



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ
Centro Legislativo Presidente Aníbal khury

COMISSÃO DE REDAÇÃO

Redação Final ao Projeto Lei nº 245/2013

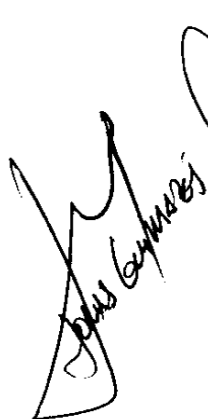
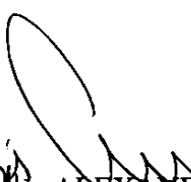
Altera a Lei nº 16.252, de 28 de outubro de 2009, que declara de Utilidade Pública a Associação Guarda São Cristóvão de Marmeleiro.

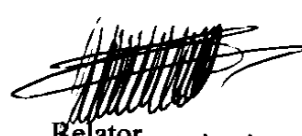
Art. 1º O art. 1º, da Lei nº 16.252, de 28 de outubro de 2009, passa a vigorar com a seguinte redação:

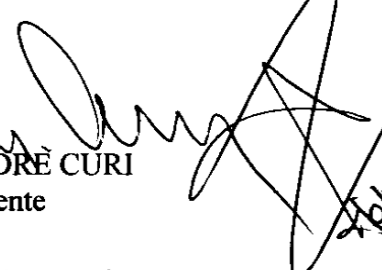

“Art. 1º Fica declarada de Utilidade Pública a Associação Guarda São Cristóvão de Marmeleiro, com sede e foro no Município de Marmeleiro.”

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Lei nº 17.587, de 4 de junho de 2013.

Sala das Comissões, 11 de setembro de 2013.



ALEXANDRE CURI
Presidente


Relator
Marcos Lima



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ
Centro Legislativo Presidente Aníbal khury

COMISSÃO DE REDAÇÃO

Redação Final ao Projeto Lei nº 271/2013


Declara de Utilidade Pública a Associação Paranaense de Criadores de Bovinos da Raça Holandesa, com sede e foro no Município Curitiba.

Art. 1º Fica declarada de Utilidade Pública a Associação Paranaense de Criadores de Bovinos da Raça Holandesa, com sede e foro no Município de Curitiba.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Comissões, 11 de setembro de 2013.


ALEXANDRE CURI
Presidente


Relator
MARIA LÚCIA


Jorgelino


Paulo



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ
Centro Legislativo Presidente Aníbal khury

COMISSÃO DE REDAÇÃO

Redação Final ao Projeto Lei nº 273/2013

Declara de Utilidade Pública a Comunidade Esperança Resgate Vidas, com sede no Município de Quatro Barras e foro no Foro Regional de Campina Grande do Sul da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba.

Art. 1º Fica declarada de Utilidade Pública a Comunidade Esperança Resgate Vidas, com sede no Município de Quatro Barras e foro no Foro Regional de Campina Grande do Sul da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Comissões, 11 de setembro de 2013.

ALEXANDRE CURI
Presidente

Relator
MARA LIMA



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ
Centro Legislativo Presidente Aníbal khury

COMISSÃO DE REDAÇÃO

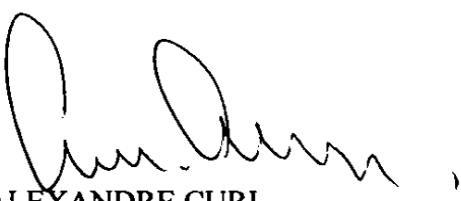
Redação Final ao Projeto Lei nº 302/2013

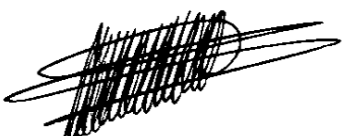
Declara de Utilidade Pública a Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais da Saúde do Paraná - ACISPAR, com sede e foro no Município de Jacarezinho.


Art. 1º Fica declarada de Utilidade Pública a Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná - ACISPAR, com sede e foro no Município de Jacarezinho.

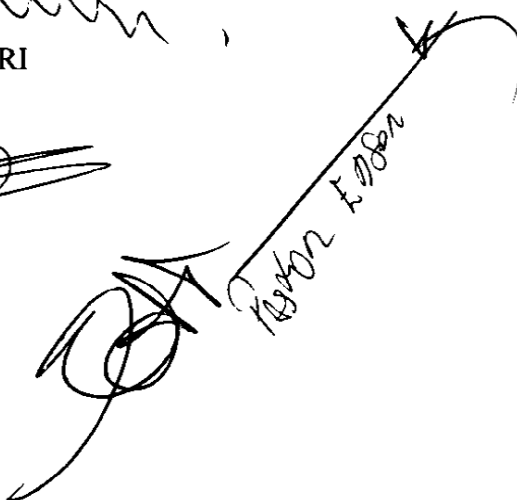
Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Comissões, 11 de setembro de 2013.


ALEXANDRE CURI
Presidente


Relator
MARC LIMA


JOSÉ


ROBERTO EDSON



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



PROJETO DE RESOLUÇÃO Nº 18/13

LIDO NO EXPEDIENTE
CONCEDIDO APOIAMENTO A D. L.

Em, 09 SET. 2013

1º Secretário

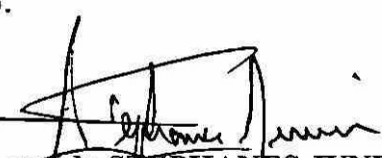
Aprova o Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de Planos de Saúde no Estado do Paraná.

Art. 1º Fica aprovado o Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de Planos de Saúde no Estado do Paraná, constituída pelo Ato do Presidente nº 19/2012, publicado no Diário Oficial da Assembleia nº 318, de 6/11/2012, suas conclusões e encaminhamentos.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Sessões, 9 de setembro de 2013.


Deputado ADELINO RIBEIRO
Presidente



Deputado STEPHANES JUNIOR
Vice-Presidente


Deputado ANIBELLI NETO
Relator


Deputado PÉRICLES DE MELO
Membro


Deputado TERCÍLIO TURINI
Membro


Deputado PARANHOS
Membro


Deputado MAURO MORAES
Membro



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



JUSTIFICATIVA

A presente Proposição tem por objetivo dar cumprimento ao inciso I do art. 38, do Regimento Interno desta Assembleia Legislativa ao apresentar, para ser apreciado e votado pelos nobres Parlamentares, o Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de Planos de Saúde no Estado do Paraná.

A referida CPI foi proposta por Requerimento do Deputado Adelino Ribeiro, protocolado sob o nº 6445/12-DAP, de 22/10/12 e constituída pelo Ato do Presidente nº 19/2012, publicado no Diário Oficial da Assembleia nº 318, de 6/11/12.

Comissões Especiais**COMISSÃO DE SAÚDE PÚBLICA**3ª Sessão Legislativa da 17ª Legislatura
Ata 6ª Reunião Ordinária

Aos dezesseis dias do mês de julho do ano de dois mil e treze, na Sala de Reuniões das Comissões, reuniu-se a Comissão de Saúde Pública, sob a presidência do Deputado Doutor Batista com as presenças dos Deputados Jonas Guimarães, Pastor Edson Praczyk e o Toninho Wandscheer. Havendo número legal, o Senhor Presidente abriu os trabalhos, tendo sido lida e aprovada a ata da reunião anterior, passando em seguida à Ordem do Dia: **Projeto de Lei nº 203/2011**, de autoria dos Deputados Tadeu Veneri, Alexandre Curi e Gilberto Ribeiro, que altera o artigo 6º da Lei nº 8.246, de 13 de janeiro de 1986, que autoriza o Poder Executivo a conceder pensão aos portadores de Hanseníase definitivamente incapacitados. Relator Dep. Toninho Wandscheer. Parecer favorável-aprovado; **Projeto de Lei nº 246/2013**, de autoria do Dep. Alexandre Curi, que institui a Política Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com síndrome do X-Frágil: Relator Pastor Edson Praczyk. Parecer favorável-aprovado. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião, determinando a lavratura da presente Ata, que vai assinada pelo Senhor Presidente e por mim, Richard Rüppel Sotó Maior, Secretário da Comissão.

DR. BATISTA
PRESIDENTE**Richard Rüppel Sotó Maior**
Secretário

83147/2013

**RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO
DESTINADA A INVESTIGAR OS PROCEDIMENTOS DAS EMPRESAS
OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ****COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO**
(ATO DO PRESIDENTE Nº 19/2012)**PRESIDENTE**
VICE-PRESIDENTE
RELATOR
MEMBROS EFETIVOS**DEPUTADO ADELINO RIBEIRO**
DEPUTADO STEPHANES JUNIOR
DEPUTADO ANIBELLI NETO
DEPUTADO TERCILIO TURINI
DEPUTADO PÉRICLES DE MELO
DEPUTADO LEONALDO PARANHOS
DEPUTADO MAURO MORAES**1. DO CONHECIMENTO DO FATO**

Inúmeras denúncias advindas dos consumidores e dos meios de comunicação dão conta de que muitas empresas operadoras de planos de saúde vêm descumprindo a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Fez-se necessária, portanto, a atuação desta Casa de Leis, visando apurar as irregularidades e propor mudanças. A CPI trabalhou para analisar a baixa remuneração dos médicos e cirurgiões dentistas, bem como apurar as denúncias dos consumidores, buscando melhoria no atendimento, redução de filas e de custos aos beneficiários.

2. DA CONSTITUIÇÃO E FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO**2.1 DA CONSTITUIÇÃO**

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

2.2 DA COMPOSIÇÃO

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

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

2.3 DO FUNCIONAMENTO

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

3. DO PRAZO

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

4. RESUMOS DAS REUNIÕES (DEPOIMENTOS)**AUDIÊNCIA CPI PLANOS DE SAÚDE DIA 19 DE FEVEREIRO DE 2013**
INTIMADOS: ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ E ASSOCIAÇÃO
MÉDICA BRASILEIRA**DEPOIMENTOS 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA**
Depoimento Dr. João Carlos Gonçalves Baracho
Presidente da Associação Médica do Paraná

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Declarou que a Associação Médica, o Conselho Regional de Medicina e o Sindicato têm tentado atuar em consonância em defesa da profissão e que foram propostas pelo Sindicato dos Médicos três ações civis públicas. A assessoria jurídica do Sindicato, do qual ele não faz parte, ingressou com a Ação Civil Pública na Justiça do Trabalho, nos anos de 2010 e 2011. Uma delas já foi julgada procedente em primeiro grau contra a ABRAMGE. As outras duas foram julgadas improcedentes, não pela análise do mérito, apenas pela análise da competência da Justiça do Trabalho para fazer esse julgamento. A discussão está em fase de segundo grau.

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

Relatou que os números da Associação Médica Brasileira na região Centro-Sul, que engloba São Paulo e Paraná, demonstram que há mais de 150 mil médicos. A sua preocupação, falando como paranaense e como Vice e Ex-Presidente da Associação Médica do Paraná, é a situação da qualidade do atendimento médico. Os médicos já não querem atender porque não

paga a conta do seu consultório. Os pediatras estão virando burocratas e auditores de empresas. Porque não conseguem, com a consulta médica, pagar os custos de um consultório médico. Isso é público e notório. No concurso de residência médica não se arruma médicos fazendo concurso para ser pediatra. Indaga como ficarão os filhos dos paranaenses. Preocupa-se com a qualidade daqueles que trabalham, que ainda estão doando para as operadoras um quinhão do seu trabalho no atendimento de uma criança. Sua preocupação é no sentido de que um diagnóstico malfeito é uma seqüela para o resto da vida. Como no caso de uma criança com febre que chega ao consultório e não recebe o diagnóstico preciso. Casos como o de meningite em que a pessoa pode ficar paraplégica ou hemiplégica pelo resto da vida. Essa é a preocupação. Desde 2007 vem lutando para se criar um produto novo a ser vendido pelas operadoras. A ideia é desvincular a consulta médica. Pois o indivíduo tem plano de saúde pelo acidente, pela UTI, pela cirurgia complexa. Sobre a ANS declarou que esta deveria ser a balizadora de todas estas discussões e já ter resolvido há muitos anos. Porque ela é que determina os aumentos sucessivos às operadoras: 7%, 8%, 5%. A ANS regula muitas coisas. Ela cobra das operadoras de saúde muitas coisas, inclusive meio absurdas, o que atrapalha até a própria operadora. Mas é omissa quanto ao repasse àqueles que fazem acontecer o serviço de saúde.

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

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

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

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

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

AUDIÊNCIA CPI PLANOS DE SAÚDE DIA 12 DE MARÇO DE 2013
INTIMADOS: SINDICATO DOS MÉDICOS DO PARANÁ E CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

DEPOIMENTOS 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA
Depoimento Dr. Alexandre Gustavo Bley

Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná

Já há mais de uma década a classe médica tem tentado um processo de negociação com as operadoras de saúde e tem como resposta, na maioria das vezes, o silêncio. As respostas que vêm são respostas que até podem ser consideradas como propostas indecorosas em relação à classe médica. Esse movimento cresceu em 2010 tomando proporção nacional. Estão preocupados com o mercado da saúde suplementar e com a forma como as coisas estão acontecendo. O profissional tem se sentido desestimulado ao atendimento desse segmento ao passo que a demanda está crescendo.

A Presidente da República está assinalando com uma proposta de desconexão fiscal para as operadoras para que elas possam implementar alguns planos ditos planos populares para abarcar a classe "C" e a classe "D" fazendo com que aumente ainda mais o número de usuários destes planos. Mas o caminho é inverso dentro da classe médica. Muitos estão se descredenciando e parando de atender os planos de saúde. Vai chegar um momento de colapso.

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

Falta uma base contratual sólida para existir condições de trabalho. A Agência Nacional de Saúde está modificando a sua estrutura, modificou a presidência. Mas, a partir do momento que o Governo tomou uma decisão e criou a Agência Nacional de Saúde e começou todo um processo de regulamentação deixou bem claro o que quer para a saúde suplementar. Isso tem sido construído ao longo desses últimos anos. E estamos chegando naquilo que seria o ponto final, que é retirar uma parcela significativa dos pacientes do Sistema Único de Saúde e repassar para o sistema suplementar, uma privatização do SUS.

Para que isso ocorresse já precisaria ter uma série de normas, já precisaria o Governo estar dentro de uma agência regulatória de forma muito clara para que isso possa ser colocado em prática para diminuir a parcela do Governo na assistência e colocar para dentro de um sistema suplementar. A Agência Nacional de Saúde até então em nenhum momento quis regulamentar a relação entre médicos e operadoras. O sistema de

saúde suplementar é mercado, e o sistema de saúde público é um direito constitucional e dever do Estado.

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

Não é possível fazer saúde com R\$ 80,00 (oitenta reais) por mês e quem vai pagar essa conta é a produção. São os médicos, são os hospitais. E não há interesse em regulamentar. A ANS já mostrou a que veio. Uma agência que está sendo construída para a privatização do sistema público. Várias reclamações já foram feitas perante ANS. A Agência sabe que não existe cumprimento das Resoluções que ela emite por parte das operadoras. Seria muito tranquilo se existisse uma lei que outorgasse a fiscalização ao Conselho, dando a possibilidade de cassar o registro de uma operadora e, consequentemente, ela não poder atuar se ela não estiver cumprindo aquilo que o regramento jurídico assim determina. O Conselho não tem essa competência.

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

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

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

Sobre a ideia dos planos de saúde retirarem das obrigações a consulta, para ser utilizado mais na questão de exames e tratamentos declarou que é uma possibilidade, que não vê dificuldade nenhuma nisso. A dificuldade maior é perante os usuários com direitos adquiridos. Há que se considerar o direito da pessoa de não querer migrar para esse tipo de plano. Vai ter que ser um plano muito atrativo no custo mensal para justificar o pagamento da consulta e do plano.

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

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

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

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

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

Depoimento Dr. Murilo Rubens
Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná

Relatou que os médicos que atendem as operadoras do Plano de Saúde se mobilizaram nos últimos anos com a ameaça de paralisar os seus atendimentos em virtude da ausência de reajuste nos honorários há mais de 10 anos por parte da esmagadora maioria dos planos de saúde. O levantamento efetuado pelos sindicatos dos médicos constatou que enquanto a inflação variou 105,36% nos anos (2000 a 2010), as mensalidades dos planos de saúde aumentaram cerca de 137%. Para os usuários de planos de saúde de faixa etária mais avançada, os reajustes

chegaram até quase 500%.

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

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

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

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

Os planos de saúde tem 48,7 milhões de clientes. No ano passado faturaram R\$ 83 bilhões de reais. O equivalente a uma arrecadação mensal de todos os tributos federais.

O setor cresceu 50,6% desde 2003 e não houve nenhum reajuste dos honorários médicos. Cada vez mais dificultam o relacionamento entre o médico e o paciente. Dificultam a autorização de exames e sempre que possível encaminham exames de alto-custo para o Sistema Único de Saúde. Essa questão também foi levantada, essa normatização que o Governo Federal pretende fazer de benefícios tributários. A desoneração val fazer com que haja uma renúncia fiscal de R\$ 15 bilhões de reais. Esses R\$ 15 bilhões de reais, simplesmente, poderiam ser aplicados diretamente no Sistema Único de Saúde.

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

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

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

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

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

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

AUDIÊNCIA CPI PLANOS DE SAÚDE DIA 09 DE ABRIL DE 2013
INTIMADOS: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR E DR. GABRIEL SCHULMAN

DEPOIMENTOS 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA
Depoimento Dr. Francisco Telles
Diretor de Fiscalização da ANS

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

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

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

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

Agência faz o trabalho dela. Não é na velocidade que desejamos, porque se trata de mais de mil operadoras e mais de uma centena de milhares de

prestadores. Mas não está despreocupada com este tema.

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

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

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

Mas a partir do final de dezembro 2008 a Agência implementou a Notificação de Investigação Preliminar (NIP). Por meio da qual recebe as reclamações - basicamente relacionadas à negativa de procedimentos de cobertura - faz uma mediação com a operadora que tem um prazo máximo para responder e para autorizar o procedimento, se for o caso de autorização. Resolvendo aquele problema, este número relacionado àquela operadora é monitorado pela Agência.

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

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

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

Depoimento Sr. Mauricio Nunes
Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS

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

A finalidade primária da Agência não é regular a operadora e, sim, promover a defesa do interesse público. E para este fim é que tem de regular as operadoras. Então, algumas dessas normas acabam alcançando esta relação com os médicos e prestadores, de uma forma geral os hospitais, as clínicas, os laboratórios.

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

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

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

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

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

A forma como estas operadoras definem a cláusula, não atendia a norma. Colocavam como forma de reajuste apenas a livre negociação e o acordo entre as partes. Mas na prática esses contratos não tinham reajuste. Por pressão das entidades representativas dos prestadores, das entidades representativas dos médicos, AMB, CFM, Fenam a Agência regulamentou essa norma e editou uma Instrução Normativa dando mais clareza para a cláusula de reajuste.

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

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

Algumas operadoras estavam atrelando o reajuste dos honorários médicos à sinistralidade: se chegar a 80%, 90%, não há reajuste. Isso foi vedado. Também foi vedada qualquer fórmula de cálculo de reajuste por percentual pré-fixado, em que o valor do contrato seja mantido ou reduzido. Em 2009 o IGPM foi 2% negativo, então não depende das partes, pode ocorrer de o índice ser negativo. Mas, a operadora estabelece uma fórmula ou um percentual que mantenha o valor ou que reduza, é vedado.

Essa norma também estabeleceu um pouco das relações com os

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

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

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

A Agência reconhece um conflito nesta relação operadora e prestadores. Tem várias causas: a questão dos reajustes, as glosas indevidas, o descredenciamento arbitrário por parte das operadoras. A negociação é outro ponto de dificuldade. Em algumas situações, a Agência até reconhece a hipossuficiência. Às vezes, o médico, o dentista, isoladamente, tem certa dificuldade em negociar com uma grande operadora. Isso é uma realidade. Outro item que os médicos questionam é a interferência no ato médico, operadoras que limitam a solicitação de exames meramente para reduzir custos, operadoras que interferem na escolha de material, medicamento, interferência no tratamento dos pacientes.

O grande problema surge quando esse conflito entre operadoras e prestadores começa a alcançar o beneficiário: são hospitais que pedem descredenciamento porque estão sendo glosados. Não têm reajuste: são médicos que pedem descredenciamento, são especialidades médicas que montam cooperativas e saem de uma vez só de algumas operadoras, como várias especialidades que conhecemos - cirurgia cardiovascular é um exemplo - que não tem mais o profissional isolado, eles não conseguem mais negociar, montam uma cooperativa e vai todo mundo para a cooperativa. Em alguns momentos o SDE e o CADE vêem isto como cartel, que suprime totalmente a capacidade concorrencial.

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

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

Essa metodologia de remuneração foge totalmente dessa ideia de se remunerar pela complexidade, pelo risco associado e gerou um problema sério. Muitos médicos pararam de fazer alguns procedimentos na saúde suplementar em razão da remuneração. Cirurgia de amígdala é um exemplo. A Agência vai editar uma resolução obrigando as operadoras a hierarquizar os procedimentos e remunerar conforme a complexidade.

O segundo grupo de trabalho que foi criado em 2010, junto com os honorários médicos, foi o que revê o modelo de remuneração dos hospitais. A forma como os hospitais são remunerados onera o sistema. Não por culpa dos hospitais em si, mas a forma do modelo como foi desenhado. Os hospitais são remunerados "fee-for-service". O pagamento é feito por procedimento.

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

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

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

Depoimento Dr. Gabriel Schulman
Advogado Convitado

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

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

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

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

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

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

Apesar desta legislação, há um conjunto de negativas que são bastante

conhecidas: prótese, estaque - que é certo produto utilizado, por exemplo, para cirurgias vasculares - e os tratamentos oncológicos, talvez sejam aqueles que são mais habituais. Com a mesma habitualidade, o que se verifica são os reajustes abusivos em algumas categorias de modo especial, entre as quais os aposentados. A pessoa se distancia da empresa e fica um pouco à mercê, não tem o RH para se socorrer, tem uma idade avançada - e as viúvas também, quando falece o titular.

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

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

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

Sobre os médicos e tratamentos, uma relação que faz com que a ideia do reajuste não possa ser totalmente afastada é que quando falamos no reajuste médico. Quando falamos de um procedimento médico, se determino uma limitação de custo há certa pressão indireta, e muitas vezes direta, do plano de saúde, em limitar o que o médico vai usar. Quando digo que para um tratamento de câncer eu vou usar tantas quantidades, com exame de uma certa especialidade, o médico não pode refazer a chapa, ele deve diminuir a quantidade de reagentes no exame de genética, isso interfere diretamente na qualidade da prestação do serviço, além de ser absolutamente ilegal do ponto de vista da ética médica e da legislação vigente, de modo que temos um casamento entre reajuste e o atendimento do consumidor. Porque quando digo para um hospital que ele tem 2 mil para fazer um certo atendimento, se um hospital quer maximizar o que vou receber e dar o melhor atendimento há uma possibilidade de haver um aumento de cobranças em caráter particular. O hospital vai dizer: O plano de saúde cobra 2 mil, mas a despesa neste caso é variável.

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

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

AUDIÊNCIA CPI PLANOS DE SAÚDE DIA 16 DE ABRIL DE 2013
INTIMADOS: CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA,
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOTOLOGIA E PROCON

DEPOIMENTOS 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA
Depoimento Dra. Claudia Silvano
Diretora do Procon do Paraná

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

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

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

Recentemente teve a questão da cobrança dos obstetras. O obstetra com a justificativa que ele não era contratado para atender em qualquer horário propunha, já no começo da relação com a paciente, uma cobrança de um valor extra. Isso tem gerado um número significativo de reclamações. Tem que haver uma atitude mais efetiva da Agência Nacional. Não só regulamentando, mas cobrando também.

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

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

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

Se o contrato tiver uma cláusula que contraria a lei pode ser revisto. Mas se estiver dentro do que a legislação prevê, tem que ser respeitado. Isto também é fato. Mas nem sempre o contrato é disponibilizado para o consumidor, especificando qual é o tipo de atendimento que terá, dependendo do tipo de contratação que ele faça: plano ambulatorial, plano hospitalar. A lei permite o estabelecimento de alguns prazos para atendimento e se o consumidor foi informado adequadamente, este contrato - se não tiver nenhuma contrariedade à legislação - terá que ser respeitado. O problema é a questão da falta de informação. Normalmente, no momento da venda, se diz: "Olha, vai parar um helicóptero no teto da sua casa, vai te pegar e te levar no melhor hospital do mundo." E isso não é verdade.

A rede credenciada também tem que ser informada ao consumidor. Que existem umas disposições novas e estas informações têm que estar no site das operadoras. Que precisa haver informação prévia, mas a informação prévia tem que, além de prévia, ser adequada, ostensiva, que o consumidor, de fato, saiba o que está contratando.

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

Declarou que a insatisfação dos profissionais com as questões impostas pelas operadoras acaba repercutindo em desfavor do consumidor. De uma forma ou de outra a repercussão é sempre em desfavor do consumidor. Seja com a prestação de serviços, no caso da prótese, ou na imposição da última radiografia.

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

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

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

Depoimento Dr. Roberto Cavali
Presidente do Conselho Regional de Odontologia

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

É importante que isso seja trabalhado no rol de procedimentos da ANS não como um penduricalho, não como um brinde a quem compra um plano

médico, mas, sim, como parte integrante desse plano médico.

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

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

Na odontologia isso é diferente, os profissionais são pagos por procedimento, além do serviço que eu presto naquele valor que a operadora me paga está embutido toda a infraestrutura, todo o material de consumo. O hospital do cirurgião-dentista é o seu consultório.

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

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

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

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

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

Alguns procedimentos odontológicos exigem tratamento em ambiente hospitalar e muitas vezes o plano nega. Quando o contrato do usuário diz que ele tem direito a atendimento hospitalar, não cabe à operadora dizer quem vai fazer esse atendimento. O próprio procedimento exige o atendimento em ambiente hospitalar, ou a condição sistêmica. Um paciente cardíaco que tenha um risco grande de sofrer um infarto durante um atendimento no consultório, não é muito mais seguro, não é muito melhor que o atendimento dele seja feito num ambiente hospitalar? Evidente. Os exames complementares da mesma forma. Chega ao cúmulo de profissionais da área da odontologia pedirem um exame complementar, um hemograma, e quando recebem o resultado do exame, consta como médico requisitante: "Doutor fulano". Mas quem pediu esse exame não foi o cirurgião-dentista? Foi. Mas o plano não paga se o cirurgião-dentista pedir. Então, ele obriga esse paciente a passar por um médico e o médico ter que fazer a requisição, quando também o contrato diz que o paciente tem direito àquele exame e, pela legislação, o cirurgião-dentista tem direito a requerer esse exame, quando da necessidade para o seu procedimento. Sobre a questão dos Raios X. É largamente utilizado para fazer perícia do procedimento odontológico realizado. Quando terminaria o procedimento o paciente deveria ser encaminhado para outro profissional, que faria um exame bucal nesse paciente e o acompanharia. O profissional diz que fez tal procedimento e este segundo profissional vai observar se o procedimento foi feito.

Para evitar pagar esse outro profissional os planos exigem tomadas radiográficas. Existem alguns procedimentos em que a tomada radiográfica é importante, é condição *sine qua non* para que eu possa saber se o procedimento foi realizado ou não, num tratamento de canal, por exemplo. Mas restaurações ou extrações dentárias não precisam de Raios X. A operadora obriga o paciente a tomar Raios X totalmente desnecessários, que vai fazer mal à sua saúde, para poder provar que o procedimento foi realizado.

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

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

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

Depoimento Dr. Emerson Luiz Jorge

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

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

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

Foi proposta uma demanda judicial para tratar da tomada radiográfica. Teve um TAC com relação à Odontoprev. Mas tudo que é judicial é muito mais moroso, e quem acaba sendo prejudicado é o próprio paciente. Outra coisa que também falta, por parte dos planos é a orientação ao consumidor informando o que o plano vai oferecer ou não. Porque ninguém vai ficar lendo dez, quinze páginas de contrato, como também deveria ser obrigação de quem está assinando, ler o contrato. Mas, muitas vezes, o paciente chega e fala: "Não, mas a operadora falou que eu teria direito a esse procedimento, agora chega aqui e eu não tenho". Que falta conscientização de quem está oferecendo o plano.

Depoimento Dr. Celso Russo
Presidente da Associação Brasileira de Odontologia do Paraná

Relatou que há necessidade de algumas correções das tabelas de procedimentos dos planos de saúde. Os profissionais não têm como fazer um bom serviço e as que fazem se submetendo a esses valores, acabam prestando um serviço de qualidade muito inferior. O conveniado, que não tem nada a ver com isso não sabe. Mas é um trabalho árduo que o cirurgião-dentista tem que fazer para haja qualidade no serviço, porque não é o simples fato de fazer, colocar na boca do paciente. Porque ao invés de estar colaborando com a saúde, estará prejudicando se o material não for de boa qualidade. Esse é um fator importante que faz com que muitos profissionais de qualidade que poderiam estar atendendo nesses planos de saúde descredenciem-se e quem realmente é lesada, é a população. A Associação de Odontologia não é um órgão regulador. Isso cabe ao conselho. Porém, luta pelo bem-estar da classe, pela união da classe, para dar melhores condições para o trabalho de cirurgião-dentista.

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

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

Como é que ficaria a situação do plano já que é obrigatória a presença de um dentista para atender aquele paciente, e o plano não autoriza o procedimento porque para fins odontológicos não pode ser feito no hospital. É uma reserva de lucro do plano. O Conselho de Odontologia só tem o mecanismo da Ação Civil Pública e questões processuais exigem que seja mais de um caso, mais de um caso a se colocar essa evidência para levar ao Judiciário.

AUDIÊNCIA CPI PLANOS DE SAÚDE DIA 07 DE MAIO DE 2013
INTIMADOS: UNIDAS, ABRAMGE E FENASAÚDE

DEPOIMENTOS 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA
Depoimento Cadrí Massuda
ABRAMGE

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

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

Antes da ANS existir havia 5 mil empresas. A partir de sua implementação a ANS começou a exigir que as empresas tenham suporte financeiro, que as empresas seguissem determinadas normativas. Metade das empresas desapareceu, saíram do mercado.

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

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

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

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

O sistema das operadoras é um sistema perverso. Não se sabe o quanto se gasta. Quando entra uma pessoa num hospital o plano assina um cheque em branco. Não se sabe quanto vai ficar a conta. Fica-se na dependência da doença do cliente. Não se sabe quantos dias vai ficar. Se ficar numa UTI, o custo-médio da UTI varia de 2.500 a 3.000. Se ficar dez dias, 30 mil. Então, é uma dificuldade em organizar as finanças, por causa deste sistema que não tem limites.

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

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

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

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

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

Terceiro fator: medicamentos, órtese e prótese. Órtese e prótese, hoje, representam 15% do sinistro. Todos os materiais estão cada vez mais caros, cada vez mais complexos e que se observa que depois de um tempo os resultados são muito parecidos com os que estavam sendo usados. Então, existe uma tendência da inovação. Tudo o que sai novo, sai prescrito. E depois de cinco anos nós vamos ver que os resultados não são tão significativos. A parte de medicamento, hoje, com a nanotecnologia, estamos tendo que pagar medicamentos que custam de cinco a 10 mil por dose/mês, por um longo tempo. Isso custa dinheiro.

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

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

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

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

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

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

Orientar médicos a mudar a indicação de medicamentos e procedimentos



para baixar custos não é ético e as operadoras éticas não o fazem. O que acontece muitas vezes são códigos errados apresentados. Então, chega numa tabela, porque agora existem várias tabelas, tem a tabela MB, tem a tabela CHPM 4ª edição, 5ª edição, 6ª edição e às vezes o médico escreve um código por uma tabela e que você tem que colocar no teu sistema a tabela que está vigente. E aí existe a mudança do código, não do procedimento, porque a mudança do procedimento incorre em sanções éticas, profissionais e junto a Agência Nacional. A apresentação do TIS vai acabar com esse problema porque vai haver tabela única nacional e hospitais, operadoras e médicos vão ter que se adaptar.

Depoimento Sra. Dulcimar de Conto ABRANGE

Complementando a questão da ANS o problema é que um setor é regulado e o resto não. Você tem um tripé em plano de saúde: cliente, prestadores e empresas. Uma é regulada. O auditor vem a cada três meses. O médico não é regulado, o hospital não é regulado, muito menos a indústria farmacêutica que vive, tiraniza, suga esse País.

Desde a pesquisa médica, o paciente recebe durante um período o medicamento para câncer de mama, por exemplo, que custa no mínimo doze mil e quinhentos reais a dose. Quando termina a pesquisa o paciente não tem mais o medicamento se ele não pagar dose mil. A operadora paga. A órtese e prótese. São 73 mil itens que a agência de vigilância sanitária tem cadastrado. Você recebe uma solicitação, a Agência Nacional determina a cobertura. O médico exige que se compre de um fornecedor específico. Mesmo que você tenha outros quatro empresas que oferecem o mesmo material, é necessário que se cumpra a exigência do médico, se não muitos não realizam o procedimento.

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

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

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

A ANS preconiza dos 100% de arrecadação até 75%, para a assistência à saúde e os outros 25% para despesas com impostos, despesas administrativas de local e folha de pagamento, enfim, até 5% para comercialização. Hoje, pela própria ANS, acho que nenhum de nós teve esse dado para trazer, a média da utilização da aplicação na assistência é de 82%. Isso divulgado por ela. Então sobram 18% para imposto pessoal, localização e comercialização. Logicamente, que uma Cooperativa tem impostos menores e quando não os paga como é o caso aqui de Curitiba, tem o perdão da Prefeitura Municipal. Não é o caso das demais. A medicina de grupo trabalha sofredamente. Além disso, o investimento em tecnologia é alto, você tem que ter um parque tecnológico, não simplesinho, você não pode ter um sistema de informações simples. Agora, por exemplo, por determinação da ANS até 30 de novembro todas as operadoras do Brasil terão que implantar o padrão de troca de informações chamado Tis 3.0. São cerca de 835 mil códigos para taxas, materiais, medicamentos, num padrão único nacional. Isso é uma oportunidade muito boa, porque não haverá mais espaço para dizer que a cirurgia, por exemplo de um apêndice, uma apendicetomia, a minha taxa compõe isso e do outro médico do outro Hospital acompanha aquilo. É um padrão universal. Acredito que os benefícios disso virão para todos, porque os hospitais, médicos, laboratórios e operadoras vão trabalhar numa linguagem única. Mas o investimento para fazer isso é alto em pessoas, em sistemas informatizados. Há hospitais no interior que fazem prontuários em papel almaço. Ele não vai poder fazer transmissão eletrônica a partir de 01 de dezembro. Esse Hospital não vai mais atender Plano de Saúde. O médico que não tem o computador no consultório, não vai mais atender Plano de Saúde, porque a transmissão é eletrônica, não se requer mais papeis. Há um desconhecimento de onde vai o dinheiro da operadora. Hoje, os medicamentos são administrados por bombas infusoras. Um equipamento é uma segurança melhor para o paciente. As empresas cedem para os Hospitais a bomba gratuitamente. Antigamente se comprava e custava 6, 8 mil, 15 mil reais uma. Hoje, não, o Hospital ganha bomba infusora. O equipamento mais caro custa em torno de 18 reais para uma alimentação.

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

O médico ganha pouco. Ganha, muito pouco. Ganhar 300 reais

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

Depoimento Sr. Sandro Leal Alves FENASAÚDE

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

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

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

A saúde suplementar e a saúde privada, hoje, responde por mais da metade de todo orçamento global da saúde. E esse desenvolvimento só foi possível porque as pessoas acreditaram nisso. O empreendedorismo brasileiro médico, basicamente, acreditou no desenvolvimento do sistema e, por conta disso, deve também ter a sua remuneração como também já foi visto aqui. Por fim, o princípio do mutualismo estabelece uma regra básica estatística. Não podemos só, aqui, nesta mesa, fazer um seguro, um plano de saúde. Por que somos poucos. Para que esse seguro funcione nós temos que ser muitos para que, na ocorrência de um evento, todos aqueles possam pagar, todos aqueles que não estiverem relacionados aquele evento possam, então, pagar uma quantia menor para ter então acesso a todos esses recursos que a saúde privada proporciona.

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

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

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

Por que cresce tanto essas despesas? Em parte por conta do envelhecimento da população que, felizmente, está sendo alcançado graças a investimentos que foram feitos lá atrás em inovação tecnológica, pesquisa médica, pesquisa clínica. Estamos chegando num ponto em que se deslocamos essas faixas etárias para as faixas etárias mais superiores, nos estudos que a FENASAÚDE produziu, mostramos que só o efeito desse envelhecimento tem um impacto em custo de cerca de 43%. Diante disso, as empresas não podem ficar paradas. Assim como as empresas de Previdência, vamos passar um período do bônus demográfico, que é um período muito curto, que temos que resolver muitos problemas, um deles está aqui: como dar a melhor assistência para essas pessoas que estão chegando nesse tipo de situação onde prevalência de doenças crônicas é maior?

Na FENASAÚDE que a prevenção é o caminho mais correto para se pelo menos mitigar alguns desses problemas. E a prevenção é uma decisão da operadora em tentar trazer esses programas, e nós temos feito isso,

mas, principalmente, do beneficiário, do usuário que tem que se engajar na adoção de hábitos saudáveis e etc.

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

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

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

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

Quanto aos reajustes oferecidos, eles vêm sendo em média acima dos índices de inflação. Considerando o período de 2005 a 2007, enquanto o IPCA mediu uma inflação de 41,9%, os reajustes dos honorários médicos, praticados pelas empresas da Fenasau, devem ser cerca de 71%.

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

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

Muitos novos consumidores passaram, então, a integrar e demandar dos planos de saúde esse serviço. Um limitador para que esse sistema avance e tenha a sua sustentabilidade garantida, passa por um lado por uma mudança de cultura, com uma maior responsabilização desse novo consumidor de plano de saúde, que antes não tinha acesso e passa também por investimentos privados, eminentemente, na rede. Quer dizer, embora a gente tenha uma rede que ainda é suficiente, são dados da própria ANS, mas se a demanda começa a crescer a um nível muito acelerado, a gente vai ter que criar mecanismo, para que a rede hospitalar e privada possam também atender toda essa nova demanda, que está por vir e isso é desejável. Mas respondendo a questão de impossibilidade de se aumentar o honorário médico, a razão é que existem algumas despesas que estão concentrando grande parte do fluxo de recursos desse sistema privado: materiais, medicamentos, as órteses e próteses. É essa regulação que está falha. Porque permite que haja desperdício, permite que haja uso indiscriminado, indicações não baseadas em protocolos efetivos, em custo efetividade do medicamento e que acabam inibindo o crescimento do próprio honorário médico. Porque grande parte dessas órteses, dessas próteses, elas passaram a entrar no negócio, a venda, a comercialização dessas órteses e próteses passou, então, a ser uma espécie de um item de remuneração de muitos hospitais. Passou a ser um negócio muito lucrativo, para determinados setores comercializarem, indicarem órteses, próteses, materiais e medicamentos. Essas indicações muitas vezes são feitas sem muito rigor do ponto de vista científico. Esse é um grande desafio que esse setor tem, em tentar imaginar uma recomposição melhor para honorários médicos, na nossa visão implica em reordenamento dessa estrutura de despesas do setor.

Depoimento Mauro Pereira UNIDAS

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

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

AUDIÊNCIA CPI PLANOS DE SAÚDE DIA 21 DE MAIO DE 2013 INTIMADOS: UNIMED PARANÁ E UNIODONTO

DEPOIMENTOS 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA Depoimento Dr. Orestes Barroso Medeiros Presidente da Unimed Paraná

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

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

Ressaltou o relevante serviço que essas Cooperativas prestam no âmbito dos Municípios Paranaenses. Os recursos que as Cooperativas captam da sociedade civil tem retornado integralmente as regiões onde elas estão inseridas. Este retorno tem contribuído de maneira muito importante, para que a sustentação econômica de milhares de médicos, centenas de hospitais clínicos e laboratórios, além da manutenção de milhares de postos de trabalho direto ou indiretamente vinculados às atividades de saúde. Além disso, as Cooperativas constituem hoje importante segmento contribuinte de impostos por exercerem suas atividades estritamente na formalidade. Informou que considera a ida da Comissão para o interior extremamente importante, porque às vezes muitas das questões se resumem muito em questões pontuais dentro de uma unidade. Por exemplo, em Curitiba, a capital que é a maior e as vezes se esquece toda essa abrangência Estadual que os Sistema tem.

Apresentou dados sobre a cooperativa. Dados auditados e que representam a evolução do sistema ao longo dos anos de 2008 até 2012. Em 2008 o sistema Unimed no Estado do Paraná e o conjunto de cooperativas faturou um bilhão, quinhentos e sessenta e um milhões, oitenta e sete mil e seiscientos reais (R\$ 1.561.087.600,00). Em 2012 faturou dois bilhões, seiscientos e setenta e nove milhões, sessenta e nove mil e novecentos e setenta e oito reais (R\$ 2.679.069.978). Isso dá uma evolução da receita de 2008 até hoje de 71,6% na receita das cooperativas no Estado do Paraná. Se compararmos isso com os números GPM à variação que houve no período, o GPM foi 36,13%, IPCA 31,85% numa variação da INS acumulada de 39,7%, que são os reajustes permitidos pela agência. É importante o aumento de receita das cooperativas nesse período. Por outro lado os custos assistenciais que as cooperativas tiveram nesse mesmo período de 2008 a 2012 saiu de um bilhão, trezentos e quarenta e oito milhões (R\$ 1.348.000.000,00) em 2008, para dois bilhões, trezentos e quarenta e dois milhões (R\$ 2.342.000.000,00) em 2012, ou seja, uma variação de 73,7%, portanto acima do aumento de receita que ela teve, neste mesmo período.

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

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

Apresentou um gráfico que mostra a renda média do cooperado. São Carlos, em 2008, de uma renda média *per capita* anual de R\$ 67.316,00 para em 2012, uma renda média *per capita* de 103 mil e 171. Isto dá um aumento, nos valores repassados aos cooperados, de 53,26% neste período. Relatou a evolução do número de médicos cooperados no Estado do Paraná, que aumentou de 2008 para 2012, 9,18%. Saiu de 8.616 para 9.407 médicos cooperados. A evolução da quantidade de beneficiários, também, de 2008 a 2012, cresceu 26,3%, saindo de 1 milhão e 105 para 1 milhão e 390, que é o número de hoje.

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

Chamou a atenção para o caso da Unimed Vale do Piquiri. Uma Unimed pequena que tem 23 cooperados e sete mil beneficiários em média. Em 2001 ela pagou uma média de consulta de oitenta e seis reais, e em 2012 essa média caiu para setenta e seis reais. O que a Unimed Vale do Piquiri fez que ela diminuiu o valor da consulta? Ela comprou um hospital, ela investiu em hospital, ela está investindo em recurso próprio. Então, há um acordo com seus cooperados e diminuiu o valor de repasse para que ela possa investir no recurso próprio para os seus cooperados poderem trabalhar. Declarou que isso está acontecendo em várias cidades do Paraná. Hoje a UNIMED tem seis hospitais próprios. Em Paranavai é assim, Foz do Iguaçu é assim, Ponta Grossa é assim, Cornélio Procopio também inaugurou



agora um hospital.

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

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

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

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

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

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

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

Hoje existe na ANS aproximadamente cinco bilhões de reais (R\$ 5.000.000.000,00) em reservas das operadoras bloqueados na agência. Temos pedido e estamos trabalhando no sentido de que libere parte destes recursos, que possam ser aplicados na assistência, por exemplo, hospital. Sabemos a situação do Interior. Os hospitais estão desaparecendo, os leitos hospitalares estão desaparecendo. Queremos recursos para investir em leitos, para garantir a assistência. Não estamos encontrando, na agência, respaldo suficiente para podermos utilizar recursos nossos que estão bloqueados.

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

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

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

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

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

Depoimento Paulo Henrique Cariani
Presidente da Uniodonto Paraná

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

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

Londrina, a Uniodonto Maringá e a Uniodonto Ponta Grossa.

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

Hoje a nossa massa está distribuída da seguinte maneira: a Uniodonto Maringá, nós temos 94 cooperados, 12.530 beneficiários e ela não apresenta nenhum processo no Procon de usuários; a Uniodonto Londrina, ela tem 181 cooperados, 14.309 beneficiários e não apresenta também nenhuma situação no Procon; a Uniodonto Ponta Grossa, ela tem 78 cooperados, 8.849 beneficiários e nenhum problema no Procon; e a Uniodonto Curitiba, que tem 420.105 beneficiários, hoje, um total de 1.806 cooperados e todas as situações perante o PROCON, elas estão de 2010, 1.106 cooperados e até 2013, nós só temos uma ação no Procon encerrada.

Todas as nossas operadoras, hoje, do Estado, apresentam o IDSS – Índice de Desempenho de Saúde Suplementar acima, a nota máxima. O custo assistencial hoje está na faixa de 60, 65% de sinistro, que é pagamento ao cooperado de trabalhos assistenciais. A média das operadoras hoje fica em 50%. Procuramos sempre ter um pagamento adequado e tentar criar sempre um diferencial, em termos de pagamento.

Depoimento Paulo Stoelr - representante da Ocepar
(Organização das Cooperativas do Estado do Paraná) e consultor
Jurídico da Federação das Cooperativas

Ressaltou quatro pontos que entende serem importantes, principalmente, para análise dos Deputados sobre a questão.

É importante ressaltar que a Sociedade Cooperativa é uma sociedade diferente das sociedades empresárias. De fato "sui generis" mista. Ela tem alguns aspectos de S/A, alguns aspectos de Ltda., alguns aspectos, inclusive, de Associação. O que vem a ser uma Cooperativa. Ela nada mais é do que uma sociedade construída pelos seus membros os cooperados, para ligar atividade econômica do cooperado ao mercado. Então ela não tem atividade econômica própria distinta dos seus cooperados como são as Ltda., S/As, e Sociedades Empresárias, elas se confundem, uma figura que se confunde com o próprio cooperado.

Por exemplo, estamos hoje aqui falando do ramo saúde, mas poderíamos falar do ramo agropecuário também. A Sociedade Cooperativa ela não produz nenhum tipo de grão na Cooperativa Agropecuária, quem produz é o cooperado. O que é que ela faz, liga o produto do cooperado ao mercado. As de saúde é a mesma coisa, todas as Cooperativas são iguais. As Unimed e Uniodontos, não praticam odontologia ou medicina, elas ligam os médicos, os dentistas ao mercado.

Então não tem na verdade a finalidade lucrativa, inclusive, é proibida por lei a finalidade lucrativa, então ninguém lucra, a sociedade não lucra. Quem lucra o dono do produto, do serviço. Esse produto ou serviço é colocado através da cooperativa no mercado. E como é que são esses preços. O mercado que dita ou mesmo a ANS que dita.

5. CONCLUSÕES

5.1 ENTIDADES REPRESENTATIVAS DOS MÉDICOS E CIRURGIÕES DENTISTAS

As entidades representativas da classe médica apresentaram diversas denúncias baseadas nos documentos acima relacionados.

O Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná apresentou um dossiê contendo o histórico das paralisações realizadas no ano de 2012 bem como informações sobre o setor demonstrando o crescimento das atividades do setor de saúde suplementar nos últimos anos.

Segundo os documentos apresentados a lucratividade do segmento cresce em média 14% ao ano, faturando R\$ 82,4 bilhões em 2011. O acúmulo de crescimento é de 192% de 2003 a 2011, enquanto o valor médio pago pela consulta teve crescimento de 65%.

A Associação Médica do Estado do Paraná apresentou documento contendo um estudo do valor real da remuneração dos profissionais médicos.

Considerando todos os custos do exercício da profissão o lucro do médico para uma consulta de R\$ 50,96 (cinquenta reais e noventa e seis centavos) – média paga pelas operadoras – é de apenas R\$8,92 (oito reais e noventa e dois centavos).

Apresenta também denúncia de ingerências na formação de preço das operadoras que para conseguir valores competitivos na mensalidade reduzem ao máximo os custos com medidas como a fixação de honorários extremamente baixos para os médicos – entre R\$ 36,41 (trinta e seis reais e quarenta e um centavos) e R\$ 50,92 (cinquenta reais e noventa e dois centavos). No referido documento, consta ainda, denúncia feita a ANS pela Comissão Estadual de Honorários Médicos e a respectiva resposta, que será analisada em momento oportuno.

No que tange aos cirurgiões dentistas, a remuneração que estes profissionais recebem não cobre o valor das custas com a prestação de serviços (despesas com material, impostos, riscos com a responsabilidade civil, moral e ética).

As empresas mantenedoras dos seus próprios planos odontológicos através de suas Fundações e Associações (Itaipu e Copel, por exemplo) parecem ter as tabelas de remuneração aos profissionais da Odontologia mais aceitáveis. As tabelas das outras operadoras são parecidas e em alguns momentos parecem não cobrir nem as despesas com o custo do material

dos procedimentos tradicionais. Justamente por isso muitos dentistas não conseguem utilizar a tecnologia mais avançada no tratamento de seus pacientes, que acelerariam o atendimento e melhorariam a qualidade do procedimento.

Os profissionais ouvidos por esta Comissão relataram que tratamentos que envolvem custos de laboratórios se tornaram praticamente inviáveis, considerando que não conseguem contratar um laboratório de qualidade pelo preço pago pelo convenio, levando em consideração que a responsabilidade do trabalho final é sempre do cirurgião dentista.

Outra irregularidade apurada é o fato das operadoras exigirem dos dentistas as tomadas radiográficas (inicial e/ou final) exclusivamente para comprovar a realização dos procedimentos relatados pelo profissional, quando da solicitação do repasse de seus honorários. O paciente fica exposto à radiação desnecessariamente e o dentista recebe por essas radiografias um valor tão defasado que não cobre sequer os custos com a película utilizada na realização do exame.

Além disso, as operadoras não autorizam a realização de procedimentos de ordem odontológica em ambiente hospitalar, mesmo quando os pacientes possuem um plano que oferece tal cobertura, contrariando o disposto no artigo 12, I e IV da Lei nº 9.656/98.

Em suma, de um lado há um usuário que paga pouco mas que exige ser bem atendido e por outro lado existem profissionais sérios, responsáveis e dedicados que ganham pouco, mas carregam toda uma gama de responsabilidades ao assinar um contrato com essas operadoras de planos de saúde.

5.2 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

Esta Comissão requisitou a ANS por meio do Ofício nº 24 relatório pormenorizados das penalidades aplicadas às operadoras de planos de saúde atuantes no estado do Paraná. Deveriam constar obrigatoriamente as seguintes informações: as penalidades aplicadas às operadoras nos últimos 12 meses; o motivo da aplicação da penalidade; valor ou tempo da penalidade aplicada; cumprimento da penalidade ou situação em que se encontra.

Em resposta, a Agência enviou uma planilha na qual apresenta os processos e as multas aplicadas às operadoras de planos de saúde no período de 2003 a 2012.

No corpo do ofício o Diretor Adjunto de Fiscalização, Sr. Dalton Coutinho Callado, afirma que a Instituição não dispõe de ferramenta hábil a gerar as informações acerca do motivo de aplicação das penalidades, sugerindo que esta Comissão por si mesma fizesse o levantamento das informações através de consulta pública no sítio da ANS na internet.

A despeito de ter enviado o relatório das multas aplicadas às operadoras, a Agência Nacional de Saúde Suplementar sonheou as informações solicitadas, considerando que as tinha em seu poder, apenas não da forma mais conveniente e prática de ser compilada e enviada nos parâmetros solicitados.

O artigo 2º da Resolução Normativa da ANS nº 124/2006 prevê que os infratores da legislação a que é submetida a saúde suplementar estão sujeitos à: advertência, multa, cancelamento de autorização de funcionamento e alienação de carteira, suspensão do exercício do cargo, inabilitação temporária para o exercício do cargo, inabilitação permanente para exercício do cargo (esses últimos nos casos dos administradores). Não há no documento apresentado qualquer referência às demais penalidades passíveis de aplicação. A ANS limitou-se a informar as multas em formato incompatível com o solicitado. A planilha é incompleta e contraproducente demonstrando a desídia da entidade.

O relatório solicitado tinha como escopo promover o levantamento das principais ilegalidades cometidas pelas empresas, relacionando a gravidade da infração com a coerência da penalidade aplicada, bem como verificar qual é a operadora com o maior número de processos.

Sendo assim, o documento enviado pelo órgão responsável pela regulação do setor de saúde suplementar não atendeu às informações solicitadas, que felizmente puderam ser levantadas mediante outros documentos e depoimentos de representantes de outras entidades envolvidas neste contexto.

Em resposta ao Ofício nº 23 enviado pela CPI solicitando respostas aos quesitos necessários ao deslinde dos trabalhos a ANS informou o que segue. Quanto ao contrato de prestação de serviços celebrados entre os médicos e as operadoras a ANS informou que existem três resoluções normativas estabelecendo os termos em que deve se dar a relação jurídica: RN nº 42/03; RN nº 54/03 e RN nº 71/04.

Respondeu que as ações fiscalizatórias são de competência da Diretoria de Fiscalização, departamento da ANS que teria competência apenas para fiscalizar se os contratos estão adequados com a legislação, devendo a parte afetada recorrer ao Judiciário para solucionar irregularidades.

Nenhuma das três normativas apresentadas determina penalidades pelo descumprimento de seus dispositivos, mesmo sendo atribuição da ANS estabelecer penalidades para a inobservância do regimento que ela cria, nos termos do artigo 4º, XLI, f da Lei nº 9.961/2000.

Informou que em 2010 iniciou o Programa de Monitoramento de Contratualização (PMC) com o objetivo de analisar instrumentos jurídicos das trinta maiores operadoras do setor. Porém foi omissa ao apresentar como resultado desta ação apenas a informação de que 22 operadoras foram representadas; 03 ficaram pendentes de adequação e 05 operadoras adequaram os instrumentos jurídicos.

A Agência não apresentou os nomes das operadoras investigadas apenas informando que o detalhamento das operações de fiscalização deveria ser solicitado junto a DIFIS - departamento da ANS.

Fazendo um comparativo entre as Normativas nº 71/04 e 49/12, conforme o solicitado por esta Comissão, a Agência informou que a primeira prevê as cláusulas obrigatórias que devem constar nos contratos das operadoras com os profissionais de saúde; ao passo que a Normativa nº 49/12 regulamenta o critério de reajuste previsto na RN nº 71/12.

Ambas as resoluções determinam a obrigatoriedade da cláusula de reajuste nos contratos dos prestadores de serviços, mas nenhuma delas prevê qualquer sanção para o descumprimento das determinações.

Sobre a cobrança não institucionalizada de honorários pelos profissionais médicos; registro de reclamações de prestadores de serviço; informações sobre custos e arrecadação das operadoras; diretores técnicos dos planos de saúde prazo para agendamento de consulta e descredenciamento, a ANS limitou-se a citar o departamento responsável, sem prestar qualquer informação, como se não fosse possível o encaminhamento da solicitação ao setor responsável para que um dossiê completo fosse entregue a esta Comissão.

Em resposta ao Ofício nº 22/2013 a ANS informou que a Consulta realizada pelo Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná se deu na forma do encaminhamento de duas denúncias pela Comissão de Honorários Médicos solicitando a averiguação de descumprimento da Resolução Normativa nº 71/2004 pelas seguintes operadoras: AMIL; CAIXA DE ASSISTÊNCIA AOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL; FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL; FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ E SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO E SAÚDE.

A Agência informou que essas denúncias deram origem aos processos nº 25782.009434/2010-26 e 25782.010107/2010-17, que já se encontram arquivados ao passo que as denúncias continuam sendo apuradas mediante os seguintes procedimentos:

1) Autos nº 33902.367251/2011-28. Trata das irregularidades cometidas pela AMIL ASSISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL - A operadora foi oficiada para apresentar cópia de 05 (cinco) instrumentos jurídicos celebrados com prestadores de serviços médicos. A empresa não se manifestou e sua conduta deu origem a uma representação que se encontra na Gerência de Fiscalização Regulatória da ANS, sem nenhum desfecho até o momento em que as informações foram enviadas. A Agência não informou o número da representação para acompanhamento.

2) Autos nº 33902.088170/2010-91. Relativo à operadora SUL AMÉRICA COMANHIA DE SEGURO E SAÚDE. A operadora não apresentou os documentos no prazo devido, razão pela qual foi representada pela ANS. Após apresentados os documentos a empresa foi novamente representada por não cumprir as regras estabelecidas para a formalização dos instrumentos jurídicos firmados com os prestadores de serviço.

3) Autos nº 33902105235/2010-62. A FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ adequou seus contratos de prestação de serviço e o processo foi arquivado.

4) Autos nº 33902012850/2006-40. A CAIXA DE ASSISTÊNCIA AOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL foi multada em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) pela ausência em seus contratos de cláusula contemplando a periodicidade dos reajustes da remuneração dos prestadores de serviços.

5) Autos nº 33902.105242/2010-64. A FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL foi representada em decorrência da verificação de diversas irregularidades nos contratos firmados com seus prestadores de serviços. A ANS não detalhou a informação.

Em 25 de junho de 2013 esta comissão teve notícia através do jornal O Estado de São Paulo de que as operadoras de planos de saúde se aproveitam de uma brecha na regulamentação da ANS para determinar reajustes abusivos à algumas categorias de beneficiários.

Segundo o Instituto de Defesa do Consumidor as operadoras ofertam ao consumidor planos coletivos formado por pessoas da mesma família ou até mesmo vizinhos. Como esta modalidade de serviço não está sujeita à legislação vigente as operadoras cometem toda sorte de abusos como o reajuste exorbitante do valor das mensalidades de a cobrança de uma taxa por sinistralidade.

Em suma a Agência Nacional de Saúde promoveu grande avanço na esfera da saúde suplementar ao retirar de circulação muitas empresas que não tinha capacidade financeira nem idoneidade para atuar no setor. Porém, é omissa e falha em inúmeros aspectos que caberia a ela fiscalizar e promover o bom funcionamento.

5.3 OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Os representantes das operadoras de planos de saúde apresentaram denúncias de situações que repercutem diretamente na qualidade do serviço prestado, no valor da mensalidade paga pelo usuário e no valor dos honorários médicos.

A primeira denúncia se refere aos valores cobrados pelos hospitais para a realização de alguns procedimentos e fornecimento de materiais. Como exemplo, foram citados os casos da unidade de alimentação parenteral e o equipo, que custam respectivamente R\$ 84,00 (oitenta e quatro reais) e R\$ 19,00 (dezenove reais), mas o valor repassado às operadoras pelos hospitais é de aproximadamente R\$ 850,00 (oitocentos e cinquenta reais) por cada unidade.

Os hospitais agregam valor aos equipamentos de forma exacerbada. Chegou ao conhecimento desta CPI através do depoimento da Sra. Dulmar de Conto - ABRAMGE - que para a realização de uma cirurgia de apendicite o médico recebe R\$ 300,00 (trezentos reais) e o hospital R\$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) entre taxa de vídeo, materiais e etc.

Neste diapasão verifica-se a imposição por médicos e hospitais do uso de determinada marca de órtese e prótese sem qualquer embasamento

científico para tanto, apenas por uma questão de parceria estabelecida entre as partes envolvidas.

Todas estas situações oneram a folha das operadoras e criam barreiras ao reajuste dos honorários médicos. São apurações de natureza grave decorrentes de uma lacuna da legislação federal que atribui a ANS a competência para fiscalizar não somente as operadoras de planos de saúde, deixando todos os demais setores que compõe a saúde suplementar de fora da regulação e fiscalização da Agência.

Os méritos da ANS foram ressaltados como a criação de uma série de normas que impossibilitou a atuação de operadoras sem o suporte financeiro necessário ao exercício da empresa e a aplicação efetiva de multas pelo descumprimento das resoluções por ela editadas.

Os representantes das operadoras apresentaram, ainda, como justificativa para a alta das mensalidades e defasagem dos honorários dos prestadores de serviço um raciocínio que, aos olhos desta CPI não tem o condão de justificar a postura das empresas, se não vejamos.

A base do sistema em que atuam as operadoras de planos de saúde é o seguro. O custo final do produto só é conhecido no final, depois de verificado e calculado o sinistro.

Dessa forma, para poder exercer a empresa a operadora faz um cálculo que estima os custos do período e com base nesta estimativa a operadora programa o exercício de suas atividades.

Considerando este paradigma de atuação as empresas apresentam como justificativa para a alta das mensalidades e defasagem dos honorários dos médicos os seguintes fatores: as exigências feitas pela ANS no que diz respeito a capacidade financeira da empresa e cumprimento do rol de procedimentos por ela estabelecido; o advento da tecnologia; o envelhecimento da população e as liminares judiciais.

Segundo as operadoras esses fatores oneram a folha das empresas reduzindo o faturamento, uma vez que o custo gerado nestas circunstâncias foge ao que estava previsto no cálculo atuarial do sinistro.

Em que pese a coerência do raciocínio, prestar atendimento ao beneficiário idoso e custear a realização de exames e tratamentos complexos, neste caso, nada mais é do que a finalidade para qual a empresa foi criada. As operadoras apresentam como barreiras ao seu funcionamento a prestação do serviço para o qual foram contratadas. Uma seguradora que pretende funcionar gerindo e distribuindo os lucros gerados pelas mensalidades dos segurados, considerando como adversidade a cobertura do sinistro.

Se o cálculo atuarial não abarca o atendimento dessas necessidades, seja por defasagem, seja por ignorância de tais fatores, a estimativa deve ser refeita considerando os novos elementos, e, se a margem de lucro das empresas cair ainda mais, a estrutura e a viabilidade da empresa devem ser revistas ao invés do mero repasse dos custos ao consumidor e aos prestadores de serviço. O lucro é fator de risco do negócio.

5.4 AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

5.4.1 CÂMARA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA - 23/05/2013

O representante do PROCON informou que o recorde de reclamações no órgão de defesa do consumidor se refere ao descumprimento arbitrário de beneficiários vinculados a planos empresariais. Uma vez que se destilam da empresa têm seu contrato sumariamente rescindido.

Relatou a denúncia do caso de uma senhora que foi acometida por um AVC (Acidente Vascular Cerebral) e teve seu tratamento interrompido em decorrência da demissão do marido.

A Secretaria de Estado da Saúde determinou a suspensão do atendimento particular e convênios no Hospital Carolina Lupion - único hospital do município de Jaguariaíva - por meio da Resolução SESA 390/2012.

A Comissão solicitou cópia do procedimento que deu origem a referida decisão. O qual tem como base a Lei nº 8.080/90, que determina a exclusividade de atendimento do Sistema Único de Saúde em hospitais que celebram convênio para repasse de verbas públicas.

5.4.2 CÂMARA MUNICIPAL DE LONDRINA - 06/06/2013

Os representantes do PROCON e das operadoras foram unânimes em levantar como principal problema verificado na região a falta de informação ao consumidor quando da conclusão do contrato celebrado com a empresa de plano de saúde. Seria este o cerne de todos os problemas verificados posteriormente, na medida em que ao ter negado um procedimento, o consumidor recorrer ao PROCON ou a ANS que determinam a realização tratamento desconsiderando o fato de não haver previsão contratual daquele serviço. A operadora por sua vez, repassa o custo que tem com o cumprimento destas determinações ao profissional médico deixando de reajustar os honorários destes profissionais.

Segundo o representante do PROCON cabe às operadoras elaborar um contrato com linguagem mais acessível bem como providenciar orientação e treinamento aos profissionais de venda dos seus serviços para que informe efetivamente ao consumidor o que está incluso e o que não está no serviço oferecido.

5.4.3 CÂMARA MUNICIPAL DE CASCAVEL - 14/06/2013

A População do município de Cascavel apresentou as seguintes denúncias: O Sr. Joaquim Rebelo de Oliveira relata um reajuste nas mensalidades do plano que alcançou 1137,25% em 12 anos, passando de R\$ 90,56 (noventa reais e cinquenta e seis centavos) para R\$ 1120,48 (mil cento e vinte reais e quarenta e seus centavos). No mesmo período o salário dos beneficiários foi reajustado em 137,78%. Foi relatado, ainda, que a cobertura dos usuários foi reduzida no mesmo período.

O Sr. Gilceio Jair Klein relatou uma negativa de cobertura verificada nos seguintes termos. A filha do denunciante, beneficiária da UNIMED foi diagnosticada como portadora de taquicardia atrial incessante sendo indicado o tratamento por técnica de ablação do foco ectópico. O cardiologista que diagnosticou a enfermidade indicou para o tratamento, por se tratar de causa complexa verificada em criança, o Dr. Maurício Scanavacca de São Paulo.

O beneficiário informou que a UNIMED negou o tratamento sob o fundamento de que nenhum dos estabelecimentos nos quais o Dr. Scanavacca atende faz parte da rede credenciada.

Em resposta ao ofício enviado à operadora solicitando esclarecimentos, a UNIMED relatou que há outros médicos e hospitais na rede credenciada aptos a realizar o procedimento neste caso, devendo o beneficiário recorrer a um destes profissionais.

O marido da Sra. Cleide Dias Pereira Marques, Sr. Jair Donisete Marques, relatou que em 17/03/13 sua esposa foi internada no Hospital Policlínica com inchaço e dores na perna esquerda. Após o diagnóstico de trombose ficou internada e passou por cirurgia com uso de cateter no dia 19/03/13 na Clínica Digicor. Em seguida foi encaminhada para UTI do Hospital Policlínica e durante os procedimentos sofreu um AVC que atingiu o cerebelo, deixando sequelas de fala e coordenação motora. Recebeu alta, e em casa, no dia 05/04/13 teve complicações graves e foi internada em caráter de urgência no Hospital São Lucas onde ficou mais uma semana em UTI.

Uma vez estabilizado o quadro da beneficiária, que agora precisa de cuidados especiais, a família recebeu um comunicado da Clínica Digicor informando que a AMIL negou o pagamento dos procedimentos e que, portanto, deve arcar com as despesas de R\$ 40.970,00 (quarenta mil, novecentos e setenta reais) referentes ao seu tratamento.

Os beneficiários receberam a informação de que a Clínica Digicor não seria credenciada da AMIL e que por isso a operadora não efetuará o pagamento dos procedimentos. A Digicor informou que faz parte da rede credenciada da AMIL que esta deu justificativas diversas para o não pagamento das despesas da Sra. Cleide.

Para a Clínica a operadora disse não haver necessidade da liberação dos procedimentos ao passo que para os beneficiários enviou comunicado alegando que a Clínica Digicor não seria credenciada.

A AMIL informou que houve um equívoco na resposta enviada aos beneficiários e que já deu entrada nos procedimentos necessários para efetuar o pagamento das despesas a entidade que realizou o tratamento na beneficiária.

6. ENCAMINHAMENTOS

Em face de tudo o que foi exposto e com base em toda a documentação trazida à análise desta Comissão, que segue em apêndice para consulta, esta CPI propõe:

6.1. Notificar a ANS para que faça um esforço concentrado de fiscalização no Paraná com relação cumprimento de contratos com os prestadores de serviços e usuários;

6.2. Sugerir que a ANS regulamente os contratos celebrados entre as operadoras e os cirurgiões dentistas no que diz respeito ao reajuste dos honorários, considerando a peculiaridade de seus serviços.

6.3. Cobrar explicações da ANS com relação aos planos em grupo e particulares sobre as diferenças de reajustes e sobre a legalidade da prática;

6.4. Sugerir a ANS, Ministério Público Federal e operadoras, um TAC para que insiram nos contratos em vigência o item que assegure o reajuste aos prestadores de serviço - médicos e dentistas - conforme a normativa 49.

6.5. Acionar o Ministério Público Federal para que a ANS fiscalize e faça cumprir as normativas que ela própria cria.

6.6. Sugerir uma proposta de lei para ser apresentada pela Bancada Paranaense no Congresso Nacional tornando lei algumas normativas da ANS para que sejam cumpridas na íntegra sem a desculpa de que a ANS não tem o poder de obrigar.

6.7. Sugerir um projeto de lei ao Congresso Nacional para que aumente o rol de competências da ANS, permitindo que ela emita resoluções com o fito de regulamentar as atividades dos hospitais, clínicas e prestadores de serviços, garantindo a regulação da saúde suplementar como um todo. Sugerir ao Congresso Nacional para que apresente um projeto de lei para que a Agência Nacional de Saúde Suplementar passe a regular todos os serviços assistenciais não públicos: Hospitais, clínicas, consultórios, serviços de diagnóstico, etc., estabelecendo mecanismos de regulação e controle de qualidade assistencial, bem como econômico-financeira, com legislação específica.

6.8. Apresentar nesta Casa um projeto de Lei Regulamentando a questão dos honorários dos médicos e dos cirurgiões dentistas no estado do Paraná, com respaldo nas determinações constantes das normativas da Agência Nacional de Saúde pertinentes ao tema.

6.9. Criar uma Comissão, ligada à Comissão Permanente de Saúde ou comissão Permanente de Defesa do Consumidor, para que fiscalize a atuação dos planos de saúde no estado do Paraná.

6.10. Sugerir que as audiências da ANS sejam transmitidas ao vivo via Internet.

6.11. Solicitar ao Conselho Federal e Regional de Medicina para que controle o recebimento de comissões entre médicos e indústria farmacêutica.

6.12. Solicitar ao Conselho Federal e Regional de Medicina que crie medidas que visem inibir a prática de comissionamento nas indicações de órteses e próteses, como por exemplo, acrescentar ao texto do Código de Ética a obrigatoriedade de indicação de no mínimo três opções de três fabricantes diferentes do mesmo produto, sendo que um deles deve ser nacional.

6.13. Propor ao Ministério Público para empreender um processo de investigação sobre procedência, fabricantes, distribuidores média de valores, em âmbito nacional de próteses, órteses, materiais especiais medicamentos oncológicos, antibióticos, monoclonais, alimentação industrial, etc.

6.14. Sugerir que a bancada paranaense envie uma proposta de Lei ao Congresso Nacional para que aprove uma Lei com incentivos fiscais/tributários às empresas nacionais fabricantes de órteses, próteses ortopédicas e outras, catéteres, bombas de infusão, molas cirúrgicas e demais materiais utilizados na saúde;

6.15. Oficiar a ANS sugerindo a regulamentação de ampliação de produtos (órteses, próteses ortopédicas e outras, catéteres, bombas de infusão, molas cirúrgicas e demais materiais utilizados na saúde) a serem ofertados.

6.16. Sugerir ao Inmetro que classifique as órteses e próteses importadas indicando as opções nacionais que possuam a mesma qualificação em eficiência das nacionais, criando uma tabela de equivalência entre as mesmas.

À vista do exposto, esta relatoria encerra o presente relatório e o submete a aprovação no Plenário desta Casa de Leis

DEPUTADO ANIBELLI NETO
Relator

83123/2013

Atos de Pessoal

Comissão Executiva

ATO DA COMISSÃO EXECUTIVA Nº 1711/2013

A Comissão Executiva da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, no uso de suas atribuições regimentais, com base no que dispõe as Leis Estaduais nº 16.390, de 2 de fevereiro de 2010, e nº 6.174, de 16 de novembro de 1970, tendo em vista o contido no processo protocolado sob o nº 10.336, de 29 de agosto de 2013,

RESOLVE:

Prover CARLA CECCON, Matrícula nº 11.269, portadora do RG 8.565.921-9/PR, no cargo em comissão de simologia G2, junto LIDERANÇA DO M.D., a partir de 1º de agosto de 2013.

Palácio XIX de Dezembro, em 29 de agosto de 2013

VALDIR ROSSONI
Presidente

PLAUTO MIRÓ
1º Secretário

ADEMIR BIER
2º Secretário

ATO DA COMISSÃO EXECUTIVA Nº 1712/2013

A Comissão Executiva da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, no uso de suas atribuições regimentais, com base no que dispõe as Leis Estaduais nº 16.390, de 2 de fevereiro de 2010, e nº 6.174, de 16 de novembro de 1970, tendo em vista o contido no processo protocolado sob o nº 10.334, de 29 de agosto de 2013,

RESOLVE:

Prover MANOEL LUCIANO DE ANDRADE, Matrícula nº 11.277, portador do RG 9.253.433-2/PR, no cargo em comissão de simologia G5, junto LIDERANÇA DO M.D., a partir de 1º de agosto de 2013.

Palácio XIX de Dezembro, em 29 de agosto de 2013

VALDIR ROSSONI
Presidente

PLAUTO MIRÓ
1º Secretário

ADEMIR BIER
2º Secretário

83160/2013

Editais e Contratos

EXTRATO DO CONTRATO Nº 010/2013

CONTRATANTE: ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

CONTRATADA: ATITUDE DISTRIBUIÇÃO DE BOLETINS JURIDICOS LTDA
OBJETO: O presente contrato tem por objeto a leitura das publicações divulgadas no(s) Diário(s) da Justiça, e também no PROJUDI nominativas ao aderente e as disponibiliza em seu endereço eletrônico www.atitudeljur.com.br ou www.atitudeljuridica.com.br com acesso às mesmas através de login e senha própria, previamente fornecida pela Contratada.

VALOR Anual: R\$ 2.650,00 (dois mil seiscentos e cinquenta reais)

VIGENCIA: 12 (doze) meses

DOTAÇÃO: 001.001.4000.3390.3901

FORO: Comarca de Curitiba, Estado do Paraná.

83152/2013

AVISO DE EDITAL

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

Pregão, na Forma Eletrônica nº 047/2013

Data da abertura: 17/09/2013

Horário: 09h00min

Objeto: AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE EXPEDIENTE PARA A ALEP.

Valor máximo: R\$ 8.082,00 (oito mil e oitenta e dois reais).

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

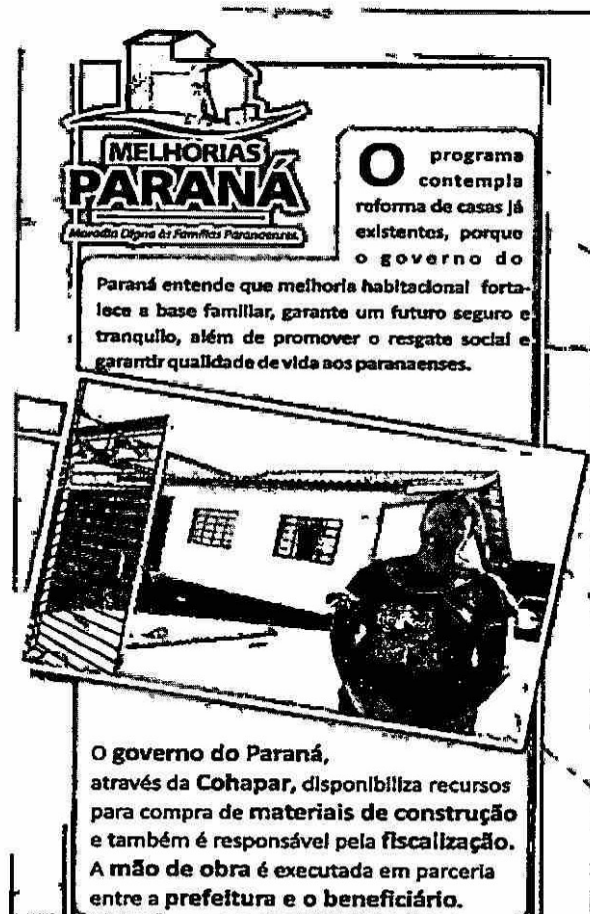
www.bbnnct.com.br

Dotação: 001.001.4000.3390.3013.

Diretoria de Apoio Técnico

Curitiba, 04 de Setembro de 2013.

83154/2013



MELHORIAS PARANÁ
Moradia Digna às Famílias Paranaenses.

O programa contempla reforma de casas já existentes, porque o governo do Paraná entende que melhoria habitacional fortalece a base familiar, garante um futuro seguro e tranquilo, além de promover o resgate social e garantir qualidade de vida aos paranaenses.

O governo do Paraná, através da Cohapar, disponibiliza recursos para compra de materiais de construção e também é responsável pela fiscalização. A mão de obra é executada em parceria entre a prefeitura e o beneficiário.

COHAPAR
Companhia de Habitação do Paraná

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO