram no cliente uma instabilidade dele em relação ao plano de saúde. Então, 63% se dizem seguros ou muito seguros. O índice da Unimed foi de 74%. Evidentemente, para os clientes que viveram a situação da Unimed em São Paulo, esse índice de insegurança foi maior que esse que estamos vendo.

Aí, há uma situação interessante. Hoje, estamos vivendo – como tem sido dito neste debate – como se equilibra esse setor. Isso tem sido muito comentado. Numa edição da Folha de S. Paulo desta semana, eu

estava lendo o que dizia um diretor da Fenaseg: amplie-se a cobertura – o que eu, particularmente, defendo –, mas se controla o preço. É uma situação extremamente desagradável. Evidentemente, eu, como cliente e como consumidor, não gostaria de pagar mais. Entretanto, na verdade, como se equilibra isso na ampliação da cobertura e no controle de preços? Sinto-me muito à vontade nessa discussão, porque já passei por todas as entidades médicas como diretor – Conselho, Federação Nacional dos Médicos, órgão sindical, Associação Médica Brasileira. Hoje, consigo compreender a reivindicação dos médicos, a situação que eles estão vivendo, como também, do outro lado, vejo a pressão do custo e como manter essa operadora ativa, fazendo o atendimento de qualidade que todos desejamos aos nossos clientes e, cada vez mais, ampliando as coberturas. Sou daqueles que, dentro da entidade médica e na própria Unimed, defendem a cobertura mais ampla possível. Não entendo que se cubra a saúde segurando o braço esquerdo ou o direito. Tem de ser um atendimento global à saúde. Lamentavelmente, na ponta, há um custo. Essa situação desse equilíbrio talvez seja um dos grandes problemas que vivemos hoje.

Então, para que tenham uma idéia, em relação a uma cooperativa de quatrocentos mil clientes de uma capital grande do país, 85% da receita dessa cooperativa foram para hospital, médico, laboratório, Raio-X, remoções, enfim, custos assistenciais; 14,7% foram despesas operacionais indiretas, despesas administrativas, pessoal, marketing, impostos. Aliás, é interessante que a carga tributária hoje, em relação às cooperativas, seja cada vez mais alta do que para as operadoras como um todo. Recentemente, se eu tivesse que pagar o PIS/Cofins – o Ministro deu inclusive uma boa notícia ontem –, muito embora tenhamos sentença na Justiça Federal da não incidência do Cofins em relação às cooperativas, de qualquer maneira melhorou quando se retirou o custo assistencial, incidindo o PIS/Cofins só sobre a despesa administrativa.

Na verdade, uma cooperativa como a que eu presido no Rio de Janeiro, que tem um faturamento, teria de pagar quase R\$2 milhões de PIS/Cofins/mês. Além

disso, a Prefeitura entende que, apesar de o médico pagar o ISS, tem de pagá-lo no percentual de 5% sobre a base da receita. Ou seja, é completamente inviável essa situação. O médico não vai receber sequer como estava na Argentina, ou seja, 4 ou 5 dólares. Não teremos condições de suportar essa pesadíssima carga tributária que existe hoje.

Nesse resultado, de janeiro a agosto, dessa cooperativa, sobrou 0,3%. Na cooperativa, não sei se os senhores sabem, o que fazemos é antecipar as sobras, que, em uma empresa de capital, é o lucro. Poderíamos trabalhar o ano inteiro, pagar as nossas despesas e, depois, ver o que sobrou para os médicos, rateando, e o resultado dava certo.

Quando você antecipa, você pode errar, quando você tem a perda ou o prejuízo. E sobrou apenas 0,3%, o que não possibilita fazer nada, efetivamente, em termos de investimento, com tudo o que você recebeu: pagou-se UTI, diárias de hospital, médico – depois mostraremos a proporção disso. Enfim, estamos em uma situação de equilíbrio quase zero.

Se essa cooperativa tiver um prejuízo de 700 mil reais, por exemplo, no mês de setembro, o resultado já fica negativo, porque a margem é próxima de 0,3%.

Vamos à próxima projeção.

*(Pausa)*

Desse mesmo resultado, 36% foram para hospitais. Os hospitais hoje vivem uma situação difícil e manifestam a sua dificuldade. Na minha cidade, há hospitais fechando, eu sei disso. Mas 36% da minha receita foram para hospitais; 24%, dessa cooperativa, foram para atos médicos – trabalho do médico. Esses médicos da cooperativa recebiam R\$32,00 de janeiro a março por uma consulta; passam a receber agora R\$27,00 – CH de 27. Tabela MB 92.

Ou seja, não é uma maravilha o que os médicos estão recebendo. A situação efetivamente é difícil. Mas a nossa capacidade de remunerar melhor também está extremamente difícil.

Vinte e oito por cento é uma situação de intercâmbio, ou seja, pagamos para outras Unimed, e aí entram médicos e hospitais; 11% para laboratório e radiologia

e 1% para remoções. Essa foi a distribuição. Vamos à próxima projeção.

*(Pausa)*

Eu gostaria de deixar essa mensagem de que na realidade vivemos hoje a situação aqui colocada. Nessa entrevista que eu li na Folha de S. Paulo é colocado que o aumento da sinistralidade das seguradoras parece ter subido de 79 para 82 ou 83. E mostra – depois a Dra. Solange irá falar sobre a agência, na parte de fiscalização – que talvez a saúde financeira dos planos hoje seja pior do que a saúde dos clientes.

Então, para que possamos efetivamente trabalhar e oferecer a assistência que pensamos, queremos e procuramos oferecer, precisamos pensar muito nesse modelo, como estamos trabalhando, como vamos buscar mecanismos para, cada vez mais, garantir aos nossos clientes assistência médica de qualidade; tentar remunerar melhor o profissional médico; ver a situação dos hospitais. Enfim, toda essa situação que vivemos de dificuldades.

Esse momento é importante para a reflexão; penso que o caminho é o debate. Evidentemente não é o caminho da imposição, porque assim não chegaremos a lugar algum.

Preocupa-me muito a situação que vivemos hoje de controle de preços. Talvez sejamos um dos únicos setores da economia em que há controle de preços e temos, cada vez mais, de oferecer aos nossos clientes os avanços.

Eu estava vendo uma situação interessante, a da mamografia digital. Ela já chegou ao Brasil. Segundo os radiologistas, a mamografia tradicional dá o mesmo resultado, mas é evidente que na digital a imagem é melhor. No entanto, o custo do aparelho é de US\$450 mil. Daqui a pouco, teremos mamógrafos digitais espalhados por todo o Brasil. No Rio de Janeiro há mais aparelhos de ressonância do que no Canadá, parece-me. Daqui a pouco os clientes, e com todo o direito, vão querer fazer a mamografia digital. O avanço, a tecnologia são um direito do cliente. Infelizmente, na outra ponta, o aparelho custa caro, o médico quer receber o valor xis, e temos toda a dificuldade que vivemos.

Outros fatores são colocados como, por exemplo, o envelhecimento da população. Graças a Deus, a maior tecnologia propicia o prolongamento da vida. Hoje, os recursos disponíveis são muito maiores. Na realidade, tudo isso é ótimo para o cliente. Mas, por outro lado, manter o equilíbrio é difícil.

De repente, estamos no caminho certo, realizando debates, ampliando a discussão para que possamos obter os melhores resultados para todos os que estão envolvidos nesse segmento. Muito obrigado.

#### **O SENADOR TIÃO VIANA**

Agradeço ao Dr. Celso Correia de Barros, que falou em nome das UnimedS do Brasil.

Passo a palavra, agora, à última expositora da mesa-redonda Estrutura das Operadoras no Simpósio sobre a Regulamentação dos Planos de Saúde, a Dra. Solange Beatriz, que representa a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

V. S<sup>a</sup> dispõe de 15 minutos.

Peço, mais uma vez, o auxílio técnico da equipe de apoio à Mesa. Surpreende-me que sejam servidores do Senado Federal que estejam distantes do apoio de que estamos precisando aqui.

#### **A DRA. SOLANGE BEATRIZ PALHEIRO MENDES**

Bom dia a todos. Sr<sup>as</sup> e Srs. senadores e deputados, Sr. presidente da Mesa, senhoras e senhores, colegas da Mesa, em especial a Lúcia Helena, uma colega de trabalho já de algum tempo, cuja fala me trouxe uma grata satisfação, considerando que é uma autoridade no assunto concorrência. São vários os chapéus que ela utiliza, como falou, e todos com uma admirável e extrema autoridade no assunto.

Haver uma autoridade que reconheça o desafio que a agência está enfrentando para nós já é um enorme conforto. Os meus agradecimentos pelo que foi dito.

Agradeço, também, a oportunidade de estar nesta Casa, neste momento. Dos oito compromissos assumidos em 1º de março de 2000, no Senado, seis já foram cumpridos pela agência. Esses compromissos dizem respeito, mais diretamente, à área das operadoras, que

está sob minha supervisão na parte de habilitação e normas de operadoras.

São inequívocas, entendo, as conquistas da lei que afetaram o conceito de serviços, as estratégias operacionais e a prestação de serviços das empresas, os limites de responsabilidade entre os agentes e, por que não dizer, em um futuro próximo, os níveis de poupança interna.

Farei uma breve apresentação sobre o mercado das operadoras. O mote de minha apresentação é falar do nosso trabalho. Em relação às empresas operadoras de planos, o acesso ao mercado passou a ser autorizado pelo governo mediante requisitos estabelecidos na própria lei, dentre os quais estava a demonstração de viabilidade econômico-financeira dos planos oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada um dos segmentos das operadoras.

Por respeitar esse mandamento legal de resguardar as peculiaridades, o primeiro normativo foi a RDC nº 39, que segmentou o mercado. Essa segmentação contemplou um status quo já estabelecido, onde figuram as administradoras, as medicinas de grupo, cooperativas médicas, filantrópicas, odontologia de grupo, cooperativas odontológicas, autogestões, com essas subdivisões, e acrescido também da participação das seguradoras que, à época, estavam ainda no setor paralelo. Após a edição da nº10.185, passou a integrar o segmento das operadoras desse mercado. Houve uma subdivisão, principalmente na questão da autogestão, onde se distinguiu as patrocinadas das não patrocinadas, considerando uma performance absolutamente distinta entre ambas.

Na questão da segmentação médico-hospitalar, basicamente estão divididas em segmentos primários, principal subsidiário, e aí fazendo também em nível secundário, e o terciário, que equivale, vamos dizer assim, às seguradoras. Essa segmentação teve por base, como um critério, a capacidade de cada segmento garantir o risco do beneficiário, capacidade esta que está relacionada com a existência, ou não, de rede própria para a prestação do serviço.

No caso do primário principal, que é a primeira

caixinha, são aquelas que têm, no caso, mais de 60% do custo assistencial promovido por rede própria. E, no caso do segmento terciário, são aquelas que têm menos de 30% por óbvio da rede própria sendo atendida. Portanto, são essas que, a nosso ver, e até no entendimento de todo o mercado, equívalem-se e bancam maiores riscos.

Esta norma foi elaborada e consensuada numa câmara técnica onde contou com a participação de todos os atores envolvidos, indicados representantes técnicos de cada setor, de cada segmento do mercado. Portanto, esta é uma norma que não é da agência, é uma norma consensuada no mercado.

A seguir, vale esclarecer a participação das seguradoras nesse contexto. Por meio da Lei nº10.185, de fevereiro deste ano, elas foram obrigadas a se especializar no ramo de saúde para poderem participar desse mercado. Não poderão atuar em quaisquer outros ramos ou modalidades de seguro.

Com exceção das duas seguradoras que já passaram sua carteira – uma, a Générale, que passou para o HSBC, e a Sasse, que passou para a Sul-América – as demais seguradoras já estão promovendo seu pedido de especialização junto à Susepe, que é seu órgão regulador de origem, e outras, inclusive, já obtiveram a autorização de operar por parte da agência. Portanto, esse processo está caminhando dentro do tempo normal, e essas seguradoras, então, já estão compondo mercado e, portanto, sujeitando-se às normas e à supervisão da Agência Nacional de Saúde.

Foi contemplada também para essas seguradoras a manutenção de todas as regras até então vigentes, editadas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados e pela Susepe. Foram todas recepcionadas com o objetivo de manterem o status quo vigente de regulação que, sobre essas, já era alcançado e também os níveis de reserva já constituídos. Vale também dizer que, neste momento, essas seguradoras já especializadas já estão vinculando seus ativos à agência. Todos os procedimentos, convênio Cetip, Selic, já estão firmados, e o processo está andando sem interrupção alguma.

O registro provisório, hoje, na agência vem atenden-

do plenamente, embora ainda em caráter precário, de provisoriedade, mas as normas de registro definitivo já estão em andamento e, em breve, serão publicadas.

Vale a pena dizer que ainda não temos um dado absolutamente fidedigno com relação à receita anual desse setor, pergunta que me é feita comumente. Mas, aproximadamente, estimamos que esteja em 23 bilhões a receita anual. A distribuição dos beneficiários se dá da seguinte forma: pode-se perceber que apenas cinco operadoras possuem 20.84% do total de beneficiários do mercado de saúde suplementar, enquanto que 93,8 das operadoras possuem praticamente 34% do total de beneficiários do mercado.

A maior concentração de beneficiários se encontra em 105 operadoras que representam 6% do total de operadoras e são responsáveis por praticamente a metade do total de beneficiários. Se vê que a distribuição está bastante heterogênea; se considerarmos o número total de 1.754 empresas, poderia dizer-se que há uma concentração de empresas na faixa superior do total de beneficiários. Mas, considerando um número de 105 operadoras, também podemos entender que 105 operadoras para esse público atingido não caracteriza exatamente um setor concentrado. Dentre as operadoras que detêm até 2000 beneficiários, que são 796 operadoras, as medicinas de grupos são aquelas com maior fatia de mercado, quase 55%; seguida das cooperativas, com praticamente 25%; e autogestões, 17%. A presença das seguradoras e administradoras nessa faixa é quase inexpressiva.

O mesmo ocorre em relação às faixas de 2 mil a 10 mil beneficiários, e de 10 mil a 50 mil. A partir da faixa de 50 mil a 100 mil beneficiários, que conta com 50 operadoras, há um aumento da participação das seguradoras e das administradoras. Entre 100 mil e 500 mil beneficiários, 47 operadoras atuam, sendo que as medicinas de grupo possuem 41% dos beneficiários, seguidos das cooperativas com 34 e das seguradoras com 10,77%. Apenas 5 possuem mais de 500 mil beneficiários, sendo que 69,44% desses beneficiários estão nas seguradoras; 21,49 nas medicinas de grupo e 9% nas autogestões.

Vamos ver, agora, o percentual de beneficiários por segmento. Neste caso, o destaque, como pode ser visto, fica por conta da participação do segmento das seguradoras que, embora tenham uma participação pequena de 1,25 do total em termos de prestação de assistência aos consumidores, contribui com praticamente 20%.

A distribuição geográfica das operadoras se dá em conformidade com a concentração populacional e de renda do país. Assim, do total de operadoras registradas, aproximadamente 62%, ou seja, 1,704 se encontram na Região Sudeste; 480, que correspondem a 17%, se encontram na Região Sul; 12%, na Região Nordeste; 6%, na Região Centro-Oeste; e 3% correspondem a 82, na Região Norte.

O estado que possui o maior número de operadoras é São Paulo, com 966 empresas, seguido pelo Estado de Minas Gerais com 342 operadoras e o Estado do Rio de Janeiro com 336, embora o Rio, populacionalmente, tenha um número maior do que Minas Gerais.

O quadro a seguir vai mostrar o percentual da população assistida pelos planos privados por estado. Então, pode-se observar que São Paulo mantém o primeiro lugar, mas pode-se observar que o Distrito Federal é o segundo, quer dizer, a população do Distrito Federal, proporcionalmente, ocupa o segundo lugar em assistência privada, passando à frente do Rio de Janeiro e de Minas; e o Espírito Santo também passa à frente de Minas Gerais em termos de população assistida pela medicina privada.

Os primeiros passos da regulação das operadoras são exatamente as ações promovidas pela agência no sentido de estruturar. Podemos dizer que as bases da profissionalização do setor já estão lançadas. As regras básicas que regulamentam as condições de acesso e funcionamento já estão editadas. Assim, temos o cadastro de todas as empresas por meio do registro provisório, que foi objeto da resolução nº 5; a uniformização da contabilidade, por meio do Plano de Contas padrão, da RDC nº 38; a capacitação técnico-profissional dos administradores, por meio das regras que prevêem os requisitos mínimos necessários ao exercício dos cargos, da RDC nº 79; o acompanhamento da

manutenção da estrutura do mercado, por intermédio do mecanismo de aprovação prévia das transferências societárias, RDC nº 83; a garantia mínima para o início das operações, por meio da obrigatoriedade de constituição de capital mínimo, da RDC nº 77; a garantia das obrigações assumidas, contratualmente, junto aos consumidores, por meio da obrigatoriedade de constituição de provisões técnicas, da RDC nº 77.

Vale destacar, neste caso, que a RDC nº 77 contemplou tratamento diferenciado para as empresas que já estavam operando e para aquelas que entrariam no mercado após a edição da norma. Para aquelas que já operavam, foi previsto um prazo de até 6 anos para a constituição gradual dessas garantias. Quanto às novas, terão que entrar com a regra cheia.

A metodologia utilizada para a fixação dos valores devidos levou em conta o segmento e a região de atuação das operadoras. Mais uma vez, essas regras foram objeto de debate e de deliberação em câmara técnica promovida pela agência e fruto de consenso dos atores e dos setores do mercado.

Para exemplificar, rapidamente, os níveis de exigência dessas garantias, vemos que houve uma preocupação em garantir o respeito às peculiaridades de cada segmento, de cada fatia desses setores e por região de atuação. Sobre cada um desses casos se aplicou um fator de moderação, um Fator “K”, onde se levou em conta, exatamente, a área de atuação, a possibilidade de abrangência do produto das empresas e a capacidade de demanda da região. Tudo isso foi considerado para a elaboração desse Fator “K” que, ao ser aplicado sobre a base de cálculo, que nesse caso do capital mínimo é de 3 milhões e 100 mil, gerou essa dispersão dentro desses segmentos.

Então, por exemplo, uma medicina de grupo do setor terciário, ou seja, aquela que não tem praticamente rede própria, que está equiparada a uma seguradora, ela terá que constituir o capital mínimo de 3 milhões e 100 mil. E terá que operar no Brasil todo. E uma cooperativa odontológica que opere somente em um município, que não seja São Paulo, Belo Horizonte ou Rio de Janeiro, deverá ter como capital mínimo 4 mil e 960 reais.

Então, houve uma preocupação em se observar a capacidade e a peculiaridade de cada um desses segmentos. Como eu fiz a analogia da medicina de grupo do setor terciário com a do setor segurador, onde esse deverá cumprir com o capital mínimo de 3 milhões e cem mil, para o setor segurador, essa exigência hoje é de 5 milhões.

Então, penso que as regras e o resultado dessa câmara demonstraram que estão plenamente adequadas às capacidades das empresas que estão em condições de operar. Aquelas empresas que hoje têm as condições mínimas de operação terão condições de satisfazer essas regras ao longo de seis anos; aquelas que não têm condições hoje de operar, por óbvio não terão condições de suprir essa exigência de garantias.

Também com relação às garantias, não participei do evento de ontem, mas penso que o Sr. Ministro da Saúde fez referência a uma medida provisória que foi editada na segunda-feira. Essa medida provisória contempla exatamente a preocupação que o Governo teve em regular esse mercado com cuidado, com prudência, com coerência e, acima de tudo, dando a essa questão das garantias o reconhecimento da importância vital da sua constituição, por isso a edição dessa medida provisória, onde se reduz a base de cálculo do imposto de renda para as operadoras de plano privado que constituirão essas provisões técnicas.

Então, as co-responsabilidades cedidas e a parcela desse provisionamento serão abatidas da base de cálculo para efeito de imposto de renda e também para a contribuição social. Na base de cálculo da contribuição social será deduzido o valor das provisões técnicas, que são uma exigência legal, não só no que diz respeito a imposto de renda e contribuição social, mas também quanto ao PIS/Pasep e Cofins.

Foi alterada a base de cálculo do PIS/Pasep e Cofins no que diz respeito à dedução de co-responsabilidades cedidas da parcela das contraprestações pecuniárias destinadas à constituição de provisões técnicas e do valor referente às despesas médico-assistenciais. Isso é o reconhecimento do governo – e como Governo leia-se Presidente da República, Ministro da Justiça, Ministro

da Fazenda, Ministro da Saúde e o Ministro-Chefe da Casa Civil. Todos reconhecemos, entendemos – e acredito que a sociedade também – a necessidade da constituição de garantias para esse setor que opera com poupança popular, que lida com a renda dos trabalhadores e dos cidadãos. Eles administram a poupança de cada cidadão; portanto, aquele que lida com matéria financeira é obrigado a constituir garantias para essa operação, pois ele não está lidando com recurso próprio, ele lida com recurso de poupança popular.

Então, considero que essa Medida Provisória 2.188-35, de 24 de agosto de 2001, coloca uma pedra sobre essa discussão da necessidade de constituição de garantias e também sobre a discussão sobre se as operadoras de plano de saúde lidam com poupança popular. Elas lidam com poupança popular e lidam com a saúde de todo cidadão brasileiro. Daí o mérito dessa medida e o empenho de todos nós em fazermos desse setor um setor profissional e capaz de atender à demanda dos consumidores.

Com relação aos regimes especiais, como não poderia deixar de ser, é a saída dessas empresas do mercado, empresas que não estejam atendendo a regras mínimas de solvência, que não mereçam participar desse mercado de saúde. Então, a agência conta com dois mecanismos: um, dos regimes especiais de direção; e o outro, de liquidação.

O regime especial de direção, tanto técnica quanto fiscal, não substitui os administradores, não é um regime de intervenção, é um regime de fiscalização, onde a agência, na verdade, vai promover uma fiscalização mais próxima junto a essas empresas. Ela entra na empresa e a ajuda a enxergar os seus problemas e a tentar sanear as suas dificuldades, as suas questões. Se não obtiver êxito nesses procedimentos, aí, sim, é determinada a liquidação extrajudicial dessas empresas. O regime de liquidação é intervencionista. O regime de direção fiscal e técnica não é intervencionista, mas de fiscalização junto às empresas apenas de forma mais direta. Hoje há empresas submetidas a esses regimes especiais. Duas têm os dois regimes: o de direção técnica, que se dá sobre a questão assistencial,

e o de direção fiscal, que é exatamente as questões de anormalidade econômico-financeira da empresa. Essas outras seis estão somente submetidas ao regime de direção fiscal, considerando que foram observadas anormalidades econômico-financeiras e a questão assistencial estava dentro da normalidade. A liquidação judicial se deu sobre estas quatro: Climoge, Unicolor, Adress e Biomed, sendo que, no caso das direções, foram alcançados 260 mil consumidores e, no caso da liquidação, essas carteiras foram repassadas, voluntariamente, para outras operadoras. No caso, quem absorveu a Climoge foi Cerves Saúde; a Unicolor foi a Rapes e, depois, a Sampe; a Adress foi a Unimed Rio de Janeiro; e a Biomed foi a Silver Life, ou seja, os consumidores remanescentes de cada carteira dessa tiveram a atenção de outras operadoras do mercado de forma voluntária. Não houve participação, pelo menos formal, da agência nessa transferência.

Com relação à situação econômico-financeira, uma combinação de fatores de ordem macroeconômica atuou, estimulando o crescimento do mercado de planos de assistência médica. Principalmente nos anos 90, o Brasil retomou o crescimento após um pífio desempenho econômico na chamada década perdida de 80, elevando a renda per capita da população. Com a queda das taxas de inflação, após o advento do Plano Real, foi constatada uma melhora significativa nos níveis de distribuição de renda. Essa conjugação de fatores desestimulou fortemente a demanda por planos privados. O mercado ofertante, aproveitando essas novas oportunidades, beneficiou-se, com a maior facilidade, para a incorporação de tecnologias, como vimos aqui. Dessa forma, após o Plano Real, as operadoras aumentaram e diversificaram a oferta de planos.

Então, o crescimento desse mercado não era sustentável, pois havia problemas estruturais, tais como incentivo à sobreutilização, além da ausência de mecanismos oficiais que zelassem pela solvência das empresas e, como não havia barreiras regulatórias à entrada, o que se observou foi o aumento de empresas comprometidas com a lucratividade e não com o padrão de assistência. A persistência do conflito de interesses

entre os agentes e os incentivos à sobreutilização, aliados ao fim dos ganhos financeiros, passaram a evidenciar que o mercado passara de um período de *boom* para um de ajuste de margens.

Ademais, como em qualquer processo de regulamentação, uma elevação nos níveis de exigências foi observada, o que demandará uma gestão cada vez mais eficiente por parte das empresas.

Isto posto, a DIOPE – Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – realizou, no exercício de 2000, uma análise econômico-financeira sobre 112 operadoras que respondem por 34% do total de beneficiados do setor, sendo que 70% dessa amostra apresentaram problemas econômico-financeiros. Portanto, somente 30% apresentam uma situação razoável.

#### **O SENADOR TIÃO VIANA**

Peço ao plenário que aguarde mais alguns minutos para a conclusão. Ela já está ciente disso. É preciso tolerância, porque entendo que ela fala em nome do governo e é do interesse de todos aqui que haja pleno esclarecimento. Peço silêncio aos senhores, por gentileza. Estou ciente do tempo que tem que ser dado na valorização de cada um que está no plenário.

#### **A DRA. SOLANGE BEATRIZ PALHEIROS MENDES**

Vale ressaltar que uma análise mais apurada do setor só será possível ao final do próximo ano, com a consolidação do Diops, que é um documento de informação periódica, que está sendo prestado à agência, a partir de julho deste ano, e que, portanto, ao término do ano de 2001, já se tem uma série histórica que permita se dispor de informações mais ágeis e sistemáticas das operadoras.

Com o Diops, a agência tomará conhecimento, entre outros, da estrutura de custo e do nível de endividamento das operadoras. Assim, a agência poderá inferir, mais apuradamente, sobre a situação econômico-financeira de cada segmento de mercado, aperfeiçoando o processo de regulamentação. E, diante da indicação de descapitalização do setor e das novas exigências para sua vida operacional, podemos prever

uma concentração do setor. Porém, um mercado com um grupo de empresas sólidas pode possuir mais atributos competitivos do que um mercado no qual um grande número de empresas, de tamanhos desiguais e características absolutamente diferenciadas, coexistem com algumas poucas entidades dominantes. Assim, não se tem dúvidas de que as empresas precisam ser auto-suficientes com respeito à sua capitalização e solvência, com a finalidade de preservarem sua própria viabilidade a longo prazo, garantindo sempre os interesses pactuados com o consumidor, onde a sobrevivência das empresas estará relacionada à profissionalização. A palavra-chave, então, a partir deste momento, será planejamento.

Obrigada. (Palmas)

#### O SENADOR TIÃO VIANA

Agradeço à Dra. Solange Beatriz, que falou em nome da Agência Nacional de Saúde Suplementar, portanto, em nome do governo.

Passamos ao aproveitamento das perguntas da plenária. Farei a leitura em blocos de cinco perguntas e peço a maior objetividade possível, entendendo que houve um prejuízo de tempo neste debate, o qual temos de tentar recuperar em benefício de todos da plenária.

A primeira pergunta é à Dra. Lúcia Salgado:

*“Qual é o lucro em percentual e faturamento que cresceria justo e motivador para as empresas?”*

A próxima pergunta é:

*“Após a primeira resposta, por favor, justifique por que não teriam as operadoras interesse em competir, oferecendo abertura cada vez mais completa, incluindo todo tipo de procedimento na busca de aumentar suas vendas. Enfim, por que não confiar na livre concorrência?”*

A segunda pergunta à Dra. Lúcia Salgado é:

*“Na opinião da senhora, qual o impacto da entrada do capital estrangeiro na concorrência entre as operadoras e na melhoria da assistência ao usuário?”*

A terceira pergunta é:

*“Dra. Lúcia Salgado, a senhora fala muito da defesa do consumidor. Onde ficam as operadoras, com os abusos do consumo, na fraude sistemática (entrega de carteira), no aumento da prestação pela tecnologia nas decisões judiciais, em confronto com a própria lei (transplante de medula)? Eu gostaria de sua opinião.”*

A próxima pergunta é à Dra. Lúcia Salgado ainda:

*“Em sua opinião, qual seria a rentabilidade adequada e justa para uma operadora privada de plano de saúde?”*

Pergunta à Dra. Lúcia Salgado:

*“Nos últimos anos, foi enorme a transformação legal que afeta as condições de mercado do setor de saúde”.*

Pede-se um comentário dela a respeito dessas modificações e como fica previsto em lei.

A outra pergunta já foi também citada. São cinco perguntas que a Dra. Lúcia Salgado responderá em bloco.

#### A DRA. LÚCIA SALGADO

Procurarei ser objetiva, para não tomar muito o tempo dos senhores.

Com relação a qual lucro acho justo, na verdade não tenho de achar nada sobre isso. O preço justo é uma questão com relação à qual a humanidade se coloca desde o século V antes de Cristo. Aristóteles já se perguntava qual seria o preço justo das mercadorias, depois, na Idade Média, São Tomás de Aquino também fazia a mesma pergunta.

Na verdade, no que diz respeito a esse mercado em particular, é necessária uma análise técnica criteriosa e exaustiva para que se evidenciem as condições de lucratividade, supondo um *break even point*, para usar um termo econômico, no sentido de que os custos sejam cobertos pelo faturamento.

Quanto à outra pergunta, se a livre concorrência não valeria nesse mercado, insisto que a livre concorrência não funciona em mercados com muitas falhas,

como é o mercado de planos de saúde, em que existe uma grande assimetria entre o demandante e o ofertante, onde existe uma extrema insegurança com relação ao futuro. Quer dizer, é impossível se prever. Eu não tenho capacidade de prever qual é a possibilidade de eu ter a doença X e Y, quando eu tiver sessenta anos.

É natural que as empresas, seguindo a racionalidade econômica, tentem fugir das áreas de menor rentabilidade. Essa é uma das razões que eu entendo. Concorro com a Dra. Solange que, no processo de ajuste, isso se faz necessário agora neste mercado. Este é um mercado, se me permitem, que está em crise, por conta de todas as mudanças macroeconômicas e institucionais dos últimos anos. Como economista, acredito que a tendência é de concentração nesse mercado, para empresas que sejam mais sólidas do ponto de vista econômico-financeiro. Isso não significa, sendo uma especialista nesta área de concorrência, que concentração de mercado contraria a concorrência; muito pelo contrário: empresas fortes e rivais são o melhor que o consumidor pode ter. Ao contrário de uma situação, como hoje descreveu a Dra. Solange, de poucas empresas que têm condições econômico-financeiras sólidas, que dominam o mercado, e uma minoria de empresas com pouca capacidade de alcançar este equilíbrio econômico-financeiro.

Talvez um processo de concentração permita – ainda respondendo à pergunta – a diluição dos riscos embutidos no fato de que há segmentos de muito maior risco e de muito menor rentabilidade em carteiras mais amplas. Acredito que isso responda à primeira pergunta.

Com relação à cláusula de saída, que fossem outras cláusulas que não a de falência prevista em lei, acredito que seja possível para a agência regulatória prever, sim, cláusulas de saída justamente de operadoras que não tenham condições de se ajustar a este novo momento econômico por que o país passa, mas essas cláusulas devem, sim, garantir a migração de carteiras, respeitadas as carências, cumpridas pelo consumidor, para outras operadoras que detenham maior fôlego econômico-financeiro. Eu entendo que seja o papel da agência. Um dos grandes desafios que ela tem

é fazer essa migração e administrar este conflito de modo que haja menos fricção no mercado.

Sobre a rentabilidade adequada e justa para uma operadora, voltamos a uma questão aristotélica. Existem parâmetros internacionais e técnicos, como a questão do *break even point*. Penso que a resposta disso seja um resultado de um trabalho técnico que, imagino, a agência esteja fazendo, qual seja o de avaliar justamente as condições econômico-financeiras de cada uma dessas entidades e, por conta disso, haver maior rigor na exigência de capital para o funcionamento no mercado, hoje.

Quem tem de estabelecer qual é a rentabilidade justa, quem tem de dar esta resposta, é a ANS, após um trabalho exaustivo de análise do mercado. Sem dúvida, é uma solução que não pode sair do mercado, justamente em função das enormes assimetrias que existem entre os concorrentes, operadoras e entre os clientes. Sem a interferência de uma agência regulatória, é praticamente impossível se chegar a algo próximo do justo.

Sobre o impacto da entrada de capital estrangeiro, no meu ponto de vista de uma militante, de uma estudiosa, já há muitos anos, dessa área de concorrência e regulação, eu entendo ser benéfica em qualquer mercado a entrada de novos players, sejam eles de capital nacional ou internacional. Acredito que isso, do ponto de vista da concorrência e do consumidor, a propriedade do capital é de menor importância. Acredito que a maior concorrência somente venha a trazer maior estímulo para que as operadoras hoje no mercado operem com um nível de rentabilidade menor, infelizmente, mas com maior foco no consumidor, justamente para poder atraí-lo, tendo em vista o aumento da concorrência em função da entrada de novas operadoras.

Com relação à pergunta sobre o fato de que eu falo muito a respeito da defesa do consumidor e quem defende as operadoras. Bom, chamei atenção, para repetir esse ponto e não me alongar muito, para o fato de que essa é justamente a função muito difícil de ser exercida pela agência regulatória. Ela precisa discutir o ponto de equilíbrio entre permitir a rentabilidade daquelas

operadoras que têm condições de funcionar no mercado. Isso é uma realidade perversa, mas da lógica do mercado. Não são todos que sobrevivem ou têm condições de operar no mercado. Talvez o processo de concentração e centralização em torno de operadoras com maior porte econômico-financeiro seja a solução para um equilíbrio das relações entre consumidor e operadoras, nesse mercado.

#### O SENADOR TIÃO VIANA

Agradeço a primeira fase.

Farei a leitura das outras 5 perguntas destinadas à Dra. Lúcia, mas tenho o dever, no exercício da democracia, de responder a uma crítica que o Dr. Lourival Cunha, de Salvador, Bahia, faz à Mesa: dado o exemplo de ontem, aparentemente os palestrantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar não têm a limitação do tempo para as suas apresentações. Os demais apresentadores não deveriam ter o mesmo direito?

Entendo que é uma crítica justa que se faz. Tive o cuidado de chegar exatamente no horário de início da palestra, às 9 horas. Foi preciso ter uma tolerância de 30 minutos e tivemos uma economia de 5 minutos na apresentação dos palestrantes anteriores. Então, a Dra. Solange extrapolou o seu tempo em 7 minutos, basicamente. Na interpretação da Mesa, o maior beneficiado com isso foi a própria plenária. Por isso, adotei essa conduta.

Perguntas para a Dra. Lúcia Salgado:

*“A senhora entende que o mercado de assistência à saúde pode ser considerado como um mercado livre?”*

*“Um representante da Agência Nacional de Saúde afirmou que o papel da agência não se confunde com o de defesa do consumidor, consubstanciando-se em regular o mercado da assistência privada à saúde. Qual o entendimento da senhora acerca da postura da agência?”*

*“Dra. Lúcia, qual o impedimento legal, moral ou ético para que o cidadão brasileiro, SUS, possa, em uma*

*internação hospitalar, usar o seu plano de saúde mais AIH e ficar em apartamento, sem ônus? Observação: Na década de 70, a Patronal, hoje GEAP, permitia, ao mesmo tempo, usar a GIH-Inamps e Patronal, em apartamento.”*

*“Prezada doutora, apesar de existirem tramitando no CAS alguns processos administrativos que visam combater a unimilitância supostamente praticada por uma operadora de saúde, ressaltamos à V. S. que o Poder Judiciário, inclusive, que já se posicionou contrário à tese adotada pelo CAS, pergunta: o que deve prevalecer? Entendimento do Poder Judiciário que já salientou, em alguns acórdãos, que o dispositivo estatutário é válido, é legal, ou o entendimento do CAS?”*

*“Dra. Lúcia, parabéns! Nossa Constituição é perfeita na humanização dos direitos, mas, no meu entender de cidadã, é carente na garantia de caminhos para a viabilização desses direitos. Na sua opinião de procuradora, é justo que o cidadão somente tenha direitos? É possível esclarecer quem paga esses direitos? A senhora enxerga, enquanto procuradora, dentro das definições legais, uma saída a curto prazo para a materialização, para uma viabilização econômica e social destes conflitos, já que me pareceu um entendimento comum aos palestrantes que a existência de saúde suplementar é saudável para a estimulação do mercado, geração de empregos etc.?”*

Quem faz a pergunta aqui é Carla Sartori.

#### A DRA. LÚCIA SALGADO

Com relação à primeira pergunta, se entendo que esse mercado de assistência pode ser considerado um mercado livre, a minha resposta é não. Não pode funcionar como mercado livre na ausência de regulação, à custa da saúde da população não ser atendida, justamente por conta das falhas, todas de mercado, que mencionei anteriormente.

Menciona ainda a pergunta que, tendo em vista a necessidade de o consumidor ter de cumprir novas carências quando muda de operadora, penso que essa é

uma falha grave. Entendo que a regulamentação precisa sanar – repetindo – no sentido de exigir a compra de carências já cumpridas. Quer dizer, é isso que vai re- por condições mínimas de migração e de escolha por parte do consumidor; isso é o papel da agência regulatória.

A pergunta segue: quais são as alternativas possíveis a serem adotadas pelo órgão regulador? Considero ter respondido a esse ponto. Penso que uma regulamentação adequada preveria a compra integral de carências já cumpridas.

Há uma pergunta que não tenho capacidade de responder porque é muito técnica, feita por um médico. Peço desculpas, mas sobre o impedimento legal, moral e ético para o cidadão brasileiro do SUS ser atendido em apartamentos, sem ônus, realmente não tenho condições de responder a essa pergunta. Sou economista, não conheço os meandros da administração de planos de saúde.

Uma outra pergunta, referente ao que um representante da ANS teria dito que o papel da agência não se confunde com defesa do consumidor, como é que entendo isso, eu me permito discordar do entendimento – não sei qual foi o representante –, até poderia discutir isso mais longamente. Mas entendo, sim – o ministro disse isso, está certo? –, que existe um duplo papel, foi o que tentei mencionar. É óbvio que a ANS não é um órgão de defesa do consumidor. Felizmente, a sociedade tem lucrado muito com a existência de numerosos e ativos organismos de defesa do consumidor, como o Idec, os Procons estaduais, o Brasilcon; existem vários agentes especificamente voltados – ONGs e órgãos do Governo – para a defesa do consumidor. Agora, no meu entender, qualquer agência regulatória – essa é uma opinião geral; sou professora dessa matéria da área regulatória – tem um dilema a enfrentar: ela precisa defender os cidadãos, sim, sejam eles cidadãos que consomem aparelhos telefônicos, energia ou produtos de saúde e defender também a possibilidade de um bom funcionamento em condições de rentabilidade das operadoras. Quer dizer, essa é toda a dificuldade. Então, não existe um viés para um lado ou para outro. Andar nessa corda bamba entre os inte-

resses dos cidadãos – não é questão só do consumidor, são todos os cidadãos, todos dos contribuintes – e, no outro lado da moeda, defender também, garantir o funcionamento adequado, do ponto de vista econômico-financeiro das empresas. Esse é o grande dilema de qualquer órgão regulatório como a ANS. Penso que ela se enquadra nisso também.

Uma pergunta de Carla Sandroni, que é médica: nossa Constituição é perfeita com relação à questão da humanização dos direitos. Ela entende que há carência de garantias de como viabilizar esses direitos. É possível esclarecer quem paga pelos direitos? Na verdade, a Constituição, no meu entender, trazendo os meus estudos de Ciência Política do passado, não passa de um contrato social da sociedade, firmado entre todos os cidadãos através dos representantes eleitos. Ali é um contrato social em que as regras de funcionamento da sociedade estão colocadas. Quem paga por essas regras? É o contribuinte. Não há outra dúvida. Quer dizer, o contribuinte, seja ele aquele que fornece recursos para o SUS, usando-o ou não, seja aquele que também fornece de forma privada os recursos para a existência de planos de saúde. Agora, com relação a quem paga esses direitos, para mim, é uma questão clara, vem do contrato social. Como procuradora, não posso responder – insisto –, sou economista e fui conselheira, durante quatro anos do CADE, mas como estudiosa posso responder quais seriam as saídas a curto prazo para viabilizar econômica e socialmente esses conflitos. Na verdade essa é uma das perguntas que vão na mesma direção de anteriores, e entendo que esse é o papel desafiador a ser desempenhado pela ANS e tentar dirimir esses conflitos de interesse.

Quanto à outra pergunta, tenho mais condições de respondê-la, porque fui relatora de inúmeros desses casos em que se puniu uma cooperativa por incluir em seus estatutos a unimilitância e esse advogado me chama a atenção de que o Judiciário tem contrariado as decisões do CADE. Ora, em última instância, quem deve prevalecer não há dúvida, basta ler a Constituição, prevalece a decisão do Judiciário. Mas uma coisa que posso adiantar para os senhores é que realmente

existe uma defasagem muito grande entre a familiaridade que os órgãos administrativos de defesa da concorrência têm com a matéria concorrencial, *vis-à-vis* a familiaridade que o Judiciário tem. Durante os meus quatro anos no CADE tentamos uma aproximação muito grande justamente para sensibilizar os juizes para as novas questões. Isso tudo é novo, o Brasil é um mercado e não faz dez anos. Antes não era uma economia de mercado, era uma economia mista. Então, todos esses conceitos de concorrência, de defesa do consumidor são muito novos, são revolucionários no Brasil. Entendo que há uma série de decisões de primeira instância, tenho conhecimento disso, contrariando a decisão do CADE. Lembro-me de uma decisão que me pareceu muito curiosa em que a juíza aqui de Brasília dizia que não cabia atuação do CADE nessa área porque o serviço de saúde não era o mercado, não era assunto de mercado, era assunto de saúde pública. Na verdade, trata-se de um desconhecimento do Judiciário com relação a essas questões novas associadas à concorrência. Entendo que essa cultura jurídica econômica vai pouco a pouco se disseminando na sociedade, inclusive no Poder Judiciário, mas sem sombra de dúvida esses processos que em primeira instância tiveram a sua decisão recorrida, obviamente a procuradoria do CADE já recorreu dessas decisões e elas continuam em tramitação no Judiciário.

#### O SENADOR TIÃO VIANA

Temos ainda uma pergunta à Dra. Lúcia, depois passaremos ao Dr. Celso Barros.

Registro, com muito prazer, a presença dos Deputados Federais Tetê Bezerra, José Pimentel, Elias Murad e Rita Camata, que, sem dúvida alguma, têm acompanhado de modo muito diligente e prestado absoluta solidariedade, já que se acha uma solução que atenda aos direitos de quarenta milhões de usuários dessa rede e aos direitos das empresas na defesa daquilo que seja justo.

*“Dra. Lúcia Salgado, a senhora acha possível que uma classe como a médica, com o número de profissionais que há no país, com a diversidade de especialidade,*

*possa atuar sem uma tabela referencial de valores para honorários? Acha possível que cada médico deste país possa negociar individualmente os valores de seus honorários junto ao grande número de operadoras? Ao dificultar a tabela referencial da AMB o CADE, fere a dignidade do médico e dos usuários e atende claramente aos interesses das operadoras.”*

É uma afirmação de Samir Dahas Bitah.

#### A DRA. LÚCIA SALGADO

Entendo essa afirmação contundente de que o CADE feriu a dignidade do médico; lamento que essa impressão tenha ficado. Fui uma das relatoras desses processos contra tabela da AMB. Foram decisões de 1995 e 1996 e muito abertamente, muito francamente digo que é uma decisão de que hoje tenho dúvidas. Passados cinco anos e vendo as dificuldades do mercado... *(Palmas)* ... tenho dúvidas quanto à correção dessa decisão, que foi minha, seguida pelo plenário, também antes da Conselheira Neide Malar, foi a primeira decisão nessa direção, entendo que existem custos de transação muito grandes na interação entre médicos e planos de saúde, mas creio que a solução talvez não seja a tabela unilateralmente imposta pela AMB. Talvez fosse um caminho para se chegar a uma solução de consenso e que não fira a legislação em vigor, o uso do poder de barganha que a AMB tem, afinal é a Associação de Médicos do Brasil, tem um poder de barganha muito grande, frente às operadoras, para negociar coletivamente tabelas, referenciais de preço para seus associados. Em 2001 é esse o entendimento que tenho e continuamos estudando e é bom até mudar de idéia.

#### O SENADOR TIÃO VIANA

Perguntas ao Dr. Celso Barros:

*“Como o senhor acha que podem ser melhor controlados os gastos crescentes e preocupantes com tecnologia na área de saúde, de forma ética, e sem utilização de modelos esperados como a mamografia cara?”*

Quem pergunta é o Dr. Jorge Cury, da Associação Paulista de Medicina.

José Roberto Maricel faz a seguinte pergunta que não consigo ler.

*“Dr. Celso Correia de Barros: qual o vínculo existente entre as Unimeds singulares e entre estas e a Confederação das Unimeds no Brasil? Por exemplo, no caso de uma ação condenatória contra uma determinada cooperativa, essa responsabilidade se transmitiria às outras ou mesmo à confederação. Por quê?”*

Quem pergunta é Cárnia Rodrigues, do Idec.

*“A lei não se sobrepõe à Constituição Federal, que garante o direito de organização em cooperativas; como regulamenta a Lei nº 5.764, de 1971?”*

Quem pergunta é a Dra. Lúcia.

#### O DR. CELSO CORREIA DE BARROS

A primeira pergunta é a seguinte: como acha que podem ser mais bem controlados os gastos crescentes e preocupantes com tecnologia na área de saúde, de forma ética e sem a utilização de modelos superados como o *manager care* e como o governo poderia colaborar em relação aos impostos?

Primeiramente, temos alguns problemas na área médica, como a proliferação de escolas médicas; e as entidades médicas têm lutado para evitar que isso aconteça, causando um excesso de médicos no mercado, muitas vezes formados em escolas despreparadas, fazendo com que o médico vá para o mercado de trabalho mal preparado e numa competição brutal. Falo com muita preocupação porque tenho uma filha no quarto ano de medicina e um no segundo, são meus únicos filhos e ambos foram fazer medicina.

Um trabalho importante que a Associação Médica Brasileira vem fazendo é o trabalho de diretrizes, que seriam os protocolos ou consensos e que poderão ajudar na educação médica continuada e poderá auxiliar os médicos para que possam estar mais preparados e usando os recursos que efetivamente sejam necessários para os pacientes. Enfim, creio que a educação médica continuada pode nos ajudar, a AMB com seus protocolos. Sou conselheiro do Conselho de Medicina

do Estado do Rio de Janeiro e temos debatido que os médicos precisam começar a discutir custo, senão teremos um sistema com dificuldade de remunerar melhor os médicos.

Como o governo poderia colaborar em relação aos impostos? Quando olhamos os números e vemos que uma operadora fatura muito, temos que observar que ela tem um número grande de clientes e paga diárias de UTI, cirurgias cardíacas, neurocirurgia e que, no final, sobra 0,3 quando imaginamos que, na realidade, elas estão ganhando muito dinheiro. Talvez em outro momento, na cooperativa, essa “riqueza”, essa sobra seja repassada para o médico nos valores que falei e que não considero nenhuma maravilha. Na cooperativa que presido e que tem receita significativa, assim como o custo, e que resulta num saldo muito pequeno, se e eu tivesse que pagar o PIS/Cofins, como ele estava colocado, e o ISS que a prefeitura quer sobre a receita, eu teria que pagar de imposto, por mês – só com esses dois impostos –, R\$4,8 milhões. No ano, eu pagaria R\$57,6 milhões. Na realidade, não sobraria para pagar nada mais.

Creio que deve haver bom senso por parte do governo. Fala-se muito na reforma tributária. Houve agora – e foi positiva – a decisão dessa medida provisória do PIS/Cofins e do Imposto de Renda, senão, ninguém consegue manter isso. Não há condições!

Precisamos avaliar isso porque é totalmente insustentável. Eu, por exemplo, estou inscrito na dívida ativa no Município do Rio de Janeiro, em R\$53 milhões. Como vou pagar isso que eles acham que vou pagar com a minha receita? Não há condição. Já conversei com o prefeito, mas creio que isso tem que ser uma solução nacional. Não é possível. Como mostrei, as cooperativas geram emprego e, na realidade, hoje, querem tributar dessa forma. É um absurdo!

Outra pergunta do Dr. José Roberto Murissete, Diretor da Federação Nacional dos Médicos.

A que se deve o fato de a Unimed pagar ao médico 27 ou 32, e os planos de saúde pagarem 13 ou 15? Não posso falar pelos planos de saúde, outros, que pagam 13 ou 15, ou não sei que valor. Na realidade, na coope-

rativa, o nosso objetivo é dar condições de trabalho e remuneração adequadas para o médico e garantia de assistência de qualidade ao cliente. Então, na realidade, o nosso lucro, que é sobra, não é lucro; na realidade, ele deve ser repartido entre os médicos. A cooperativa tem uma visão social, nesse aspecto, interessante. Evidentemente que a seguradora quer o lucro; tem direito, o sistema é capitalista, mas procuramos, na medida do possível, remunerar melhor os médicos, o que é nossa finalidade.

Qual é o vínculo existente entre as Unimed singulares, e entre estas e a Confederação das Unimed? Por exemplo, em caso de uma ação condenatória contra uma determinada cooperativa, essa responsabilidade se transmitiria às outras ou mesmo à confederação?

Na realidade, a confederação é uma associação de cooperativas. Ela procura, no nosso caso – isto é, o ato cooperativo –, o nosso intercâmbio, a nossa relação de que o meu usuário pode ser atendido em Cuiabá. No entanto, por exemplo, foi muito falado aqui a questão da unimilitância. Da mesma forma que a Dra. Lúcia hoje faz uma reflexão sobre a proibição da tabela do AMB, também a justiça, de alguma forma, tem demonstrado isso. Você não pode obrigar o médico, evidentemente, a se associar a quem ele não queira. Quando o estatuto da cooperativa, de repente, diz isso, é uma questão de que o médico tomou conhecimento daquilo, e ele se associa ou não.

Fico muito à vontade com essa situação, porque, no Rio de Janeiro, por exemplo, na Unimed que presido, não há unimilitância. Concorro no mercado e hoje sou líder de mercado e não tenho nenhum problema desse tipo. Creio que tenho que ter competência efetivamente no atendimento.

O que a Dra. Solange mostrou também demonstra que, de alguma forma, essa unimilitância não tem significado, uma concentração na mão da Unimed. Na realidade, a medicina de grupo, com as suas aproximadamente 900 empresas, é que tem o maior número de clientes.

Portanto, essa é uma opção do médico e, a meu ver, não tem efeito essa situação de reservas de mercado de especialidades.

A última pergunta também fala na unimilitância, que a lei não sobrepuja a Constituição Federal, que garante o direito de organização com a regulamentação pela Lei nº 5.764.

Creio que, como foi dito aqui, cada vez mais temos que estar profissionalizados. As cooperativas têm que se profissionalizar. Vivemos hoje um outro momento efetivamente no país. Somos cooperativas de trabalho.

Na primeira discussão sobre reservas – lembro-me bem da Dra. Solange, na Susep –, fechei a minha pasta e disse: “*Vou embora, nós vamos fechar*”, porque os números indicavam aproximadamente 40 milhões de reserva. Não tenho resultado. Se tudo meu vai para a assistência e para tentar pagar melhor o médico, não tenho a menor condição. Efetivamente, hoje, o número é mais palatável, mais viável. Creio que a agência compreendeu isso. Quer dizer, à época nem havia agência. Mas não vai ser fácil fazermos isso. Com essa situação de resultado, tenho que fazer provisão para contingências tributárias, tenho que fazer provisão de risco, tenho o custo lá em cima, então não é fácil, mas a realidade é que o número, hoje, é melhor.

Creio que não tem mais perguntas para passar para a Dra. Solange.

Só para terminar, acho muito interessante essa discussão de tabela porque fui Presidente da Comissão Nacional de Honorários durante dois anos, na Associação Médica Brasileira, e vivi e vivo todas as lutas dos médicos. Uma vez, revoltado com a questão da tabela, de tentar implantar a tabela e as empresas não aceitarem, comentei com um amigo meu, comunista: “*Poxa! Os médicos não têm direito de fixar o preço?*” Esse meu amigo, comunista, disse o seguinte: “*Não, até têm, mas quem fixa é o mercado.*” Fiquei meio arrasado nas minhas convicções porque, na realidade, não adianta um delírio nosso, dos médicos. Há cinco ou seis anos, o Presidente da AMB disse que a consulta devia ser R\$39,00. Penso que, na época, devia ser R\$58,00, e, hoje, talvez R\$110,00. Mas, até hoje, quem paga melhor está pagando R\$27,00, R\$28,00. Então, aquele era um número que não era possível. E não adianta fazer uma tabela nesse ponto.

O trabalho que a AMB está fazendo, espero que possamos tomar conhecimento mais rápido, pode ser interessante. Foi feito pela FIPE, junto com as sociedades, avaliou-se a questão do mercado, a tabela não vai ser, parece-me, em CH, vai ser em pontos, que podem ser fixados regionalmente. Pode ser uma boa alternativa para que, efetivamente, possamos implantar essa tabela. Na realidade, a última tabela que temos implantada é a 92, que nós pagamos, e a concorrência paga a 90.

Essa é uma discussão importante, de valorização do trabalho do médico, mas temos que trabalhar isso com consciência, analisando as situações que estamos vivendo para que, efetivamente, possa ser implantada a tabela.

Obrigado. (Palmas)

#### O SENADOR TIÃO VIANA

Temos as três últimas perguntas, antes de encerrar a reunião.

Registro também a presença do Deputado Pimentel Gomes, do Partido Popular Socialista, que nos honra com sua presença.

Dra. Solange Beatriz:

*“Como a Agência Nacional de Saúde Suplementar se posiciona frente ao fato de que a segmentação das operadoras de assistência à saúde não contempla cooperativas e outras formas de organização do trabalho das demais categorias profissionais da saúde, tais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, etc, haja vista que a saúde não é prerrogativa exclusiva da medicina e/ou odontologia, e a agência se intitula uma agência nacional de saúde? A agência e o governo não estariam assumindo a ignorância sobre o que é saúde e o espectro das práticas assistenciais da mesma?”*

Quem pergunta é Dr. Marcelo Sidney Gonçalves, representando o Coffito.

Para a Dra. Solange:

*“Se a Agência Nacional de Saúde se ocupa da preservação da saúde econômica das operadoras, por que*

*não concede a elas os reajustes de preço solicitados e comprovados, conforme os critérios estabelecidos?”*  
Não está assinada esta pergunta.

Quem pergunta, agora, é Eugênia Nascimento Batista, representante da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, Departamento de Saúde:

*“Sugestão para que a Lei 9.656, de 98 estabeleça prazo para que as operadoras iniciem programas aprovados pela ANS de prevenção à saúde, em especial com a implantação de política de fornecimento de medicamento de uso continuado ou não. A literatura mundial comprova que a introdução de tais programas apresenta excelentes resultados e, mais ainda, modifica o foco das operadoras de empresa que trata de doenças para uma empresa que promove a saúde.”*

É o último comentário.

Eu só peço à Dra. Solange que me ajude no sentido de uma reconciliação com o plenário, poupando tempo.

#### A DRA. SOLANGE BEATRIZ PALHEIROS MENDES

Com relação à primeira questão, segmentação das operadoras de assistência à saúde, devo dizer que a segmentação objeto da regulamentação da agência é resultado, é fruto de uma matéria legal. As normas da agência são infralegais, estamos atidos à lei, e dentro dos parâmetros da Lei 5.696, foram estabelecidos, então, os segmentos que não estão por categorias profissionais.

Com relação à segunda: se a agência se ocupa da preservação da saúde econômico-financeira, por que não concede a eles reajuste de preço? Penso que, hoje, estamos vivendo um momento de transição, um momento que se deu após uma regulamentação de um mercado praticamente anárquico, portanto não maduro, em que a política de reajuste foi entendida a mais adequada dentro das restrições e limitações que este já apresentava. A preocupação com a saúde econômica das empresas está demonstrada neste mesmo momento, paralelamente a essa questão da política de reajuste por meio de normativos, onde isso é reivindicado. E, certamente, as políticas acompanham a evolução da

realidade. Eu acredito que, num momento bastante próximo, haja alteração significativa no que se está promovendo com o objetivo, não de preservar saúde econômico-financeira das operadoras, mas o de trazer ao mercado uma assistência à saúde dentro dos níveis desejáveis, tanto do interesse econômico-financeiro, como do assistencial.

Com relação à última questão, que visa a estabelecer prazo para que as operadoras iniciem programas de prevenção à saúde, eu acho que nós estamos trabalhando no sentido de encontrar novos mecanismos, patamares e paradigmas de assistência à saúde. Isso vem sendo desenvolvido. Nem devo me alongar nesse tema porque não é exatamente minha área, mas eu acho que a agência tem dado mostras. Talvez o meu pecado, no momento anterior de eu me ter estendido, é dizer que a agência tem trabalhado e correspondido à meta e ao

objetivo para o qual ela foi criado. Nós temos dado mostras significativas de que estamos atendendo aos objetivos legais para os quais a agência foi criada.

Muito obrigada. *(Palmas)*

#### **O SENADOR TIÃO VIANA**

Agradeço à Dra. Solange Beatriz, que cumpriu a minha intenção de reconciliação com o plenário.

Encerro a reunião, agradecendo a tolerância e a compreensão de todos, pois julgo que o tema contribui muito para o interesse de todos.

Após encerrarmos esta reunião, de imediato, daremos continuidade à próxima Mesa que terá como tema a “Regulação de Preço”. Muito obrigado a todos.

*(Palmas)*

Está encerrada a reunião.

## Mesa 5

# Regulação de preço

### COORDENADOR

SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA  
DRA. REGINA PARIZI

### COMPONENTES

SRA. LÚCIA HELENA MAGALHÃES  
DR. CARLOS EDUARDO FERREIRA  
SR. ROBERTO WESTENBERGER  
DR. JOÃO LUIZ BARROCA DE ANDRÉA

#### O SENADOR TIÃO VIANA

Dando continuidade ao simpósio, queria informar-lhes que o tema é “Regulação de Preços”.

Esta presidência lembra às Vs.Ss que, em virtude do atraso na abertura dos trabalhos, não haverá o intervalo de praxe, prosseguindo-se com a programação normal.

Gostaria de convidar para fazerem parte da Mesa as seguintes pessoas que nos honram com suas presença: Lúcia Helena Magalhães, Assistente de Direção da Fundação Procon, de São Paulo; Carlos Eduardo Ferreira, Presidente da Federação Brasileira de Hospitais – FBH; Roberto Westemberg, representante da Federação Nacional de Seguradoras – Fenaseg; João Luís Barroca de Andréa, Diretor de Normas e Habilitação de Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Estarão funcionando como coordenadores do presente seminário o Senador Lúcio Alcântara e a Dra. Regina Parizi, do Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

Com a palavra, o Senador Lúcio Alcântara.

#### O SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA

Devo informar às Vs.Ss que a Mesa tratará do tema “Regulação de Preço”.

Devo ressaltar a presença dos seguintes conferencistas: Lúcia Helena Magalhães, Assistente de Direção da Fundação Procon, de São Paulo; Carlos Eduardo Ferreira, Presidente da Federação Brasileira de Hospitais; Roberto Westemberg, representante da Federação Nacional de Seguradoras; João Luiz Barroca de Andréa, Diretor de Normas e Habilitação de Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Cumprir-me informar às Vs.Ss que a Dra. Regina Parizi trabalhará conosco na coordenação deste seminário, uma vez que, lamentavelmente, eu não posso ficar até o fim dos trabalhos em virtude de compromissos anteriormente assumidos. Mas, certamente, ela vai suceder-me com muito mais competência. Dou as boas-vindas a todos e, como estamos com problema de horário, vamos diretamente ao assunto.

Inicialmente, vamos ouvir a Dra. Lúcia Helena Magalhães.

**A DRA. LÚCIA HELENA MAGALHÃES**

Bom dia a todos. Pretendo não me estender na minha fala, ficando dentro dos 15 minutos, para que todos possam, democraticamente, também se manifestar.

Gostaria de parabenizar o Conselho Nacional de Saúde pelo simpósio, colocando que a mesa de regulação de preços é bastante contraditória e que enseja diversas discussões. Todos os segmentos seguramente têm posições divergentes. Assim, sem sombra de dúvida, cabe à Fundação Procon de São Paulo colocar o ponto de vista dos consumidores, as reclamações que efetivamente temos recepcionado, os principais problemas nesses três anos de regulação. Desejamos fazer com que as pessoas presentes neste simpósio apresentem os problemas verificados na regulamentação dentro dos seus segmentos.

Em se tratando de regulação de preços, o que mais aflige o consumidor são os reajustes. Com relação aos reajustes, vamos falar de três pontos cruciais: os reajustes por alteração de faixa etária, os reajustes financeiros ou os reajustes anuais e a revisão técnica, uma implementação da nova regulamentação. Dentro dessa nova regulamentação, temos pontos divergentes e aquilo que entendemos pode contrariar o Código de Defesa do Consumidor.

Com relação aos reajustes por alteração de faixa etária, teremos sempre aquela grande discussão: os contratos antigos, os contratos novos. O que traz maior problema para o consumidor hoje em dia com relação aos reajustes? Primeiro, conforme determina o art. 35, e, para os consumidores com mais de 60 anos de idade, deve haver uma autorização prévia da Agência Nacional de Saúde, para que as operadoras possam repassar o reajuste.

Faço um resgate. Já que estamos falando de três anos da regulamentação, cabe rememorar a situação. Primeiro, antes de existir a Agência Nacional de Saúde, a fiscalização cabia ao Desas e, antes, à própria Susep. Dentro da Susep, órgão ligado ao Ministério da Fazenda, no início dessa regulamentação, especificamente para o reajuste por alteração de faixa etária, verificamos grandes problemas. Primeiro, porque a Susep

autorizou esses reajustes de forma genérica, sem necessariamente estipular e analisar esses contratos, dizendo literalmente que não fazia objeção quanto à aplicação da faixa etária. Essas autorizações foram sendo concedidas – se é que podemos chamar isso de autorização – para as empresas de uma forma linear. Todas as empresas tinham essas autorizações, com exceção de algumas, pois não se podia aplicar o reajuste para quem tivesse mais de 60 anos de idade e mais de 10 anos de plano, com base no art. 15, segundo entendimento do próprio Ministério da Saúde.

Fato é que, além de haver contratos omissos quanto aos percentuais de reajustes, havia também contratos com percentuais abusivos, ou redigidos de forma a não dar clareza ao consumidor, com fórmulas – USs e Uhs – só compreendidas pela própria empresa e que ainda continuavam nos contratos dos consumidores. Mais do que isso, acabavam por não dar o direito básico previsto no Código de Defesa do Consumidor: o direito à informação.

Assim, todos os contratos já padeciam desse vício. Depois da regulamentação, esperávamos que os órgãos reguladores e fiscalizadores adotassem medidas para coibir esse abuso – na realidade, entendíamos isso como um abuso, um prejuízo para o consumidor. Não foi isso o que verificamos no primeiro ano da regulamentação, quando a Susep, de forma subjetiva, acabou por autorizar que qualquer tipo de reajuste fosse aplicado dessa forma.

No início de 2000, a ANS é composta, mas, mesmo assim, essa situação perdura, pois questiona-se na Justiça se a ANS deve ou não regular e fiscalizar os contratos firmados antes da vigência da lei.

Entendemos – os órgãos de defesa do consumidor, o Procon, os Procons municipais e estaduais que estão aqui presentes – que a Agência Nacional deve, sim, fiscalizar e regular todos os tipos de contrato. Se assim não for, estar-se-á criando uma segmentação não só das coberturas, como está sendo discutido aqui, mas da própria regulação – isso, num momento em que o que se pretende é integralizar, é ter uma regulamentação, uma lei, um segmento que seja, no mínimo, coerente,

que atenda às necessidades do setor e, sem dúvida nenhuma, do destinatário final dessa prestação de serviços, que é o consumidor.

Nos anos seguintes, então, essa situação com relação aos reajustes prevaleceram – não só prevaleceram, como em alguns momentos se agravaram. Com relação aos reajustes, ainda para os mais idosos, que, sem dúvida, são a nossa maior preocupação, houve a possibilidade de se aplicar a repactuação. O que era isso? Era um reajuste específico para consumidores com mais de 60 anos de idade e que já contassem com mais de dez anos de plano.

Abro parênteses para fazer um retrocesso: no início da regulamentação, o Ministério da Saúde entendeu que não cabia a aplicação desses reajustes para os maiores de 60 e com mais de dez anos de plano para os contratos antigos, algo que foi questionado e acabou gerando uma grande polêmica. Para tentar apaziguar essa polêmica, a regulamentação trouxe o que se chamou de repactuação, que seria a utilização de um percentual fixo – que já deveria estar previsto no contrato – que seria diluído num período máximo de dez anos. Digo máximo, porque se o contrato tivesse faixas aos 60, aos 65 e aos 70 poderia diluir as duas primeiras em cinco e a última em dez anos. Essa repactuação constou da medida provisória, mas o grande problema é que ela deveria ter uma autorização prévia da agência para que pudesse ser implementada.

Recentemente, as autorizações para várias operadoras começaram a ser publicadas – basicamente, em novembro de 2000 – e, desde então, temos constatado que vários desses reajustes têm sido nominais – foram por empresas, por operadoras, uma série de empresas com reajustes que são altamente questionáveis.

A Fundação Procon e os órgãos de defesa do consumidor questionaram a Agência Nacional nesse sentido porque a base dessas autorizações, seguramente, deveria ser os contratos dos consumidores, mas isso não acontecia: estava-se voltando à época em que as autorizações eram concedidas aleatoriamente. Nos deparamos com essa situação. Por quê? Porque, de fato, estavam ratificados reajustes que chegavam...

#### **O SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA**

Dra. Lúcia Helena, se a senhora pudesse concluir...

#### **A DRA. LÚCIA HELENA MAGALHÃES**

É até bom o senhor colocar essa situação, porque vamos discutir aqui preço e qualidade, senador; trata-se de interesse específico dos usuários e é de grande importância. A Agência Nacional, em todas as Mesas, dispôs de tempo além do complementar; houve atraso de mais de uma hora. Então, vou pedir um pouco de paciência para que possamos colocar todos os pontos e conto com o apoio da nossa tribuna.

#### **O SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA**

Não queremos fazer nenhuma discriminação. Se houve isso anteriormente, não posso responder, porque eu não era coordenador de nenhuma Mesa. Mais do que ninguém, tenho obrigação com os usuários por ser representante deles no Congresso Nacional. Fique tranquila quanto a isso.

#### **A DRA. LÚCIA HELENA MAGALHÃES**

Obrigada, senador.

De qualquer forma, os reajustes acabaram sendo concedidos. A Fundação Procon oficiou a agência, foi, obviamente, algo que foi tratado, mas, de qualquer forma, entendimentos diversos, inclusive que contrariavam o Código de Defesa do Consumidor, como tabela de venda ser entendida como integrante do contrato – aquela tabela de venda que há dez anos você nem sequer olhou, sequer teve ciência, sequer assinou, sequer ficou com uma cópia, há o entendimento de que ela integra o contrato, o que, sem dúvida alguma, é questionado. Encaminhamos, portanto, o assunto para o Ministério Público Federal porque é algo que precisa ser analisado. Não há que se concordar com retrocesso e com problemas que já se adinham desse segmento antes da regulamentação. Ou seja, agora, no momento regulatório, não há que se persistir nesses erros quando existe uma agência criada também para defender os interesses dos consumidores. Contrariamente ao que pensa o ministro, para o qual peço desculpa,

entendo que a agência é regulatória, mas também deve olhar para os interesses dos consumidores.

De qualquer forma, esse caso foi levado ao conhecimento do Ministério Público Federal, que o recebeu com uma representação contra a ANS, onde os fatos são narrados pelos órgãos de defesa do consumidor, no caso, a Fundação Procon de São Paulo. São dois pontos cruciais.

Dentro da regulamentação, estão previstas sete faixas etárias, sendo que o valor da última não pode exceder seis vezes o valor da primeira. Ontem, inclusive, dizia-se que as faixas etárias seriam discutidas. Assim, se há 600% – colocamos 100% na primeira faixa e 600% na última –, teremos uma variação de 600%. Quando se diz que antes os reajustes eram muito maiores, fica claro que temos um equilíbrio nessa regulamentação. E a defesa do consumidor busca esse equilíbrio. No entanto, pensar que ao se atenuar um prejuízo ao consumidor, que são os reajustes por faixa etária, e entender que 600% vai resolver o seu problema é, no mínimo, um pensamento equivocado. Temos reclamações registradas no Procon de São Paulo contra contratos novos, já que, na prática, acabam-se jogando os maiores reajustes para as faixas etárias mais idosas, e o consumidor dessa faixa etária, que normalmente já tem uma série de dificuldades econômicas, mais uma vez é lesado. Não existe, pois, um equilíbrio nessa relação e o consumidor fica sujeito à imputação de uma cláusula que vai ser desequilibrada e, sem dúvida, desvantajosa.

Com relação aos reajustes anuais, não vou extrapolar muito o meu tempo, só quero colocar rapidamente alguns pontos. O último reajuste foi de 8,71%. Desde o ano de 1999, cumpre ressaltar, a Susep, mais uma vez, enquanto órgão regulador, autorizou reajustes diferenciados empresa por empresa. Houve seguradoras que, na época, tiveram 20% de reajuste, contando aplicação de sinistros, e também empresas de medicina de grupo. E se fala em mercado desequilibrado porque essas mazelas vêm de problemas antigos, de má administração de operadoras, mas o consumidor é que acaba tendo que pagar a conta de qualquer forma.

Se o governo não vai colocar dinheiro nas empresas, é uma posição que tem que ser respeitada, mas também não é justo que o consumidor pague esses reajustes sem que tenham conhecimento dos reais custos das empresas. Além disso, há brechas na própria regulamentação, por exemplo, a própria RDC nº 66 diz que não há necessidade de uma empresa de plano coletivo ter uma autorização prévia da ANS, se ela for patrocinada ou parcialmente patrocinada. Se ela for parcialmente patrocinada por apenas 1%, isso significa que o consumidor vai assumir os outros 99%, visto que a empresa é considerada parcialmente patrocinada? A regulamentação não deixa claro a porcentagem mínima desse patrocínio para que a empresa seja considerada como patrocinada ou parcialmente patrocinada. Esses são problemas que têm que ser equalizados.

Por último, gostaria de falar sobre a revisão técnica, questão que foi muito criticada pelos órgãos de defesa do consumidor. Por quê? Porque ela é a expressão da alteração unilateral do contrato. Em razão de problemas econômico-financeiros das operadoras, o consumidor tinha três alternativas: ou ele pagava em torno de 20% de reajuste para que pudesse manter a rede hospitalar – as duas empresas que tiveram a revisão técnica arcariam com algo em torno de 10%, com perda de rede hospitalar – ou, para que ele efetivamente não tivesse reajuste, teria que co-participar, ou franquiar, perdendo rede hospitalar. Ou seja, o consumidor que tinha o seu contrato firmado – estamos de contrato antigo –, teve uma total violação do seu direito contratual previsto e garantido pelo Código de Defesa do Consumidor.

De qualquer forma, o consumidor teve que pagar para conseguir manter ou estar no seu plano de saúde. E cabe observar: que garantias que o consumidor tem que essa empresa vai conseguir novamente se equilibrar? Porque essa preocupação existe.

É fato notório, pois foram veiculadas na televisão denúncias de má gestão da operadora Classe Laboriosa, que teve sua revisão técnica autorizada pela Agência Nacional de Saúde. E mais, foi publicado nos jornais de grande circulação de São Paulo que será feita uma assembleia geral extraordinária onde será proposto para

os seus associados o pagamento de uma contribuição associativa voluntária dividida em quatro parcelas. É o que posso chamar de proposta indecente, porque o consumidor, de forma alguma, terá que, novamente, estar nessa posição, ainda que voluntária.

E cabe ressaltar que a Classe Laboriosa está sob direção fiscal da ANS. Preocupa-nos uma proposta nessa linha, dentro de uma direção fiscal, porque novamente estamos vendo o consumidor ter que pagar essa conta.

Sem dúvida, sei que isso cria um debate imenso, mas, na função de representante dos órgãos de defesa do consumidor, tenho que trazer todos os problemas para que sejam discutidos. E este é o momento. O simpósio está trazendo à tona os problemas de todos os segmentos para que se busque o equilíbrio, mas sem ferir o Código de Defesa do Consumidor.

Só para finalizar, é de suma importância que a ANS fiscalize regulamente os planos coletivos, que se concretizam em 80% do mercado e as autogestões geram a possibilidade de estarem fora, alheios, muitas vezes, a um processo regulatório mais contundente, a uma fiscalização. Os planos são utilizados como base de reajustes, como foram os 8,71%. Falta a definição de uma política de reajuste. Os órgãos de defesa do consumidor apresentaram uma política de reajuste que deve ser analisada e estudada, mas deve ser feito um estudo regional de todas os segmentos e insumos que a compõem. Isso deve ser feito por uma instituição nacionalmente reconhecida e que estabeleça um patamar mínimo, ou seja, quem é, como fica, quanto custa o segmento de saúde suplementar, para que seja realmente mais transparente. Obrigado.

#### **O SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA**

Dra. Lúcia Helena, muito obrigado pela sua exposição. Infelizmente, o tempo é um ditador. A senhora extrapolou menos que o reajuste dos preços.

Com a palavra, o Dr. Carlos Eduardo Ferreira.

#### **O DR. CARLOS EDUARDO FERREIRA**

Meu caro senador, em nome do qual saúdo todos os parlamentares aqui presentes, membros da Comissão

de Assuntos Sociais do Senado, da Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados e do Conselho Federal de Saúde; às entidades que organizaram este seminário, os nossos parabéns. O momento é extremamente oportuno para que todos os segmentos coloquem suas dificuldades, seus problemas, haja vista que o setor saúde, na opinião de todos, atravessa uma das suas mais graves crises.

Queríamos agradecer, em nome da Federação Brasileira de Hospitais, o convite para participar deste evento, pontuando e colocando algumas reflexões para debates futuros. A conclusão entre nós é a de que o setor de saúde do Brasil, tanto o público quanto o privado, passa por uma crise sem precedentes. Os hospitais passam por dificuldades extremas, estando altamente endividados. Em recente pesquisa da federação, demonstrou-se que os hospitais estão endividados em algo em torno de seis meses de seu faturamento.

Não existe uma política de financiamento para o setor, não existe um reconhecimento do setor público do papel fundamental e importante da iniciativa privada na prestação de serviço, de modo que são pontos que vamos colocar como propostas no final da nossa fala.

Dentro do tema proposto, Regulamentação dos Planos de Saúde, a posição da federação em relação à Lei nº 9.656 é uma posição onde a regulamentação era importante, era um pleito antigo dos hospitais que houvesse regulamentação dos planos de operadoras de saúde, tendo em vista que um dos conflitos enfrentados pelos hospitais são operadoras que não têm estrutura, não têm qualificação, vendem planos de saúde, encaminham os usuários para hospitais e, depois, não tendo condições de pagar os hospitais. Esses conflitos ainda são importantes e essa regulamentação do setor vem sanar um pleito antigo da Federação Brasileira de Hospitais, que era exatamente definir a regra de quem é competente e qualificado para atuar no mercado dos planos de saúde.

Algumas ponderações no amadurecimento da Lei nº 9.656, que é uma sugestão de revisão do modus operandi das câmaras técnicas, com verticalização dos temas, tempo hábil para os participantes debaterem

os sistemas do âmbito interno. Foi dito aqui e por mais de um representante, quer dizer, o problema das reuniões da Câmara de Saúde Suplementar, muitas vezes atropeladas, rápidas, as decisões tendo que serem tomadas de maneira importante, pontos importantes em tempo de discutir, que é exatamente o tempo hábil para o consenso entre os participantes das câmaras.

E aqui quero terminar o comentário em relação à Lei nº 9.656, dizendo de um receio que a Medida Provisória nº 43, substituída pela 44, e que foi transformada num projeto de lei para ser discutido por toda a sociedade, não tem o mesmo caminho que a lei que foi aprovada inicialmente em relação aos planos de saúde e que, 24 horas depois, foi substituída por uma medida provisória. Então, ou temos lei neste país, em que o Congresso define que vai ser aplicada e depois revista, ou não adianta aprovar uma lei e 24 horas depois ela ser substituída por uma medida provisória, que vem sendo alterada a cada mês, chegando a 44. Realmente não tem nenhum segmento, tanto em nível de hospital, de operadora de usuário, que consiga planejar a sua organização com modificações que ocorrem a cada 30 dias.

De modo que a definição e a construção de regras nesse mercado é extremamente importante, mas não podemos ficar sujeitos a essa modificação a cada 30 dias. Então, como fazer regulação de preços dentro dessa parafernália que existe aí é, realmente, extremamente complicado. Vários pontos foram elencados durante as falas dos senhores em relação à necessidade de rever o sistema tributário, de rever o sistema de valor, o pagamento, criar regras, enfim, qualidade e a creditação, mas isso tudo vamos sugerir uma proposta no final da fala.

Uma breve palavra sobre o setor hospitalar brasileiro. O setor privado não-filantrópico responde por 35% da prestação de serviço do nosso Brasil, o setor filantrópico responde pelo montante aproximadamente igual. De modo que o setor privado não-governamental responde, no Brasil, por 70% da prestação de serviço. Esse é um setor que está atravessando uma lenta transição do amadorismo para o profissionalismo. Penso que esse é um conceito extremamente importante que temos

que modificar, mas é um processo cultural, e toda mudança de processo cultural é lenta. O hospital vai ter que ser administrado por profissionais e se organizar para a demanda da sociedade e não para a necessidade do médico. O médico vai ter que fazer uma opção: ou ele vai se preparar para administrar a estrutura hospitalar ou vão contratar profissionais de administração para gerir o hospital.

A maioria dos hospitais do Brasil, e tenho dito isso freqüentemente, não consigo, nunca vi um hospital no Brasil que tenha sido construído com o objetivo de lucro, que aplique o meu dinheiro, como usuário, para ter renda daquela aplicação de dinheiro, quer dizer, organizaram-se, são hospitais filantrópicos em que a comunidade se organizou, reuniu-se, montou as Santas Casas, as organizações beneficentes, e os hospitais, que foram grupos de médicos que se reuniram para organizar a sua oficina de trabalho. E aquele conjunto de médicos heterogêneos que se reuniram houve uma recomendação jurídica para que se organizassem em forma de sociedade anônima. E, aí, toda a legislação que rege aquela estrutura hospitalar é a legislação da sociedade anônima industrial. Então, temos que também modificar essas regras do jogo, que aplicam ao setor hospitalar a mesma regra do setor industrial ou do mesmo setor comercial.

As estruturas do setor hospitalar são estruturas distintas, em termos de gerência, de gestão, de região de demanda, de complexidade e de conforto. Então, a heterogeneidade no setor hospitalar é extremamente importante. E, apenas para exemplificar, a realidade, no Brasil, é que 70% dos hospitais no Brasil, hoje, têm menos de 70 leitos. Essa é a realidade do Brasil. Não podemos raciocinar que os hospitais do Brasil são os chamados hospitais 5 estrelas de São Paulo ou os de primeira linha de Belo Horizonte ou do Rio de Janeiro; a realidade do nosso segmento hospitalar é extremamente diferente e tem que ser repensada dentro dessa realidade.

Então, dentro dessa cultura que foi implantada, de o médico ser gestor do hospital, ele é dono e interessa a ele prestar o serviço de assistência médica, os hospitais consentidamente permitiram uma invasão dos

planos de saúde, quer dizer, os planos de saúde passaram a ser normativos em relação à atividade hospitalar, em termos de imposição de preços, de regras, de pagamentos, muitas vezes encaminhando alterações de pagamentos a serem faturados para o prestador de serviço diretamente ao setor de faturamento do hospital, sem sequer conversar com a administração do hospital. Mas isso foi por uma autorização, uma permissão consentida pela própria administração do hospital.

Um outro problema que nós, hospitais, temos que definir é criar uma linguagem uniforme, que seja entendida por todos os hospitais e por todos os compradores de serviço e, inclusive, para o próprio Sistema Único de Saúde. O que é uma diária de hospital, o que é uma diária de CTI, o que compõe uma diária de CTI? Como consigo conceituar, e que esse conceito seja entendido igualmente por todo mundo? Então, ainda não temos conceitos definidos. E que essa linguagem seja uniforme para todos nós. Então, as negociações passam a ser diferentes, isoladamente, entre cada operador e cada hospital, dentro de terminologias absolutamente próprias, de cada hospital, e não em termos de conceitos definidos.

Então, em função dessa norma ou em função da mudança disso, estamos preparando e vamos apresentar, tão logo seja possível, um modelo de um sistema operacional hospitalar, para que realmente possamos entender o que é um hospital, quer dizer, um hospital é uma organização prestadora de serviços hospitalares e ele tem que ser remunerado pela prestação de serviços hospitalares. Então, como é que se faz esse contrato ou essa aliança dos médicos com os hospitais é outro desafio que também vamos ter que enfrentar. E gostaria de me permitir ler pontos importantes, que nós, numa reunião há cerca de 15 dias, fizemos com o Conselho Federal de Medicina e com a Associação Médica Brasileira, junto com a Federação Brasileira de Hospitais, no sentido exatamente de que essas entidades comecem a buscar essa linguagem comum, a discutir os seus pontos de conflito e os seus pontos de interação.

E em relação aos problemas relacionados ao modelo de saúde, então, nesse planejamento ou nessa

reunião que fizemos, de dois dias, as entidades, os participantes dessa reunião elencaram os seguintes pontos importantes a serem discutidos e definidos: modelo de saúde não cumprido e submetido ao arbítrio de gestores em todos os níveis; financiamento – a sociedade paga e não retorna a ela; parâmetros de remuneração insuficientes; financiamento insuficiente, lei não cumprida. Não há solidariedade entre o público e o privado; abertura de novas faculdades de medicina sem critério; cultura de população em consumir serviço de saúde excessivamente; falta de diretrizes para o atendimento médico-hospitalar; falta de planejamento para atender às necessidades dos três tipos de clientes, o público, o convênio e o particular; critérios de financiamento hospitalar diferentes para procedimentos iguais.

Estamos criando Mesas específicas dentro da Federação, do Conselho e da Associação Médica Brasileira, para discutir cada um desses pontos.

O próximo, por favor.

Ainda com relação ao problema do setor hospitalar, é um ponto extremamente importante o sentimento de conflito que existe entre o prestador e o usuário do serviço. Na realidade, deveria existir, conforme já citado ontem pelo presidente do Ciefas, um sistema de ganha-ganha, não de perde-ganha. Quer dizer, todos temos que sair ganhando dentro do sistema. Mas a cultura existente é a de que o hospital quer superfaturar em cima do plano, para cobrir prejuízo do SUS e de que o plano quer implementar mecanismos de auditoria, o que gera um conflito extremamente importante entre hospital e médico, que também não interessa ao segmento. Temos que alterar as regras do jogo, para que possamos criar esse comprometimento de confiabilidade entre as partes envolvidas.

Ontem, em toda a discussão do dia, não se falou uma única vez na palavra hospital. Foi abordado o triângulo médico-usuário-operadora, e o hospital, que presta o serviço e que às vezes consome a maior parte do recurso, não foi citado uma única vez. Definem-se preços de contrato de planos de saúde baseados nas planilhas dos planos de saúde, mas sem levar em conta os custos hospitalares. Temos, então, que buscar, junto

à Agência Nacional de Saúde, uma maior interação com os hospitais para entendermos como é o processo de custo hospitalar e o atendimento.

Dentro da construção desse modelo, só há um caminho: mesa de negociações. Não existe outro caminho. Devemos buscar o entendimento entre nós. A mesa de negociações foi citada por todas as entidades que já participaram deste evento até agora. Fica aqui, então, já, uma proposta.

O nosso tempo está esgotado, mas queria apenas refletir sobre mais dois pontos. Um deles foi o citado há pouco, no final da palestra da Dra. Solange: planejamento. Não existe planejamento do setor saúde no Brasil. Não consigo entender, diagnosticar a demanda da sociedade e como o setor prestador de serviço se organiza em relação a essa demanda. Essa regra ainda não existe. Temos que construir essa regra, para ver como ofertar esse serviço. Não é mais possível, e vou dar o exemplo da minha cidade, Belo Horizonte, que, em uma avenida, haja 10 hospitais realizando cirurgia cardíaca. Não há espaço para cirurgia cardíaca em 10 hospitais. Temos, então, que rever todo esse planejamento para regularizar a oferta.

O outro ponto para o qual gostaríamos de chamar a atenção é o seguinte: há uma disputa extremamente grave e séria, dentro do mercado de operadoras, em função dos usuários. Cada grupo busca conquistar o usuário do outro. Enquanto isso, temos um caminho imenso a seguir no sentido de aumentar expressivamente o número de usuários dos planos de saúde, de modo que parte da sociedade não-usuária desses planos, mas com poder aquisitivo para tal, possa também começar a participar das suas despesas, e o dinheiro do SUS, que é curto, possa ser direcionado aos mais necessitados.

Terminando, Sr. Presidente, gostaria de definir cinco pontos que a federação propõe para a conclusão deste seminário:

- 1) A definição do mix público-privado;
- 2) O reconhecimento do setor privado como setor de prestação do serviço, definindo regras claras para cada prestador, em função da sua natureza jurídica;
- 3) Definição de um sistema operacional, sistema

hospitalar, com conhecimento da linguagem;

4) Planejamento para se decidir a demanda e a oferta. Creio que, à tarde, nas proposições, o Dr. Rafael Guerra vai apresentar sugestões para aumento da clientela;

5) A mesa de negociações.

E uma mudança fundamental: o hospital terá que mudar seu paradigma. Vai ter que deixar de ser aquela estrutura paquidérmica, apenas para receber o cliente, e organizar-se pró-ativamente, para atuar de maneira extremamente mais significativa na prevenção, juntamente com o seu corpo clínico, mas também sendo remunerado para isso.

Desculpem-me se extrapolei o tempo.

Muito obrigado.

#### **O SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA**

Muito obrigado, Dr. Carlos Eduardo, pela sua exposição.

Concedo a palavra ao Dr. Roberto Westenberger, que representa a cinqüentenária Fenaseg - Federação Nacional de Seguradoras.

#### **O SR. ROBERTO WESTENBERG**

Em primeiro lugar, eu queria me congratular com os organizadores do evento pelo seu sucesso. Estou bastante honrado em participar deste debate, como representante da Fenaseg.

Tendo em vista que atuo como consultor atuarial em vários segmentos do mercado, ajudando na estipulação de preços não só de seguros de saúde, mas de outros ramos de seguro, apresentarei hoje algumas idéias para os senhores, mas na minha condição de professor universitário. Sou professor da Coppead, escola de pós-graduação em Administração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e passarei aos senhores essas idéias porque noto que, na discussão específica sobre os determinantes de preços de seguros, há um mal-entendimento ou um desentendimento de certas questões que, por serem específicas e exclusivas do processo segurador, não podem ser importadas de outros produtos ou de outros processos industriais.

Nosso objetivo aqui, então, é conceitual e didático.

Vou apresentar aos senhores algumas idéias específicas da atividade seguradora, no sentido de acrescentar elementos para este debate, que considero muitíssimo oportuno e importante.

A formação do preço do seguro não difere da formação do preço de outros produtos, ou seja, os componentes do preço de seguro são: o custo da atividade – no caso, o custo do seguro; as margens e os adicionais para as despesas incorridas na atividade; evidentemente, se essa empresa busca o lucro, a margem de lucro; se é uma empresa sem fins lucrativos, em vez do lucro, o que interessa é o que será distribuído ao final da operação.

Esse custo do seguro, na verdade, é segmentado. A cobertura do seguro normalmente é dividida em riscos individualizados. Quando se calcula o preço do seguro, a primeira tarefa é dividir todos os riscos individuais que compõem aquele seguro. Por exemplo, se o seguro for de automóvel, os riscos envolvidos, em geral, são riscos de colisão, roubo e incêndio, quer dizer, o atuário precisa segmentar, tratar individualmente esses riscos para se poder chegar ao preço. Se o seguro for de vida, esses riscos são morte, invalidez e doença – essa doença associada um pouco à invalidez. Se o seguro for de saúde – que é o objeto da nossa discussão –, os riscos fundamentais, os componentes do custo do seguro seriam internação, consulta, exames e outros riscos inerentes à atividade.

A primeira particularidade e especificidade da atividade seguradora, que não ocorre na determinação de preço de outros produtos, é que o custo do produto seguro só é conhecido após a venda. Quando menciono as seguradoras, refiro-me a elas em termos genéricos – o operador de risco, o grupo segurador, aquele que está assumindo o risco do seguro. O segurador não conhece o custo da atividade antes da venda do produto, diferentemente de outros setores industriais. Quando o fabricante de automóveis vende o automóvel, ele já sabe quais foram os custos incorridos, tem isso deterministicamente avaliado e sabe até a margem de lucro obtida naquele produto no instante da venda.

O segurador não tem essa faculdade. Conseqüen-

temente, esse custo precisa ser estimado – eu coloquei a palavra “estimar” em vermelho, porque esta, talvez, seja a arte da administração do risco de seguros. Esse custo precisa ser estimado e, como essa estimativa utiliza processos de probabilidade e processos financeiros, é requerida toda uma metodologia específica para essa atividade, em geral aplicada pelo profissional específico, que é o atuário. Então, são necessários procedimentos atuariais, principalmente para se estimar essa incerteza futura inerente a esse custo.

Relembrando um princípio básico da atividade seguradora, a previsão do custo só é factível se a seguradora operar um grande número de riscos. É a famosa lei dos grandes números, lá da Estatística. É um conceito e não um processo.

A Sra. Lúcia, no painel anterior, se viu às voltas com este mesmo problema. Não consigo prever o que vai acontecer quando eu tiver sessenta anos. É impossível a previsão em cima de um risco, de uma vida. Não podemos prever o resultado do lançamento de um dado – este é um conceito estatístico – mas é possível prever o resultado de mil lançamentos de um dado, se tivermos noção se esse dado é equilibrado ou não.

Então, a seguradora ou operadora, para ter sucesso na estimação desse custo, necessariamente precisa trabalhar massificada. Do contrário, há mecanismos, que a própria atividade seguradora provê, para administrar esse risco. São exemplos disso o mecanismo de resseguro, repasse e outros.

Como a seguradora/operadora vai estimar o custo desse risco? O princípio é básico, fundamental. Ela simplesmente vai diluir o custo dos prejuízos, as indenizações, independentemente do ramo do seguro. Ela vai distribuir o custo observado num determinado período de tempo entre todas as pessoas que fizeram seguros e que estiveram expostas àquele risco.

Este é um princípio da atividade e, na verdade, nos referimos a ele como o princípio do mutualismo e que prega ser o seguro um mecanismo em que alguns desafortunados – aqueles para os quais o risco se materializou – terão a compensação dos prejuízos por aqueles que contribuíram para o conjunto, que vai,

então, sustentar aqueles riscos. Só há um detalhe: a apuração desse custo, conforme dissemos anteriormente, vai se dar para o futuro. Ou seja, a seguradora, na hora em que está efetivamente precificando, precisa fazer uma estimativa que vai ter, evidentemente, que olhar o futuro. Para isso e para que tenha precisão nessas estimativas, ela tem que olhar o comportamento desse risco no passado, que constitui o melhor indicador do comportamento desse risco. A partir dessa análise passada, ela então determina os diversos parâmetros que vão compor a precificação.

Fizemos aqui um exercício algébrico simples que consistiu em decompor o custo do risco. Se observarmos a fórmula colocada na distribuição da avaliação do custo seguro em duas parcelas, vamos ver que o que se fez ali foi introduzir na fórmula que colocamos uma variável que divide a apuração desse custo em duas componentes, sendo uma a frequência de ocorrência do risco, que vai ser o indicador numérico da incidência daquele risco; a outra componente é uma distribuição do custo dos prejuízos ocorridos naquela massa segurada por todos aqueles que sofreram aquele prejuízo. Ou seja, dá uma idéia da intensidade do prejuízo sofrido por cada uma das pessoas.

Então, na prática, na hora em que a seguradora vai efetivamente estimar esse custo futuro, ela o divide em dois fatores, multiplicando-os. Um mede a incidência, a probabilidade de ocorrência do risco e o outro, a intensidade do custo daquele procedimento. As denominações são jargões atuariais: frequência de ocorrência de risco, valor médio da indenização...

Importante: essa precisão requer o armazenamento de um grande volume de informações históricas. Ou seja, para a operadora de risco é uma função precípua da atividade guardar dados e informações referentes a suas operações passadas, para que possa, ao olhar o passado, derivar as melhores estimativas possíveis para o futuro.

Numa atividade como a de seguradora, na maioria dos casos, nem sempre o banco de dados próprio da seguradora é suficiente para que ela possa precificar o risco. Por vezes, ela precisa fazer uma precificação numa

região em que opera pouco, o que requer, para esse exercício, informações consolidadas de todo o mercado. Assim, além das suas próprias informações, ela utiliza também informações colocadas à disposição por um *pool* de informações, envolvendo várias operadoras.

A título de uma exemplificação, dado que a nossa discussão é sobre saúde, estou apresentando um exemplo de um custo real – esses valores são reais –, derivado exatamente de uma experiência, que é um *pool* de seguradoras, para as quais desenvolvemos trabalhos nos últimos meses.

Então, a definição do risco que vai ser precificado: o de internação, que é uma das componentes do risco de saúde; plano individual anterior à Lei nº 9.656, com carência máxima de 270 dias, sem cobertura para transplante, doenças pré-existentes e doenças crônicas.

Como seria feita essa precificação? Conforme colocado, o custo desse risco é dividido nos dois fatores que o compõe – a frequência e o custo médio –, e todos os números que aparecem nessas duas frações são extraídos desse banco de dados de informações históricas, envolvendo dados da seguradora e também do mercado, onde aquele risco está-se materializando. No caso, temos um custo de R\$42,71 para esse risco que foi exemplificado. Vejam que isso não é preço, mas custo do risco, senão teríamos que adicionar as margens.

A mudança de cobertura implica alteração no custo do risco. Essa é inevitável. Vocês devem ter observado que a descrição do risco é com palavras difíceis de entender, e essa uma crítica muito grande que os órgãos de defesa ao consumidor fazem às atividades das seguradoras. Porém, esse é um mal necessário, porque, se não se especifica de forma a que não crie nenhuma ambigüidade à cobertura do risco, gera-se uma insatisfação futura desse cliente segurado, que é o de reclamar os seus direitos, ou seja, uma briga entre seguradora e segurado, em relação a qual é exatamente a abrangência do risco coberto ou não.

Então, normalmente, essas coberturas são textos jurídicos um tanto quanto difíceis de serem entendidos por pessoas leigas, mas têm de ser dessa forma.

Agora estou considerando um outro risco, que é o

mesmo risco de internação, porém com alguns atributos referentes à Lei nº 9.656. No caso, há uma pequena redução de carência, de 270 para 180 dias de cobertura, permitindo duas formas de transplantes – córneas e rins –, e também a cobertura parcial temporária para doenças preexistentes, que, na verdade, em termos práticos, pressupõe uma carência adicional, de uns 24 meses, para alguns procedimentos específicos. Ou seja, houve uma ligeira modificação no risco.

Vamos ver o efeito no custo do risco. Agora, precisamos extrair desse banco de dados (R\$48 mil) o número de segurados que efetivamente ficaram expostos a esse novo risco. Nos numeradores, podem ser vistos os prejuízos, quer dizer, o número de pessoas, no caso, 890, foi o daquelas que efetivamente utilizaram esses procedimentos médicos, em cima das quais esse risco se materializou.

Então, há a frequência multiplicada pelo custo médio, resultando num custo majorado de R\$48,96, 15% acima do custo inicial, ou seja, mudou a cobertura; muda o custo de risco. Isso é inevitável. Agora, vou até fazer um paralelo. A definição de uma cobertura de seguro seria como se fosse uma planta de um prédio construído, feita por um arquiteto. Este fez uma planta, com toda a especificação. O atuário vai lá, em cima daquela planta, e faz o cálculo, exatamente como estou mostrando, utilizando os elementos históricos daquele risco.

O engenheiro, através da planta, vai fazer o cálculo estrutural para se certificar de que o prédio efetivamente vai sustentar aquele projeto feito pelo arquiteto. Se este mudou o projeto – vamos colocar mais um banheiro aqui desse lado, ou vamos modificar a disposição desses quartos –, vai mudar o projeto estrutural e o custo do risco. Essa é uma relação inevitável.

Esse é um princípio interessante, o segundo princípio básico da precificação de seguro e só ocorre no seguro. Se você vai à /na/ concessionária e pede um carro, ficaria extremamente furioso se a pessoa te perguntasse onde você mora e te cobrasse um preço diferente do carro em função de onde você mora. Você ficaria revoltado.

No seguro, isso é uma necessidade. O preço do seguro, necessariamente, tem de ter uma segmentação, buscando uma proporcionalidade do preço com o risco. Se isso não ocorrer, a operadora desse risco fica sujeita a um processo de anti-seletividade, usando nosso jargão. Isso já está ilustrado na transparência.

É claro que o mesmo risco da internação que mostramos, mais de 42%, varia em função da idade. Pessoas mais jovens terão uma incidência e, talvez, até um valor menor do que pessoas mais idosas, em fase adulta, gerando a diferença de custo. Se a operadora cobrar o mesmo preço de todos, significa que o risco laranja, que são as pessoas mais jovens, não se sentirá incentivado a fazer o seguro porque lhe está sendo cobrado um preço exorbitante, ao passo que a pessoa adulta se sentirá extremamente incentivada porque a seguradora estará cobrando um preço menor do que o custo da atividade.

Estou dando o exemplo da idade, mas poderia dar outros. Se a seguradora não segmentar esses custos, passa a atrair os riscos de maior custo e a repelir os riscos de menor custo. Isso significa que, nas renovações seguintes, o preço do seguro vai aumentando. Porque as pessoas de risco mais baixo não vão fazer seguro e as pessoas de risco mais alto vão fazer mais seguro o preço, naturalmente, vai subir. Esse princípio se chama anti-seletividade. Fiz questão de usar a terminologia para que todos tenham essa dimensão.

Seguindo, apresentarei um exemplo utilizando aquele primeiro risco de internação antes da Lei nº 9.656. Abrimos o custo de 42,71 agora, de acordo com as diversas faixas etárias. Esse número colocado, embora seja baseado em massa real de dados, tem de ser entendido com certo cuidado. Não sei se V. Ex<sup>as</sup> lembram, mas a massa que gerou esse número, 370 mil, embora seja muito grande, em termos atuarias é muito pequena para dar uma estabilidade estatística a esse número, havendo, portanto, uma margem para flutuação. Mesmo assim, V. Ex<sup>a</sup> podem perceber a diferença dramática entre as faixas etárias quando esse custo é segmentado por idade.

A Lei nº 9.656 preconiza que exista uma diferença

de preço de seis vezes entre a faixa mais jovem e a faixa mais idosa. Isso coloca a operadora – usarei um termo um tanto quanto chulo – em uma sinuca de bico porque, se, para seguir a lei, estabelecer um preço por baixo, mantendo 3,60, ficará insolvente para os riscos de maior idade. Se, por outro lado, estabelecer um preço acima do valor para os riscos mais jovens estará extorquindo essa massa segurada. Essa é uma questão para discussão.

Na verdade, a segmentação desses custos não se dá só pelo fator idade. Na realidade, especialmente em seguros de saúde, esse processo é multidimensional. A seguradora tem que fazer essa avaliação levando em conta um grande número de fatores. Citei apenas três como exemplo, mas, na verdade, há mais fatores, como se a pessoa é fumante ou não, se faz ou não *jogging*, quais os cuidados que toma com a saúde. Esses dados geram um processo multidimensional de uma riqueza estatística muito grande. Evidentemente, não entraremos nesse mérito.

Apresentarei as mensagens finais, um resumo do que falei.

A precificação de seguros é algo dinâmico. Em relação ao comentário do painel, isso é inevitável. Existe um escalonamento de custos médicos e uma variação na taxa de morbidade da população que precisam ser consideradas. Isso afeta diretamente o custo do risco e, conseqüentemente, o preço. Nos debates até posso discutir um pouco quais são os mecanismos que teríamos para fazer face a isso. Penso que colocar uma camisa de força na operadora, digamos assim, para que essa determine um preço artificial, desrespeitando um fenômeno natural, soa um tanto quanto inconveniente.

A modificação das coberturas altera o custo do risco. Se mudou a planta da arquitetura, muda o cálculo estrutural.

Finalmente, a última. Se a seguradora não fizer estimativa de custo de riscos – uma das seleções que ela faz é exatamente na “precificação” –, o mercado fará uma seleção contra ela, criando aquele processo que exemplificamos.

Agradeço o tempo da apresentação.

#### **O SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA**

Muito obrigado, Professor Westemberg, pela sua didática exposição.

Passamos a palavra ao Dr. João Luís Barroca de Andréa. O último dos que se pronunciaram agora.

#### **O DR. JOÃO LUÍS BARROCA DE ANDRÉA**

Bom dia a todos! Agradeço a oportunidade de retornar a esta reunião para discutir um dos outros lados da regulação, que é a de preço, e saudar o Senador Lúcio Alcântara e a todos da Mesa aqui presentes, pela oportunidade de estarmos aqui discutindo esse tema, tão importante e candente, trazendo opiniões tão diversas, mesmo que implícitas ou não muito bem colocadas, que já remeteram à agência e vem remeter a este plenário a necessidade do reconhecimento inicial, questões complexas.

Trata-se não só de regulação de preço, mas de regulação de sustentabilidade para o setor. Ou seja, como é que ele se sustenta. Fora do reajuste de que vamos falar também, e vou permitir-me voltar um pouco na lei para dar uma contextualização, estamos falando de um desafio muito maior – sobre sustentabilidade, de como se faz, até porque –, sempre resisto a não responder ao que foi falado na Mesa, mas, nesse caso, não o farei. O ministro não disse que uma das atividades da agência não era defender o consumidor, mas defender o consumidor também. Ele tinha como princípio fazer essa defesa também, mas é uma agência, exatamente como foi colocado aqui, que encontra esse dilema.

Aliás, encontra esse dilema que, às vezes, é um pouco falso, porque defender um mercado saudável também é defender o consumidor. Então, é importante que tenhamos claro, porque senão essas inverdades vão-se repetindo e, daqui a pouco, fica como se o Ministro tivesse dito que agência não é para defender o consumidor. Não foi isso que S. Exa disse. Reitero esse aspecto nesta Mesa, já que já foi colocado duas vezes esse tipo de afirmação neste debate.

Bem, vamos à apresentação, antes que eu perca tempo, a presidência da Mesa, corretamente, me cobre isso.

Acredito que, quando falamos de complexidade, temos que começar dividindo essa discussão, porque há, na verdade, dois tipos de negócio – os planos coletivos e os individuais. Vou arriscar bastante nessa explicação.

Os planos coletivos são administração de recursos de terceiros. Eles podem ser em regime de pré-pagamento ou pós-pagamento e são contratos entre pessoas jurídicas. Os planos individuais, sim, são administração de risco. O regime, necessariamente, é de pré-pagamento, e os contratos são assinados individualmente. Isso vai ter muita importância quando se fala de regulação de mercado, uma vez que um número expressivo desses contratos vem dessa administração de recursos de terceiros.

As principais diferenças entre esses segmentos são: o coletivo – existe uma possibilidade fortemente concorrencial, pois, no individual, há falhas na estrutura concorrencial. Já no coletivo, há forte competição pelos contratos; existe contrato entre pessoa jurídica, havendo negociação entre as partes. Há uma possibilidade muito grande de pressão em relação a isso. Há possibilidade de haver rescisão unilateral de ambas as partes, nesse processo de negociação. O preço vai ser calculado em função do perfil da empresa, por população pré-definida.

No individual, há falhas na estrutura concorrencial, conforme já falei, competição fundamentalmente pelos mais jovens, relação desigual (pessoa jurídica x pessoa física) na informação, na estrutura da informação. O contrato é por tempo indeterminado – esse foi um avanço dentro da lei – e o preço é calculado estimando-se um provável perfil do produto que deve acompanhar uma pirâmide etária numa população aberta e indefinida.

Próxima transparência: curiosamente, no nosso cadastro – ou seja, nos 29 milhões –, a idade média dos planos individuais é a de 30,6 anos; no coletivos, 30,87 anos. Há muita informação que a agência está construindo para verificar qual é a realidade no Brasil. Não adianta buscarmos tábuas de maior mortalidade de outros países. Essa é uma informação curiosa que a agência terá de investigar e discutir com o mercado.

Próxima: este gráfico é um pouco difícil de ler. Os azuis são os valores médios de gastos num plano empresarial no primeiro ano e após o primeiro ano, o azul claro – vou tentar fazer essa linha – e o azul escuro. O roxo e o vermelho são de planos individuais. Quis mostrar com este gráfico que, nos dados hoje disponíveis, existe um comportamento semelhante entre esses dois. Significa que são a mesma coisa? Não. Um plano coletivo e um plano individual não são a mesma coisa, mas há investigações a serem feitas.

Próxima: no aspecto regulação de preços, que é objeto desta mesa, o foco principal da regulação são os produtos individuais ou familiares pela maior assimetria de informação. Passamos a fazer de forma inédita o monitoramento desse mercado concorrencial de planos coletivos. Há necessidade de regulação em função dos abusos. O regime financeiro é de repartição simples. E o grande desafio é como se estruturar o financiamento do segmento de planos individuais, protegendo-se o consumidor e estimulando-se a eficiência ao mesmo tempo.

Esse gráfico é uma reflexão para termos idéia do que estamos falando. Muitas vezes, fala-se de uma comparação com a previdência privada aberta. Ou seja, os regimes de capitalização. Hoje existem, no Brasil, dois grandes tipos: o de contribuição definida e o de benefício definido. O que isso tem a ver com o plano de saúde? Tem a ver para fazermos uma contraposição. É um regime de repartição simples que segue o princípio do mutualismo em que – a frase que encontrei: – todos pagam a mensalidade para cobertura da necessidade de saúde de quem precisa. O beneficiário entra no plano e, vencida a carência, tem direito a todas as coberturas, o que é nosso desejo, o que é bom, mas em termos de sustentabilidade do negócio é um desafio para o Brasil, como o é para o mundo todo. Ou seja, não é um benefício definido. A necessidade da assistência é indefinida. Não se sabe se vai ocorrer, quando vai ocorrer e quanto vai custar.

Próxima: que metodologia existia antes da regulação? Sem base técnica atuarial, o preço – não digo de todas as empresas, mas de uma grande parte

das empresas – era baseado no preço do concorrente, com critérios obscuros. Em caso de dificuldades financeiras, a operadora compensava no momento do reajuste. E, após a regulação, o preço é calculado em critérios atuarias. A agência já instituiu a obrigatoriedade da nota técnica de registro de produto, com instituição do preço mínimo. Por que preço mínimo? Para evitar aquela prática antiga e lesiva aos consumidores de se jogar o preço muito para baixo, vender e depois não entregar ou procurar compensar no reajuste.

Próxima: esta é uma interpretação visual do que estávamos falando em relação ao coletivo e ao individual. Deixei o preço de propósito para verem que o preço do coletivo é menor, inclusive porque as despesas administrativas são menores e a chamada margem de segurança também é menor no preço de venda. Há um ponto importante que daqui a pouco vai surgir no debate, mas que vou logo antecipar: os planos de saúde subiram 15,5%, em São Paulo, de acordo com pesquisa do Dieese. Trata-se de preço de venda. Por que – essa é a grande pergunta –, num mercado fortemente concorrencial, que está brigando pelos clientes, como é o do Município de São Paulo, com a diversidade empresarial que tem e onde não há possibilidade de cartel, neste semestre aumenta 15,5%? É hora de começarmos a nos preocupar com isso.

Instrumentos de equilíbrio. Antes da regulação: – chamei esses mecanismos de selvagens –: ausência de critérios técnicos atuariais, reajustes, muitas vezes, por planilhas ou índices inflacionários extra-setoriais, repasse integral dos custos, desestimulando a eficiência, rescisão unilateral do contrato – esquecemos que antigamente podia ocorrer que o consumidor que gastava, no momento do aniversário do seu contrato, não tinha o mesmo renovado –, seleção de risco, que hoje não existe mais, faixas etárias indeterminadas, expulsão por aumentos abusivos.

Depois da regulação: nota técnica, reajuste do individual vinculado ao mercado competitivo, de que irei falar mais adiante, o qual estimula a eficiência, impede o repasse automático. Não há rescisão unilateral, não há seleção de risco, as faixas etárias são determinadas.

Irei falar um pouco, a seguir, do pacto intergeracional para entrar na chamada revisão técnica, que, às vezes, é confundida com reajuste, mas não o é.

O que estamos aqui mostrando é que existe uma pirâmide etária – não fomos nós que inventamos isso; é a consistência da população do Brasil, ou seja, ela se distribui –, a despesa assistencial. Quando falamos, nas seis vezes, eu, ao contrário, defendo essa metodologia, porque penso que embute o critério de justiça social. O mais novo paga, efetivamente, um pedaço dessa assistência que vá ser prestada ao mais velho. Diferentemente de antes, quando o resultado era por faixa etária sobrava na faixa etária, porque o cálculo era feito para sustentar cada faixa etária.

Como disse a Profa. Lúcia, temos idéias e estas podem mudar. Esse debate é uma oportunidade para isso.

A revisão técnica não é um instrumento de reajuste, mas um instrumento quando uma operadora em direção fiscal, em direção técnica, aproveitando plano de recuperação, tem necessidade de rever. Vamos citar um caso concreto, que está na mídia e que foi hoje citado aqui: classes laboriosas com idade média de 53 anos, faixa única de preço. Saiu de R\$ 140,00 para R\$ 163,00. R\$ 23,00 faz diferença no bolso do povo? Faz. Se essa pessoa saísse dali para comprar um plano novo, não encontraria. É disso que estamos falando, assim como estamos falando de revisão técnica, para preservar a assistência dessas pessoas. Não é um reajuste disfarçado. A empresa tem que fazer uma profunda reestruturação interna. Aliás, nos dois casos ocorridos, mais de 90% dos usuários encamparam essa opção.

Como política de reajuste, em 2000, criamos, com base nos índices de preços, 5,42%, como teto. Às vezes, parece que inventamos. Discutiu-se e houve consenso. Não havia índices que realmente capturassem a variação da saúde suplementar. Havia grandes inconsistências nas informações enviadas pelas operadoras. Então vinculamos ao mercado coletivo. Por que? Estão misturando os mercados? As pessoas ou as empresas são diferentes? Não. Não estamos misturando. Num mercado competitivo, um empresário só consegue repassar para outro aquilo que foi profundamente nego-

ciado, que diz respeito à despesa da assistência. Pegamos treze mil contratos, passamos a esse monitoramento e construímos, estatisticamente, esse índice máximo. É muito interessante quando falamos de índice. Ninguém gosta de índices. Dizem que foi maior que o IPCA, mas foi menor que o IGPM, a que, na maioria, os contratos estavam indexados. Essa regra protege o consumidor e estimula a eficiência. O consumidor está recebendo, hoje, no boleto, pela primeira vez, a autorização do processo. Isso está na página da Internet. Não é feito dentro de gabinete; é um processo amplamente discutido e público.

Temos desafios adiante.

Entretanto, há desafios, como a construção do sistema de informação – ontem falei sobre a parte assistencial. Vamos construir esse sistema mencionado pelo professor e que implica a utilização de tábuas externas. Pretendo obter os dados do Brasil: número de eventos e custo unitário. Vamos construir um índice de preço setorial – não estamos confortáveis com essa situação.

Então, encampamos a proposta elaborada pelas entidades de defesa do consumidor de construir um índice setorial e estamos conversando com todas as entidades que realizam esse trabalho. Recentemente, dialogamos para construir um índice do setor. Vamos reabrir a câmara técnica de preços, pois não concordamos com essa situação.

Temos o dever de procurar instrumentos de equilíbrio para o setor. Nesse mercado, que não é seguro e tem várias características híbridas – como contratos de modalidades absolutamente diferentes –, não adianta tentar simplificar essa discussão, que é complicada. Mas estamos enfrentando o problema e, a meu ver, protegendo o consumidor com regras claras e transparentes para a sociedade.

Muito obrigado. (*Palmas*)

#### **O SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA**

Muito obrigado, Dr. João Luís.

Antes de passar a coordenação para a Dra. Regina Parizi em razão de um compromisso já assumido anteriormente, farei um rápido comentário.

Esse debate é muito importante. A questão não é simples, pois envolve uma série de aspectos extremamente complexos de natureza econômica e social. Os diferentes atores que participam do processo têm seus interesses, e a Agência deve arbitrar a matéria. A correção feita pelo Dr. João Luís foi oportuna. Eu não estava presente quando o Sr. Ministro falou, mas, evidentemente, essa agência tem, entre outros deveres, o de defender o consumidor.

Creio que já avançamos e conseguimos uma lei. Pode não ser o ideal, pois há muitas restrições e uma série de problemas. Entretanto, lembro-me de que participei ativamente da discussão dos planos de seguros de saúde no Congresso Nacional e havia algumas pessoas mais radicais que diziam que essa lei não servia e talvez fosse melhor deixar como estava, porque seria possível ir à Justiça e ganhar mais do que se pretendia oferecer por meio da referida lei. Era um erro, um equívoco absoluto. Primeiramente, conhecemos a precariedade do nosso sistema judiciário, quão poucas pessoas têm acesso à Justiça e quanto tempo se leva para obter uma decisão. Era uma visão completamente equivocada, mas pessoas mais radicais pensavam assim, o que era um absoluto equívoco.

Vamos aprendendo, melhorando e construindo soluções de interesse geral. Para mim, um dos erros é pensar que resolveremos os problemas de saúde no Brasil mediante planos de seguros de saúde. Isso não ocorrerá porque a nossa população não tem capacidade econômica para isso. (*Palmas*) Desse modo, entraremos nesses planos, entre aspas, que não dão direito a nada. Surge, então, a frustração do consumidor, o conflito e o litígio.

O Professor Westenberg falou sobre as peculiaridades do sistema de seguro e aprofundou-se mais na questão da saúde. Existem, porém, outras características da área de saúde a que ele não se referiu e que a tornam mais peculiar. Há muito tempo, tenho um seguro contra furto do meu carro e outro referente ao meu apartamento. Até hoje, graças a Deus, não os usei. Por outro lado, tenho diabetes tipo 2 e sou hipertenso moderado, sendo, portanto, freguês assíduo do meu plano

de saúde. Essa circunstância estabelece uma relação completamente diferente nos dois casos, pois é muito difícil alguém ter um plano de seguro de saúde e morrer sem nunca tê-lo usado. O mais comum é esse plano ser bastante utilizado. Então, há a possibilidade de desentendimento, pois essa relação é sutil, extremamente delicada. O bem mais valioso de todos é a vida, diferentemente de um carro, por mais que faça falta perdê-lo. Esse fato, por si só, já é extremamente peculiar.

Esse é um ponto que transforma essa relação em algo extremamente delicado. Entretanto, não podemos pensar que essas empresas são filantrópicas. Até mesmo as filantrópicas que têm planos os têm para ganhar dinheiro e financiar suas atividades. Aí está a questão mais delicada: o equilíbrio econômico entre o justo direito ao lucro e a capacidade contributiva do segurado.

Então, é uma ilusão pensar que vamos resolver o problema de assistência médica do brasileiro com plano de seguro-saúde. Eles têm uma clientela em uma faixa – e Deus queira que, no futuro, muitos possam pagar –, mas é uma faixa que se exaure. Não adianta querer descobrir cliente em potencial onde ele simplesmente não existe, porque ele não tem capacidade contributiva.

Esse é um ponto. Pensar que se terá plano simplificado para se tirar essa clientela do SUS é um equívoco.

O principal é se buscar o entendimento entre esses interesses diversos. Pensar que se exigirá do seu plano de saúde aquilo que ele não pode dar, porque isso afetará o seu equilíbrio, também não levará a nada.

Antes, para essas empresas, não havia exigência de lastro, de toda segurança que precisamos ter quando procuramos uma empresa dessas, segurança que, em princípio, essa agência garante, pois ela nos protege. Antes dessa lei, havia a lei dos grandes números e a lei das pequenas letras, aquelas que ninguém lê, que ninguém via, mas que eram invocadas na hora da exigência do contrato. Agora, temos uma lei. Vamos melhorá-la, debatê-la, discuti-la, que vamos encontrar um caminho razoável.

Peço desculpas por não poder continuar aqui, mas, infelizmente, tenho um compromisso a que não posso faltar. A Dra. Regina Parizi fará essa coordenação muito

melhor que eu, pois ela tem competência para isso muito mais que eu.

Muito obrigado. *(Palmas)*

#### **A DRA. REGINA PARIZI**

Pelo que estou vendo, temos trinta minutos para os debates. Estou tentando esquematizar as perguntas. Seguirei a seqüência dos expositores. Penso que o número de perguntas que temos aqui é suficiente. Talvez nem seja possível responder a todas, porque é um número bastante grande.

Aproveitarei que estou na condição de coordenadora para falar sobre uma questão, que eu não poderia deixar de registrar. Realmente, a Medicina virou sacerdócio. A questão da regulação de preços de honorários médicos nem pensar, não está na mesa para debate, mas deveria fazer parte. Chamo atenção para essa questão.

*(Palmas)*

No final, fecharei e apresentarei algumas propostas.

As primeiras perguntas seriam para a Dra. Lúcia, do Procon. Há duas perguntas sobre a questão das classes laboriosas. Em uma oportunidade, foram oferecidas três opções em relação a operadoras classes laboriosas, de revisão técnica em São Paulo, com as quais a senhora não concordou. A pergunta é se a proposta do Procon seria uma quarta opção, que seria quebrar as classes laboriosas e deixar os milhares de usuários sem cobertura assistencial. Ou se o Procon, além dessas quatro, teria solução alternativa ou se poderia verificar junto aos beneficiários qual, entre essas opções, seria aquela pela qual o beneficiário optaria. Aí, sim, a senhora estaria representando a opinião dos consumidores.

Há outra pergunta aqui que também toca na questão das classes laboriosas, em que ele considera uma contradição em sua argumentação. O Procon concorda com a Lei nº 9.656/98, que inclui os contratos antigos de forma retrospectiva, cuja constitucionalidade é discutida. Nos exemplos do Sr. Sérgio, das classes laboriosas e outras operadoras de São Paulo, entende absurdo que consumidores com contrato antigo tivessem de arcar com novos reajustes. Afinal, são dois pesos e duas medidas. O Procon concorda que contratos firmados sejam

alterados por lei posterior a sua data de celebração? Isso não cria uma instabilidade jurídica?

**A DRA. LÚCIA HELENA MAGALHÃES**

Com relação ao caso das classes laboriosas, na realidade, as três opções. Vários usuários nos procuraram por se sentirem sem alternativa. Realmente, é uma carteira idosa. Com a proposta inicial de mobilidade, que possibilita ir ao mercado em busca de uma próxima contratação sem ter de cumprir novos prazos de carência, o consumidor se sentia sem alternativa. Com relação às classes laboriosas, existe ação judicial a respeito. Mas, sem dúvida, o que nos preocupa em relação à revisão técnica é garantir ao consumidor a possibilidade de que a operadora se mantenha. De fato, se o consumidor tivesse a segurança de que a revisão técnica solucionaria os problemas da operadora, quem sabe pagasse de bom grado para que a operadora se mantivesse no mercado.

Em nenhum momento desejamos a quebra das operadoras. Apoiamos que as operadoras se mantenham. Mas buscamos o equilíbrio. Como disse desde o início, apoiamos a Lei nº 9.656. Entendemos que deve ser benéfica para o consumidor, sobretudo deve trazer esse ponto de equilíbrio. Quando se propõe uma revisão técnica em que o consumidor conta com uma junção de situações em que a perda de rede hospitalar é combinada com o aumento da mensalidade, ele é duplamente penalizado. Ou seja, haverá redução no atendimento e aumento da mensalidade em prol da manutenção da empresa.

Qual é o limite? O que vamos seguir? Em que momento se dá a análise? A empresa permanece no mercado ou não? É algo que devemos buscar. Pois se está sob direção fiscal, o que se espera é que seja definido da melhor forma possível. Mas qual é o limite para o consumidor? Que segurança ele terá de que amanhã, mesmo pagando a revisão técnica, a empresa não se mantenha no mercado e ele terá ou de buscar por suas próprias formas ou se submeter a um leilão? São casos que muitas vezes não consideramos preocupantes, como o da Unicolor, amplamente discutido, que foi para

a Sancil. Enfim, o consumidor acaba sofrendo uma redução substancial no atendimento. E não há, nesse momento, repasse para o consumidor. Ou, pelo menos no futuro, algum plano de “ressarcimento”, ainda que em forma de atendimento, pecuniariamente falando. O fato é que os consumidores diziam que não havia alternativa, teriam de pagar e ir para o mercado se sujeitar a novos cumprimentos de carência, o que também não é a melhor solução. Se houvesse a certeza, ou pelo menos a segurança, de que a operadora se mantém, independentemente da versão de má gestão veiculada pela imprensa... É uma situação preocupante. Consumidores que procuraram a Fundação externaram essa preocupação.

Não somos contra a regulamentação. Creio que a revisão técnica poderia ser melhor estruturada a fim de que contasse, pelo menos futuramente, com um retorno para o consumidor que sofreu perdas. Ele perde a rede hospitalar, paga por isso, sem ter garantias de que a operadora se sustenta. Assim, qual é o limite para que ela se mantenha no mercado? Estamos falando nesta classe, mas podem ser outras. É uma preocupação efetiva que devemos discutir. Mas há um caso concreto em andamento. Vamos acompanhar.

**A DRA. REGINA PARIZI**

Muito obrigada. Passamos a palavra ao Dr. Ferreira, da FPH. São duas perguntas. Primeira:

*“Uma vez que não há planejamento de sistema de saúde privado, seria plausível que a Agência passasse também a abranger os hospitais, os serviços complementares, inclusive Faculdades de Medicina. O senhor acredita que uma harmonização do funcionamento em relação a cada parte do setor, e exercida por um órgão do governo como a agência, pode ser a solução?”*

Esta é uma pergunta.

A segunda pergunta, para os hospitais, é ligada a uma denúncia que leremos depois, a ser encaminhada ao Dr. Pedro Fásio, da Sul América, sobre problema que está ocorrendo hoje com um beneficiário, no Estado de

Pernambuco. E à ANS também. Trata-se da negativa de atendimento a uma pessoa com infarto do miocárdio. A Sul América acaba de negar transporte para a cidade mais próxima.

É uma denúncia, que está ligada à questão dos hospitais. E que também está ligada a essa denúncia. Eu pediria ao senhor que respondesse a essa outra questão.

#### O DR. PEDRO FÁSIO

Entendo que não existe ainda planejamento no setor de saúde no Brasil, nem no setor privado. Não existe planejamento da oferta para a sociedade e da demanda da sociedade. Não sabemos como se organiza o prestador de serviço para atender a essa demanda, algo que acredito que temos que construir. Nós teremos que sentar e conversar sobre qual é o papel do setor público e do setor privado no atendimento dessa demanda.

A Agência Nacional de Saúde pode ser um órgão extremamente importante, mas acredito que definir esse planejamento e discutir esse mix público-privado é papel que cabe mais ao Ministério da Saúde. É fundamental que seja discutido o papel do setor privado no Brasil e a sua importância, para que ele se planeje. Ninguém planeja no momento do incêndio, ninguém planeja no momento de algo espasmódico. Se realmente o setor privado não tiver uma idéia do planejamento, a tendência é ele se extinguir.

O que nós comentamos em relação à Agência Nacional de Saúde é que ela ainda não está entendendo muito de custos hospitalares, mas sim dos custos das operadoras de plano de saúde.

Para terminar, reitero que a mesa de negociação é o caminho. Médico, hospital, operadora de plano de saúde e produtor de insumo de serviços de saúde têm que se sentar em uma mesa de negociação e conversar. E penso que a presença do Governo é importante, mas o setor prestador de serviço como um todo tem que se sentar para tentar definir regras.

E vou dar um exemplo do que aconteceu no setor têxtil. Ele também tinha problemas, como o setor de saúde do Brasil, e decidiu criar uma mesa de negociação entre os seus próprios atores. O produtor de algodão

dizia que a indústria queria explorá-lo; a indústria dizia que o exportador queria acabar com ela. Reuniram todos os segmentos e construíram uma forma operacional com a qual todos saíram ganhando.

Nós temos que entender que o consumidor tem que ser respeitado, que há necessidade de incorporação tecnológica, que o Brasil é um país pobre, em que não pode haver essa dicotomia com o desperdício de recursos, que temos que melhorar os instrumentos de gestão. Enfim, temos de buscar na mesa de negociação como todos vamos sobreviver no mercado que está aí, porque todos estão se queixando.

Eu penso que a Agência Nacional de Saúde desempenha um papel importante, mas, fundamentalmente, querer essa mudança e essa transformação é uma decisão política das organizações.

#### A DRA. REGINA PARIZI

Obrigada. A regra do jogo estabelecida foi o plenário não intervir oralmente, e manteremos dessa forma. É uma regra que vale para todos, e todos devem cumprir.

(Palmas)

Fenaseg, agora. Dr. Roberto.

Existe uma pergunta aqui:

*“No cálculo do custo de risco que o senhor apresentou, quanto deve ser representado em consulta, exames e internações? E, dentro das internações, quanto representa percentualmente os honorários médicos e despesas hospitalares?”*

Há uma outra pergunta, que diz:

*“É claro que novas coberturas implicam custos maiores. No entanto, o que a sociedade desconhece é qual a parte do faturamento que é dedicada ao custo de risco. Na sua experiência, na média, no mercado brasileiro de seguro-saúde, qual é a composição percentual de distribuição de faturamento entre cobertura efetiva de risco, despesa de administração e margem de lucro? A Fenaseg se dispõe a abrir as planilhas das empresas para as entidades?”*

E a última pergunta:

*“Qual a sugestão que o senhor daria para uma sistemática de correção de preços dos planos em vigor diante da mudança das condições de risco – por exemplo, aumento nas coberturas ou nos preços dos procedimentos médico-hospitalares?”*

**O DR. ROBERTO WESTEMBERG**

Bom, com relação à primeira pergunta: sim, naquele custo que colocamos de internação, você tem todos os procedimentos médicos ligados à internação. Eventualmente, exames pré-internação, ou durante internação, ou pós-internação, tudo incluído, e, evidentemente, com os honorários médicos praticados à época da internação. Então, estão considerados os três riscos e os honorários médicos praticados.

Sobre a segunda pergunta, qual é a margem, vou recorrer a um dado público divulgado recentemente: as seguradoras operando no segmento saúde estão com a sinistralidade – que é um termo talvez um pouco técnico, mas mede, dentro do que a seguradora recebe de prêmios, quanto representa o gasto exclusivamente com sinistros ou com os gastos médicos. Este número está em 83%, ou seja, depreende-se que, sendo 83%, sobram 17% supondo que a seguradora tenha margem de lucro zero. Então, na verdade, cada seguradora/operadora evidentemente tem a sua eficiência administrativa, os seus custos. Esses valores, as margens que colocamos naquela transparência vão variar de operadora para operadora, mas esse número 83% sugere que o custo do risco chega a um patamar que gera muito pouca margem para a seguradora operar as suas despesas administrativas, suas despesas comerciais, porque esses planos de seguro são vendidos por alguém e, em geral, esse alguém é terceirizado, e há conseqüente margem de lucro.

No terceiro ponto, se a Fenaseg disponibilizaria as informações, não posso falar em nome da Fenaseg. Existe evidentemente essa informação, 83%, que é uma informação pública e já dá, digamos assim, uma margem, pelo menos onde está, vou usar um termo também técnico, o *breakeven* – traduzindo no popular,

onde está o fundo da piscina. Essa idéia do fundo da piscina já pode ser obtida por esses 83%.

E, finalmente, as sugestões a despeito dessa necessidade de reajustes técnicos – até vou pegar aqui um gancho na exposição anterior –, não concordo que o reajuste técnico deva ser dado...

**A DRA. REGINA PARIZI**

Cinco minutos já, Dr. Roberto.

**O SR. ROBERTO WESTEMBERG**

...para entidades que estejam, digamos, com problemas. Reajuste técnico é uma contingência da atividade, conforme mostramos. O escalonamento na morbidade, o escalonamento dos custos médicos provocam a necessidade de um reajuste médico. Para fazer face a essa contingência, eu daria aqui três sugestões: primeiro, aqui nesse livrinho que recebemos, diz que o seguro-saúde cobre um contingente de 32 milhões de pessoas, e a população economicamente ativa no Brasil é de 70 milhões de pessoas. Então, temos ainda 40 milhões de pessoas com renda, quer dizer, com disponibilidade, para serem atendidas. Podem dizer que a renda é muito baixa – com o que concordo –, mas o produto pode ser proporcional a essa renda muito baixa.

Existe um efeito na administração de risco, ainda derivado da Lei dos Grandes Números: quanto maior a massa de riscos segurados, menor é a variabilidade dos valores de custo, quando apurados pelas seguradoras. Se aumentam a sua base de operação, as seguradoras conseguem uma defesa no preço menor para essa variabilidade que é natural no preço. A massificação reduz o preço.

Estamos num dilema mais uma vez, porque há, de um lado, uma falta de incentivo ao seguro individual, e as pessoas mencionadas são exatamente as que não estão ligadas a planos coletivos empresariais.

O segundo ponto é o combate à fraude, o que é uma busca constante.

**A DRA. REGINA PARIZI**

Desculpe-me interrompê-lo, Dr. Roberto. Eu pediria que

V. S<sup>a</sup> respondesse sucintamente, porque o seu tempo já está ultrapassando os sete minutos e precisamos concluir nossos trabalhos às 13 horas e 30 minutos.

**O DR. ROBERTO WESTEMBERG**

Sra. Presidente, estou tomando um tempo proporcional à complexidade da pergunta. Essa pergunta é tão relevante, que eu pediria a V. Ex<sup>a</sup> que me concedesse mais meio minuto para que eu pudesse respondê-la.

O combate à fraude seria o segundo determinante da redução do custo; pode-se fazer o escalonamento e, ao mesmo tempo, reduzir o custo, combatendo-se a fraude.

O terceiro fator é a racionalização da utilização. Todos sabem que há um uso excessivo dos recursos médicos em função da não existência de uma racionalização dessa utilização. Mas esse assunto é suficientemente complexo para eu passar para o próximo.

**A DRA. REGINA PARIZI**

Há ainda uma resposta que todos estão esperando. A Fenaseg abre sua planilha de custos? V. S<sup>a</sup> já respondeu?

**O DR. ROBERTO WESTEMBERG**

Já respondi.

**A DRA. REGINA PARIZI**

Desculpe-me. Todos os meses, na Câmara, essa pergunta é feita às operadoras.

Antes de passar a palavra ao Dr. Barroca, que também terá cinco minutos para falar, quero dizer que – embora existam várias perguntas também para os demais membros, separamos apenas a primeira rodada – deram-me uma orientação no sentido de que não haverá tempo hábil para a segunda rodada de respostas, por conta da Mesa da tarde. Faremos um intervalo até às 14 horas e 30 minutos, quando, pontualmente, retomaremos os trabalhos.

Estas perguntas que estão aqui farão parte de uma discussão que será travada à tarde. Como serão encaminhadas perguntas e propostas que nesses dois dias chegaram até a Mesa? Com certeza elas serão

aproveitadas, mesmo as que não puderam ser respondidas neste momento.

*“Dr. Barroca, qual a atitude da agência, especificamente sobre a questão do ressarcimento, quando derrubadas as liminares? A agência adotará o período legal todo implantado, ou seja, será coberto todo o período, ou haverá cobertura só daqui para frente? Se a ANS conseguir cassar a liminar da operadora, será feita a cobrança retroativamente ou somente daqui para frente?”*

A outra pergunta é a seguinte:

*“Considerando que o equilíbrio no relacionamento entre operadoras e usuários é inatingível com a desconsideração da participação indispensável do prestador, qual a perspectiva de regulamentação dos direitos e responsabilidades desse ator pela Agência?”*

**O SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA**

São somente essas as perguntas?

**A DRA. REGINA PARIZI**

Há muito mais, mas estou utilizando, como fiz com os demais, só a primeira parte das perguntas que vieram.

*“Ontem foi mencionado que as operadoras trabalham com uma margem de 20% de lucro. Essa informação é verdadeira? Se não, qual é a margem de lucro real e quanto, na avaliação da agência, seria a margem de lucro aceitável?”*

São essas as perguntas.

**O DR. JOÃO LUÍS BARROCA DE ANDRÉA**

Foi-me encaminhada mais uma pergunta. Foram duas da Mesa anterior, que não conseguimos responder.

Para deixar mais claro, deixarei meu e-mail com a organização do evento para que sejam encaminhadas essas perguntas. Queremos esse debate. As perguntas que não poderão ser respondidas aqui podem ser encaminhadas pelo meu e-mail da agência, e poderemos, então, conversar.

Em relação ao ressarcimento, trata-se de uma discussão que está sendo vista juridicamente. O interes-

sante é o fato de que se apostava que o ressarcimento não iria dar certo. Os que entraram com liminar acabaram perdendo, mas perguntam se vão ser cobrados pelo período em que aguardavam decisão e não pagaram. Não é devido? Não apostaram no meio jurídico que iriam derrubar o ressarcimento e não conseguiram? Não sou jurista, há muitas coisas a serem discutidas, mas o devido é para ser, sem dúvida nenhuma, cobrado.

Quanto à segunda pergunta, sobre o fato de o equilíbrio ser inatingível, eu disse ontem e repito hoje: sou otimista e acredito que esse equilíbrio seja atingível sim, com informação, responsabilidade e com transparência das informações. Creio que seja possível e que envolverá o prestador. Eu disse ontem que os direitos e as responsabilidades devem estar muito mais claros nos contratos atuais, ou seja, os contratos devem discutidos com os prestadores, inclusive médicos. Há colegas que, lamentavelmente, fazem contratos numa folhinha. Recebemos denúncia na ANS de que o médico vinha atendendo e, de repente, porque estava recebendo pouco, disse que não iria ao hospital.

Temos conversado com os Conselhos. Eu estava conversando ontem com o Edson, quando disse para a Regina para fazermos esse tipo de aproximação com os Conselhos. A contratualização nesse sentido é fundamental. O preço dos planos não é o único preço controlado pelo governo. Já ouvi muitas vezes que era o único controlado pelo Governo. Não é verdade. O setor de infra-estrutura, com mecanismos de regulação de preços diferentes, é controlado pelo governo. Faço essa correção.

Há uma outra correção: revisão técnica não é reajuste. Também não é feita para manter operadora. Para isso, há direção fiscal e planos de recuperação. Revisão técnica é para reequilibrar a carteira que se encontra deficitária e para fazer a revisão da sua gestão. Revisão técnica não é para manter empresa.

A última pergunta é sobre a margem de lucro aceitável. Essa pergunta está junto com a do preço justo.

Qual é o preço justo? Qual é a margem de lucro aceitável? Não trabalho com um modelo de regulação por taxação ou fixação de margem de lucro, até porque acredito que ele estimula a ineficiência. Ora, é óbvio, nesse caso, haveria repasse sempre à frente. Existem operadoras que adorariam que fizéssemos isso. Pedem para fixarmos a margem. Fixa-se a margem, mas tudo é repasse de custo a preço. Custou, passou. Brincamos que é como “Escravos de Jó”: custa, passa. Particularmente – não sou oriundo da área econômica, mas fiz administração e sou médico – não concordo com esse tipo de coisa. A realidade do mercado, segundo o que temos visto na Agência e segundo os números que foram falados – ontem se falou em 70% do lucro nesta mesa – e a visão do dia-a-dia, nos orienta a que coloquemos os pés no chão. Precisamos de mais informações, estamos coletando essas informações. Precisamos de pontos de equilíbrio. Existe insatisfação, chegaremos lá. Nenhuma solução será simples, porque soluções simples para problemas excessivamente complexos me deixam atemorizado. Elas são normalmente erradas. Então, fixar a margem de lucro, o que é isso? Certamente é muito menor do que 20, 10 e o que está sendo falado. Vamos lembrar daquilo que falamos: 70% desse mercado é fortemente concorrencial. Negocia preço unha a unha, empresário a empresário.

Para finalizar, Dra. Regina, a nossa metodologia de reajuste acabou com uma coisa que era prática antiga, que era subsidiar a concorrência do coletivo pelo resultado do individual. Atualmente, esses dois segmentos têm que ser auto-sustentados. O ponto de equilíbrio é que faz parte dessas futuras discussões em relação à regulamentação. Obrigado.

#### **A DRA. REGINA PARIZI**

Muito obrigada. Vamos encerrar esta Mesa, lembrando que às 14 horas e 30 minutos iniciamos a última, que é a do encaminhamento de propostas. Muito obrigada.



## Mesa 6

# Propostas de aprimoramento da regulamentação dos planos de saúde

### COORDENADOR

DEPUTADO HENRIQUE FONTANA

### COMPONENTES

DR. JOÃO LUIZ BARROCA DE ANDRÉA

DRA. SOLANGE BEATRIZ PALHEIROS MENDES

DEPUTADO RAFAEL GUERRA

SENADOR SEBASTIÃO ROCHA

DR. HUMBERTO JACQUES DE MEDEIROS

DR. MÁRIO SCHEFFER

#### O DEPUTADO HENRIQUE FONTANA

Quero convidar, para compor a Mesa, o Dr. João Luís Barroca de Andréa, Diretor de Normas e Habilitação de Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e a Dra. Solange Beatriz Palheiros Mendes.

Quero convidar o meu colega, membro da Comissão de Seguridade da Câmara dos Deputados, Deputado Rafael Guerra, e o Senador Sebastião Rocha, que representa a Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, que é co-promotor deste nosso simpósio.

Pretendemos propor um tempo – vamos consultar os nossos debatedores – de dez minutos, com uma tolerância de dois ou três minutos, para que possamos ter uma disponibilidade maior para o nosso debate, até para recuperar um pouco do nosso atraso.

Quero, de imediato, passar a palavra ao Dr. Humberto Jacques de Medeiros, pelo prazo de dez minutos.

#### O DR. HUMBERTO JACQUES DE MEDEIROS

Boa tarde. É um prazer estar com Vs. Ss. Agradeço à organização do evento pela gentileza do convite de dividir esta Mesa com estes nobres conferencistas e gozar da atenção dos senhores pelos mais desejados dez minutos dos meus últimos tempos em Brasília.

Precisava explicar-lhes que, quando venho pelo Ministério Público, seria necessário que situássemos em que ponto nos encontramos quando discutimos o marco regulatório do sistema de saúde suplementar. Talvez Vs. Ss esperassem a fala de alguém do Ministério Público pelas várias facetas que temos quando trabalhamos com sistema de saúde. Talvez aqueles, neste auditório, que pertencem a algum plano de saúde privada, a alguma seguradora, devam estar acostumados a dialogar com os meus combativos amigos que trabalham com o consumidor e encaram essa problemática sob a lógica estritamente contratualista

e a proteção que o Código do Consumidor deu a todos que se envolvem em relação de consumo. Também alguns dos meus colegas deste auditório talvez conheçam uma outra face dos meus colegas do Ministério Público que trabalham na área de cidadania e estão acostumados a lidar com pleitos de indivíduos ante, via de regra, demandas estatais.

Preciso esclarecer que tentarei mostrar-lhes o quanto há de comum nesses dois aspectos e tentar não representar somente os meus colegas do consumidor ou somente os meus colegas de cidadania, mas tentar pautar em que contexto se passa isso e como nós, do Ministério Público, enxergamos essa discussão do aprimoramento da regulamentação ou da regulação.

O primeiro dado para explicar aos senhores é que nós todos do Ministério Público trabalhamos a partir da lei. A nossa tarefa não é a feitura das leis, mas trabalharmos a partir das leis para que elas sejam respeitadas. É por isso que é um prazer estar nesta Casa legislativa, vir discutir como aprimorar ou modificar as leis junto com todos os interessados nessa grande audiência pública.

Mas se nós do Ministério Público trabalhamos – e é isso que eu preciso esclarecer – a partir da lei e temos todo o respeito pelo caráter democrático com que foram eleitos os legisladores e os processos públicos, ou nem sempre tão públicos, tão visíveis com que as leis são feitas e os processos de persuasão no Congresso, o fato é que nós aqui podemos falar ou a partir da lei existente ou a partir dos parâmetros que a Constituição impôs à feitura das leis.

Eu não quero transformar essa discussão em extremamente jurídica, porque nem todos aqui são juristas, mas tentar dar alguns paradigmas para entendermos o que estamos fazendo ou em que condições estamos lidando com os planos de saúde ou a saúde suplementar.

O primeiro dado que eu precisava lembrar aos senhores é que trabalhamos debaixo de uma Constituição que se propôs de uma maneira elevadíssima a atingir dois grandes focos: a manutenção das liberdades e a promoção da igualdade. Já tivemos modelos de organização estatal que primaram absolutamente pela lógica da liberdade e, por isso, abandonaram ou suprimiram liberdades.

Ao contrário, também já tivemos modelos de organizações estatais que, primando pela liberdade, abandonaram as pessoas e fizeram com que a igualdade fosse apenas um ideal e, muito longe disso, uma realidade.

Quando a nossa Constituição foi escrita, houve o desafio para que o Estado contemporâneo conseguisse fazer essas duas coisas: promover igualdade e garantir liberdades. Não é fácil na história da humanidade conseguir fazer a promoção de igualdade sem suprimir as liberdades. Algumas fórmulas, alguns mecanismos foram inscritos na Constituição para que pudéssemos, nesse novo milênio, adentrar no desafio de promover essas duas coisas simultaneamente, quando historicamente houve uma série de fracassos, não no Brasil, mas em toda a humanidade.

Por isso a Constituição tem uma série enorme de compromissos com a feitura da justiça social. Obviamente, quando escrevemos a Constituição, está escrito no preâmbulo, atendemos aos dois flancos; a dívida e a meta da justiça social se dá com a assunção do Estado, que tem algumas finalidades, entre elas a promoção da igualdade. Não a igualdade formal, mas a material. Por isso a Constituição colocou um capítulo extremamente solidário como o Sistema Único de Saúde.

Igualmente, não trabalhou a Constituição com a idéia de suprimirmos liberdades. Por isso, esse mesmo capítulo da Constituição assegura a liberdade do exercício das profissões na área de saúde, não criando um monopólio do Sistema Único de Saúde. Obviamente não é em uma redução tão simples que se faz o casamento entre igualdade e liberdade, mas em uma série de outros flancos do desenho do ordenamento do Estado.

O que lhes explico é que como nós, quando tratamos da regulação dos planos de saúde, podemos encarar esse problema. Em parte, entendam, existe esse desenho constitucional do Estado provedor de um sistema de saúde solidário a toda a sociedade indistintamente e a liberdade do exercício das profissões da saúde, a todos igualmente livres.

Não se impôs um único sistema, mas se permitiu a coabitação desses sistemas quando tratamos da regulação dos planos de saúde. Estamos a transitar nessa

linha que tem que manter a promoção da justiça social, a promoção de parâmetros de igualdade, de oportunidade para todas as pessoas, mas, igualmente, o exercício das liberdades.

Talvez pudéssemos pontuar e exemplificar como compor ou como ajustar a questão. É exatamente por isso que se faz uma audiência pública, por isso o processo legislativo é aberto e discutido. Como podemos exercitar as liberdades sem suprimir igualdades? Ou seja, um sistema de saúde suplementar que sabotasse, minasse ou esvaziasse o Sistema Único de Saúde seria um exercício da liberdade que poderia estar atentando contra a promoção da igualdade. Da mesma forma, a *contrario sensu*, o Sistema Único de Saúde tão avassalador, tão dominador que não deixasse espaços para outra solução, para o exercício livre das profissões da saúde, seria a supressão de liberdades. Seria impedir a liberdade de iniciativa, a livre organização, o livre acesso ao mercado, o livre trabalho.

Quando mexemos nesse ponto, estamos a tratar dessa linha divisória delicada, sutil. Obviamente, dependendo da coloração ideológica e política de cada um de nós, há um modo claro de enxergar onde está a linha divisória. Por isso, o processo de solução deve ser aberto, plural e discutido. Talvez pudesse listar uma série de pontos onde essa tensão seria visível. Por isso, há o desafio de como fazermos esses dois sistemas coabitarem sem suprimirmos liberdades, sem sabotarmos ou impedirmos a construção de um modelo de igualdade.

A discussão da construção de um modelo de igualdade tem que ser franca e honesta, entendendo que, ao fim e ao cabo – e é importante que não percamos isso de vista –, somos todos igualmente cidadãos, somos todos igualmente brasileiros. A saúde é um bem absolutamente indivisível. Não é possível assegurar o acesso à saúde a uma parcela da população e não assegurá-lo a toda a população. Não existem ilhas de saúde. De certo modo, se por um lado podem parecer antagônicos o sistema suplementar e o sistema único, na verdade, não são necessariamente antagônicos, mas em vários aspectos são parceiros e solidários, porque o bem saúde é absolutamente indivisível. A questão é

que há princípios, lógicas e valores distintos.

Na hora em que vamos mexer na lei que lida com a questão, aprimorá-la, temos que nos lembrar de que o processo de feitura de uma lei, no sistema democrático, passa não só pelo atendimento, em absoluto, dos interesses de um certo segmento, mas pela visibilidade e pela satisfação de todos os interessados: maiorias e minorias. Falo da massa consumidora e, também, da massa que poucos recursos possui para consumir muitas ou poucas coisas.

Tenho que ser exigente com meu tempo, para dar um bom exemplo. Encerrando minha fala, preciso lembrar-lhes um outro dado que é extremamente importante e que também é subjacente à tensão existente em redor da regulação dos planos de saúde. Falo do fato de que quando nós, cidadãos, sociedade, apostamos na idéia da existência de um Estado que pudesse produzir igualdade sem suprimir liberdades, criamos uma ferramenta única. Afinal de contas, o que temos hoje que não tínhamos há 100, 200, 500 anos para impedir que um Estado se exceda, que abuse e suprima liberdades? O que me preocupa, em um campo como o da regulação dos planos de saúde, é que a primeira tentativa de todos é a saída regulatória. E agências reguladoras, poder regulador, normas feitas pelo Estado soam como o velho modelo do Estado forte.

Não estou aqui a combater o poder regulador do Estado, mas Estados fortes já tivemos e não foi suficiente. No desenho do Estado Democrático de Direito, a ótica que o preside é a colocação, no cenário, de um novo sujeito, de um novo fator, no qual se confia a possibilidade de um Estado que possa produzir igualdades, mas não consiga suprimir liberdades. Isso é o que conhecemos por cidadania ou, se preferirem com um outro nome, o poder de controle das pessoas. Não o controle estatal, não o controle autoritário, mas o que é efetuado por todos nós, em face de todo e qualquer centro e foco de poder. A relação entre mim e o Estado, que cobra os meus direitos, entre mim e a violação que a indústria faz ao meio ambiente, entre mim e a violação aos direitos humanos que aconteça em outro país, todos, hoje, temos pretensões dirigidas a qualquer foco de poder. Isso se

chama o poder democrático de controle.

É esse cuidado que temos que ter na hora em que desenhamos um ajuste no modelo de regulação do sistema de saúde suplementar, ou seja, é necessário que existam mecanismos sociais de controle, e não apenas mecanismos entregues e confiados exclusivamente ao Estado, sob pena de alguém se apropriar desses mecanismos, como já aconteceu em outros episódios da história.

O ideal seria que, paralelo a qualquer poder, existisse o co-respectivo espaço de controle social. Por isso, não podemos permitir, como cidadãos, como brasileiros, a existência de espaços autoritários ou de focos de poder sem controle.

A cidadania se volta, hoje, não apenas contra o Estado, mas contra consumidores, fornecedores, ou mesmo em casa, na condição de pais, em que temos que dar satisfação às nossas crianças, que exercem uma cidadania doméstica, exigindo, por exemplo, que coloquemos o cinto de segurança no carro, sob pena de a minha autoridade paterna ir por água abaixo, se não tenho essa possibilidade de legitimar meus atos. Então, temos que ter o cuidado de não repetir erros velhos, de imaginar um Estado todo poderoso, que possa ser um grande provedor e um grande regulador.

É essencial que nós, sociedade, não nos alijemos disso e não terceirizemos, não transfiramos ao Estado, a uma agência, ao Ministério Público, a uma ONG, ou a alguém fora do planeta, a Deus, a possibilidade de manter esse modelo que busca garantir liberdades e promover igualdades.

Posso, mais adiante, voltar a conversar com os senhores durante o debate, mas é extremamente importante de minha parte, como Ministério Público, pontuar que, quando meditamos a mudança do regime regulatório, mudemos o que queremos mudar, mas não percamos de vista que nós todos, solidariamente, temos esta meta de manter a liberdade e promover igualdade e justiça social.

Igualmente, neste marco, temos, a cada foco de poder criado, um co-respectivo foco de controle social sobre isso, valorizando as instâncias de controle social

já existentes e, se necessário, criando outras.

Muito obrigado! (*Palmas*)

#### **O DEPUTADO HENRIQUE FONTANA**

Muito obrigado! Agradecemos ao Dr. Humberto. A Mesa sentiu que ele estava caminhando para a conclusão, porque, quando deu dez minutos, ele avisou que estava indo para a conclusão; então, ele segurou mais cinco, e a Mesa deixou prosseguir, porque era preciso.

Fui chamado à atenção, porque me esqueci de me apresentar a todos vocês. Sou Henrique Fontana, médico e Deputado Federal pelo PT do Rio Grande do Sul.

Passo a palavra ao Sr. Mário Scheffer, por dez minutos, com a tolerância necessária da Mesa.

#### **O DR. MÁRIO SCHEFFER**

Em nome do Conselho Nacional de Saúde, idealizador deste simpósio, mais uma vez, agradeço a presença das senhoras e senhores nesses dois dias. Acredito que o propósito maior deste evento já foi alcançado, que é o de promover o debate, com a participação de todos os segmentos envolvidos e interessados na regulamentação dos planos de saúde. E não podia ser diferente aqui neste espaço democrático, que é o Parlamento, onde todos podem colocar os seus pontos de vista.

O Conselho Nacional de Saúde tem a convicção de que, ao promover a discussão entre parlamentares, governo, operadoras, prestadores de serviço, consumidores e usuários, está cumprindo o seu papel e a sua competência legal como fórum de controle social, que formula estratégias e acompanha a execução da política nacional de saúde, seja ela pública ou privada.

Antes de entrar em algumas recomendações do Conselho para o aprimoramento da regulamentação, creio ser imprescindível o entendimento entre todos nós aqui presentes de que precisamos caminhar no amadurecimento desse processo de regulamentação. E isso só será possível se avançarmos nas negociações, nos pactos, no ambiente mais democrático e plural possível.

Assim, estamos propondo o fortalecimento dessa aliança entre o Conselho Nacional de Saúde, o Senado Federal, a Câmara dos Deputados e a Agência Nacional

de Saúde Suplementar. Sugerimos, inclusive, a formação de uma comissão permanente de acompanhamento da regulamentação dos planos de saúde, entre essas quatro instâncias, e que tenha a missão de propor um agenda conjunta, um plano de trabalho, com organização de fóruns, de audiências públicas, assegurada a paridade de participação entre todos os segmentos envolvidos.

E, aí sim, com organização, com diálogo, com respeito e também de forma franca e honesta, como o Dr. Humberto colocou, na busca do consenso possível, nós vamos conseguir aprimorar a legislação e as práticas de regulação. Ou seja, antes de propor pontos de revisão da lei ou mudança no conteúdo da regulamentação, o Conselho Nacional de Saúde está propondo um novo processo, uma nova forma de articulação e relacionamento entre as instâncias, as instituições e as entidades que têm compromissos e interesses nessa regulamentação.

O atual modelo de apresentação e discussão dos pontos da regulação é muito precário. A Câmara de Saúde Suplementar, meramente consultiva, sem nenhuma paridade na sua composição, tem ficado à margem das principais decisões e deliberações da ANS, haja vista a MP 43, que foi unilateral, autoritária e desrespeitou os princípios mais elementares do convívio democrático.

Nós não vamos discutir aqui a MP 43, até porque ela foi retirada, quem sabe até sepultada, por pressão da sociedade, mas temos que registrar esse episódio na história da regulamentação, até para que não se repita tamanha aberração.

Um outro mecanismo, além da Câmara de Saúde Suplementar, sempre acionado pela ANS, que é a consulta pública via Internet, a meu ver, é questionável do ponto de vista de assegurar a participação de todos. E também é necessário estabelecer, de forma pactuada, entre todos nós, uma agenda prioritária que contemple a discussão da revisão da legislação naqueles pontos ainda insatisfatórios, mas uma agenda que também contemple importantes questões que ainda não foram reguladas.

Nesse sentido, queria recuperar rapidamente a agenda de regulamentação desde a promulgação da Lei nº 9656, em 1998. Creio que ela foi configurada em cinco temas. Dois deles foram originários do Ministério da Fazenda: a questão da abertura do capital estrangeiro e a padronização das regras para a constituição de reservas e demonstração de solvência para permanência das empresas no mercado.

Outro ponto da agenda diz respeito à ampliação de coberturas. O acúmulo de denúncias de negação de atendimento, de restrição de coberturas, de reajustes exorbitantes, enfim, de abusos de todo o tipo como controle de utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos, problemas no credenciamento e descredenciamento, a má remuneração dos prestadores, tudo isso uniu as entidades de defesa do consumidor, dos usuários e entidades de defesas de profissionais, especialmente os médicos. E a criação, em São Paulo, do Fórum Nacional de Acompanhamento da Regulamentação dos Planos de Saúde deu forma a essa articulação. Essas entidades passaram a ocupar espaços formais possíveis como a Câmara de Saúde Suplementar e também outros espaços, como a presença constante na mídia e ações junto aos órgãos do Judiciário. Essas entidades estão por trás da agenda da questão da cobertura.

Um quarto ponto da agenda, que é da relação entre os setores públicos e privados, infelizmente, tem passado apenas pela discussão da utilização dos procedimentos de alto custo e alta complexidade e pela regulamentação do ressarcimento ao SUS.

Um quinto tema, hoje menos evidente após a criação da ANS, era a disputa interministerial pela institucionalização da regulamentação. Esses temas ditaram a agenda e integraram o núcleo do processo de regulamentação nesses três anos: a própria lei, as sucessivas MPs e dezenas de resoluções da ANS. Mas após três anos da Lei n.º 9.656 faz-se necessário a ampliação dessa agenda.

Ao analisar os avanços e os obstáculos desse processo regulatório, que já foram tratados com bastante propriedade nas Mesas de hoje e de ontem, percebemos que alguns temas ainda não entraram na pauta

de regulamentação. O Conselho Nacional de Saúde teve oportunidade de discutir nesse sentido e espera que esses temas sejam introduzidos na nova agenda. A primeira coisa seria passar a regulamentar na lógica do conceito de saúde e de direito à saúde, aprimorando as relações desse segmento de saúde suplementar com o SUS e o papel da saúde suplementar no sistema de saúde brasileiro.

A atual legislação baseia-se na concepção, do nosso ponto de vista equivocado, de que existem dois sistemas distintos e que a única interface entre eles seria a alta complexidade. Na prática, sabemos que as interferências, as relações entre os recursos financeiros e assistenciais entre o público e o privado na área da saúde, em nosso país, são muito mais complexas e extensas. Isso requer – é claro que respeitando o direito de atuação das empresas privadas – definições claras sobre a subordinação dos interesses privados aos públicos. Nesse sentido, a regulamentação deve ir além da assistência médico-hospitalar. Afinal de contas, as ações de vigilância, de prevenção, de promoção da saúde, os procedimentos clínicos cirúrgicos de emergência e aqueles realizados pelo SUS que não são cobertos contratualmente pelas operadoras beneficiam, direta ou indiretamente, os clientes desses planos de saúde.

Já foi dito hoje pela representante do Procon, a Sra. Lúcia Helena Magalhães, que é preciso, e o Conselho entende isso também, estender a abrangência da legislação aos planos coletivos, que é uma forma de contratação que atinge de 70% a 80% dos beneficiários.

Outro ponto muito importante – e já estou quase concluindo – é a questão da relação entre as operadoras e os prestadores de serviço. Devemos avançar em definições de responsabilidades sobre a garantia da qualidade do atendimento, políticas e parâmetros de remuneração, políticas de credenciamento, regras de credenciamento e precisamos dar uma atenção muito especial para a questão da fila dupla, da dupla porta de entrada, o atendimento de usuários de planos em serviços do SUS.

O Senado está discutindo e parece-me que já aprovou em alguma instância a autorização para que os

hospitais universitários coloquem 25% da sua capacidade instalada para atender planos e particulares. Esse é um assunto muito sério que devemos discutir, inclusive, a questão da complementaridade de legislações entre a saúde suplementar e o SUS para definir melhor essa relação.

Por fim, acredito que precisamos rever esse modelo institucional para a regulamentação dos planos de saúde. Para tanto, é preciso maior integração da Agência Nacional de Saúde Suplementar com o próprio Ministério da Saúde, principalmente com as outras instâncias de gestão e de controle social da saúde, especialmente o Conselho Nacional de Saúde.

Da mesma forma, as informações sobre os beneficiários de planos, a oferta e a qualidade da assistência das operadoras, sobre os valores de remuneração praticados, os preços de prêmios de todos os planos antigos e novos, são informações que devem ser sistematicamente compartilhadas e integrar um repertório de indicadores disponibilizado pelo Ministério da Saúde para todos os interessados.

Termino por aqui. Mais uma vez, queria agradecer aos expositores e participantes deste simpósio, em nome do Conselho Nacional de Saúde, pela riqueza das contribuições e dos debates.

Fica aqui o compromisso do Conselho de que vamos organizar, editar e divulgar esse conjunto de contribuições. E, também, o compromisso de que vamos dar continuidade a esse processo de levar a prática do controle social para a regulamentação dos planos de saúde. Era o que eu tinha a dizer.

Muito obrigado. *(Palmas)*

#### **O DEPUTADO HENRIQUE FONTANA**

A Mesa agradece a precisão dos dez minutos do Sr. Mário Scheffer e passa imediatamente a palavra ao representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Dr. João Luís Barroca de Andréa.

#### **O DR. JOÃO LUÍS BARROCA DE ANDRÉA**

Boa tarde a todos. É uma satisfação retornar à Mesa para que possamos fazer comentários sobre as perspec-

tivas de aprimoramento e a necessidade de regulamentação, dos avanços e da consolidação da regulamentação do setor.

Eu queria começar saudando mais enfaticamente o Fórum, que deu oportunidade inclusive à agência de trazer aqui, nas suas diversas intervenções, de todos os seus diretores, o trabalho que vem sendo feito, tanto na fiscalização e na estrutura normativa, quanto no monitoramento dessas informações, ou seja, na construção dessa agência, que era um anseio, que era e ainda é – como sempre – objeto de aprimoramento, mas que sem dúvida nenhuma representa um avanço enorme na regulação do setor e a incorporação, na área da saúde, dessa discussão.

Aqui, em 1988, houve o vácuo desse subsistema – não consigo chamar ainda de sistema porque, na verdade, é um conjunto de empresas, mas haveremos de chegar lá em algum momento –, dessa realidade de empresas que operavam essa assistência não de forma direta, mas em forma já organizada desde 1964 ou, se retornarmos à origem, desde a década de cinqüenta, com as autogestões complementares.

Acho que é um enorme desafio da sociedade, é um enorme desafio do Estado não regulamentar no sentido de interferir, acho que temos que ousar um pouco mais nisso. Quando se fala de política pública, fala-se de direcionalidade, fala-se de apontamento, fala-se da necessidade de uma integração, e uma integração não coercitiva. Ouvimos muito aqui – e vai haver muito o que debater ainda – no sentido de haver bons e maus nesse sistema. Acho que isso não é verdade, é uma visão simplista, e essa integração e formas dessa integração podem e serão necessárias para que caminhemos nessa regulamentação.

Em relação ao ressarcimento, por exemplo – rapidamente –, lembro-me de quando estávamos debatendo, ainda no Ministério da Saúde, e houve uma enorme discussão quando dizíamos que o objetivo do ressarcimento era o ressarcimento zero. Ou seja, o ressarcimento nunca é – e ainda é assim na Agência – visto como fonte alternativa de recursos. Cada empresa cumprir o que foi pactuado contratualmente, honrar

os seus compromissos. O que não é, não era e continua não sendo possível é que o regime de recolher as mensalidades seja privado e que se preste o serviço publicamente. Ou seja, a receita é privada e a despesa é pública. Isso não é possível, a agência continua batalhando, inclusive em todos os fóruns judiciais, para impedir esse tipo de coisa.

Acho que o momento é complexo, exigirá muita capacidade de análise nossa porque estão vindo à tona questões que estão obscuras há vinte, trinta anos. Elas estão aparecendo, essas relações, esses desafios da regulamentação de que falávamos.

Então, a agência – e eu represento aqui todos os diretores – fica extremamente honrada de ter vindo até aqui prestar contas, como já prestamos no Conselho Nacional de Saúde. Faz parte das nossas atribuições prestar contas à sociedade do que estamos fazendo.

Creio que nessa Mesa final, por tudo que já dissemos, cabe à agência ouvir, receber essas propostas, e ficamos muito à vontade de, já previamente, aceitar participar de outros fóruns. Achamos que essa proposta – sempre plural e rica, ou seja, ouvindo e reunindo operadores, prestadores e consumidores – é extraordinariamente importante. Aí repito algo que disse ontem: uma das melhores semanas que já tive do entendimento no setor foi em 1998, no início da regulamentação, quando a Câmara de Saúde Suplementar passou uma semana discutindo os assuntos. Foi muito exaustivo e cansativo, mas se quebram as resistências iniciais do preconceito e das posições com as quais já vim e se começa fazer algo vital para nós: escutar o outro, obtendo informação.

Senti isso nesse Fórum. Por isso, lembro-me do que aconteceu em 1998. Fica aqui o compromisso da agência de participação de maneira geral. Já há uma Câmara de Saúde Suplementar, que foi ampliada, inclusive, agora, na correção da medida provisória, para dar mais representação às entidades médicas e dos consumidores.

Vou deixar aqui uma última sugestão em relação a isso: foi criticado ou minimizado o método de consultas públicas. Realmente, acho que ele está sendo muito menos usado do que deveria ser pela sociedade

organizada. Por isso, ficamos à disposição de organizar as entidades, quaisquer que sejam, dos consumidores, prestadores, enfim, operadoras, que solicitem à agência o cadastramento do seu *e-mail* – hoje isso é forma bastante comum de comunicação – para, no momento em que sair uma consulta pública, independentemente de apenas colocar na página, distribuímos com a máxima circulação possível, porque a participação nos interessa.

É muito frustrante quando, em uma consulta pública sobre sistema de informação, recebemos sete sugestões, tendo mandado para os membros da Câmara de Saúde Suplementar. Precisamos ampliar realmente. Já fica registrado aqui nosso oferecimento de fazer o que chamam de mail list, cadastrar os e-mails para mandar a todos, porque à Agência interessa a participação, a discussão e trazer à superfície o que ficou, durante muito tempo, na mais completa escuridão.

Muito obrigado. (*Palmas*)

#### **O DEPUTADO HENRIQUE FONTANA**

Agradeço ao Dr. João Luís Barroca e dizer que ele não usou nem os dez minutos.

Há, aqui, pelo menos seis manifestações do plenário. Estamos recebendo perguntas, opiniões e posições do plenário para que possamos, imediatamente, expressá-las. Passo a palavra ao Deputado Rafael Guerra.

#### **O DEPUTADO RAFAEL GUERRA**

Muito obrigado, Deputado Henrique Fontana. Cumprimento a todos e aos membros da mesa.

Neste momento, na última mesa do Simpósio, registro o trabalho da comissão organizadora, em especial do Mário Scheffer e do Senador Sebastião Rocha, que foram fundamentais na organização deste Simpósio. Mário Scheffer já vem se dedicando a esse trabalho profundamente há uns três meses. A proposta que levantamos no início, o Senador Sebastião Rocha, na Comissão de Assuntos Sociais do Senado, eu, o Deputado Henrique Fontana e outros, na Comissão de Seguridade, da Câmara, para a realização do simpósio e ampla discussão, foi amplamente alcançada pela participação e

presença dos senhores, pela presença maciça de representantes de todos os setores envolvidos na questão da saúde suplementar.

Creio que dessa forma devemos dar seqüência ao nosso trabalho, com ampla discussão, com a participação da sociedade civil, na verdade, sem medidas provisórias, porque acho que é um assunto que já foi discutido três ou quatro anos na Câmara dos Deputados, até que fosse elaborada a primeira regulamentação em 1998. Agora, todas as novas modificações ou novos aperfeiçoamentos devem passar pelo mesmo tipo de fórum, pelo mesmo tipo de debate.

Eu gostaria de ressaltar alguns pontos que, nesta mesa final, seria importante ficassem registrados, no meu modo de entender. O nosso representante do Ministério Público, Dr. Humberto Jacques, já abordou um pouco esses aspectos, de fundamentos de princípios que temos de seguir. Não adianta quisermos adaptar as leis de mercado, abrindo mãos de certos princípios. Esse é o primeiro ponto que eu ressaltaria. Precisamos manter os valores éticos e sociais que precisam reger a convivência da sociedade civil e deles não podemos abrir mão por comodismo ou por outros interesses.

Dentro desses valores, acredito que já foi feito antes um registro, pelo Idec, pela Sílvia, que falou sobre isso ontem, mas eu gostaria de reforçar hoje, nesta última mesa. Estamos aqui, hoje, num simpósio de saúde suplementar, mas é preciso registrar que quanto mais problemas e quanto mais se amplia o setor de saúde suplementar, mais isso decorre das dificuldades do Sistema Único de Saúde.

O primeiro ponto que temos de estabelecer é a defesa do Sistema Único de Saúde. Temos um sistema extremamente avançado em termos teóricos, que precisa continuar sendo aperfeiçoado, ser estendido a todos os cidadãos brasileiros. Temos de trabalhar permanentemente para reduzir a exclusão social, a exclusão do cidadão do Sistema Único de Saúde.

Os princípios que a Constituição estabeleceu para o SUS, na verdade, não são para o Sistema Único de Saúde, pois são princípios e valores éticos que têm de ser contemplados no nosso país. Quer dizer, a saúde,

como bem fundamental da pessoa humana, tem de ser encarada de forma diferente de certos outros setores do mercado. Ela não pode, primordialmente, estar sujeita ao lucro, mas ao atendimento ao cidadão e à prestação digna e adequada de serviço.

Creio que os princípios do SUS, que eu gostaria de recuperar e comentar mais uma vez, têm de se aplicar à saúde suplementar. Não quer dizer que o princípio da universalidade é para o sistema público e, no sistema de saúde suplementar, não precisa ser observado. Penso que não pode ser assim. O princípio da universalidade tem de, também, acompanhar todas as ações de saúde do País, sejam elas públicas ou não, e tem de se estender a todos os cidadãos. Dentro disso, por exemplo – é só uma observação, pois não acho que a função deste simpósio é criticar a medida provisória –, temos de levantar e abordar alguns pontos que foram polêmicos. O princípio da universalidade, por exemplo, contrapõe-se totalmente à questão da abrangência geográfica. Estaremos aceitando as limitações geográficas e infringindo o princípio da universalidade.

E assim vem a integralidade. É a mesma coisa. Quando começamos a falar em segmentação e subsegmentação, estamos abrindo mão da integralidade. Estamos oferecendo parcelas de serviços ou, às vezes, até serviços de segunda categoria.

O sistema público tem de ter o papel regulador, sim, por meio do controle social, e também precisa entender que todas as vezes que abrir mão da integralidade estará sendo onerado, porque planos de atendimento parcial certamente jogam os procedimentos de alto custo para o sistema público.

Então, temos de trabalhar para atingir esses princípios. Como o SUS vem trabalhando, também a saúde suplementar tem de trabalhar na busca de alcançar esses princípios. Não quer dizer que vamos fazer isso de hoje para amanhã, mas esse tem de ser o caminho. Todas as exclusões na saúde suplementar irão onerar o sistema público de saúde. Não há a menor dúvida. Isso já vem acontecendo em muitos setores, exatamente naqueles que têm mais poder de pressão, como, por exemplo, no setor de pacientes dependentes de

hemodiálise. Esses são pacientes que, se não forem à máquina, dia sim, dia não, morrem. Então, isso pode ficar para o sistema público, porque ele não resiste a esse tipo de pressão. Nós não podemos trabalhar constantemente dessa forma.

A equidade foi muito bem abordada pelos Drs. Humberto e Mário Scheffer. É outro ponto que precisa ser contemplado em todo o processo de regulamentação. As pessoas têm de ser tratadas igualmente, com os mesmos direitos. Isso tem de ser lembrado em toda a regulamentação futura dos planos de saúde que venham a solicitar o seu credenciamento, a sua inscrição.

Acredito que seja preciso fazer um registro, claro, e não falo apenas como um profissional de saúde, mas, como um político que vem trabalhando e dedicando a maior parte do seu trabalho, na Câmara Federal, ao setor saúde. Temos de fazer um registro em relação ao *manage care*. Não podemos aceitar esse tipo de patulhamento e de limitação aos usuários e aos prestadores de serviço de saúde. Penso que deve haver a organização do atendimento.

Se, por exemplo, dentro do sistema público, consideramos que a porta de entrada do paciente deve ser a saúde da família, o médico da família, a equipe da saúde da família, isso não quer dizer que essas pessoas terão de trabalhar sob pressão e se sujeitar a outras normas que não sejam os valores éticos e sociais.

Então, não podemos aceitar esse tipo de limitação. Evidentemente, o encaminhamento, a orientação, a auditoria, tudo isso, é óbvio, é permitido e deve ser feito. Agora, instituímos um sistema que vise, primordialmente, a economizar exames e recursos, não podemos também aceitar. Assim, feriremos, certamente, o princípio da livre escolha que, acredito, precisa ser basicamente mantido.

O nosso Presidente já está avisando que o meu tempo está terminando. Realmente, o tempo passa muito rápido. Para concluir, tenho algumas observações que gostaria de fazer. Acredito que deveríamos dar seqüência, como o Mário Scheffer já falou, a este simpósio, não somente com a criação de um fórum permanente. Eu coloco, sem dúvida, em nome da nossa

presidente, a Deputada Laura Carneiro e dos meus companheiros, a Comissão de Seguridade à disposição para ser esse fórum de reuniões e de debates, para realizarmos audiências públicas e para discutirmos os pontos polêmicos que serão encaminhados ao Congresso Nacional sob a forma de projeto de lei, para que tenhamos ampla discussão. Acredito que esse seja um ponto importante, que precisa ser tirado, hoje, deste simpósio para que mantenhamos um fórum permanente, inclusive com audiências públicas, para ouvirmos a sociedade e construirmos esse consenso.

Finalmente, eu gostaria de fazer uma referência, a última, porque eu acho que pode vir a ser algo muito construtivo para a saúde do nosso país. Eu citaria nessa referência um exemplo, o qual podemos acompanhar, conhecendo como funciona o sistema de saúde na França, que tem, evidentemente, um sistema público muito mais estabelecido e avançado do que o nosso, com atualização de equipamentos e tecnológica, além de boa prestação de serviços que inclui o fornecimento de medicamentos para os cidadãos franceses, naturalmente aplicando em torno de US\$1.600 per capita. Bem mais do que nós.

Mas como suplementação ou complementação a esse sistema público, existem, em várias regiões da França, em vários locais, os chamados fundos mútuos para a complementação do serviço de saúde, que são, na verdade, cooperativas, ou de empresas, ou regionais, ou associações que se transformam em fundos mútuos, em que as pessoas decidem participar, contribuir, e são co-gestoras; quer dizer, esses fundos não têm a finalidade de lucro, mas de receber o recurso e aplicar em benefício dos seus sócios, dos seus participantes, mais ou menos como uma forma de cooperativa.

Entendo que há uma grande possibilidade, e seria uma boa proposta, de tratarmos da regulamentação, de uma lei que regulamentasse esses fundos, de forma que também não viessem a se transformar em fonte de exploração para o cidadão, devido à má organização, falências fraudulentas, etc. Certamente seria um caminho em que o lucro não é o primeiro objetivo. Esse é um ponto no qual poderíamos avançar. Esses fundos

mútuos trabalhariam mais ou menos como o sistema hoje já existente no País: de autogestão.

Basicamente, eram esses os comentários que eu gostaria de fazer. Deixo ainda para os debates alguma outra observação que possamos vir a colocar.

Muito obrigado.

#### **O DEPUTADO HENRIQUE FONTANA**

Obrigado, Deputado Rafael Guerra. Passo a palavra, de imediato, ao Senador Sebastião Rocha.

#### **O SENADOR SEBASTIÃO ROCHA**

Agradeço a V. Ex.<sup>a</sup>, Deputado Henrique Fontana; aos demais membros da Mesa e a todos os presentes.

Mais uma vez gostaria de saudá-los. Nas minhas primeiras palavras, eu quero falar da nossa satisfação no Senado, na Comissão de Assuntos Sociais e também na Câmara – que na coordenação do Simpósio teve esta figura brilhante do Deputado Rafael Guerra. Para nós, do Parlamento brasileiro, é muito gratificante poder sediar um Simpósio dessa qualidade e com essa eficiência. Não há dúvida nenhuma de que o êxito desse Simpósio está devidamente comprovado. A expressão que melhor vai representar esse êxito, a partir da finalização desse Simpósio, será certamente a de que valeu a pena! Sobretudo para nós, que passamos por um período de turbulência pré-organização do simpósio, valeu mais a pena ainda, porque houve momentos de dúvidas, sim, se deveríamos ou não mantê-lo, em função de toda polêmica e controvérsia provocada pela medida provisória e pelo ato que também movimentou a sociedade organizada, previsto a sua manifestação em frente ao Congresso Nacional.

Eu afirmo que prevaleceu a serenidade. Se, de um lado, o setor vive em permanente conflito e preparado para reagir de imediato, para entrar em ebulição com muita rapidez – este é um setor que entra em ebulição com muita rapidez, como aconteceu nesse episódio recente –, mas, por outro lado, prevaleceu a serenidade das Lideranças no Congresso Nacional junto ao Ministério da Saúde e também das entidades para que, através de uma profunda e ampla – embora

que num período muito curto – negociação pudéssemos, enfim, realizar este simpósio, que marca época aqui no Congresso Nacional, no Senado da República por duas razões: primeiro, porque não é hábito que o Congresso sedie esse tipo de evento mais técnico, mais voltado para a análise, para o aprimoramento de legislação neste estilo; é muito mais freqüente a audiência pública com menor número de participantes. Por outro lado, parece-me que esta é a segunda experiência, pelo menos da qual participo, onde as duas Comissões no setor social mais importante do Congresso Nacional, a Comissão de Assuntos Sociais do Senado e a Comissão de Seguridade Social da Câmara, organizam eventos dessa natureza – o primeiro foi o Simpósio de Saúde Ocular, que foi sucesso absoluto também, e este, que já falei do êxito do evento.

Por isso ficam aqui, na condição de coordenador do evento pelo Senado, os meus agradecimentos a todos que colaboraram e a contribuição que todos aqui puderam realizar.

Quanto à análise do processo, como devemos mover daqui por diante? Como esse setor deve-se articular entre os vários segmentos? Costumo dizer que este é um cenário com vários atores, onde todos são primordiais; se faltar um dos atores, a cena fica incompleta, e a cena incompleta pode gerar grandes prejuízos para a saúde, para a cidadania ou para as empresas ou para o Parlamento.

Na questão da medida provisória, um dos atores praticamente estava excluído, que era exatamente o Parlamento, além da sociedade civil organizada e representantes de entidades.

Então esse setor, complexo como é, repleto de conflitos, não pode de forma nenhuma ser objeto de regulamentação a partir de medidas unilaterais. Acredito que o governo aprendeu essa lição e, de forma serena e muito responsável, houve então o entendimento de que da medida provisória precisavam ser retirados do seu contexto os pontos polêmicos, e o governo então retorna à trajetória natural, que é a da discussão democrática. A partir daí, vamos buscar aquilo que costumo chamar de ponto de equilíbrio – ontem

falei rapidamente disso na abertura –, que é aquele que as operadoras podem suportar, que os usuários podem sobreviver de maneira digna junto a seus planos, que o médico possa ser tratado também com respeito a seu trabalho e que os órgãos de defesa do consumidor também possam atuar em benefício do usuário.

Esta mesa representa segmentos importantíssimos: o Ministério Público, que trabalha na fiscalização; a Agência Nacional, na regulação; o Parlamento, na legislação; e o Conselho Nacional de Saúde, que também é um órgão de apoio da sociedade civil.

Feito dessa forma, o propósito do simpósio não era extrair propostas concretas de encaminhamento para alterar a legislação. Pensamos até nisso, que poderia ser, mas, depois, entendemos que era importante fazer um balanço. E aqui foi feito o balanço. Da minha parte, tenho grande interesse pelo setor. Vou ler cuidadosamente todas as notas taquigráficas, vou ouvir a gravação das palestras, porque não pude estar muito presente.

Se o ordenamento jurídico desse setor for realizado de forma democrática, a permitir que todos os setores possam atuar, extrairemos cada vez mais propostas equilibradas e que permitam a sobrevivência de todos.

É claro que há uma certa preocupação com o número de operadoras que estão entrando em solvência; são problemas muitas vezes estruturais do próprio setor, aquilo que o Ministro Serra chamou de corrente da felicidade. Operadoras que não se prepararam para ingressar no mercado e que vêem nisso apenas um bom negócio e por isso, muitas vezes, ingressam nesse setor sem estarem devidamente qualificadas para atuar e, logicamente, não podem prestar um bom serviço. Nunca vão sobreviver, até porque o objetivo não é esse, mas apenas o lucro.

Os pontos conflitantes de toda a legislação permanecem inalterados e confesso que temos dificuldades de apresentar propostas definitivas. Não somos salvadores da pátria, nem donos da verdade. Por isso, qualquer projeto tem de ser discutido democraticamente. De repente, pode surgir uma luz no fim do túnel, e vamos ver como fica melhor a situação do portador de doença preexistente, dos aposentados, o reajuste

por faixa etária, a carência e uma série de outras questões que permanecem praticamente como pontos conflitantes. Lamentavelmente, não será este Simpósio – não era a sua proposta – que irá apresentar soluções práticas para isso.

No entanto, há a proposta de que possamos constituir, a partir deste simpósio, um fórum permanente de acompanhamento, com representantes das duas Casas do Congresso Nacional; do Conselho Nacional de Saúde; da Agência Nacional; das operadoras e órgãos de defesa do consumidor. Quem sabe, assim, não possamos caminhar por alguns pontos de consenso. Por exemplo, sempre defendi concretamente uma readaptação dos planos à nova legislação. Se dependesse de mim, a lei teria ficado como estava, adaptando-se todos os planos, até um ano depois da vigência da lei. Sabendo que isso onera as operadoras, tivemos de buscar soluções. E não nos parece melhor a solução apontada pelo Governo, a da segmentação, a do plano de acesso.

Que os elementos que possam orientar o Parlamento, os consumidores e a todos, possam democraticamente ser debatidos conosco. Se a Agência Nacional entende possível, por exemplo, um plano de acesso com as características da proposta da medida provisória, que justifique concretamente – colocaremos salvaguardas. A priori, sou contra o plano de acesso – estou falando em tese. Que salvaguardas podemos garantir? Que benefícios podemos atribuir aos usuários?

Lembro uma conversa que tive com o Ministro José Serra há um ano, quando discutíamos como implementar um plano farmacêutico, um modelo de plano que pudesse abranger os medicamentos. Fiz contatos com empresas e operadoras e surgiu a idéia: um certo segmento disse que aceitava cobrir os medicamentos, mas com o gerenciamento do plano, porque o plano de acesso tem limites de procedimentos, com dificuldades de se chegar a um especialista.

Então, que balanceamento será feito em defesa do usuário ou do médico? Como o médico pode ser beneficiado? Como estudar e propor um plano de acesso em que o médico não seja massacrado? No momento em que se sacrifica um setor, há um desequilíbrio e aquele

segmento não irá sobreviver. Onde encontrar o ponto de equilíbrio? O que vamos oferecer em contrapartida para o médico e para o usuário? Qual é a contrapartida de um plano de acesso? Porque, se o plano de acesso é apenas para baixar o custo, gerenciar custos e permitir mais lucro para as empresas, então temos de contestar mesmo e ser radicalmente contra.

É verdade, por exemplo, que o governo propôs o plano de adaptação e, ao mesmo tempo, propôs a subsegmentação e o plano de acesso, para facilitar a migração dos usuários dos contratos antigos para os novos, dentro dessa nova sistemática da adaptação dos contratos? Se isso é verdade, que o governo diga claramente que os contratos antigos precisam migrar para os contratos novos, com custos cinco, seis, sete vezes maiores. Por isso, temos de encontrar mecanismos para baratear esse contrato novo adaptado. E quais são esses mecanismos?

Concluindo, Sr. Presidente, apenas gostaria de colocar uma questão também relativamente temática, eu diria, para a discussão futura sobre a legislação e até como sugestão para as operadoras.

A questão do plano regional me faz lembrar de uma santa casa do interior ou de um hospital lá da minha cidade, Macapá – o Dr. José Arcângelo, meu colega médico, e o Dr. Dardenger, que é também do Conselho Federal de Medicina, sabem muito bem do que estou falando.

O Hospital São Camilo tem um plano local, eles tem uma espécie de convênio, digamos, com Minas Gerais – não sei se no âmbito hospitalar ou através de outra operadora – para que os procedimentos que não podem ser feitos em Macapá sejam feitos em Minas Gerais – se eles forem para São Paulo ou vierem para Brasília, por exemplo, talvez esse atendimento não seja possível. É preciso que, pelo menos, seja apresentada uma alternativa fora do local, com todos os procedimentos. Claro que o paciente fica limitado, pois se sofrer um acidente em São Paulo, Fortaleza etc não poderá ser atendido pelo plano.

Surge, então, uma outra idéia, de uma experiência do Senado, do SIS, que é o Plano de Saúde do Senado. Há uma espécie de convênio ou cooperação

entre o plano de saúde dos servidores do Senado – e vou citar o nome porque é um fato concreto, não estou fazendo propaganda, é apenas para exemplificar – e a Bradesco Seguros de Saúde. Fora de Brasília, o servidor do Senado é atendido de acordo com os mesmos parâmetros de preços, qualidade e cobertura do Seguro Bradesco.

Essa espécie de entrosamento e de cooperação pode ser estudada, pode ser um aspecto importante para fugir da regionalização, garantindo que os pequenos e sérios planos, que não estejam apenas preocupados com o lucro mas também com o tratamento global do paciente, possam se articular com planos maiores, bem sediamentados, e oferecer a cobertura que não há no local.

Essas são as minhas ponderações.

Peço desculpas pois vou ter que me retirar. Haverá votação nominal no Senado de cinco ou seis matérias, algumas importantes e que precisam da minha presença, que são emendas constitucionais. Tenho certeza de que os meus colegas de Mesa vão responder com brilhantismo as perguntas apresentadas.

Encerro dizendo da minha gratidão pela colaboração que tivemos na organização deste simpósio e, sobretudo, da satisfação muito grande pelo seu êxito.

Muito obrigado e parabéns a todos. *(Palmas)*

#### **O DEPUTADO HENRIQUE FONTANA**

Agradecemos ao Senador Sebastião Rocha. Naturalmente compreendemos a necessidade de ele se retirar.

Quero partilhar com os senhores a nossa sistemática de trabalho antes de nos encaminharmos para a sua conclusão.

Primeiramente, quero dizer que fiz uma consulta democrática a alguns membros da Mesa para saber se eu, como coordenador, poderia expressar a minha opinião de três a quatro minutos sobre alguns dos temas. Fui autorizado.

Segundo: temos pelo menos dez opiniões e perguntas. A minha sugestão é que a Mesa leia todas elas, dizendo a quem a pergunta é dirigida, ou, quando ela for genérica, que seja anotada e façamos uma rodada final de falas de cada um dos componentes da Mesa.

A minha contribuição para esta reflexão, até porque teremos muitas oportunidades para debater este assunto, é a seguinte: sempre que olhamos para este desafio, para o tema que está posto nesta mesa - Propostas de Aprimoramento da Regulamentação dos Planos de Saúde -, temos que fazer uma escolha básica. Temos que fazer uma escolha se quisermos aprimorar a regulamentação de planos de saúde, porque, evidentemente, não há solução mágica.

Foi colocado por diversos debatedores aqui que, quando se inclui um direito, tem-se um custo dele decorrente que incidirá sobre o preço dos planos. Então, precisamos fazer essa primeira grande escolha, que, na minha opinião, é a seguinte: ou aceitaremos a lógica de caminhar em direção à integralidade da atenção à saúde, com limites pactuados em situação “a” ou “b”, que podemos contemplar, ou caminharemos em sentido inverso, que seria no sentido da desregulamentação da precarização progressiva do direito de atendimento, porque é preciso baixar o preço, cada vez mais, de outros produtos para absorver uma parcela maior de cidadãos que passariam a ser clientes ou usuários de planos privados de saúde.

Penso que caminhar na segunda direção que coloquei é ruim para o país, pois vamos criar um mercado onde teríamos centenas ou milhares de produtos com “n” limitadores para atender o poder aquisitivo de uma determinada parcela da população. Por exemplo, se hoje temos 40 milhões de usuários, precarizando um pouco mais algum tipo de plano de saúde, talvez possamos ampliar esse número para 50 milhões. Assim, temos que ter, no sentido inverso, patamares mínimos muito claros, os quais não podemos transpor em hipótese alguma.

E vou citar dois exemplos, que são temas sobre os quais tenho debatido na nossa Comissão, inclusive já tenho projetos protocolados. Do ponto de vista ético da atenção à saúde, que não é um produto que você pode escolher: por exemplo, se vai comprar um par de sapatos, pode escolher entre vermelho, preto, marrom, ou se quer um par de R\$ 20, R\$ 100, R\$ 500 ou R\$ 1.000. Na saúde, é diferente.

É, portanto, eticamente insustentável a idéia de que os planos continuem deixando de cobrir medicamentos de uso contínuo, porque se cria a seguinte situação: um cidadão hipertenso vai ter um plano de saúde que assiste a progressão da sua patologia ao longo de cinco ou dez anos, porque não inclui o medicamento de uso contínuo, e espera para atender aquele usuário, aquele paciente, aquele cidadão no momento em que ele tiver um acidente vascular cerebral (AVC), quando pode vir a ter uma seqüela irreparável. Ou seja, o plano cobre o atendimento da seqüela da hipertensão daquele usuário, internando-o na UTI, fazendo tal e qual procedimento, etc.

Se para incluir medicamento de uso contínuo, terá que se aumentar o plano em “x” por cento, alguns que hoje o pagam poderão não mais poder pagá-lo, o que vai onerar o SUS. Então, estaremos com uma relação mais verdadeira no produto de saúde que está sendo vendido. Não é possível, portanto, que se deixe de dar atendimento a um hipertenso a fim de que ele mantenha a sua pressão controlada e não venha a sofrer um acidente vascular cerebral.

Não tenho uma posição absolutamente imutável em relação a nenhum assunto, estou sempre disposto a ouvir e debater. Por exemplo, o desafio do credenciamento universal me parece muito positivo do ponto de vista do mercado. Se há um mercado dos planos privados de saúde, por que os planos não dizem para os cidadãos, para os pacientes, quanto eles pagam por uma consulta médica? Se assim fizessem, o cidadão poderia procurar um médico da sua confiança, da sua relação e que está disposto a atender por aquele valor que o plano de saúde paga. Com isso, inclusive, haveria competição entre os planos de saúde para oferecer uma remuneração melhor para alguns procedimentos, para a consulta, etc. E o cidadão, no momento de comprar o seu plano, veria o quanto será cobrado por mês e também o quanto o plano pagaria por uma consulta.

Por último, gostaríamos de falar sobre tantas coisas, mas, por último, vou referir-me ao tema abordado pelo ministro na abertura. Se não tivermos um preço diferenciado – antes, era muito maior a diferença de

preço para jovens e idosos, não vamos “atrair” os jovens, é a palavra que se usa. Sou defensor, tenho muita convicção disto, de que devemos caminhar para a não-diferenciação de preço por faixas etárias, que é aquilo que se define sobre os critérios da solidariedade intergeracional, e que se criem outros mecanismos para atrair jovens pacientes de média idade que não sejam os mecanismos do preço. Isso é uma perversidade, porque a faixa de rendimento da população é declinante na velhice. Então, não podemos fazer com o plano de saúde o oposto, ou seja, que se torne cada vez mais caro no momento em que a renda diminui. Assim, é preciso distribuir esse risco ao longo das faixas etárias, para que tenhamos segurança de que vamos poder suportar a manutenção do nosso plano de saúde ao longo dos anos.

Desculpe-me ter excedido meus três minutos, mas queria contribuir com essas treze idéias. Em outros momentos, vamos contribuir com outras.

Vamos passar para as nossas perguntas. A primeira delas é dirigida ao Dr. Barroca.

*“A Agência Nacional de Saúde pensa em intervir, de alguma forma, nos custos dos riscos das operadoras de planos de saúde? Há fatores desequilibrados para mais, como as taxas hospitalares mais os índices de comercialização de materiais e medicamentos e, para menos, como os honorários dos profissionais de saúde. Se a Agência Nacional de Saúde quer regulamentar o setor buscando o equilíbrio entre operadoras, prestadores e usuários, não deveria evitar esses fatores desequilibradores?”*

Agora, uma opinião.

*“Considerando-se que a saúde é direito de todos, as empresas de autogestão não comercializam produtos, não têm objetivo de lucro, fornecem plano de saúde como benefício restrito a funcionários e dependentes diretos. Quando maior a utilização do plano maior será a sinistralidade, com conseqüente incremento dos custos. Solicitamos à Agência Nacional que reveja a obrigatoriedade do ressarcimento ao SUS para as empresas de autogestão,*

*principalmente as que atuam na modalidade de pós-pagamento. Temos receio de que, se a agência manter tal prática, muitas empresas deixarão de conceder o benefício, sendo que todos os atendimentos serão efetuados pelo SUS, o que não será bom para nenhuma das partes: empresa, usuários, prestadores de serviços, SUS, sindicatos, etc. Contando com a compreensão de V. S<sup>a</sup> agradecemos.”*

Dilva Grando Dale, Perdigão Agroindustrial S. A., imagino que tenha uma autogestão da Perdigão.

Mais uma:

*“Gostaríamos de manifestar nossa discordância em relação à possibilidade de credenciamento coletivo dos prestadores de serviços. Entendemos que o contrato de prestação de serviço deva continuar sendo firmado entre a operadora e o próprio credenciado, pois facilitará no processo de negociação, considerando que cada um tem suas particularidades. Contamos com a compreensão de todos.”*

A Mesa, depois de um rápido colóquio entre os seus participantes, procede à leitura de algumas perguntas e avaliações, dirigidas ao Dr. João Luís Barroca de Andréa.

A primeira pergunta foi formulada pela Neide, nos seguintes termos:

*“Entendo saúde suplementar como parte do SUS. Entendo também que o objetivo de garantir a qualidade só é alcançado pelo controle social. Proponho que a legislação do SUS seja aplicada ao setor. Que seja formado, na Agência Nacional de Saúde Suplementar, um Conselho Deliberativo e Paritário, só assim podemos garantir que o direito dos usuários será respeitado.”*

A segunda pergunta é formulada pelo Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde, que pede registro, aqui no relatório final, da sua participação neste seminário, que diz o seguinte:

*“O art. 10 da Lei n.º 9.656, de 1998, refere-se à cobertura assistencial para doenças relacionadas no CID –*

*Código Internacional de Doenças e outros critérios de classificação. Assim, os profissionais que atuam com esses pacientes têm o direito de ver cumprida esta lei. Isso garantirá a concretização da mudança do modelo assistencial, antes, centrado na doença para o modelo orientado para prevenção e promoção de saúde. Essa transformação exige integralidade (a pergunta faz remissão a outras profissões relacionadas com a área de saúde).”*

A seguir, há uma outra pergunta, encaminhada ao Coordenador do Simpósio, Mário Scheffer, que constitui um documento final do Fórum Paulista Multiprofissional de Saúde:

*“Inserção dos profissionais de saúde (não médicos) nos planos de seguros privados de saúde em torno de 160 mil profissionais (no caso, aqui, só em São Paulo), e o entendimento é que, em um processo democrático em que deve-se promover igualdade e manter liberdade, ficamos totalmente à margem da discussão, e o sentimento é de indignação por não estarmos efetivamente contemplados nos fóruns nem contribuir nessa ação.”*

Assina André Luiz, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Ele, inclusive, anexa documento, que eu passo ao Mário.

Há, ainda, umas seis perguntas a serem formuladas. Entretanto, vou tentar organizá-las em bloco e, posteriormente, dirigi-las-ei aos Srs. debatedores. Concedo a palavra ao Dr. João Luís Barroca de Andréa.

#### **O DR. JOÃO LUÍS BARROCA DE ANDRÉA**

Sabemos que várias questões que foram levantadas durante esses dois dias de debate vão necessitar de um aprofundamento maior.

#### **O DEPUTADO HENRIQUE FONTANA**

Só um minuto, Dr. Barroca. Devo informar ao Plenário que, neste momento, está encerrado o período para a formulação de perguntas, conforme foi aqui lembrado pelo Mário, porque elas foram encaminhadas durante a realização do seminário. Com a palavra, V.S.

**O DR. JOÃO LUÍS BARROCA DE ANDRÉA**

Eu assumi o compromisso de responder a todas as perguntas que me foram dirigidas. Entretanto, posso respondê-las por *e-mail*, que é o seguinte: [barroca@ans.saude.gov.br](mailto:barroca@ans.saude.gov.br).

Então, eventualmente, se não puder respondê-las ao vivo, faço questão de fazê-lo dessa forma.

Eu vou ser muito breve nessas respostas.

Quanto à intervenção nos custos, taxas hospitalares e honorários, entendo que, primeiro, precisamos conhecer a realidade. Há uma realidade, hoje, no setor hospitalar que vem lá desde o Plano Cruzado, que já foi levantada aqui, que é um contingenciamento e um desvirtuamento do que é uma diária e que deu origem às famosas taxas de utilização, que ninguém sabe hoje em dia, efetivamente, o que é. Então, tem que haver uma negociação, uma recomposição do que é uma diária, o que significa uma diária de UTI, para que essa relação entre prestadora e operadora fique mais clara. A Agência tem que estimular esse tipo de situação, e vai cumprir o seu papel.

Em relação à autogestão, acolhemos essa sugestão. Na Câmara de Saúde Suplementar não existe apenas essa questão relacionada ao ressarcimento. Há outras questões em relação ao pós-pagamento, por exemplo, na co-participação, que têm que ser respondidas.

Em relação à participação da agência em fóruns, estamos abertos, como já falei.

E o último ponto desse bloco de perguntas, Deputado, é sobre o respeito ao trabalho médico. Esse tema foi abordado aqui várias vezes e é um objeto de preocupação da agência, e estávamos demonstrando isso no sistema de informação de acompanhamento, de conhecimento e de atuação contra os constrangimentos que o médico hoje já sofre, muitas vezes, no exercício de sua profissão. Em algum momento, nesses nossos diversos pontos de pauta, vamos ter que abordar, e sou médico também, a valorização do ato médico. O que é valorizar o ato médico? É valorizar aquele profissional que depende única e exclusivamente do estetoscópio, da relação médico-paciente, que vai na casa do cliente, que não trabalha vinculado

a uma determinada instituição. E insisto que são absolutamente necessárias, na linha de cuidado, as especialidades. E existe uma discussão muito importante relacionada à formação do médico. Ela não se refere somente à quantidade de escolas, mas sim ao currículo da formação médica, essa distribuição, a necessária inserção do médico na linha de cuidado, que é multiprofissional. Esses são os constrangimentos que os médicos sofrem hoje no seu dia-a-dia.

Essas perguntas só nos fazem ter a certeza de que esses debates serão muito ricos, que começaremos a desvendar, a conhecer e a colocar na mesa toda a complexidade dessa situação, a montar uma rede de atendimento, ou seja, o médico estará dentro de uma rede de atendimento. No nosso consultório, tínhamos nossos colegas de suporte, para o qual encaminhávamos pacientes ou relatávamos o caso e ele descrevia o procedimento adequado. Não acredito no trabalho isolado, no ato isolado. Os pacientes serão mais bem atendidos quando a linha de cuidado for mais clara, do início ao fim, com a complexidade, e aí não resisto, não é de restrição.

Foi uma infelicidade total essa medida provisória, inclusive porque muitos não leram. Estava ali “*garantia de acesso*”. O que isso significa? Não é restrição de acesso. É o oposto, ou seja, é oferecer ao usuário o necessário atendimento em todo nível de complexidade. Esse debate vai voltar e é importantíssimo. Queria, e vou dizer isso em todas as falas, não sei se falarei novamente, se o deputado vai me colocar para responder mais perguntas, aproveitar a oportunidade para agradecer novamente esse tipo de fórum e que possamos continuar discutindo.

**O DEPUTADO HENRIQUE FONTANA**

Muito obrigado, Dr. João Luiz Barroca de Andréa.

Vou passar, de imediato, mudando a sistemática, a palavra ao Deputado Rafael Guerra, que já está com as perguntas. V. Ex<sup>a</sup> poderia ler e responder as perguntas e concluir suas observações?

**O DEPUTADO RAFAEL GUERRA**

Pedi ao Presidente que me desse essa prerrogativa porque já estou sendo também convocado aqui.

Há aqui duas perguntas que me foram dirigidas. Uma vez que as operadoras são proibidas de fazer qualquer gerenciamento ou interferência sobre o uso dos recursos, a quem caberia zelar, para que esses recursos tão caros fossem usados racionalmente, sem fraudes, evitando os aumentos desnecessários dos custos?

Essa pergunta está partindo da premissa de que eu teria dito isso. Não é bem isso que foi dito. Os recursos têm que ser auditados – deixei isso bem claro na minha fala –, devem ter acompanhamento. Não concordamos com o que já vem acontecendo nos Estados Unidos. Por exemplo, um paciente que mora em Chicago – estou citando um exemplo concreto, porque conversei há pouco tempo com um médico de lá a respeito – tem que ir a um subúrbio, para procurar um médico, porque é o único que serve. Isso não pode acontecer. Não se pode obrigar o doente a viajar, para saber para quem vai ser encaminhado depois, porque há alguns específicos. Com essa triagem prévia é que não concordamos.

Quanto à questão da fiscalização e da aplicação de recursos, da auditoria, para quem defende a ética e os valores, como eu, a fiscalização é uma forma de se cobrar o cumprimento da ética.

Esse tipo de ingerência, de interferência – influir no diálogo médico/paciente, às vezes até se desrespeitando o sigilo profissional – não pode ser aceito.

Quanto ao acompanhamento de fiscalização, não há nenhuma dúvida.

Outra pergunta, do Sérgio de Paula e Silva: A autogestão é sempre lembrada como boa referência no atendimento à saúde dos cidadãos. Sabemos que é um produto exclusivamente brasileiro. Por que não incentivar sua ampliação e manutenção e, se fosse o caso, uma regulamentação separada, em vez da criação dos fundos mútuos citados por V. S<sup>a</sup>?

Da forma como entendo a questão, se há alguém aqui que não está incluído no plano de autogestão, não pode, por opção própria, incluir-se em determinado plano. Eles limitam a área de atendimento, de acordo

com a empresa pública, com o setor. Por exemplo, o Dr. Sérgio é da Bemgecaixa. Eu não posso dizer: eu agora quero ser membro da Bemgecaixa. Assim, o fundo mútuo é uma forma de democratizar, de ampliar isso. É uma cooperativa de usuários. A Bemgecaixa é uma cooperativa de usuários. É mais ou menos a mesma coisa. A proposta do fundo mútuo é ampliar.

Hoje, a regulamentação com relação aos planos de autogestão é mais tranqüila até em termos de segurança para o cidadão. Quer dizer, a segurança para quem participa da Bemgecaixa, hoje, é quase que garantida. Temos que regulamentar uma forma de cooperativas de usuários ou de fundo mútuo que dê garantias aos sócios. Eu acho que não há nenhum conflito. Tudo isso é só uma questão de ampliação e de democratização do serviço.

Com relação a um comentário no documento do Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Áreas de Saúde sobre ampliar para as outras áreas de saúde, é evidente que isso tem o nosso apoio. Penso que a saúde não se refere só a médicos e dentistas. Essa é uma questão multidisciplinar. Quando começamos a falar em equipe de saúde da família, era só médicos e enfermeiras, mas hoje isso já se estendeu a odontólogos e, em muitos locais do país, já se estendeu para assistentes sociais, para nutricionistas, psicólogos, enfim, para outros profissionais. É só um registro que queria fazer, pela importância que tem.

Agradeço, mais uma vez, pelas duas perguntas que me foram dirigidas. Cumprimento a todos os senhores e espero que possamos manter este fórum permanente. Penso que o grande canal de comunicação, além da Câmara e do Senado, é o Conselho Nacional de Saúde. Já conversei com o Mário Scheffer. Temos as inscrições com endereços e telefones e esperamos manter esses contatos para que, em futuros debates, em audiências públicas ou em outras reuniões, possamos contar novamente com a contribuição, com o interesse e com a participação tão boa quanto a que os senhores deram durante estes dias.

Muito obrigado.

**O DEPUTADO HENRIQUE FONTANA**

Agradeço ao Deputado Rafael Guerra, que terá de ir ao plenário. Só peço ao Deputado que, se houver uma votação meio parelha, que ele me chame também para, de repente, empatarmos se for um assunto em que o PT e o PSDB estejam diferentes. *(Risos)*

Passo a palavra ao Dr. Humberto Jacques de Medeiros e, depois, passarei mais três perguntas ao Dr. Barroca de Andréa. O Mário responderá as perguntas dirigidas a ele, junto com a conclusão da nossa mesa. Se porventura eu for chamado para o plenário, terei de sair à francesa, e o trabalho deverá prosseguir.

**O DR. HUMBERTO JACQUES DE MEDEIROS**

Eu queria agradecer aos senhores pelas perguntas que me foram dirigidas. Vou lê-las e respondê-las.

*“Está sendo prevista alguma forma de proteção às operadoras que vêm sofrendo pesadas perdas por fraudes praticadas sob a proteção de liminares judiciais?”*

Não tenho procuração para defender os meus colegas juizes, mas vou tentar posicionar esse problema quando falo das relações ou do que há de comum no consórcio entre o Sistema Único de Saúde e a saúde suplementar. Ora, esse tipo de problema não é exclusivo das agências, das operadoras. Recentemente, vários gestores municipais de saúde foram presos. A tensão no sistema de saúde não alcança exclusivamente operadoras. A ira judicial veiculada pela indignação de cidadãos, usuários ou contribuintes de planos privados não é apenas voltada contra os senhores, mas contra todos. Nesse sentido, talvez seja importante que os senhores apreendam aquilo que o Sistema Único de Saúde se adianta em relação aos senhores nessa área.

Na lógica individualista absoluta, os senhores têm os seus advogados para defendê-los – isto é ônus do empreendimento. Poderia dar-lhes uma saída simples como essa, mas poderia lhes explicar outro dado extremamente importante: a Justiça, habitualmente, pensa de modo individual. O normal da Justiça é pensar individualmente. Por isso é que há o Ministério Público: para tentar pensar e fazer com que a Justiça pense coletiva-

mente. É isso que o Sistema Único de Saúde está tentando fazer agora com um programa maciço de capacitação de conselheiros de saúde e de membros do Ministério Público, para que o Direito Sanitário seja pensado no Brasil coletivamente. Ou seja, atender ao pleito do segurado desse plano privado de saúde pode significar a quebra do plano, por exemplo, e a desassistência de todos os demais segurados. Só que, normalmente, a tendência da Justiça é olhar o indivíduo de um lado e o plano de outro. E aí cabe aos senhores, pelos seus advogados ou consorciando-se com o Sistema Único de Saúde, a divulgação da filosofia do Direito Sanitário, de relações que envolvem coletividades, e, não, individualidades. Os senhores têm nisso muito a ganhar com o que o SUS já tem feito.

Outra pergunta que me é dirigida veio do Coffito do Marcelo Sidney Gonçalves.

*“Concordando com o Ministério Público do Trabalho pautado na lei, qual é o posicionamento do Ministério Público com relação à Lei nº 9.656, regulamentação de saúde suplementar, que não contempla as práticas assistenciais dos profissionais de saúde não-médicos? É extremamente bem lembrada a questão da fisioterapia, terapia ocupacional. Um problema bissexto que temos é de imaginarmos que saúde seja assistência médica. Falamos em saúde suplementar, mas muitas vezes o que vemos são programas de assistência médica e ponto final.”*

O que eu lhe respondo, Marcelo – e é muito boa a pergunta – é que há um ponto não maduramente tratado na construção da co-habitação do Sistema Único de Saúde e programas de planos de saúde privado. É o fato do direito à informação que temos todos, na condição de cidadãos ou na condição de consumidores. Não são colocados à mesa com clareza a todas as portas de entrada, os focos de referência, as coberturas do sistema público e do sistema privado.

Existem planos públicos de saúde, como manda a Lei 8.080 e a Lei 8.142? Sabemos qual é a cobertura? Esse desrespeito ao direito à informação faz com que a co-habitação não seja a mais correta. Não é minha tarefa

afirmar se os planos devem ou não devem cobrir fisioterapia e terapia ocupacional. Eu tenho a minha posição muito pessoal sobre isso, mas o consumidor deve saber se esse ou aquele plano cobre ou não, se o plano público de saúde cobre ou não isso. Posso admitir uma co-habitação razoável desde que fique esclarecido que a limitação dos recursos públicos de saúde não permite essa ou aquela cobertura e que a cobertura seja estrita; assim, o cidadão pode desejar um plano privado de saúde que lhe dê essa a cobertura.

O fato é que hoje as decisões do consumidor, do cidadão são tomadas um tanto quanto no escuro. O direito à informação não é respeitado; e aí surge um outro drama, não sabemos porque optarmos por um plano ou outro plano. Se a lei deu esse mínimo e não contemplou esse ou aquele aspecto, talvez seja lastimável mas o ideal é que o consumidor saiba dessa restrição. O plano público oferece? O plano público oferece isso satisfatoriamente? Como é esse delimitamento das coberturas? E aí faço uma ligação com outra pergunta que me foi feita:

*“Como o senhor falou em urgente necessidade de garantir liberdade, prover igualdade e justiça social, o senhor não acha que é o momento em que todos os envolvidos na luta pela regulamentação do setor privado de saúde se envolvam e lutem pela saúde pública, já que mais de dois terços da população estão à margem dessa maravilha de setor privado de saúde? Ou seja, lutamos para que haja a prioridade do Governo em relação à saúde para todos. Com a regulamentação ficando mais clara, os usuários podem optar pela saúde privada sem constrangimento de serem enganados, como foram, e ainda correm o risco de ser, apesar do Código do Consumidor, da Agência Nacional de Saúde, da entidades de defesa do consumidor e das entidades médicas?”*

A pergunta é de Renê Patriota, de Recife.

O que está sendo flagrantemente violado por todo o sistema de saúde – o Sistema Único Público e os planos privados – é a revelação do que está coberto, onde está descoberto, onde não há resolutividade e do que

eu preciso me acautelar. Essa co-habitação sem informação e mal regulada permite, por exemplo, algo que é extremamente violador do princípio da igualdade e da equidade e é um abuso da liberdade: pensar que o Sistema de Saúde suplementar tenha como carro-chefe da sua tração o mau funcionamento do SUS ou a deficiência do SUS.

Um sistema que vive da deficiência do outro e que combate o outro é sensivelmente um abuso da liberdade de iniciativa. Ao contrário – e fazendo uma ligação com fisioterapia e terapia ocupacional – revelemos a cidadania que isso está descoberto pelo Sistema Único de Saúde e que ainda não chegou a esse ponto.

E, então, vendamos este serviço: odontológico, farmacêutico, terapia ocupacional, fisioterapia. E o setor privado colaborará para o progresso do público, porque fará com que a cidadania exija a extensão do público àquilo. Porque sabemos todos que as necessidades de saúde são absolutamente ilimitadas. E há espaço, nessa infinidade de pretensões das pessoas por saúde, para todos. O que não é possível é a disputa de uma única faixa, de um único espaço com a exclusão do outro. E a falta de informação produz isso em demasia.

Nesse sentido, esclareço-lhes que o acesso da população a essas informações passa pelo controle social do sistema público de saúde e o controle social sobre os planos privados de saúde. Sem informação não é possível o exercício da liberdade de opção.

Não posso acreditar em liberdade de iniciativa que não tenha do outro lado uma co-respectiva liberdade de opção das pessoas. Não é exercício da liberdade de iniciativa se a minha iniciativa de explorar planos privados de saúde está fundada no desrespeito ao direito à informação do cidadão. Isso é abuso da minha liberdade e ofensa aos direitos do cidadão.

Nessa direção, exalto a visibilidade dos planos privados de saúde, a abertura dos planos privados de saúde para que os seus usuários também o controlem, também o vejam. E a associação, com os mecanismos estabelecidos de controle social do Sistema Único de Saúde.

Saúdo este evento, a lisura e a correção com que todos dirigimo-nos aqui para, de forma aberta, franca

e objetiva, expormos os nossos modos, as nossas tendências, as nossas ambições e pretensões dentro dessa necessidade de traçarmos um marco delimitador da co-habitação entre o Sistema Único de Saúde e a exploração pela iniciativa privada de serviços de saúde.

Dessa forma, saúdo esta Casa Legislativa, que hoje cumpre uma das recomendações da XI Conferência Nacional de Saúde, que pede a aproximação do Conselho Nacional de Saúde, o controle social, com o Parlamento. E agradeço a resposta que o Parlamento deu nesse campo e já em alguns outros, que permaneça investindo nesse campo pela defesa da cidadania brasileira.

Muito obrigado. (Palmas)

#### O DEPUTADO HENRIQUE FONTANA

Muito obrigado, Dr. Humberto.

Só quero ler aqui mais uma pergunta, de caráter geral, que ficou extraviada aqui na mesa e vou passar a palavra ao Dr. Barroca, depois ao Mário.

A pergunta é do Paulo Roberto Couto, da SAB, Saúde e Beneficência Portuguesa:

*“Por que rechaçar totalmente a figura do médico porteiro clínico, já que usuários e operadores querem menor custo? Não seria este um caminho a ser aperfeiçoado? Quando a mãe busca o atendimento do pediatra para assistir o filho não está ela usando, naturalmente, este porteiro? Por que na população adulta não funcionaria?”*

Depois, quero pedir desculpa para não desviarmos, há uma consideração do José Valentim Lino a respeito do assunto que a Frente Parlamentar trouxe hoje, pela manhã, do corte ou da controvérsia em torno da Emenda Constitucional nº 29, que penso que não dá para abriremos, senão desvia demais do assunto. Mas estamos à disposição do Sr. José para conversar sobre esse tema, a qualquer momento.

Com a palavra, o Sr. Barroca.

#### O DR. JOÃO LUÍS BARROCA DE ANDRÉA

Sobre as duas considerações que estão aqui, uma é uma pergunta, já tinha até conversado com o colega: se

acupuntura era de cobertura obrigatória, se está no rol de procedimentos. Sim, está no rol de procedimentos.

Ele faz uma espécie de denúncia de que várias operadoras, incluindo a Unimed, não estavam reconhecendo isso. Já esclareci, enfim, não estou vendo, mas é de cobertura obrigatória.

A outra pergunta é do Dr. Eurípedes Carvalho, do Sindicato dos Médicos de São Paulo:

*“Há estudos para implantar algum mecanismo de resseguro para custear custos extraordinários no sistema ou procedimentos de alto custo?”*

Temos conversado, enfim, estamos interessados em relação a isso. A diretoria responsável tem feito esforços nesse sentido, mas depende, fundamentalmente, quando se fala de resseguro, está-se falando necessariamente da construção de uma base de informações sólida, e isso é uma coisa ainda em construção. Mas é nosso interesse conversar para poder haver essa disponibilidade ou se tem mais essa alternativa.

Por fim, encerrando a participação, quero fazer o mesmo pedido de ontem: somos ou médico ou porteiro. Quer dizer, não tem essa situação, isso não existe. São duas profissões rigorosamente distintas, ambas absolutamente respeitáveis e que têm atribuições completamente diferentes.

Muito interessante quando a colega ou o colega fala do pediatra, que é um desses profissionais que falamos da linha de cuidado que tem que ficar *on-line* 24 horas, não tem máquina para fazer exame, não complementa o orçamento com coisa nenhuma e fica, na verdade, responsável pelos nossos filhos. Esse profissional que temos...

Vivi uma situação familiar muito recente e muito interessante de ter uma afilhada que, com um ano de idade, tinha uma colega que já tinha recomendado doze especialistas, já tinha feito três cirurgias, vários exames, até que, finalmente, alguém a encaminhou para um outro colega, com um pouco mais de experiência, que ouviu e disse: *“Mas isso é bronquite de criança”*. Então dá para contornar. E os 22 remédios que essa criança tomava, com menos de um ano de idade, foram

reduzidos para dois ou três. É claro que esse é um caso dentro de vários, mas que diz respeito a quê? Diz respeito a que a agência quer absolutamente valorizar a linha de cuidado e valorizar o profissional.

Penso que estamos num momento de reflexão. Esse fórum – insisto – foi muito importante e abre perspectivas. E a Agência está disponível quantas vezes forem necessárias, em quantos fóruns forem necessários para travar esse tipo de discussão.

Muito obrigado. *(Palmas)*

#### **O DEPUTADO HENRIQUE FONTANA**

Passo a palavra para o Mário, que vai responder às perguntas e fazer o encerramento do nosso simpósio. Quero agradecer a presença de todos vocês e pedir licença para me retirar.

#### **O DR. MÁRIO SCHEFFER**

São duas questões rápidas: uma é sobre os profissionais de saúde não-médicos – o Dr. Humberto já colocou aqui, já respondeu, mas esse pleito com certeza vai ser encaminhado para o Conselho Nacional de Saúde. Penso que deve compor realmente essa nova agenda prioritária a partir de agora. A outra pergunta é sobre a fila dupla: é uma colocação e uma crítica a essa questão da fila dupla. Concordamos com essa crítica. O Conselho Nacional de Saúde já deliberou contra essa iniciativa. A fila dupla cria dois agendamentos, duas resolutividades, institui o cidadão de segunda linha, utiliza o bem público em benefício das operadoras de planos de saúde.

Enfim, penso que agora estamos no momento de lutar contra esse projeto de lei, que tenta instituir os

25% de atendimentos a planos e particulares nos hospitais universitários e, ao mesmo tempo, com tanta ênfase à defesa da saúde que, como a Frente Parlamentar trouxe aqui, está sendo desvirtuada. Só quando conseguirmos ampliar o orçamento da saúde, ter um financiamento decente para o SUS, vamos eliminar essas iniciativas para tentar captar mais recursos como a fila dupla.

Para concluir, gostaria de retomar na proposta, que penso que houve consenso na mesa pela fala do Dr. Barroca, do Senador Sebastião Rocha e do Deputado Rafael Guerra, de tentarmos realmente caminhar para uma maior integração entre as instâncias; a proposta concreta de formalizar uma comissão permanente entre o Conselho Nacional de Saúde, a Câmara, o Senado e a ANS para acompanhar a regulamentação. É claro que com a manutenção de todos os fóruns que estão aí. A idéia era uma comissão permanente e, a partir dela, iríamos propor uma agenda conjunta e um plano de trabalho. Aí organizaríamos fóruns temáticos, específicos, de acordo com cada demanda e cada necessidade da regulamentação, assegurando a participação paritária de todos os segmentos.

Em nome do Conselho Nacional de Saúde, declaro encerrado este simpósio que, com certeza, foi um passo importante, uma contribuição relevante, não só para o aprimoramento da regulamentação dos planos de saúde, mas para a efetivação de um sistema de saúde mais humano e mais justo no país. E isso só vamos construir compartilhando espaços e momentos como este. Cabe a nós e não apenas ao governo e ao Estado escolher o nosso próprio destino e o Brasil em que queremos viver.

Muito obrigado a todos. *(Palmas)*

## Programação

Em todas as mesas, cada expositor terá 15 minutos para apresentação

### Dia 28 de agosto, terça-feira

9:00 às 10:00

#### Mesa de Abertura

##### COMPONENTES

SENADOR ROMEU TUMA  
SENADOR EDISON LOBÃO  
MINISTRO JOSÉ SERRA  
DEPUTADA LAURA CARNEIRO  
SENADOR SEBASTIÃO ROCHA  
DR. JANUARIO MONTONE  
DR. MÁRIO SCHEFFER

14:00 às 15:00

#### Mesa 2: Coberturas e Modelos Assistenciais

##### COORDENADOR

DR. ÉSIO CORDEIRO

##### COMPONENTES

PROF<sup>ª</sup>. LYNN SILVER  
DR. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA  
DR. JOSÉ DINIZ DE OLIVEIRA  
DR. JOÃO LUIZ BARROCA DE ANDRÉA

10:00 às 10:10

#### Intervalo

15:00 às 15:30

#### Debate

10:10 às 11:25

#### Mesa 1: Interface e articulação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro

##### COORDENADOR

DEPUTADO PADRE JOSÉ LINHARES

##### COMPONENTES

DR. JOSÉ CARVALHO DE NORONHA  
DR. VALCLER RANGEL  
DR. CARLOS ALBERTO GEBRIM PRIETO  
DR. ARLINDO DE ALMEIDA  
DR. JANUARIO MONTONE

15:30 às 15:40

#### Intervalo

15:40 às 16:40

#### Mesa 3: Fiscalização, Defesa do Consumidor e Direito à Saúde

##### COORDENADORA

PROFA. LÍGIA BAHIA

##### COMPONENTES

PROCURADOR ADALBERTO DE SOUZA PASCOALOTO  
DR. EDSON OLIVEIRA  
SR. CLÁUDIO CHIATUZZI  
SRA. MARIA STELLA GREGORI

11:25 às 11:55

#### Debate

16:40 às 17:10

#### Debate

11:55 às 14:00

#### Almoço

## Dia 29 de agosto, quarta-feira

9:00 às 10:00

### Mesa 4: Estrutura das Operadoras

**COORDENADOR**  
SENADOR TIÃO VIANA

**COMPONENTES**  
DRA. LÚCIA SALGADO  
DR. ANTÔNIO RODRIGUES DE BARROS JR.  
DR. CELSO CORRÊA DE BARROS  
DRA. SOLANGE BEATRIZ PALHEIROS MENDES

10:00 às 10:30

### Debate

10:30 às 10:40

### Intervalo

10:40 às 11:40

### Mesa 5: Regulação de Preço

**COORDENADORES**  
SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA  
DRA. REGINA PARIZI

**COMPONENTES**  
SRA. LÚCIA HELENA MAGALHÃES  
DR. CARLOS EDUARDO FERREIRA  
SR. ROBERTO WESTENBERGER  
DR. JOÃO LUIZ BARROCA DE ANDRÉA

11:40 às 12:10

### Debate

12:10 às 14:00

### Almoço

14:00 às 15:15

### Mesa 6: Encaminhamento das Propostas

**COORDENADOR**  
DEPUTADO HENRIQUE FONTANA

**COMPONENTES**  
DR. JOÃO LUIZ BARROCA DE ANDRÉA  
DRA. SOLANGE BEATRIZ PALHEIROS MENDES  
DEPUTADO RAFAEL GUERRA  
SENADOR SEBASTIÃO ROCHA  
DR. HUMBERTO JACQUES DE MEDEIROS  
DR. MÁRIO SCHEFFER

15:15 às 15:45

### Debate

15:45

### Encerramento

## Nomes e cargos dos participantes

**SENADOR ROMEU TUMA (PFL – SP)**

Presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal

**SENADOR EDISON LOBÃO (PFL – MA)**

Presidente interino do Senado Federal

**JOSÉ SERRA**

Ministro de Estado da Saúde e Presidente do Conselho Nacional de Saúde

**DEPUTADA LAURA CARNEIRO (PFL – RJ)**

Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados

**SENADOR SEBASTIÃO ROCHA (PDT – AP)**

Coordenador do Simpósio e membro da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal

**JANUARIO MONTONE**

Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar

**MÁRIO CÉSAR SCHEFFER**

Conselheiro e coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar do Conselho Nacional de Saúde

**DEPUTADO RAFAEL GUERRA (PSDB – MG)**

Coordenador do Simpósio pela Câmara Federal

**JOSÉ CARVALHO DE NORONHA**

Presidente da Abrasco\*, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Conselheiro do Conselho Nacional de Saúde.

**VALCLER RANGEL**

Subsecretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro Representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass

**CARLOS ALBERTO GEBRIM PRETO**

Secretário de Saúde de Califórnia, no Paraná e Diretor Institucional do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – Conasems

**ARLINDO DE ALMEIDA**

Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo – Abramge

**DEPUTADO PADRE JOSÉ LINHARES**

Presidente da Confederação das Misericórdias do Brasil

**LYNN SILVER**

Diretora do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec)

**ELEUSES VIEIRA DE PAIVA**

Presidente da Associação Médica Brasileira

**JOSÉ DINIZ DE OLIVEIRA**

Presidente do Comitê Integrado de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS)

**JOÃO LUIZ BARROCA DE ANDRÉA**

Diretor de Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

**ÉSIO CORDEIRO**

Professor do Instituto de Medicina Social da UFRJ e ex-presidente do Inamps

**ADALBERTO DE SOUZA PASQUALLOTO**

Instituto Brasileiro do Consumidor (Brasilcom)

**EDSON OLIVEIRA**

Presidente do Conselho Federal de Medicina

**CLÁUDIO CHITUZZI**

Associação Brasileira de Serviços Próprios das Empresas (Abraspe)

**MARIA STELLA GREGORI**

Diretora de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

**LÍGIA BAHIA**

Associação Brasileira de Saúde Coletiva

**SENADOR TIÃO VIANA (PT – AC)**

Membro da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal

**LÚCIA SALGADO**

Ex-Procuradora do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE)

**ANTÔNIO RODRIGUES DE BARROS JÚNIOR**

Diretor de Operadoras de Plano de Saúde e da Confederação das Santas Casas de Misericórdia do Brasil

**CELSO CORRÊA DE BARROS**

Presidente da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, Unimed do Brasil

**SOLANGE BEATRIZ PALHEIROS MENDES**

Diretora de Normas e Habilitação de Operadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar

**LÚCIA HELENA MAGALHÃES**

Assistente de Direção da Fundação Procon de São Paulo

**CARLOS EDUARDO FERREIRA**

Presidente da Federação Brasileira de Hospitais (FBH)

**ROBERTO WESTEMBERG**

Federação Nacional de Seguradoras – Fenaseg

**REGINA PARIZI**

Conselho Regional de Medicina de São Paulo

**SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA (PSDB – CE)**

**HUMBERTO JACQUES DE MEDEIROS**  
Ministério Público

**DEPUTADO HENRIQUE FONTANA (PT – RS)****DEPUTADO URSICINO QUEIROZ (PFL – BA)****DEPUTADO DARCÍSIO PERONDI (PMDB – RS)**

## Siglas

**ABRAMGE**

Associação Brasileira de Medicina de Grupo

**ABRASCO**

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**ABRASPE**

Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas

**ADT**

Assistência Domiciliar Terapêutica

**ADUCEPS**

Associação dos Usuários de Planos de Saúde

**AIH**

Autorização de Internação Hospitalar

**AMB**

Associação Médica Brasileira

**ANS**

Agência Nacional de Saúde Suplementar

**BNDES**

Banco Nacional de Desenvolvimento

**CADE**

Conselho Administrativo de Defesa Econômica

**CFM**

Conselho Federal de Medicina

**CIEFAS**

Comitê de Integração de Entidades Fechadas

**CNS**

Conselho Nacional de Saúde

**COFFITO**

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

**COFINS**

Contribuição para Financiamento da Seguridade Social

**CONASEMS**

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

**CONASS**

Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

**CONSU**

Conselho de Saúde Suplementar

**COPPEAD**

Escola de Pós-Graduação em Administração da UFRJ

**DESAS**

Departamento de Saúde Suplementar

**DIEESE**

Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos

**FASSINCRA**

Fundação Assistencial dos Funcionários do INCRA

**FBH**

Federação Brasileira de Hospitais

**FENASEG**

Federação Nacional de Seguradoras

**IBGE**

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IDEC**

Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor

**IGPM**

Índice Geral de Preços de Mercadorias

**INAMPS**

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**IPCA**

Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

**IPEA**

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

**OAB**

Ordem dos Advogados do Brasil

**ONG**

Organização Não-Governamental

**PNAD**

Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio

**SUS**

Sistema Único de Saúde

**SUSEP**

Superintendência de Seguros Privados



## Ficha técnica

### **SIMPÓSIO: REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE**

28 E 29 DE AGOSTO DE 2001

AUDITÓRIO PETRÔNIO PORTELLA – SENADO FEDERAL - BRASÍLIA, DF

#### **COORDENADORES**

MÁRIO SCHEFFER – Conselheiro do Conselho Nacional de Saúde;

DEPUTADO RAFAEL GUERRA – Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados ( PSDB-MG);

SENADOR SEBASTIÃO ROCHA – Comissão de Assuntos Sociais do Senado (PDT - AP)

#### **COORDENADOR DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

NELSON RODRIGUES DOS SANTOS

#### **COMISSÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

MÁRIO SCHEFFER – Conselheiro/Coordenador

LÍGIA BAHIA – Representante da ABRASCO

JOSÉ CARLOS PASSOS – Representante da Confederação Nacional das Indústrias

JOSÉ LUIZ SPIGOLON – Representante dos Prestadores de Serviços de Saúde

PEDRO PABLO MAGALHÃES CHOCEL – Representante do CFM

LINDOMAR TOMÉ LOPES – Representante das Entidades Nacionais e Outros Profissionais da Área de Saúde

GERALDO ADÃO DOS SANTOS – Representante da COBAP

CARLOS ALBERTO GEBRIM PRETO – Representante do CONASEMS

JÚLIA ROLAND – Representante da CUT

HENRIQUE DE M. BARBOSA – Representante das Operadoras de Planos Privados de Saúde

#### **APOIO TÉCNICO**

MARIA CAMILA BORGES FACCENDA

PAULO HENRIQUE DE SOUZA

#### **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

LÍGIA BAHIA

Os textos deste livro foram compostos na tipografia The Sans.  
A capa foi impressa sobre papel Reciclato 240g/m<sup>2</sup> e o miolo sobre  
Reciclato 75g/m<sup>2</sup> pela gráfica Projefilm.

Reciclato é um papel offset 100% reciclado, produzido pela Suzano  
em escala industrial a partir de aparas pré e pós-consumo  
(75% de aparas pré-consumo e 25% de aparas pós-consumo).