

PODER LEGISLATIVO



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

PROJETO DE RESOLUÇÃO

Nº: 18/2013

AUTORES: COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO

SÚMULA:

APROVA O RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO
PARLAMENTAR DE INQUÉRITO PARA INVESTIGAR E
FISCALIZAR OS PROCEDIMENTOS DAS EMPRESAS
OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE.

PROTOCOLO Nº: 7831/2013



00042116



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



PROJETO DE RESOLUÇÃO Nº 18/13

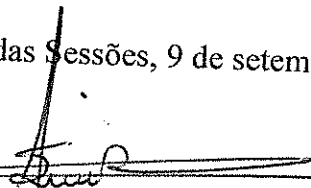
LIDO NO EXPEDIENTE
CONCEDIDO APOIAMENTO A D. L.
Em, 09 SET. 2013
1º Secretário

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.

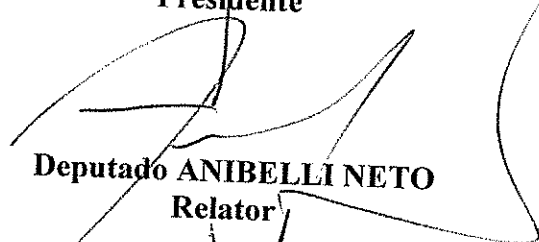
Art. 1º Fica aprovado o Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de Planos de Saúde no Estado do Paraná, constituída pelo Ato do Presidente nº 19/2012, publicado no Diário Oficial da Assembleia nº 318, de 6/11/2012, suas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

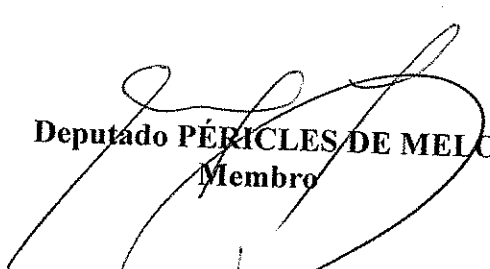
Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

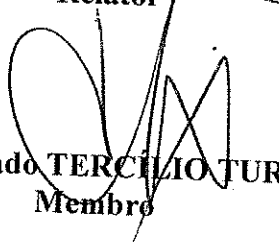
Sala das Sessões, 9 de setembro de 2013.

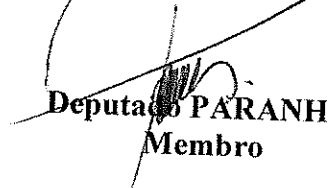

Deputado ADELINO RIBEIRO
Presidente

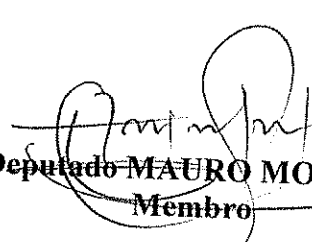

Deputado STEPHANES JUNIOR
Vice-Presidente


Deputado ANIBELLI NETO
Relator


Deputado PÉRICLES DE MELO
Membro


Deputado TERCÍLIO TURINI
Membro


Deputado PARANHOS
Membro


Deputado MAURO MORAES
Membro

15:34 09/09/2013 007831 DP ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ



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 Wandsheer. 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 Wandsheer: 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
PRESIDENTERichard Rüppel Sotó Maior
Secretário

83147/2013

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

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

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

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

2.2 DA COMPOSIÇÃO

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

2.3 DO FUNCIONAMENTO

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

3. DO PRAZO

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

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

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

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

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

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

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 descresciar, mas de forma individual, não caracterizando, portanto, formação de cartel.

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

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

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

Quanto aos descrescimentos 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 descresciamento representa bastante para o plano de saúde, como na linha da geriatria, pneumologia, dermatologia e neurologia, neurocirurgia, neuropsiquiatria.

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

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

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

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



paga a conta do seu consultório. Os pediatras estão virando burocratas e auditores de empresas. Porque não conseguem, com a consulta médica, pagar os custos de um consultório médico. Isso é público e notório. No concurso de residência médica não se arruma médicos fazendo curso 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 cedermos um pouco nos seus lucros e os repassarem a quem os faz ter o lucro. É o trabalho médico que dá o lucro à operadora. Não existe operadora sem médico.

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

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

DEPOIMENTOS 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA

Depoimento Dr. Alexandre Gustavo Bley
Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná

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

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

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

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

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

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

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

Não é possível fazer saúde com R\$ 80,00 (oitenta reais) por mês e quem vai pagar essa conta é a produção. São os médicos, são os hospitais. E não há interesse em regulamentar. A ANS já mostrou a que veio. Uma agência que está sendo construída para a privatização do sistema público. Várias reclamações já foram feitas perante ANS. A Agência sabe que não existe cumprimento das Resoluções que ela emite por parte das operadoras. Seria muito tranquilo se existisse uma lei que outorgasse a fiscalização ao Conselho, dando a possibilidade de cassar o registro de uma operadora e, 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 Conselhos não podem – e isso ainda está em âmbito judicial – penalizar ou responsabilizar os Diretores Técnicos das operadoras.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relatou que os médicos que atendem as operadoras do Plano de Saúde se mobilizaram nos últimos anos com a ameaça de paralisar os seus atendimentos em virtude da ausência de reajuste nos honorários há mais de 10 anos por parte da esmagadora maioria dos planos de saúde.

O levantamento efetuado pelos sindicatos dos médicos constatou que enquanto a inflação variou 105,36% nos anos (2000 a 2010), as mensalidades dos planos de saúde aumentaram cerca de 137%. Para os usuários de planos de saúde de faixa etária mais avançada, os reajustes

chegaram até quase 500%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DEPOIMENTOS 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA

Depoimento Dr. Francisco Telles
Diretor de Fiscalização da ANS

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

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

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

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

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

prestadores. Mas não está despreocupada com este tema.

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

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

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

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

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

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

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

Depoimento Sr. Maurício Nunes
Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Essa norma também estabeleceu um pouco das relações com os

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

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

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

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

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

Depoimento Dr. Gabriel Schulman Advogado Convidado

Declarou que uma informação bastante pertinente diz respeito à complementaridade do Subsistema Público de Saúde. Se o tratamento médico que é negado pelo Plano de Saúde esse tratamento é custeado pelo particular (o que é injusto) ou é custeado pela saúde do Paraná, ou seja o custo que deveria ser da operadora é transferido 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, estanque - que é certo produto utilizado, por exemplo, para cirurgias vasculares - e os tratamentos oncológicos, talvez sejam aqueles que são mais habituais. Com a mesma habitualidade, o que se verifica são os reajustes abusivos em algumas categorias de modo especial, entre as quais os aposentados. A pessoa se distancia da empresa e fica um pouco à mercê, não tem o RH para se socorrer, tem uma idade avançada - e as viúvas também, quando falece o titular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

O contrato tem que ser respeitado, evidentemente. Mas existem alguns contratos que trazem disposições contrárias à lei. Exemplo: contratos que são anteriores à Lei nº 9.656, que é a lei que regulamenta, com todas as suas outras normalizações, porque não é só ela que trata dos planos de saúde e dá outras providências. Ela estabelece que um rol de procedimentos mínimos, dependendo do tipo de atendimento que o consumidor contrata: ambulatorial, hospitalar, tem que ser respeitado. 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 os assistentes de saúde bucal, ou os técnicos que trabalham juntos e que fazem parte também da formação do preço, luz, água e as salas.

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

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

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

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

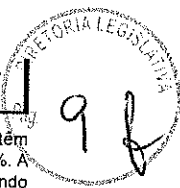
Sobre a realização excessiva desse exame declarou que se é feita uma extração de três ou quatro dentes, o plano pede uma radiografia antes do procedimento e uma radiografia depois do procedimento e com isso está expondo o paciente à tomada radiográfica desnecessária. O procedimento foi realizado, o paciente 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.

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 Biazon
Procurador do Conselho Regional de Odontologia do Paraná

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

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

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

DEPOIMENTOS 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA
Depoimento Cadri Massuda
ABRAMGE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Terceiro fator: medicamentos, órtese e prótese. Órtese e prótese, hoje, representam 15% do sinistro. Todos os materiais estão cada vez mais caros, cada vez mais complexos e que se observa que depois de um tempo os resultados são muito parecidos com os que estavam sendo usados. Então, existe uma tendência 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 carteirinha do produto no cadastro. Existem clientes homônimos. Como o caso de uma cliente que se chama Ana Paula de Souza, ela teve um parto em 2003 em Fortaleza. Depois ela teve uma curetagem pós-parto no Rio de Janeiro, em agosto. E em janeiro de 2004 ela teve outra curetagem pós-aborto em São Bernardo. Procuramos essa Ana Paula de Souza, e, pasmem, ela nunca saiu de Curitiba, nunca engravidou, e nós tivemos que pagar três cobranças.

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

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

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

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

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

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

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

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

Se tomarmos como média um valor de reajuste, um valor de consulta de honorários de R\$60,00, imaginando que um profissional médico, ele consiga fazer uma consulta em 30 minutos – o recomendado até é uma hora, mas na verdade, 30 minutos, se você imaginar no final, a remuneração desse médico, beira ali R\$21 mil/mês. Só para trazer uma média da realidade da Fenasaúde. Quais são os limitadores e os desafios? Por que não dá para sair de 60, ir para 120, ou para 400? Qual é a realidade, o limite que não são informes aí? De forma geral, tivemos em um período recente, uma migração importante que aconteceu nesse País, entre as classes econômicas. Uma ascensão social que permitiu a um 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. A ANS enverga só um lado. A Unidas não é uma operadora, é um órgão que congrega entidades de autogestão, que são entidades sem fins lucrativos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 do Iguaçu, a Uniodonto Cascavel, a Uniodonto Paranavai, a Uniodonto Umuarama, a Uniodonto Pato Branco, Cornélio Procopio, Apucarana. Porém, com o advento da ANS o mecanismo de operadoras foi alterado. Houve um custo, um acréscimo do custo da operação e pelos valores do ticket odontológico ficaram inviáveis alguns setores nas cooperativas odontológicas.

Hoje a nossa massa está distribuída da seguinte maneira: a Uniodonto Maringá, nós temos 94 cooperados, 12.530 beneficiários e ela não apresenta nenhum processo no Procon de usuários; a Uniodonto Londrina, ela tem 181 cooperados, 14.309 beneficiários e não apresenta também nenhuma situação no Procon; a Uniodonto Ponta Grossa, ela tem 78 cooperados, 8.849 beneficiários e nenhum problema no Procon; e a Uniodonto Curitiba, que tem 420.105 beneficiários, hoje, um total de 1.606 cooperados e todas as situações perante o PROCON, elas estão de 2010, 1.106 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 sonegou as informações solicitadas, considerando que as tinha em seu poder, apenas não da forma mais conveniente e prática de ser compilada e enviada nos parâmetros solicitados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) Autos nº 33902.367251/2011-28. Trata das irregularidades cometidas pela AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL – A operadora foi oficiada para apresentar cópia de 05 (cinco) instrumentos jurídicos celebrados com prestadores de serviços médicos. A empresa não se manifestou e sua conduta deu origem a uma representação que se encontra na Gerência de Fiscalização Regulatória da ANS, sem nenhum desfecho até o momento em que as informações foram enviadas. A Agência não informou o número da representação para acompanhamento.
- 2) Autos nº 33902.098170/2010-91. Relativo à operadora SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO E SAÚDE. A operadora não apresentou os documentos no prazo devido, razão pela qual foi representada pela ANS. Após apresentados os documentos a empresa foi novamente representada por não cumprir as regras estabelecidas para a formalização dos instrumentos jurídicos firmados com os prestadores de serviço.
- 3) Autos nº 33902.105235/2010-62. A FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ adequou seus contratos de prestação de serviço e o processo foi arquivado.
- 4) Autos nº 33902.012850/2006-40. A CAIXA DE ASSISTÊNCIA AOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL foi multada em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) pela ausência em seus contratos de cláusula contemplando a periodicidade dos reajustes da remuneração dos prestadores de serviços.
- 5) Autos nº 33902.105242/2010-64. A FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL foi representada em decorrência da verificação de diversas irregularidades nos contratos firmados com seus prestadores de serviços. A ANS não detalhou a informação.

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

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

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

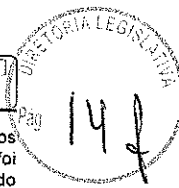
5.3 OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.4 AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

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

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

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

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

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

5.4.2 CAMARA MUNICIPAL DE LONDRINA - 06/06/2013

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

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

5.4.3 CAMARA MUNICIPAL DE CASCAVEL – 14/06/2013

A População do município de Cascavel apresentou as seguintes denúncias: O Sr. Joaquim Rebelo de Oliveira relata um reajuste nas mensalidades do plano que alcançou 1137,25% em 12 anos, passando de R\$ 90,56 (noventa reais e cinquenta e seis centavos) para R\$ 1120,46 (mil cento e vinte reais e quarenta e seis centavos). No mesmo período o salário dos beneficiários foi reajustado em 137,78%. Foi relatado, ainda, que a cobertura dos usuários foi reduzida no mesmo período.

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

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

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

O marido da Sra. Cleide Dias Pereira Marques, Sr. Jair Donisete Marques, relatou que em 17/03/13 sua esposa foi internada no Hospital Policlínica com inchaço e dores na perna esquerda. Após o diagnóstico de trombose ficou internada e passou por cirurgia com uso de cateter no dia 19/03/13 na Clínica Digicor. Em seguida foi encaminhada para UTI do Hospital Policlínica e durante os procedimentos sofreu um AVC que atingiu o cérebro, 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 regule os contratos celebrados entre as operadoras e os cirurgiões dentistas no que diz respeito ao reajuste dos honorários, considerando a peculiaridade de seus serviços.
- 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, cateteres, 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, cateteres, bombas de infusão, molas cirúrgicas e demais materiais utilizados na saúde) a serem ofertados.

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

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

DEPUTADO ANIBELLI NETO
Relator

83123/2013

Atos de Pessoal

Comissão Executiva

ATO DA COMISSÃO EXECUTIVA Nº 1711/2013

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

RESOLVE:

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

Palácio XIX de Dezembro, em 29 de agosto de 2013

VALDIR ROSSONI
Presidente

PLAUTO MIRÓ
1º Secretário

ADEMIR BIER
2º Secretário

ATO DA COMISSÃO EXECUTIVA Nº 1712/2013

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

RESOLVE:

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

Palácio XIX de Dezembro, em 29 de agosto de 2013

VALDIR ROSSONI
Presidente

PLAUTO MIRÓ
1º Secretário

ADEMIR BIER
2º Secretário

83150/2013

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.atitudejur.com.br ou www.atitudejuridica.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.bhhmnet.com.br

Dotação: 001.001.4000.3390.3013.

Diretoria de Apoio Técnico

Curitiba, 04 de Setembro de 2013.

83154/2013

MELHORIAS PARANÁ
Melhoria Digna da Família Paranaense

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



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Diretoria Legislativa

Certifico que o presente expediente, protocolado sob nº 7831/13 – DAP, em 09/09/13, foi autuado nesta data como Projeto de Resolução nº 18/13.

Curitiba, 10 de setembro de 2013.

Fátima R. Vicente
Matrícula 40.154

- 1- Ciente;
- 2- Encaminhe-se à Diretoria de Assistência ao Plenário para inclusão em pauta.

Curitiba, 10 de setembro de 2013.

Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA AO PLENÁRIO
CHECK LIST DAS PROPOSIÇÕES RECEBIDAS

DAP

Fls. H

- () PROJETO DE LEI NUMERADO N° _____/_____
(X) PROJETO DE RESOLUÇÃO N° 18 / 2013
() PROJETO DE DECRETO N° _____/_____
() PEC – EMENDA CONSTITUCIONAL N° _____/_____
() INDICAÇÃO NUMERADO N° _____/_____
() RECURSO AO PLENÁRIO N° _____/_____

() C/ ANEXO _____

() S/ ANEXO

(X) PROJETO NA ÍNTEGRA (COM JUSTIFICATIVA)

() REGIME DE URGÊNCIA

() PARECER DA CCJ AO PROJETO () C/ EMENDA () S/ EMENDA

() PARECER DA COMISSÃO _____

() PARECER DA COMISSÃO _____

() PARECER DA COMISSÃO _____

() PARECER DA COMISSÃO _____

() EMENDA DA COMISSÃO _____

() EMENDA DA COMISSÃO _____

() EMENDA DA COMISSÃO _____

() PARECER DA CCJ À EMENDA:

() PLENÁRIO () FAVORÁVEL () CONTRÁRIO

() COMISSÃO _____ () FAVORÁVEL () CONTRÁRIO

RECEBIDO Saudie EM 11 / 09 / 2013

REVISADO EDIR EM 11 / 09 / 2013



REQUERIMENTO

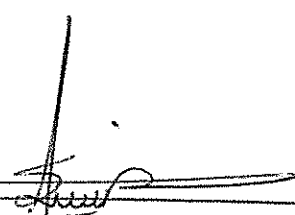


Requer a dispensa de Redação Final para o Projeto de Resolução nº. 18/13, da Ordem do Dia.

Senhor Presidente:

O Deputado que o presente subscreve no uso de suas atribuições regimentais, **REQUER**, após ouvido o Plenário a **dispensa de redação final** para o Projeto de Resolução nº. 18/13, da presente Ordem do Dia, pois o mesmo não recebeu emenda no curso de sua tramitação.

Sala das Sessões, 18 de setembro de 2013.


ADELINO RIBEIRO
DEPUTADO ESTADUAL



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA AO PLENÁRIO

À Secretaria-Geral da Presidência para assinatura do
autógrafo.

DAP, em 18 de setembro de 2013.


Gianna Carneiro da Silva
Mat. 40.876

De acordo.


Luígia Felicidade Dias
Diretora de Assistência ao Plenário



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



RESOLUÇÃO Nº 11/2013

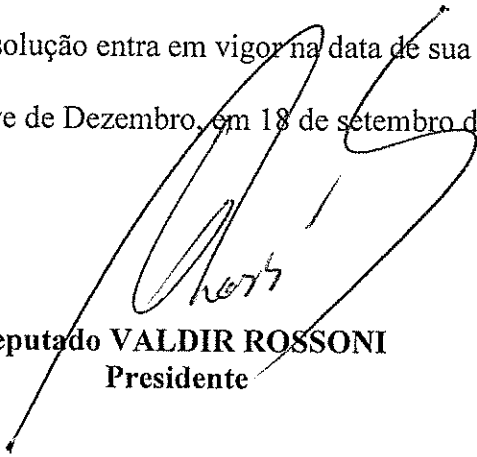
Aprova Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de Planos de Saúde no Estado do Paraná.

A Assembleia Legislativa do Estado do Paraná aprovou e eu promulgo, nos termos do artigo 73 da Constituição Estadual, combinado com o artigo 122 do Regimento Interno, a seguinte Resolução:

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.

Palácio Dezenove de Dezembro, em 18 de setembro de 2013.


Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Resolução nº 11/2013

fls.2.



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 de outubro de 2012 e constituída pelo Ato do Presidente nº 19/2013, publicado no diário Oficial da Assembleia nº 318, de 6 de novembro de 2012.

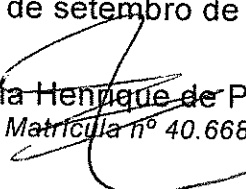
RCP/MRP/TSC/GCS

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



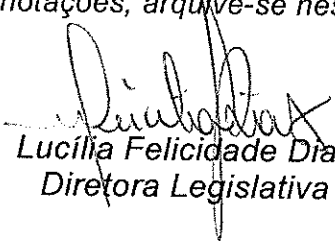
Certifico que, conforme cópia anexa, a Resolução decorrente do Projeto de Resolução nº 18/2013, de autoria da Comissão Parlamentar de Inquérito, foi publicado no Diário Oficial da Assembleia nº 511, de 20/9/2013, tendo sido promulgado a Resolução nº 11, de 18/9/2013.

Curitiba, 23 de setembro de 2013.


Maria Henrique de Paula
Matrícula nº 40.668

1-O processo está concluído com a cópia e publicação da Resolução;

2-Após anotações, archive-se nesta Diretoria.


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

DOCUMENTO CERTIFICADO

CÓDIGO LOCALIZADOR:
322321013

Documento emitido em 23/09/2013 09:38:48.

Diário Oficial da Assembleia
Nº 511 | 20/09/2013 | PÁG. 10Para verificar a autenticidade desta página, basta informar o
Código Localizador no site do DIOE:
www.imprensaoficial.pr.gov.br

que institui o Sistema Meteorológico do Paraná, S. da CCJ, Comissão de Finanças e Comissão de C. Em votação. Votos favoráveis: 44. Encerrada a votação. *Votaram "sim": Ademar Traiano, Ademir Bier, Alceu Maron Filho, Ariagão Junior, Belinati, Bernardo Ribas Carli, Dr. Batista, Dúlio Genari, Elton Welter, Enio Scanavaca, Francisco Bühner, Gilberto Martin, Hermas Brandão Jr., Jonas Guimarães, Lucia Carlos Martins, Maria Tureck, Mauro Moraes, Nereu Moura, Ney Leprevost, Pastor Edson P. Lemos, Rasca Rodrigues, Roberto Aciolli, Rose Turini, Teruo Kato, Toninho Wandscheer, Waldy Deputados). Não votaram: Andre Bueno, Caio Q.*

Ruschi, Nelson Garcia, Paranhos, Péricles de Mello, Plauto Miró, Tadeu Veneri e Valdir Rossoni (10 Deputados). Com 44 votos favoráveis e nenhum voto contrário, está aprovado o Projeto de Lei nº 330/2013.

ITEM 9 - 2ª Discussão do Projeto de Lei nº 357/2013, de autoria do Deputado Douglas Fabricio, que declara de utilidade pública o Lar Dom Bosco, Comunidade Terapêutica, com sede e foro no Município de Campo Mourão. Com parecer favorável da CCJ. Em discussão. Em votação. Votos favoráveis: 42. Encerrada a votação. *Votaram "sim": Adelino Ribeiro, Ademar Traiano, Ademir Bier, Alceu Maron Filho, Alexandre Curi, Anibelli Neto, Ariagão Junior, Belinati, Bernardo Ribas Carli, Cleiton Kiese, Douglas Fabricio, Dr. Batista, Dúlio Genari, Elton Verri, Evandro Junior, Fernando Scanavaca, Francisco Bühner, Gilberto Martin, Gilberto Ribeiro, Gilson de Souza, Hermas Brandão Jr., Jonas Guimarães, Luciana Rafagnin, Luiz Accorsi, Luiz Carlos Martins, Maria Tureck, Mauro Moraes, Nelson Luersen, Nereu Moura, Ney Leprevost, Pastor Edson Praczyk, Pedro Lupion, Professor Lemos, Rasca Rodrigues, Roberto Aciolli, Rose "Litro", Stephanes Junior, Terecilio Turini, Teruo Kato, Toninho Wandscheer, Waldy Pugliesi e Wilson Quinteiro (42 Deputados). Não votaram: Andre Bueno, Caio Quintana, Cantora Mara Lima, Elton Rusch, Elton Welter, Nelson Garcia, Nelson Justus, Paranhos, Péricles de Mello, Plauto Miró, Tadeu Veneri e Valdir Rossoni (12 Deputados).* Com 42 votos favoráveis e nenhum voto contrário, está aprovado o Projeto de Lei nº 357/2013.

ITEM 10 - 2ª Discussão do Projeto de Lei nº 370/2013, de autoria do Deputado Nelson Justus, que declara de utilidade pública a Fundação de Apoio ao Desenvolvimento da Faculdade Estadual de Filosofia, Ciências e Letras de Paranaguá e da Universidade Estadual do Paraná, com sede e foro no Município de Paranaguá. Com parecer favorável da CCJ. Em discussão. Em votação. Votos favoráveis: 43. Encerrada a votação. *Votaram "sim": Adelino Ribeiro, Ademar Traiano, Ademir Bier, Alceu Maron Filho, Anibelli Neto, Ariagão Junior, Belinati, Bernardo Ribas Carli, Cantora Mara Lima, Cleiton Kiese, Douglas Fabricio, Dr. Batista, Dúlio Genari, Elton Welter, Enio Verri, Evandro Junior, Fernando Scanavaca, Francisco Bühner, Gilberto Martin, Gilberto Ribeiro, Gilson de Souza, Hermas Brandão Jr., Jonas Guimarães, Luciana Rafagnin, Luiz Accorsi, Luiz Carlos Martins, Maria Tureck, Mauro Moraes, Nelson Justus, Nelson Luersen, Ney Leprevost, Pastor Edson Praczyk, Pedro Lupion, Professor Lemos, Rasca Rodrigues, Roberto Aciolli, Rose "Litro", Stephanes Junior, Terecilio Turini, Teruo Kato, Toninho Wandscheer, Waldy Pugliesi e Wilson Quinteiro (43 Deputados). Não votaram: Alexandre Curi, Andre Bueno, Caio Quintana, Elton Rusch, Nelson Garcia, Nereu Moura, Paranhos, Péricles de Mello, Plauto Miró, Tadeu Veneri e Valdir Rossoni (11 Deputados).* Com 43 votos favoráveis e nenhum voto contrário, está aprovado o Projeto de Lei nº 370/2013.

ITEM 11 - 2ª Discussão do Projeto de Lei nº 389/2013, de autoria do Deputado Terecilio Turini, que declara de utilidade pública a Associação Brasileira de Educação Musical, com sede e foro no Município de Londrina. Com parecer favorável da CCJ. Em discussão. Em votação. Votos favoráveis: 39. Encerrada a votação. *Votaram "sim": Adelino Ribeiro, Ademar Traiano, Ademir Bier, Anibelli Neto, Belinati, Bernardo Ribas Carli, Cantora Mara Lima, Cleiton Kiese, Douglas Fabricio, Dr. Batista, Dúlio Genari, Elton Welter, Enio Verri, Evandro Junior, Fernando Scanavaca, Francisco Bühner, Gilberto Martin, Gilberto Ribeiro, Gilson de Souza, Hermas Brandão Jr., Jonas Guimarães, Luciana Rafagnin, Luiz Accorsi, Maria Tureck, Mauro Moraes, Nelson Justus, Nelson Luersen, Nereu Moura, Ney Leprevost, Pastor Edson Praczyk, Pedro Lupion, Professor Lemos, Rasca Rodrigues, Roberto Aciolli, Rose "Litro", Terecilio Turini, Teruo Kato, Waldy Pugliesi e Wilson Quinteiro (39 Deputados). Não votaram: Alceu Maron Filho, Alexandre Curi, Andre Bueno, Ariagão Junior, Caio Quintana, Elton Rusch, Luiz Carlos Martins, Nelson Garcia, Paranhos, Péricles de Mello, Plauto Miró, Stephanes Junior, Tadeu Veneri, Toninho Wandscheer e Valdir Rossoni (15 Deputados).* Com 39 votos favoráveis e nenhum voto contrário, está aprovado o Projeto de Lei nº 389/2013.

ITEM 12 - 1ª Discussão do Projeto de Resolução nº 18/2013, de autoria da Comissão Parlamentar de Inquérito, que aprova o Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de Planos de Saúde. Em discussão. Em votação. Votos favoráveis: 57. Encerrada a votação. *Votaram "sim": Adelino Ribeiro, Ademar Traiano, Ademir Bier, Anibelli Neto, Ariagão Junior, Belinati, Cantora Mara Lima, Douglas Fabricio, Dr. Batista, Dúlio Genari, Elton Welter, Enio Verri, Evandro Junior, Fernando Scanavaca, Francisco Bühner, Gilberto Ribeiro, Gilson de Souza, Hermas Brandão Jr., Jonas Guimarães, Luciana Rafagnin, Luiz Accorsi, Luiz Carlos Martins, Maria Tureck, Mauro Moraes, Nelson Justus, Nelson Luersen, Nereu Moura, Ney Leprevost, Pastor Edson Praczyk, Pedro Lupion, Professor Lemos, Roberto Aciolli, Rose "Litro", Terecilio Turini, Teruo Kato, Toninho Wandscheer e Wilson Quinteiro (37 Deputados). Não votaram: Alceu Maron Filho, Alexandre Curi, Andre Bueno, Bernardo Ribas Carli, Caio Quintana, Cleiton Kiese, Elton Rusch, Gilberto Martin, Nelson Garcia, Paranhos, Péricles de Mello, Plauto Miró, Rasca Rodrigues, Stephanes Junior, Tadeu Veneri, Valdir Rossoni e Waldy Pugliesi (17 Deputados).* Com 57 votos favoráveis e nenhum voto contrário, está aprovado o Projeto de Resolução nº 18/2013.

(Não havendo mais matéria a ser deliberada, passou-se à votação dos requerimentos.)

REQUERIMENTOS

Requerimento nº 8.053/2013, do Deputado Mauro Moraes, com discussão adiada de Sessão anterior, para envio de menção honrosa aos nomes presentes no anexo deste requerimento, em reconhecimento aos relevantes serviços prestados à comunidade paranaense.

Em discussão. Em votação. Aprovado.

DEPUTADO ADEMAR TRAIANO (PSDB): Para discutir.

SR. PRESIDENTE (Deputado Valdir Rossoni - PSDB): Já foi adiado... Já está aprovado e encaminhado à Diretoria Legislativa para providências. Como dizia o Anibal Khury, Deus não protege quem dorme.

Requerimento nº 8.139/2013, do Deputado Elton Welter, solicitando envio de pedido de informações ao Diretor-Presidente da Companhia Paranaense de Energia, Copel, conforme específica.

DEPUTADO ADEMAR TRAIANO (PSDB): Para discutir.

SR. PRESIDENTE (Deputado Valdir Rossoni - PSDB): Adia-se na forma

los à Diretoria Legislativa para providências. Deputado Nelson Justus, solicitando dispensa de 370/2013, em razão de não ter sofrido emendas no n.ºs 8.124/2013 e 8.125/2013, do Deputado to de pesar às famílias pelo falecimento: dos Srs. 2013, no Município de Capanema, e João Antônio to de Centro Novo, Município de Planalto; **Req- 34/2013**, do Deputado Ney Leprevost, para envio falecimento: da Sra. Sueli Reichmann Surugi, do Sra. Maria Rosa Monteiro Perseke, do Dr. Fran- amil Sidon de Oliveira Jorge; **Requerimento nº** rlos Martins, para envio de voto de pesar à família do Sr. Bartolomeu Fernandes, pelo seu falecimento, ocorrido no dia 11.8.2013, em Curitiba; **Requerimento nº 8.146/2013**, do Deputado Dr. Batista, para envio de voto de pesar à família do Sr. Carlos Alberto Ramos, pelo seu falecimento, ocorrido no dia 13.9.2013, no Município de Marialva; **Requerimento nº 8.153/2013**, dos Deputados Enio Verri, Elton Welter, Péricles de Mello e Luciana Rafagnin, para envio de voto de pesar à família do Sr. Otávio Renato Baroni, Prefeito de Jaguariaiva, pelo seu falecimento, ocorrido no dia 17.9.2013, em Curitiba; **Requerimento nº 8.129/2013**, do Deputado Ney Leprevost, para envio de voto de congratulações à Casa de Faldas do Pequeno Cotelengo, pelos 12 anos de atuação; **Requerimento nº 8.135/2013**, da Deputada Cantora Mara Lima, para envio de voto de congratulações ao Coral Harmonia Pentecostal, da Igreja Evangélica Assembleia de Deus de São José dos Pinhais, pelas comemorações alusivas aos 51 anos de fundação; **Requerimentos nºs 8.140/2013 a 8.142/2013**, do Deputado Terecilio Turini, para envio de voto de congratulações ao Padre Antônio Carlos Pinheiro, ao Sr. Marco Antônio Claudino, e conjuntamente à Dra. Tânia de Campos Dal Porto e ao Dr. Fernando César Dal Porto; **Requerimento nº 8.145/2013**, do Deputado Alceu Maron Filho, solicitando a indicação de menção honrosa à Associação Comercial, Industrial e Agrícola de Paranaguá, pela comemoração do 90º aniversário de fundação, em 4 de outubro; **Requerimento nº 8.147/2013**, do Deputado Gilson de Souza, solicitando menção honrosa aos irmãos e ao Pastor Davi Laurence Boeira de Vargas, da Igreja do Evangelho Quadrangular do Município da Fazenda Rio Grande, pela comemoração do 3º aniversário, em 10 de novembro; **Requerimento nº 8.148/2013**, do Deputado Gilson de Souza, solicitando menção honrosa à Congregação Evangélica Luterana São João, na pessoa de seu Presidente, Sr. Jorge Luis Dambros, pela comemoração de seus 50 anos, em 15 de setembro; **Requerimento nº 8.143/2013**, do Deputado Luiz Carlos Martins, solicitando envio de pedido de informações à Companhia Paranaense de Energia, Copel.

Requerimentos com despacho do Presidente: Requerimento nº 8.128/2013, dos Deputados Ney Leprevost e Dr. Batista, solicitando a realização de Sessão Solene no dia 16.10.2013, às 18h30, no Plenário desta Casa, com a finalidade de reunir a comunidade médica. (A Diretoria Geral e ao Cerimonial para providências.); **Requerimento nº 8.136/2013**, da Deputada Cantora Mara Lima, solicitando a utilização do horário do Grande Expediente da Sessão Ordinária do dia 8.10.2013, para o lançamento oficial da Campanha Outubro Rosa no Estado do Paraná. (A Diretoria Geral e ao Cerimonial para providências.); **Requerimento nº 8.157/2013**, dos Deputados Enio Verri, Toninho Wandscheer, Elton Welter e Luciana Rafagnin, solicitando a destinação do horário do Grande Expediente do dia 14.10.2013 ao Delegado Demétrius Gonzaga de Oliveira, responsável pelo Núcleo de Combate aos Cibercrimes, Nucleber, para explanação sobre o combate aos crimes cometidos através da internet no Estado do Paraná. (A Diretoria Geral e ao Cerimonial para providências.) (Autorizado 15 minutos.)

JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA
Deferido conforme o art. 60, § 3º, alínea "b" do Regimento Interno: **Requerimento nº 8.156/2013**, do Deputado Pedro Lupion, justificando sua ausência na Sessão Plenária do dia 18.9.2013, por motivo de viagem com o Governador do Estado.

Nada mais havendo a tratar, declaro encerrada a Sessão, marcando outra para quarta-feira, dia 18 de setembro, à hora regimental, com a seguinte Ordem do Dia: Redação Final dos Projetos de Lei nºs 203/2011 e 604/2011; 2ª Discussão do Projeto de Resolução nº 18/2013; 1ª Discussão dos Projetos de Lei nºs 555/2012, 94/2013, 110/2013, 161/2013, 239/2013, 312/2013 e 360/2013. "LEVANTA-SE A SESSÃO". (Sessão encerrada às 17h03, tendo sido lavrada a Ata para fins de publicação em atendimento ao disposto no art. 113 do Regimento Interno.)

88929/2013

Processo Legislativo

Comissão Executiva

RESOLUÇÃO Nº 11/2013

Aprova 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 Assembleia Legislativa do Estado do Paraná aprovou e eu promulgo, nos termos do artigo 73 da Constituição Estadual, combinado com o artigo 122 do Regimento Interno, a seguinte Resolução:

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.

Palácio Dezenove de Dezembro, em 18 de setembro de 2013.

Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

88942/2013



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



De: Diretoria Legislativa
Para: Secretaria Geral da Presidência
Assunto: Encaminhamento das recomendações da CPI – Planos de Saúde

Através do presente, encaminhamos a Vossa Senhoria cópias do Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia nº 511 de 20/9/13, para que seja encaminhado à Agência Nacional de Saúde – ANS, Ministério Público, Poder Executivo, Comissão de Saúde Pública e Tribunal de Contas, conforme recomendações previstas no Art. 38 do Regimento Interno da Assembleia Legislativa.

Curitiba, 23 de setembro de 2013.


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

Jeulio 23/09/13
Fátima
SGP



Despacho DL de 23/09/2013

Interessado: CPI dos Planos de Saúde

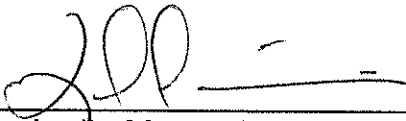
Assunto: Encaminhamento de Cópias do Relatório Final às autoridades competentes

Informação nº 19/2013-SGP

Senhora Diretora,

Para conhecimento e arquivamento junto aos documentos da CPI dos Planos de Saúde, encaminho cópias dos Ofícios de nºs. 426 a 436/2013-GP/SGP, expedidos em cumprimento ao que determina o Regimento Interno desta Casa e o proposto no Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde, aprovado mediante Resolução 11/2013.

Em, 23 de setembro de 2013.



Lydia Montani
Secretária Geral da Presidência



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



Of. nº 426/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhor Procurador Geral,

Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e dos encaminhamentos propostos no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, remeto, para conhecimento e providências que essa Procuradoria Geral da Justiça entender pertinentes, as cópias respectivas.

Na oportunidade, reitero a Vossa Excelência os meus cordiais cumprimentos.

CÓPIA

VALDIR ROSSONI
Presidente

MP/PR - J. MARANHÃO - 24/SET - 14:58

PROTÓCOLO Nº 19740/2013

INTERESSADO: ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO EST. DO PARANÁ

ASSUNTO : ENCAMINHAMENTO DE DOCUMENTAÇÃO

Excelentíssimo Senhor
GILBERTO GIACOIA

Procurador-Geral de Justiça do Ministério Público do Estado do Paraná
NESTA CAPITAL



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



Of. nº 427/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhor Presidente,

Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e do que consta no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, encaminho, para conhecimento dessa Corte de contas, as cópias respectivas.

Na oportunidade, reitero a Vossa Excelência os meus cordiais cumprimentos.



VALDIR ROSSONI
Presidente

Excelentíssimo Senhor
Conselheiro Artagão de Mattos Leão
Presidente do Tribunal de Contas do Estado do Paraná
NESTA CAPITAL

municipais e requisitar os serviços de quaisquer autoridades, inclusive policiais;

III - incumbir qualquer de seus membros, ou funcionários requisitados dos serviços administrativos da Assembleia, da realização de sindicâncias ou diligências necessárias aos seus trabalhos, dando conhecimento prévio à Mesa;

IV - deslocar-se a qualquer ponto do território estadual para a realização de investigações e audiências públicas;

V - estipular prazo para o atendimento de qualquer ponto do território estadual para a realização de investigações e audiências públicas;

VI - estipular prazo para o atendimento de qualquer providência ou realização de diligência sob as penas da lei, exceto quando da alçada de autoridade judiciária;

VII - se forem diversos os fatos inter-relacionados objeto do inquérito, dizer em separado sobre cada um, mesmo antes de finda a investigação dos demais.

Parágrafo único As Comissões Parlamentares de Inquérito valer-se-ão, subsidiariamente, das normas contidas no Código de Processo Penal.

Art. 38 Ao término dos trabalhos a Comissão apresentará à Presidência da Casa relatório circunstanciado, com as conclusões alcançadas para que esta, no prazo de 5 (cinco) sessões, contadas do seu recebimento, faça-o publicar no Diário da Assembleia e o encaminhe:

I - à Mesa Executiva para as providências de sua alçada e submissão do relatório ao Plenário, para discussão e votação, dentro de 5 (cinco) sessões contadas do recebimento do relatório pela Mesa e, conforme o caso, apresentação de

Proposta de Emenda Constitucional, de Projetos de Resolução, de Lei, de Decreto Legislativo ou de Indicação, os quais, cumpridos os prazos regimentais para emissão de parecer pelas comissões pertinentes, serão imediatamente incluídos na Ordem do Dia, ainda que não tenham sido emitidos os pareceres em questão;

II - ao órgão de representação judicial do ente público prejudicado para que proponha medidas tendentes à reparação;

III - ao Ministério Público do Estado, com a cópia da documentação, para que promova a responsabilização civil ou criminal por infrações apuradas e adote outras medidas decorrentes de suas funções institucionais;

IV - ao Poder Executivo, para adotar as providências saneadoras de caráter disciplinar e administrativo decorrentes de dispositivos constitucionais e legais aplicáveis, assinalando o prazo hábil para seu cumprimento;

V - à Comissão Permanente que tenha maior pertinência com a matéria, à qual incumbirá fiscalizar o atendimento do prescrito no inciso anterior;

VI - ao Tribunal de Contas do Estado para as providências contidas na Constituição Estadual.

§ 1º A remessa será feita pelo Presidente da Assembleia, no prazo de cinco sessões.

§ 2º O prazo previsto no *caput* deste artigo não flui durante o recesso parlamentar.

Art. 39 As Comissões Permanentes e as Especiais poderão reunir-se fora do Poder Legislativo e deslocarem-se para qualquer parte do território do Estado, dependendo de aprovação da comissão, por maioria absoluta de seus

que institui o Sistema Meteorológico do Paraná, Simepar. Com pareceres favoráveis da CCI. Comissão de Finanças e Comissão de Ciência e Tecnologia. Em discussão. Em votação. Votos concluídos. Encerrada a votação. [Votaram "sim": Adeline Ribeiro, Ademair Traiano, Ademir Bier, Alceu Maron Filho, Alexandre Curi, Anibelli Neto, Artagão Junior, Belinati, Bernardo Ribas Carli, Cleiton Kielse, Douglas Fabricio, Dr. Batista, Dúlio Genari, Elton Welter, Enio Verri, Evandro Junior, Fernando Scanavaca, Francisco Bühner, Gilberto Martin, Gilberto Ribeiro, Gilson de Souza, Hermas Brandão Jr., Jonas Guimarães, Luciana Rafagnin, Luiz Accorsi, Luiz Carlos Martins, Marla Tureck, Mauro Moraes, Nelson Justus, Nelson Luersen, Nereu Moura, Ney Leprevost, Pastor Edson Praczyk, Pedro Lúpiom, Professor Lemos, Rasca Rodrigues, Roberto Acioli, Rose "Lírio", Stephanes Junior, Tercilio Turini, Terno Kato, Toninho Wandscheer, Waldyr Pugliesi e Wilson Quinteiro (44 Deputados). Não votaram: Andre Bueno, Caio Quintana, Cantora Mara Lima, Elio Rusch, Nelson Garcia, Paranhos, Péricles de Mello, Plauto Miró, Tadeu Veneri e Valdir Rossoni (10 Deputados)]. Com 44 votos favoráveis e nenhum voto contrário, está aprovado o Projeto de Lei nº 330/2013.

ITEM 9 - 2ª Discussão do Projeto de Lei nº 357/2013, de autoria do Deputado Douglas Fabricio, que declara de utilidade pública o Lar Dom Bosco, Comunidade Terapêutica, com sede e foro no Município de Campo Mourão. Com parecer favorável da CCI. Em discussão. Em votação. Votos concluídos. Encerrada a votação. [Votaram "sim": Adeline Ribeiro, Ademair Traiano, Ademir Bier, Alceu Maron Filho, Alexandre Curi, Anibelli Neto, Artagão Junior, Belinati, Bernardo Ribas Carli, Cleiton Kielse, Douglas Fabricio, Dr. Batista, Dúlio Genari, Enio Verri, Evandro Junior, Fernando Scanavaca, Francisco Bühner, Gilberto Martin, Gilberto Ribeiro, Gilson de Souza, Hermas Brandão Jr., Jonas Guimarães, Luciana Rafagnin, Luiz Accorsi, Luiz Carlos Martins, Marla Tureck, Mauro Moraes, Nelson Justus, Nelson Luersen, Nereu Moura, Ney Leprevost, Pastor Edson Praczyk, Pedro Lúpiom, Professor Lemos, Rasca Rodrigues, Roberto Acioli, Rose "Lírio", Stephanes Junior, Tercilio Turini, Terno Kato, Toninho Wandscheer, Waldyr Pugliesi e Wilson Quinteiro (42 Deputados). Não votaram: Andre Bueno, Caio Quintana, Cantora Mara Lima, Elio Rusch, Nelson Garcia, Nelson Justus, Paranhos, Péricles de Mello, Plauto Miró, Tadeu Veneri e Valdir Rossoni (12 Deputados)]. Com 42 votos favoráveis e nenhum voto contrário, está aprovado o Projeto de Lei nº 357/2013.

ITEM 10 - 2ª Discussão do Projeto de Lei nº 370/2013, de autoria do Deputado Nelson Justus, que declara de utilidade pública a Fundação de Apoio ao Desenvolvimento da Faculdade Estadual de Filosofia, Ciências e Letras de Paranaguá e da Universidade Estadual do Paraná, com sede e foro no Município de Paranaguá. Com parecer favorável da CCI. Em discussão. Em votação. Votos concluídos. Encerrada a votação. [Votaram "sim": Adeline Ribeiro, Ademair Traiano, Ademir Bier, Alceu Maron Filho, Anibelli Neto, Artagão Junior, Belinati, Bernardo Ribas Carli, Cantora Mara Lima, Cleiton Kielse, Douglas Fabricio, Dr. Batista, Dúlio Genari, Elton Welter, Enio Verri, Evandro Junior, Fernando Scanavaca, Francisco Bühner, Gilberto Martin, Gilberto Ribeiro, Gilson de Souza, Hermas Brandão Jr., Jonas Guimarães, Luciana Rafagnin, Luiz Accorsi, Luiz Carlos Martins, Marla Tureck, Mauro Moraes, Nelson Justus, Nelson Luersen, Ney Leprevost, Pastor Edson Praczyk, Pedro Lúpiom, Professor Lemos, Rasca Rodrigues, Roberto Acioli, Rose "Lírio", Stephanes Junior, Tercilio Turini, Terno Kato, Toninho Wandscheer, Waldyr Pugliesi e Wilson Quinteiro (43 Deputados). Não votaram: Alexandre Curi, Andre Bueno, Caio Quintana, Elio Rusch, Nelson Garcia, Nereu Moura, Paranhos, Péricles de Mello, Plauto Miró, Tadeu Veneri e Valdir Rossoni (11 Deputados)]. Com 43 votos favoráveis e nenhum voto contrário, está aprovado o Projeto de Lei nº 370/2013.

ITEM 11 - 2ª Discussão do Projeto de Lei nº 389/2013, de autoria do Deputado Tercilio Turini, que declara de utilidade pública a Associação Brasileira de Educação Musical, com sede e foro no Município de Londrina. Com parecer favorável da CCI. Em discussão. Em votação. Votos concluídos. Encerrada a votação. [Votaram "sim": Adeline Ribeiro, Ademair Traiano, Ademir Bier, Anibelli Neto, Belinati, Bernardo Ribas Carli, Cantora Mara Lima, Cleiton Kielse, Douglas Fabricio, Dr. Batista, Dúlio Genari, Elton Welter, Enio Verri, Evandro Junior, Fernando Scanavaca, Francisco Bühner, Gilberto Martin, Gilberto Ribeiro, Gilson de Souza, Hermas Brandão Jr., Jonas Guimarães, Luciana Rafagnin, Luiz Accorsi, Luiz Carlos Martins, Marla Tureck, Mauro Moraes, Nelson Justus, Nelson Luersen, Nereu Moura, Ney Leprevost, Pastor Edson Praczyk, Pedro Lúpiom, Professor Lemos, Rasca Rodrigues, Roberto Acioli, Rose "Lírio", Tercilio Turini, Terno Kato, Waldyr Pugliesi e Wilson Quinteiro (39 Deputados). Não votaram: Alceu Maron Filho, Alexandre Curi, Andre Bueno, Artagão Junior, Caio Quintana, Elio Rusch, Luiz Carlos Martins, Nelson Garcia, Paranhos, Péricles de Mello, Plauto Miró, Rasca Rodrigues, Stephanes Junior, Tadeu Veneri, Toninho Wandscheer e Valdir Rossoni (15 Deputados)]. Com 39 votos favoráveis e nenhum voto contrário, está aprovado o Projeto de Lei nº 389/2013.

ITEM 12 - 1ª Discussão do Projeto de Resolução nº 18/2013, de autoria da Comissão Parlamentar de Inquérito, que aprova o Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar e fiscalizar os procedimentos das empresas operadoras de Planos de Saúde. Em discussão. Em votação. Votos concluídos. Encerrada a votação. [Votaram "sim": Adeline Ribeiro, Ademair Traiano, Ademir Bier, Anibelli Neto, Artagão Junior, Belinati, Cantora Mara Lima, Douglas Fabricio, Dr. Batista, Dúlio Genari, Elton Welter, Enio Verri, Evandro Junior, Fernando Scanavaca, Francisco Bühner, Gilberto Ribeiro, Gilson de Souza, Hermas Brandão Jr., Jonas Guimarães, Luciana Rafagnin, Luiz Accorsi, Luiz Carlos Martins, Marla Tureck, Mauro Moraes, Nelson Justus, Nelson Luersen, Nereu Moura, Ney Leprevost, Pastor Edson Praczyk, Pedro Lúpiom, Professor Lemos, Roberto Acioli, Rose "Lírio", Tercilio Turini, Terno Kato, Toninho Wandscheer e Wilson Quinteiro (37 Deputados). Não votaram: Alceu Maron Filho, Alexandre Curi, Andre Bueno, Bernardo Ribas Carli, Caio Quintana, Cleiton Kielse, Elio Rusch, Gilberto Martin, Nelson Garcia, Paranhos, Péricles de Mello, Plauto Miró, Rasca Rodrigues, Stephanes Junior, Tadeu Veneri, Valdir Rossoni e Waldyr Pugliesi (17 Deputados)]. Com 37 votos favoráveis e nenhum voto contrário, está aprovado o Projeto de Resolução nº 18/2013.

(Não havendo mais matéria a ser deliberada, passou-se à votação dos requerimentos.)

REQUERIMENTOS

Requerimento nº 8.053/2013, do Deputado Mauro Moraes, com discussão adiada de Sessão anterior, para envio de menção honrosa aos nomes presentes no anexo deste requerimento, em reconhecimento aos relevantes serviços prestados à comunidade paranaense.

Em discussão. Em votação. Aprovado.

DEPUTADO ADEMAR TRAIANO (PSDB): Para discutir.

SR. PRESIDENTE (Deputado Valdir Rossoni - PSDB): Já foi adiado... Já está aprovado e encaminhado à Diretoria Legislativa para providências. Como dizia o Aníbal Khury, Deus não protege quem dorme.

Requerimento nº 8.139/2013, do Deputado Elton Welter, solicitando envio de pedido de informações ao Diretor-Presidente da Companhia Paranaense de Energia, Copel, conforme específica.

DEPUTADO ADEMAR TRAIANO (PSDB): Para discutir.

SR. PRESIDENTE (Deputado Valdir Rossoni - PSDB): Adia-se na forma

regimental.

Lidos, aprovados e encaminhados à Diretoria Legislativa para providências:
Requerimento nº 8.154/2013, do Deputado Nelson Justus, solicitando dispensa de redação final do Projeto de Lei nº 370/2013, em razão de não ter sofrido emendas no curso de sua tramitação; **Requerimentos nºs 8.124/2013 e 8.125/2013**, do Deputado Nelson Luersen, para envio de voto de pesar às famílias pelo falecimento: dos Srs. Wlter Helmut Markus, em 16.9.2013, no Município de Caponema, e João Antônio Batistela, em 26.8.2013, no Distrito de Centro Novo, Município de Planalto; **Requerimentos nºs 8.130/2013 a 8.134/2013**, do Deputado Ney Leprevost, para envio de voto de pesar às famílias pelo falecimento: da Sra. Sueli Reichmann Surugi, do Sr. Raymundo Nonato Galvão, da Sra. Maria Rosa Monteiro Perseke, do Dr. Francisco Carolino Corrêa, e do Sr. Jamil Sidon de Oliveira Jorge; **Requerimento nº 8.137/2013**, do Deputado Luiz Carlos Martins, para envio de voto de pesar à família do Sr. Bartolomeu Fernandes, pelo seu falecimento, ocorrido no dia 11.8.2013, em Curitiba; **Requerimento nº 8.146/2013**, do Deputado Dr. Batista, para envio de voto de pesar à família do Sr. Carlos Alberto Ramos, pelo seu falecimento, ocorrido no dia 13.9.2013, no Município de Marialva; **Requerimento nº 8.153/2013**, dos Deputados Enio Verri, Elton Welter, Péricles de Mello e Luciana Rafagnin, para envio de voto de pesar à família do Sr. Otávio Renato Baroni, Prefeito de Jaguariá, pelo seu falecimento, ocorrido no dia 17.9.2013, em Curitiba; **Requerimento nº 8.129/2013**, do Deputado Ney Leprevost, para envio de voto de congratulações à Casa de Frades do Pequeno Cotelengo, pelos 12 anos de atuação; **Requerimento nº 8.135/2013**, da Deputada Cantora Mara Lima, para envio de voto de congratulações ao Coral Harmonia Pentecostal, da Igreja Evangélica Assembleia de Deus de São José dos Pinhais, pelas comemorações alusivas aos 51 anos de fundação; **Requerimentos nºs 8.140/2013 a 8.142/2013**, do Deputado Tercilio Turini, para envio de voto de congratulações ao Padre Antônio Carlos Pinheiro, ao Sr. Marco Antônio Claudino, e conjuntamente à Dra. Tânia de Campos Dal Porto e ao Dr. Fernando César Dal Porto; **Requerimento nº 8.145/2013**, do Deputado Alceu Maron Filho, solicitando a indicação de menção honrosa à Associação Comercial, Industrial e Agrícola de Paranaguá, pela comemoração do 90º aniversário de fundação, em 4 de outubro; **Requerimento nº 8.147/2013**, do Deputado Gilson de Souza, solicitando menção honrosa aos irmãos e ao Pastor Davi Laurence Boeira de Vargas, da Igreja do Evangelho Quadrangular do Município da Fazenda Rio Grande, pela comemoração do 3º aniversário, em 10 de novembro; **Requerimento nº 8.148/2013**, do Deputado Gilson de Souza, solicitando menção honrosa à Congregação Evangélica Luterana São João, na pessoa de seu Presidente, Sr. Jorge Luís Dambros, pela comemoração de seus 50 anos, em 15 de setembro; **Requerimento nº 8.143/2013**, do Deputado Luiz Carlos Martins, solicitando envio de pedido de informações à Companhia Paranaense de Energia, Copel.

Requerimentos com despacho do Presidente: **Requerimento nº 8.128/2013**, dos Deputados Ney Leprevost e Dr. Batista, solicitando a realização de Sessão Solene no dia 16.10.2013, às 18h30, no Plenário desta Casa, com a finalidade de reunir a comunidade médica. (À Diretoria Geral e ao Cerimonial para providências.); **Requerimento nº 8.136/2013**, da Deputada Cantora Mara Lima, solicitando a utilização do horário do Grande Expediente da Sessão Ordinária do dia 8.10.2013, para o lançamento oficial da Campanha Outubro Rosa no Estado do Paraná. (À Diretoria Geral e ao Cerimonial para providências.); **Requerimento nº 8.157/2013**, dos Deputados Enio Verri, Toninho Wandscheer, Elton Welter e Luciana Rafagnin, solicitando a destinação do horário do Grande Expediente do dia 14.10.2013 ao Delegado Demétrius Gonzaga de Oliveira, responsável pelo Núcleo de Combate aos Crimes, Nuclei, para explanação sobre o combate aos crimes cometidos através da internet no Estado do Paraná. (À Diretoria Geral e ao Cerimonial para providências.) (Autorizado 15 minutos.)

JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA

Deferido conforme o art. 60, § 3º, alínea "b" do Regimento Interno: **Requerimento nº 8.156/2013**, do Deputado Pedro Lúpiom, justificando sua ausência na Sessão Plenária do dia 18.9.2013, por motivo de viagem com o Governador do Estado.

Nada mais havendo a tratar, declaro encerrada a Sessão, marcando outra para quarta-feira, dia 18 de setembro, à hora regimental, com a seguinte Ordem do Dia: Redação Final dos Projetos de Lei nºs 203/2011 e 604/2011; 2ª Discussão do Projeto de Resolução nº 18/2013; 1ª Discussão dos Projetos de Lei nºs 555/2012, 94/2013, 110/2013, 161/2013, 239/2013, 312/2013 e 360/2013. "LEVANTA-SE A SESSÃO". (Sessão encerrada às 17h03, tendo sido lavrada a Ata para fins de publicação em atendimento ao disposto no art. 113 do Regimento Interno.)

88929/2013

Processo Legislativo

Comissão Executiva

RESOLUÇÃO Nº 11/2013

Aprova 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 Assembleia Legislativa do Estado do Paraná aprovou e eu promulgo, nos termos do artigo 73 da Constituição Estadual, combinado com o artigo 122 do Regimento Interno, a seguinte Resolução:

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.

Palácio Dezenove de Dezembro, em 18 de setembro de 2013.

Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

88942/2013

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 Sotto Maior, Secretário da Comissão.

DR. BATISTA
PRESIDENTERichard Rüppel Sotto Maior
Secretário

83147/2013

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

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

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

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

2.2 DA COMPOSIÇÃO

Em 19 de novembro de 2012, na Sala de Reuniões do Centro de Operações das CPIs, reuniram-se os membros indicados pelas lideranças para comporem a Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde e, na Primeira Reunião Ordinária da CPI encaminharam a deliberação da Composição da CPI, sendo eleito o Deputado Adelino Ribeiro para presidir a Comissão, o Deputado Anibelli Neto como Relator e como membros efetivos os parlamentares: Stephanes Junior, Mauro Moraes, Douglas 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 não oriundos exatamente das seguradoras. Então, a Associação Médica cobra da ANS, maior fiscalização, por exemplo, de coisas simples como a exigência no contrato de que exista cláusula de reajuste anual.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DEPOIMENTOS 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA

Depoimento Dr. Alexandre Gustavo Bley
Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Um deles é a AMIL. Plano que atendia desde quando tinha quatro mil usuários e a sede era na Praça Osório. A AMIL de forma sistemática começou a atrasar os pagamentos. Demorava três, quatro meses para pagar. Até que uma paciente sua chegou e perguntou se ele tinha algum problema com a AMIL. Ele respondeu que não, a não ser pelos atrasos nos pagamentos. A paciente então lhe contou que foi liberar a cirurgia que ele havia solicitado e o plano a encaminhava 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 ela tinha algum problema, se tinha feito alguma coisa. Aquilo causou um mal-estar, uma quebra de confiança na relação. Considerou isso uma traição. Pois quando a própria operadora precisou dele por ocasião de um processo trabalhista ele ajudou e não cobrou nada pela perícia. Na realidade era uma questão econômica e plantaram uma desconfiança num paciente seu, e isso não aconteceu com um só.

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

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

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

chegaram até quase 500%.

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

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

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

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

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

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

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

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

Os planos de saúde quando contratam os médicos não contratam como seus empregados com vínculos celetistas. Se assim fosse eles teriam reajustes convencionais fixados de acordo com a convenção coletiva ou mesmo teriam todos os outros direitos trabalhistas decorrentes da CLT. Mas o vínculo que se forma entre o plano de saúde e o médico é um vínculo autônomo. Os médicos prestam serviços como autônomos e a única proteção do ponto de vista jurídico que estes médicos autônomos têm é a Resolução Normativa nº 71 de 2004, que obrigaria estes planos de saúde a nos contratos que eles firmam com os médicos estabelecer um critério de reajuste.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

prestadores. Mas não está despreocupada com este tema.

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

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

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

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

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

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

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

Depoimento Sr. Mauricio Nunes
Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Em muitas operadoras a remuneração é inversamente proporcional à frequência. Se um procedimento é muito utilizado a tendência do preço é cair; se um procedimento que é pouco utilizado o preço pode aumentar. Essa metodologia de remuneração foge totalmente dessa ideia de se remunerar pela complexidade, pelo risco associado e gerou um problema sério. Muitos médicos pararam de fazer alguns procedimentos na saúde suplementar em razão da remuneração. Cirurgia de amígdala é um exemplo. A Agência vai editar uma resolução obrigando as operadoras a hierarquizar os procedimentos e remunerar conforme a complexidade.

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

Por exemplo, a beneficiária entra no hospital para fazer um parto, tudo que é utilizado naquele procedimento entra numa conta. O honorário médico, o anestesista, o instrumentador, a linha que costurou a parturiente, tantas bolinhas de algodão, a medicação e etc. Isso é o que se chama de "conta aberta", ou seja, tudo que utilizou naquele beneficiário lança na conta. A ideia é criar um modelo de remuneração para desonerar um pouco este sistema. No momento em que desonero este sistema vou desonerar o beneficiário e passar a remuneração para os hospitais naquilo que eles deveriam, de fato, ganhar: diárias e taxas.

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

Depoimento Dr. Gabriel Schulman Advogado Convidado

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

Ainda em relação aos aposentados é interessante observar a forte intenção de exclusão. Há várias tentativas dos planos de saúde de excluí-los ao 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. Cláudia Silvano Diretora do Procon do Paraná

Trazendo a realidade em termos de reclamações relativas aos planos de saúde afirmou que em 2012 o PROCON realizou 1.725 atendimentos. Desses 217 viraram processo administrativo, o que é um número significativo, porque daria, em média, uma reclamação por dia, em relação às operadoras. Os principais problemas dizem respeito a: questão de cancelamento de contrato; não cumprimento de contrato, modificação unilateral do contrato, cláusulas abusivas em contratos, recusa na 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 anestesiologistas. 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 altitude mais efetiva da Agência Nacional. Não só regulamentando, mas cobrando também.

A regulamentação existe, mas a cobrança tem que ser mais efetiva. O contrato tem que ser respeitado, evidentemente. Mas existem alguns contratos que trazem disposições contrárias à lei. Exemplo: contratos que são anteriores à Lei nº 9.656, que é a lei que regulamenta, com todas as suas outras 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 contrate: ambulatorial, hospitalar, tem que ser respeitado. Existem alguns contratos firmados antes desta lei que trazem disposições contrárias ao Código de Defesa do Consumidor.

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

Se o contrato contiver uma cláusula que contraria a lei pode ser revisto. Mas se estiver dentro do que a legislação prevê, tem que ser respeitado. Isto também é fato. Mas nem sempre o contrato é disponibilizado para o consumidor, especificando qual é o tipo de atendimento que terá, dependendo do tipo de contratação que ele faça: plano ambulatorial, plano hospitalar. A lei permite o estabelecimento de alguns prazos para atendimento e se o consumidor foi informado adequadamente, este contrato - se não tiver nenhuma contrariedade à legislação - terá que ser respeitado. O problema é a questão da falta de informação. Normalmente, no momento da venda, se diz: "Olha, vai parar um helicóptero no teto da sua casa, vai te pegar e te levar no melhor hospital do mundo." E isso não é verdade. A rede credenciada também tem que ser informada ao consumidor. Que existem umas disposições novas e estas informações têm que estar no site das operadoras. Que precisa haver informação prévia, mas a informação prévia tem que, além de prévia, ser adequada, ostensiva, que o consumidor, de fato, saiba o que está contratando.

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

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

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

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

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

Depoimento Dr. Roberto Cavali
Presidente do Conselho Regional de Odontologia

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

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

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

O Conselho Regional de Odontologia não aceita cobrança por fora de jeito nenhum. Ninguém é obrigado a ser credenciado em um plano. Se é de fazer isso conhecendo o contrato; e aceita ou não. Não se pode depois discutir isso com o usuário, que é a parte frágil desta relação. Por outro lado, a questão dos honorários é complicada. É um pagamento irrisório que as operadoras fazem, é lamentável que isso aconteça. Algumas vezes esse valor é negativo, porque é diferente da área médica em que os honorários são por prestação de serviço. O médico recebe um valor pelo serviço que ele prestou.

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

Quando tenho um plano médico, um procedimento cirúrgico num hospital é pago em duas partes: o valor do honorário médico pelo trabalho executado, e o hospital recebe pela taxa de sala e todos os materiais utilizados. Porém, o cirurgião-dentista recebe um único valor, que embute em toda essa conta os seus honorários, os impostos que ele paga sobre isso, os custos de materiais, os seus auxiliares, que são os assistentes de saúde bucal, ou os técnicos que trabalham juntos e que fazem parte também da formação do preço, luz, água e as salas.

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

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

Destacou a situação do atendimento hospitalar. O paciente não é atendido no hospital. Se lá está, por uma enfermidade, o plano não autoriza o procedimento odontológico. O profissional cirurgião-dentista no ambiente hospitalar é uma exigência natural, porque a odontologia faz parte da saúde humana, e é lei no Estado do Paraná, aprovada em 2011, que haja um cirurgião-dentista compondo a equipe multidisciplinar das UTIs - Lei Estadual 16.786/2011. Como é que ficaria a situação do plano já que é obrigatória a presença de um dentista para atender aquele paciente, e o plano não autoriza o procedimento porque para fins odontológicos não pode ser feito no hospital. É uma reserva de lucro do plano. O Conselho de Odontologia só tem o mecanismo da Ação Civil Pública e questões processuais exigem que seja mais de um caso, mais de um caso a se colocar essa evidência para levar ao Judiciário.

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

DEPOIMENTOS 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA
Depoimento Cadri Massuda
ABRAMGE

Relatou que as operadoras de planos de saúde representam 25% da população, 48 milhões e 700 pessoas estão sendo atendidas. É um país como a Inglaterra, como a Itália, como a Espanha sendo atendidas pelas operadoras. Não era assim, quando foi criada a ANS, estávamos com 30 milhões, passamos para 48 milhões, graças principalmente a população da classe C. Hoje a classe C representa o grande contingente junto com a classe D beneficiários do plano de saúde. E segundo a Revista Veja o plano de saúde é o segundo maior desejo depois da casa própria. Antes da ANS existir havia 5 mil empresas. A partir de sua implementação a ANS começou a exigir que as empresas tenham suporte financeiro, que as empresas seguissem determinadas normativas. Metade das empresas desapareceu, saíram do mercado. Não pode existir empresas que não tenham uma boa condição sócio-econômico-financeira. Hoje em dia somos como um banco. Hoje em dia, aqueles que não têm condições de bancar o sinistro têm que fechar. As operadoras têm que apresentar balanços anuais publicados em jornal de grande circulação e balanços auditados. Todos conhecem a situação financeira das empresas.

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

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

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

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

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

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

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

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 Juizes determinam a realização do procedimento.

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

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

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

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

Orientar médicos a mudar a indicação de medicamentos e procedimentos

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

Depoimento Sra. Dulcimar de Conto
ABRANGE

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

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

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

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

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

A ANS preconiza dos 100% de arrecadação até 75%, para a assistência à saúde e os outros 25% para despesas com impostos, despesas administrativas de local e folha de pagamento, enfim, até 5% para comercialização. Hoje, pela própria ANS, acho que nenhum de nós teve esse dado para trazer, a média da utilização da aplicação na assistência é de 82%. Isso divulgado por ela. Então sobram 18% para imposto pessoal, localização e comercialização. Logicamente, que uma Cooperativa tem impostos menores e quando não os paga como é o caso aqui de Curitiba, tem o perdão da Prefeitura Municipal. Não é o caso das demais. A medicina de grupo trabalha sofredamente. Além disso, o investimento em tecnologia é alto, você tem que ter um parque tecnológico, não simplesinho, você não pode ter um sistema de informações simples. Agora, por exemplo, por determinação da ANS até 30 de novembro todas as operadoras do Brasil terão que implantar o padrão de troca de informações chamado Tis 3.0. São cerca de 835 mil códigos para taxas, materiais, medicamentos, num padrão único nacional. Isso é uma oportunidade muito boa, porque não haverá mais espaço para dizer que a cirurgia, por exemplo de um apêndice, uma apendicectomia, a minha taxa compõem isso e do outro médico do outro Hospital acompanha aquilo. É um padrão universal. Acredito que os benefícios disso virão para todos, porque os hospitais, médicos, laboratórios e operadoras vão trabalhar numa linguagem única. Mas o investimento para fazer isso é alto em pessoas, em sistemas informatizados. Há hospitais no interior que fazem prontuários em papel alçaço. 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 BRASINDICE, 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 video para ganhar 300 reais. O hospital ganhou 1.200. Inclusive, porque a taxa de video que é 350, por aí, só para ele ceder o video para o médico, ele já ganhou mais que a cirurgia. Então, vejo, que tem que ter uma distribuição melhor

Depoimento Sr. Sandro Leal Alves
FENASAUDE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quanto aos reajustes oferecidos, eles vêm sendo em média acima dos índices de inflação. Considerando o período de 2005 a 2007, enquanto o IPCA mediu uma inflação de 41,9%, os reajustes dos honorários médicos, praticados pelas empresas da 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 seiscentos reais (R\$ 1.561.087.600,00). Em 2012 faturou dois bilhões, seiscentos e setenta e nove milhões, sessenta e nove mil e novecentos e setenta e oito reais (R\$ 2.679.069.978). Isso dá uma evolução da receita de 2008 até hoje de 71,6% na receita das cooperativas no Estado do Paraná. Se compararmos isso com os números GPM à variação que houve no período, o GPM foi 36,13%, IPCA 31,85% numa variação da INS acumulada de 39,7%, que são os reajustes permitidos pela agência. É importante o aumento de receita das cooperativas nesse período. Por outro lado os custos assistenciais que as cooperativas tiveram nesse mesmo período de 2008 a 2012 saiu de um bilhão, trezentos e quarenta e oito milhões (R\$ 1.348.000.000,00) em 2008, para dois bilhões, trezentos e quarenta e dois milhões (R\$ 2.342.000.000,00) em 2012, ou seja, uma variação de 73,7%, portanto acima do aumento de receita que ela teve, neste mesmo período.

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

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

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

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

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

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



agora um hospital.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O Conselho Nacional de Justiça criou uma Comissão aqui no Estado do Paraná que vem trabalhando na tentativa de mostrar aos 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 do Iguaçu, a Uniodonto Cascavel, a Uniodonto Paranavai, a Uniodonto Umuarama, a Uniodonto Pato Branco, Cornélio Procopio, Apucarana. Porém, com o advento da ANS o mecanismo de operadoras foi alterado. Houve um custo, um acréscimo do custo da operação e pelos valores do ticket odontológico ficaram inviáveis alguns setores nas cooperativas odontológicas.

Hoje a nossa massa está distribuída da seguinte maneira: a Uniodonto Maringá, nós temos 94 cooperados, 12.530 beneficiários e ela não apresenta nenhum processo no Procon de usuários; a Uniodonto Londrina, ela tem 181 cooperados, 14.309 beneficiários e não apresenta também nenhuma situação no Procon; a Uniodonto Ponta Grossa, ela tem 78 cooperados, 8.849 beneficiários e nenhum problema no Procon; e a Uniodonto Curitiba, que tem 420.105 beneficiários, hoje, um total de 1.606 cooperados e todas as situações perante o PROCON, elas estão de 2010, 1.106 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 site da ANS na internet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sobre a cobrança não institucionalizada de honorários pelos profissionais médicos; registro de reclamações de prestadores de serviço; informações sobre 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 33902.098170/2010-91. Relativo à operadora SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO E SAÚDE. A operadora não apresentou os documentos no prazo devido, razão pela qual foi representada pela ANS. Após apresentados os documentos a empresa foi novamente representada por não cumprir as regras estabelecidas para a formalização dos instrumentos jurídicos firmados com os prestadores de serviço.
- 3) Autos nº 33902.105235/2010-62. A FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ adequou seus contratos de prestação de serviço e o processo foi arquivado.
- 4) Autos nº 33902.12850/2006-40. A CAIXA DE ASSISTÊNCIA AOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL foi multada em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) pela ausência em seus contratos de cláusula contemplando a periodicidade dos reajustes da remuneração dos prestadores de serviços.
- 5) Autos nº 33902.105242/2010-64. A FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL foi representada em decorrência da verificação de diversas irregularidades nos contratos firmados com seus prestadores de serviços. A ANS não detalhou a informação.

Em 25 de junho de 2013 esta comissão teve notícia através do jornal O Estado de São Paulo de que as operadoras de planos de saúde se aproveitam de uma brecha na regulamentação da ANS para determinar reajustes abusivos à algumas categorias de beneficiários. Segundo o Instituto de Defesa do Consumidor as operadoras ofertam ao consumidor planos coletivos formado por pessoas da mesma família ou até mesmo vizinhos. Como esta modalidade de serviço não está sujeita à legislação vigente as operadoras cometem toda sorte de abusos como o reajuste 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. Dulcimar de Conto – ABRAMGE – que para a realização de uma cirurgia de apendicite o médico recebe R\$ 300,00 (trezentos reais) e o hospital R\$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) entre taxa de vídeo, materiais e etc.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Em que pese a coerência do raciocínio, prestar atendimento ao beneficiário idoso e custear a realização de exames e tratamentos complexos, neste caso, nada mais é do que a finalidade para qual a empresa foi criada. As operadoras apresentam como barreiras ao seu funcionamento a prestação do serviço para o qual foram contratadas. Uma seguradora que pretende funcionar gerindo e distribuindo os lucros gerados pelas mensalidades dos segurados, considerando como adversidade a cobertura do sinistro. Se o cálculo atuarial não abarca o atendimento dessas necessidades, seja por defasagem, seja por ignorância de tais fatores, a estimativa deve ser refeita considerando os novos elementos, e, se a margem de lucro das empresas cair ainda mais, a estrutura e a viabilidade da empresa devem ser revistas ao invés do mero repasse dos custos ao consumidor e aos prestadores de serviço. O lucro é fator de risco do negócio.

5.4 AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

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

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

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

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

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

5.4.2 CAMARA MUNICIPAL DE LONDRINA - 06/06/2013

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

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

5.4.3 CAMARA MUNICIPAL DE CASCAVEL – 14/06/2013

A População do município de Cascavel apresentou as seguintes denúncias: O Sr. Joaquim Rebelo de Oliveira relata um reajuste nas mensalidades do plano que alcançou 1137,25% em 12 anos, passando de R\$ 90,56 (noventa reais e cinquenta e seis centavos) para R\$ 1120,45 (mil cento e vinte reais e quarenta e seis centavos). No mesmo período o salário dos beneficiários foi reajustado em 137,78%. Foi relatado, ainda, que a cobertura dos usuários foi reduzida no mesmo período.

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

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

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

O marido da Sra. Cleide Dias Pereira Marques, Sr. Jair Donisete Marques, relatou que em 17/03/13 sua esposa foi internada no Hospital Policlínica com inchaço e dores na perna esquerda. Após o diagnóstico de trombose ficou internada e passou por cirurgia com uso de cateter no dia 19/03/13 na Clínica Digicor. Em seguida foi encaminhada para UTI do Hospital Policlínica e durante os procedimentos sofreu um AVC que atingiu o cérebro, 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 assegura o reajuste aos prestadores de serviço – médicos e dentistas – conforme a normativa 49.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.15. Oficiar a ANS sugerindo a regulamentação de ampliação de produtos (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 orteses e próteses importadas indicando as opções nacionais que possuam a mesma qualificação em eficiência das nacionais, criando uma tabela de equivalência entre as mesmas.

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

DEPUTADO ANIBELLI NETO
Relator

83123/2013

Atos de Pessoal

Comissão Executiva

ATO DA COMISSÃO EXECUTIVA Nº 1711/2013

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

RESOLVE:

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

Palácio XIX de Dezembro, em 29 de agosto de 2013

VALDIR ROSSONI
Presidente

PLAUTO MIRÓ
1º Secretário

ADEMIR BIER
2º Secretário

ATO DA COMISSÃO EXECUTIVA Nº 1712/2013

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

RESOLVE:

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

Palácio XIX de Dezembro, em 29 de agosto de 2013

VALDIR ROSSONI
Presidente

PLAUTO MIRÓ
1º Secretário

ADEMIR BIER
2º Secretário

83150/2013

Editais e Contratos

EXTRATO DO CONTRATO Nº 010/2013

CONTRATANTE: ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

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

VALOR Anual: R\$ 2.650,00 (dois mil seiscentos e cinquenta reais)
VIGENCIA: 12 (doze) meses

DOTAÇÃO: 001.001.4000.3390.3901

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

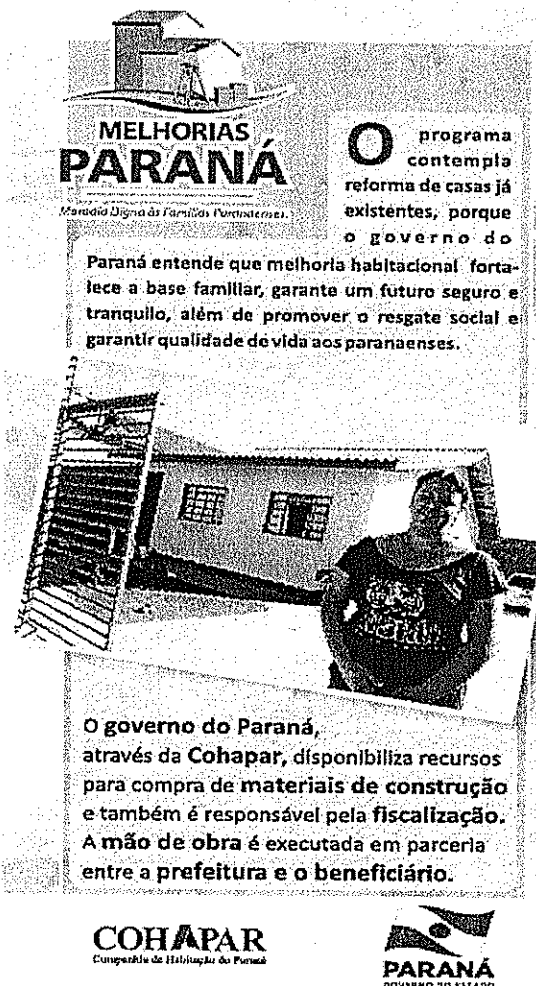
www.blmnet.com.br

Dotação: 001.001.4000.3390.3013.

Diretoria de Apoio Técnico

Curitiba, 04 de Setembro de 2013.

83154/2013



MELHORIAS PARANÁ
Mandado Digno 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



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ



EXTRATO DE AUTUAÇÃO Nº: 678868/13

Recebemos, mediante acesso ao serviço de peticionamento eletrônico e-Contas/PR, a petição com os seguintes dados indicados pelo interessado:

PROCESSO Nº: 678868/13

ASSUNTO: CONSULTA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- Breve descrição: Encaminhando Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde.

Entidade: **ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ**

Representante legal: **VALDIR LUIZ ROSSONI**

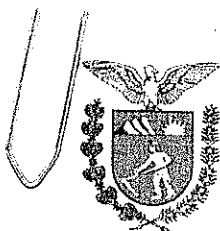
TIPO DE PETIÇÃO: INICIAL

DOCUMENTOS ANEXOS:

- Petição
- Procuração
- Formulário de Encaminhamento

PETICIONÁRIO: **ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ**

Curitiba, 24/09/2013 18:01:41



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



Of. nº 428/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhor Governador,

SISTEMA INTEGRADO DE DOCUMENTOS
GOV. PARANA NUM. 12.180.539-1
DATA- 24 SET 2013 HORA-



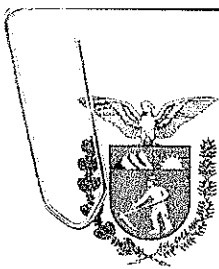
Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e do que consta no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, encaminhando, para conhecimento dessa administração pública estadual, as cópias respectivas.

Na oportunidade, reitero a Vossa Excelência a minha admiração e respeitosos cumprimentos.

CÓPIA

Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Excelentíssimo Senhor
CARLOS ALBERTO RICHA
Governador do Estado do Paraná
Nesta Capital



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



Of. nº 429/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhor Diretor-Presidente,

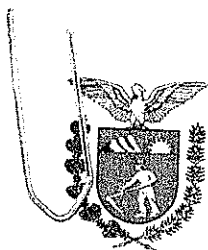
Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e dos encaminhamentos propostos no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, em especial os itens 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.6, 6.7, 6.10 e 6.15, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, remeto, para conhecimento e providências dessa Agência Nacional de Saúde, as cópias respectivas.

Na oportunidade, apresento a Vossa Excelência os meus cordiais cumprimentos.


Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Excelentíssimo Senhor
Cardiologista **André Longo Araújo de Melo**
Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Rio de Janeiro - RJ

JG. 185995-161-B
VI 17
24/09/13
A.R.



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



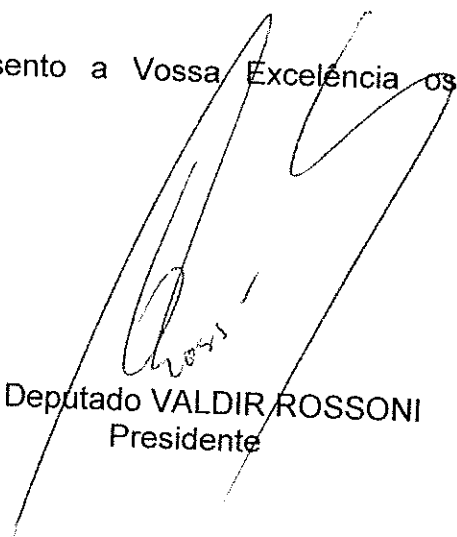
Of. nº 430/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhor Coordenador,

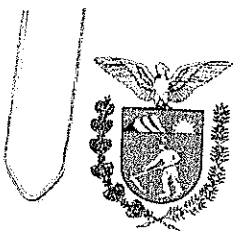
Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e do que consta no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, em especial os itens 6.6, 6.7 e 6.14, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, remeto, para conhecimento e providências que essa bancada parlamentar do Paraná entender pertinentes, as cópias respectivas.

Na oportunidade, apresento a Vossa Excelência os meus cordiais cumprimentos.


Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Excelentíssimo Senhor
MARCELO ALMEIDA
Deputado Federal Coordenador da Bancada Federal do Estado do Paraná
Brasília - DF

VIA A.R.
86-185995/192-82
24/09/13



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



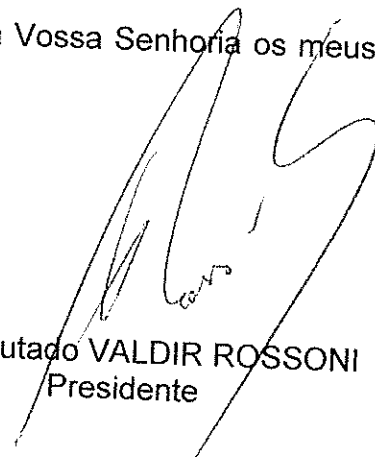
Of. nº 431/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhor Presidente,

Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e do que consta no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, em especial os itens 6.11, 6.12, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, remeto, para conhecimento e providências que esse Conselho Regional de Medicina entender pertinentes, as cópias respectivas.

Na oportunidade, apresento a Vossa Senhoria os meus cordiais cumprimentos


Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Ilustríssimo Senhor
DR. ALEXANDRE GUSTAVO BLEY
Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná CRM-PR
Nesta Capital

VIA 2.ª R.
J.G. 185995/15832
24/09/13



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



Of. nº 432/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhor Presidente,

Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e do que consta no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, em especial os itens 6.11, 6.12, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, remeto, para conhecimento e providências que esse Conselho Federal de Medicina entender pertinentes, as cópias respectivas.

Na oportunidade, apresento a Vossa Senhoria os meus cordiais cumprimentos.


Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Ilustríssimo Senhor
ROBERTO LUIZ D'AVILA
Presidente do Conselho Federal de Medicina
Brasília - DF

VIA A.R.
J.G. 185 995 175
24/09/13



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



Of. nº 433/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhor Presidente,

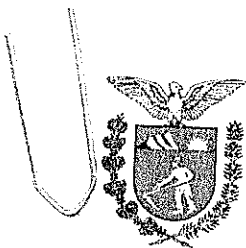
Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e dos encaminhamentos propostos no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, em especial os itens 6.4, 6.5 e 6.13, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, remeto, para conhecimento dessa Procuradoria, as cópias respectivas.

Na oportunidade, apresento a Vossa Excelência os meus cordiais cumprimentos.


Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Excelentíssimo Senhor
JOÃO VICENTE BERALDO ROMÃO
Procurador Chefe do Ministério Público Federal no Estado do Paraná
Nesta Capital

VIA D.R.
J.G. 185-995-1440
24/09/13



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



Of. nº 434/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhor Presidente,

Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e dos encaminhamentos sugeridos no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, em especial o item 6.16, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, remeto, para conhecimento desse Instituto, as cópias respectivas.

Na oportunidade, apresento a Vossa Senhoria os meus cordiais cumprimentos.


Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Ilustríssimo Senhor
JOÃO ALZIRO HERZ DA JORNADA
Presidente do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia -
INMETRO
Brasília - DF

VIA D.R.
J.G. 185995/1898
24/09/13



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



Of. nº 435/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhora Diretora,

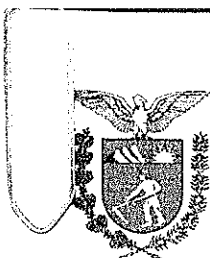
Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e dos encaminhamentos propostos no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, em especial o item 6.8 e 6.9, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, remeto, para conhecimento e análise quanto à viabilidade das propostas legais sugeridas, as cópias respectivas.

Na oportunidade, reitero a Vossa Senhoria os meus cordiais cumprimentos.


Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Ilustríssima Senhora
LUCILIA FELICIDADE DIAS
Diretora Legislativa da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Neste Edifício

*Recebido
Silvane Euzé
24.09.13*



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



Of. nº 436/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhor Presidente,

CÓPIA

Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e do que consta no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, encaminho, para conhecimento dessa Comissão de Saúde Pública, as cópias respectivas.

Na oportunidade, reitero a Vossa Excelência os meus cordiais cumprimentos.


Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Excelentíssimo Senhor
Deputado DR. BATISTA
Presidente da Comissão de Saúde Pública
Nesta Capital

Recebido 24/09/13
Elíane



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury



De: Diretoria Legislativa

Para: Secretaria Geral da Presidência

Assunto: Encaminhamento das recomendações da CPI – Planos de Saúde

Através do presente, encaminhamos a Vossa Senhoria cópias do Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia nº 511 de 20/9/13, para que seja encaminhado à Agência Nacional de Saúde – ANS, Ministério Público, Poder Executivo, Comissão de Saúde Pública e Tribunal de Contas, conforme recomendações previstas no Art. 38 do Regimento Interno da Assembleia Legislativa.

Curitiba, 23 de setembro de 2013.


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

Ofício nº 22 /2014/PRESI

Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 2014

A Sua Excelência o Senhor
DEPUTADO ESTADUAL VALDIR ROSSONI
Presidente
Assembléia Legislativa do Estado do Paraná
Praça Nossa Senhora de Saete, s/n
80.530-911 – Curitiba - PR

I – À DAP para leitura no expediente.

II – À DL para providências.

Em, 04/04/14
Presidente



Assunto: Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Senhor Presidente,

Em atendimento ao Ofício nº 429/13-GP-SGP, datado de 23/09/2013, através do qual Vossa Excelência encaminha o Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde no estado do Paraná, apresentamos os esclarecimento a seguir:

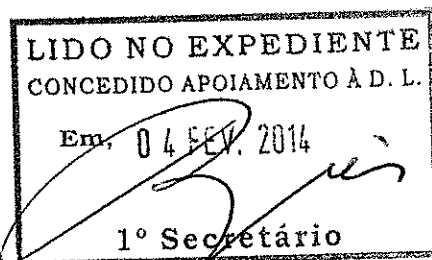
Inicialmente cumpre-nos congratular V. Ex^a, o Deputado Adelino Ribeiro, Presidente da Comissão, e os demais deputados pelo belíssimo trabalho que fizeram à frente dessa Comissão Parlamentar de Inquérito, conduzida de forma imparcial, impessoal e equilibrada.

Sendo essa Assembléia Legislativa do Estado do Paraná a casa do “povo”, a atuação dos senhores parlamentares na busca do interesse público vem enriquecer o processo regulatório em nosso país.

Da análise do Relatório, conforme Item “1” do documento, depreende-se que o objetivo da CPI foi dividido em dois eixos centrais: (I) *análise da baixa remuneração dos médicos e cirurgiões dentistas* e (II) *apuração de denúncias dos consumidores*.

Preliminarmente cabe destacar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora do Governo Federal, vinculada ao Ministério da Saúde, que atua em todo o território nacional na regulação, na normatização, no controle e na fiscalização do setor de planos privados de assistência à saúde.

www.ans.gov.br



Disque-ANS: 0800 701-9656

Anexo - se e encaminhado
Para Providências
5 2 14

14:34 04/02/2014 000066 DP ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Tem como função precípua ser a guardiã da Lei 9.656, de 1998 – marco regulatório dos planos de saúde no Brasil.

Em razão da especificidade e complexidade da matéria, que é a saúde no contexto privado, o Poder Legislativo delegou, através da Lei 9.961, de 2000 – lei de criação da ANS, a este Órgão Regulador a competência para estabelecer normas regulamentares sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Assim, em total observância ao art. 2º da Constituição Federal, que reconhece a independência e harmonia entre si dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, a competência dada à ANS pelo Legislativo para regular as operadoras de planos privados de saúde está em plena consonância com a CF/88.

Vencida esta etapa inicial, passamos a análise do relatório.

No que tange ao 1º eixo do documento em epígrafe - *análise da baixa remuneração dos médicos*, detalhamos, a seguir, os devidos esclarecimentos.

O art. 3º da lei que a criou estabelece que a ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, *inclusive quanto às suas relações com prestadores* e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Oportuno destacar que a ANS não tem competência legal para regular e fiscalizar prestadores de serviço e vendedores/corretores. Além disso, o regime setorial é de autorização e não de concessão.

Paralelamente, o inciso II do art. 4º da mesma lei dispõe que a ANS tem competência para estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras.

Com base na competência supracitada, a Agência editou três Resoluções Normativas que estabelecem os requisitos mínimos que devem ser observados nos contratos firmados entre as operadoras e os prestadores de serviços, a saber:

- ✓ Resolução Normativa nº 42, de 04 de julho de 2003 - Estabelece os requisitos para celebração dos instrumentos jurídicos entre operadoras e **“prestadores de serviços hospitalares”**;
- ✓ Resolução Normativa nº 54, de 28 de novembro de 2003 - Estabelece os requisitos para celebração dos instrumentos jurídicos entre operadoras e **“prestadores de SADT e clínicas ambulatoriais”**;

jun

- ✓ Resolução Normativa nº 71, de 17 de março de 2004 - Estabelece os requisitos para celebração dos instrumentos jurídicos entre operadoras e “**profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios**”.

Uma das obrigações prevista é a cláusula com o critério de reajuste, que deve conter a forma e a periodicidade, *in verbis*:

Art. 2º Os instrumentos jurídicos de que trata esta Resolução Normativa devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, aplicando-se-lhes os princípios da teoria geral dos contratos.

Parágrafo único. São cláusulas obrigatórias em todo instrumento jurídico as que estabeleçam:

(...)

VII - direitos e obrigações, relativos às condições gerais da Lei nº 9.656, de 1998, e às estabelecidas pelo CONSU e pela ANS, contemplando:

(...)

c) os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade; (GRIFAMOS)

(...)

Posteriormente, esse dispositivo foi regulamentado pela Instrução Normativa nº 49, de 2012, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial.

A norma trouxe um rol de regras a serem observadas pelas operadoras, tais como, as cláusulas que são aceitas pelo Regulador – (I) - *índice vigente e de conhecimento público*; (II) - *percentual prefixado*; (III) - *variação pecuniária positiva*; (IV) - *fórmula de cálculo do reajuste*, assim como, cláusulas que são vedadas – (I) - *formas de reajuste condicionadas à sinistralidade da operadora*; (II) - *fórmula de cálculo do reajuste ou percentual prefixado que o valor do serviço contratado seja mantido ou reduzido*.

Caso as operadoras não façam as devidas adequações em observância à Instrução Normativa/DIDES nº 49, de 2012, estarão passíveis de penalidade com fulcro no art. 43 da Resolução Normativa nº 124, de 2006 – que estabelece multa de R\$ 35.000,00 para cada um dos instrumentos jurídicos inadequados.

Vale lembrar que o contrato firmado entre as operadoras e os prestadores de serviços de saúde (hospitais, prestadores de SADT e profissionais de saúde) é um acordo de vontades livres, conscientes e igualmente capazes, conforme ordem jurídica vigente, destinado a regulamentar os interesses entre as partes, com o objetivo de adquirir, modificar ou extinguir relações jurídicas obrigacionais de natureza patrimonial.

jun



Assim não deve, por risco de afronta aos seus limites legais, a ANS definir os preços dos serviços contratados e índices ou percentuais a serem aplicados nos reajustes, bem como atuar como árbitro em pauta de reivindicações comerciais, embora venha tratando de temas correlatos em sua Agenda Regulatória.

Com o objetivo de discutir com os representantes do setor a necessidade e a forma adequada de regulação da hierarquização dos procedimentos e eventos em saúde, tendo como principal referência o grau de capacitação, a complexidade técnica e o tempo de execução requeridos em cada procedimento, a ANS instaurou a Câmara Técnica da Hierarquização dos Procedimentos Médicos.

A medida proposta está prevista no item 3.2 – *Desenvolver metodologia de hierarquização de procedimentos médicos* – Eixo 3 – *Relacionamento entre operadoras e prestadores* - da Agenda Regulatória 2013-2014.

Considerando que faltam critérios técnicos para o alinhamento da remuneração entre o valor do procedimento e o custo associado ao trabalho médico, urge a necessidade da intervenção Estatal através de alguma Política Pública.

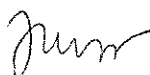
Assim o produto esperado com a medida regulatória será a edição de estudos que viabilizem que os preços relativos aos procedimentos médicos reflitam, de modo hierarquizado, seus custos relativos.

Apropriado citar que ANS iniciou no dia 06/01/2014 a Consulta Pública nº 54 para a elaboração de normativo que estimula as boas práticas entre as operadoras e os prestadores de serviços. A abertura da Consulta Pública foi publicada no dia 30 de dezembro de 2013 no Diário Oficial da União. É uma forma de incentivar que a sociedade participe da elaboração do novo normativo.

A proposta de nova Resolução Normativa estabelece indicadores que permitirão à Agência acompanhar a relação entre operadoras e prestadores. Desta forma, a ANS pretende criar mecanismos que demonstrem a adoção de boas práticas no relacionamento entre eles. O objetivo é incentivar uma relação mais equilibrada entre as operadoras e os profissionais de saúde, hospitais, clínicas e laboratórios, assegurando que suas práticas propiciem cada vez mais um atendimento de qualidade aos consumidores. Na avaliação da Agência, eventuais conflitos nesta relação não podem de forma alguma comprometer a qualidade dos serviços prestados.

Um dos grandes desafios que temos é o de promover o alinhamento dos interesses das operadoras e dos prestadores em prol dos consumidores. Assim, a adoção de boas práticas é fundamental para que a melhoria da assistência à saúde seja constante e esteja no centro das discussões do setor.

Até o dia 04 de fevereiro de 2014, poderão ser enviadas contribuições, sugestões ou comentários, utilizando o formulário eletrônico disponível no portal da ANS em “Participação da Sociedade/Consultas Públicas”. A medida torna ainda mais democrático o processo de construção



de nova Resolução Normativa da Agência, chamando à participação diferentes setores da sociedade, como cidadãos em geral, representantes do setor, entidades de defesa do consumidor, sociedades científicas, entidades profissionais, universidades e institutos de pesquisa.

Em relação ao 2º eixo do Relatório - *apuração de denúncias dos consumidores*, insta frisar que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a oferecer todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, para atendimento integral da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei nº 9.656, de 1998, de acordo com a segmentação assistencial, área geográfica de abrangência e área de atuação do produto.

Nesse sentido a operadora deverá ofertar prestadores para assegurar as coberturas e procedimentos mínimos a serem garantidos nos planos de saúde, de acordo com a área geográfica de abrangência definida no contrato firmado com o beneficiário. Deverá, ainda, cumprir a legislação vigente e todas as suas regulamentações, não sendo permitida sob qualquer alegação a negativa de cobertura assistencial e caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da garantia de cobertura para atendimentos aos seus beneficiários.

Para garantir a assistência oferecida nos produtos, compete às operadoras formar uma rede de prestadores, seja própria ou contratualizada, compatível com a demanda e com a área de abrangência. Assim, a rede de prestadores deve ser suficiente para atender à demanda dos beneficiários, em respeito ao que foi contratado, sendo imputada à operadora a responsabilidade por eventuais falhas na formação desta rede.

Ressalta-se que a operadora ao oferecer ao mercado plano de saúde com determinada abrangência geográfica deve garantir, antes de tudo, a assistência à saúde aos beneficiários em toda área contratada, sem limite financeiro e da forma como garante os dispositivos da RN nº 259, de 2011.

Deve-se considerar que as medidas de acesso são as formas mais adequadas de se definir se uma rede é suficiente para o atendimento de seus beneficiários, pois assim é possível avaliar se o serviço está efetivamente sendo prestado e em tempo hábil, não havendo barreiras de acessos. Possuem ainda, a capacidade de revelar, independente da variação de parâmetros estruturais e de demanda, se a rede assistencial foi devidamente dimensionada e distribuída de maneira a atender às necessidades específicas de determinada carteira de beneficiários.

Com o objetivo de avaliar o cumprimento das regras e dos prazos de atendimento para consultas, exames e internações dispostos na RN nº 259, de 2011, pelas operadoras de planos de assistência a saúde, foi implementado o Sistema de Acompanhamento e Avaliação da Garantia de Atendimento. Este acompanhamento tem ainda como objetivos:

- ✓ garantir que o beneficiário tenha acesso oportuno, ou seja, em tempo adequado aos serviços que contratou;



- ✓ estimular as operadoras de planos de assistência à saúde a promoverem o credenciamento e a ampliação da rede de prestadores, adequando-os à demanda crescente de beneficiários; e
- ✓ detectar desconformidades que possam constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários.

As ocorrências de reclamações de beneficiários são processadas e classificadas, considerando o porte e o tipo de atenção prestada, e pode sujeitar a operadora de plano de assistência à saúde a ter parte ou totalidade de seus produtos suspensos para fins de comercialização, além de decretar o regime especial de direção técnica, inclusive com a possibilidade de afastamento dos dirigentes da empresa. Ainda, as operadoras de planos de assistência à saúde que não cumprem os prazos definidos pela ANS estão sujeitas a multas de R\$ 80.000,00 ou de R\$ 100.000,00, para situações de urgência e emergência.

A metodologia deste monitoramento foi estabelecida pela Instrução Normativa - IN/DIPRO nº 38, de 2012, que considerava apenas as reclamações referentes aos prazos máximos de atendimento, sendo que em 27/2/2013, a IN/DIPRO nº 42/2013 revogou a IN/DIPRO nº 38, de 2012. Com este novo normativo, houve uma ampliação do escopo das demandas analisadas no referido monitoramento. Todas as reclamações referentes a acesso e cobertura passaram a ser objeto do monitoramento da garantia de atendimento.

Importa ainda ressaltar que, com a publicação da RN nº 334, de 1º de agosto de 2013, que altera a RN nº 85, de 2004, que dispõe sobre os critérios de concessão e manutenção de produtos, foi estabelecido no parágrafo 3º do artigo 12-A que durante o período de suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde, não serão concedidos registros de novos produtos que apresentem características análogas ao do produto suspenso.

Apenas à título exemplificativo, apresentamos abaixo números de demandas de beneficiários residentes no estado do Paraná no exercício de 2013:

Demandas dos beneficiários, segundo o tipo de atendimento.

Tipo de Atendimento	Demandas
Informação	8.887
Reclamação	3.317
Não classificado	11
Total	12.215

Fonte: SIF – Sistema Integrado de Fiscalização, janeiro de 2014.

jur

Demandas dos beneficiários (NIP – Notificação de Investigação Preliminar), segundo status de finalização.

Status da NIP	Demandas
Finalizada	1.852
Não finalizada	602
Total	2.454

Fonte: SIF – Sistema Integrado de Fiscalização, janeiro de 2014.

Por fim, no que se referem aos encaminhamentos propostos no Relatório, conforme Itens 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.10 e 6.15, apresentamos os esclarecimentos a seguir:

- **Item 6.1 – Fiscalização dos contratos firmados entre as operadoras e os prestadores de serviços:**

Com intuito de fiscalizar proativamente as normas editadas pela ANS, que versam sobre as cláusulas obrigatórias nos contratos firmados entre as operadoras e os prestadores de serviços, a Diretoria de Fiscalização (DIFIS) iniciou em 2005 o Programa Olho Vivo. Entre os itens fiscalizados, constavam as normas da contratualização.

Das operadoras fiscalizadas em 2005/2006, 71 tiveram auto de infração lavrado em razão do descumprimento das normas.

Entretanto, com a finalidade de adequarem a totalidade dos instrumentos jurídicos, as 71 operadoras optaram em firmar Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta – TCAC com a ANS, conforme previsto no § 1º do art. 29 da Lei 9.656, de 1998.

Do total de operadoras em TCAC, mais de 40 tiveram as suas Minutas de instrumentos jurídicos aprovadas pela Gerência de Relações com Prestadores de Serviços (GERPS), da Diretoria de Desenvolvimento Setorial.

Em 2010, a ANS intensificou, mais uma vez, a fiscalização dos instrumentos jurídicos, através do “Programa de Monitoramento da Contratualização”, de competência da GERPS. Foram selecionadas as trinta maiores empresas no setor, em números de beneficiários, excetuando-se da relação, aquelas que tinham processo de ajuste de conduta em andamento.

As operadoras fiscalizadas nos dois Programas correspondem a mais de 60% do mercado de saúde suplementar, em número de beneficiários.

[Assinatura]



- **Item 6.2 – Regularmentar o reajuste nos contratos firmados entre as operadoras e os cirurgiões dentistas:**

A ANS não tem competência legal para estabelecer tais reajustes, competindo às partes contratantes, a sua definição.

- **Item 6.3 – Reajuste nos planos individuais/familiares e coletivos:**

Cumpra esclarecer que os planos privados de assistência suplementar à saúde, sob o critério do regime de contratação, diferenciam-se em plano coletivo (por adesão ou empresarial) e em plano individual/familiar. Sob o critério do marco legal regulatório, distinguem-se em plano de saúde “não regulamentado” (ou “plano antigo”), o celebrado antes do início de vigor da Lei 9.656/98 – Lei dos Planos de Saúde - e em plano “regulamentado”, o contratado após o início de vigor desta lei.

No que toca ao reajuste, cabe destacar, adiante, os incisos IV e XI do artigo 16, da Lei n.º 9.656/98, *in verbis*:

“Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza: (...)

IV - as faixas etárias e os percentuais a que alude o caput do art. 15; (...)

XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias;.”

A Agência, para os planos coletivos e individuais/familiares, definiu as regras de reajuste para as operadoras nos seguintes normativos: RDC n.º 29/00; RDC n.º 66/01; RN n.º 08/02; RN n.º 36/03; RN n.º 74/04; RN n.º 99/05; RN n.º 118/05; RN n.º 128/06; RN n.º 129/06; RN n.º 156/07; RN n.º 157/07; RN n.º 171/08; RN n.º 172/08; RN n.º 195/09 e RN n.º 309/12.

Regulamentação do reajuste por variação de custos de contratos de assistência médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica

Em relação a plano de contratação individual/familiar de assistência médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica celebrado sob o vigor da Lei n.º 9.656/98, ou que tenha sido adaptado às suas disposições, o reajuste por variação anual de custos só pode ser aplicado após a autorização da ANS, que também estipula o seu percentual máximo.

Já os reajustes dos planos individuais de assistência médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica até 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, deverão seguir o disposto no contrato, desde que contenha o índice de preços com critério claro. Caso as cláusulas do contrato não indiquem expressamente o índice de preços a ser utilizado deverá ser adotado percentual limitado ao reajuste estipulado pela ANS.

Em relação a plano de contratação coletiva empresarial ou adesão não se exige a autorização desta Agência para que se lhe apliquem os índices de reajuste da contraprestação pecuniária por variação anual de custos.

Em planos coletivos, os parâmetros para o reajuste são estipulados nas cláusulas contratuais, decorrentes da negociação das partes celebrantes, que são a pessoa jurídica estipulante e a operadora de plano de saúde. O critério de cálculo, bem como o percentual apurado, podem ser negociados entre as partes.

Saliente-se que a RN n.º 195/2009 determina que o reajuste nos contratos coletivos será único e aplicado no íterim de doze meses. Além disso, esta resolução dispõe que “não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato...” e que “não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados...”.

A ANS realiza seu mister regulatório, nos planos coletivos, também através do monitoramento da evolução de seus preços (inciso XXI, do art. 4º, da Lei 9961/00). As operadoras devem comunicar-lhe os reajustes aplicados, tanto os positivos e os negativos, quanto a ausência de reajuste.

A RN n.º 195/09 dispõe, que para os contratos coletivos por adesão, os beneficiários ficam dispensados de carência, se ingressarem em até 30 dias da data de celebração ou, para novos ingressantes, 30 dias da data de aniversário do contrato. Já os contratos coletivos empresariais com mais de 30 consumidores também não estão sujeitos a carência, o que reduz decisivamente o ônus da mudança para uma outra operadora, caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias.

Sendo assim, esses grupos de consumidores têm mais poder de negociação do que os beneficiários de contratos individuais, justificando a não fixação de tetos para os reajustes desses contratos.

Regulamentação do reajuste de pequenos contratos coletivos

Já os contratos coletivos empresariais com menos de 30 beneficiários estão sujeitos à carência, o que aumenta o ônus da mudança para uma outra operadora, caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias. Sendo assim, esses grupos de beneficiários têm menos poder de negociação ou de “barganha” que os contratos coletivos com 30 ou mais beneficiários.

Observa-se que os contratos coletivos com menos de 30 beneficiários, devido à menor quantidade de beneficiários presentes no contrato, têm em sua essência características semelhantes aos planos individuais, no que se refere à diluição de risco, além de possuírem a exigência do cumprimento de carências, no caso dos planos empresariais.

Diante disso, editou-se a Resolução Normativa nº 309, de 2012, implementando novas regras para os reajustes dos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários, de modo a tornar mais estáveis e previsíveis os reajustes desses contratos.



Tal normativo estabeleceu uma medida para regular o reajuste dos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários mediante a utilização do agrupamento de contratos. O agrupamento de contratos tem o intuito de promover a distribuição, para todos os contratos desse agrupamento, do risco inerente à operação de cada um deles.

Neste contexto, as operadoras deverão agrupar os seus contratos coletivos com menos de 30 beneficiários e calcular um reajuste único para esse grupo de contratos. Desta forma, o risco de cada contrato fica distribuído e diluído dentro do grupo, trazendo um real mutualismo para o cálculo do reajuste dos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários.

A Resolução Normativa nº 309/2012 já está em vigor e o reajuste a ser aplicado a partir de maio/2013 aos contratos com menos de 30 beneficiários deverá estar de acordo com as novas regras introduzidas.

Regulamentação do reajuste por variação de custos de contratos de assistência exclusivamente odontológica

Os reajustes nos planos individuais/familiares de contratação exclusivamente odontológica, independentemente da data da celebração, devem seguir o disposto na Resolução Normativa - RN nº 172/08, ou seja, devem ser efetuados de acordo com as cláusulas contratuais claramente estabelecidas, assim consideradas as que elejam um índice de preços divulgado por instituição externa, ou seja, um índice de preços de ampla divulgação, por instituição reconhecida.

Já para os planos coletivos exclusivamente odontológicos, com formação de preço pré-estabelecida, deverá ser comunicada à ANS qualquer variação positiva, negativa ou igual a zero da contraprestação pecuniária, seja decorrente de reajuste, revisão ou da sua manutenção.

Apropriado destacar que para este ano está previsto na Agenda Regulatória o Programa de Incentivo à Comercialização de Planos Individuais e um dos eixos desse Programa prevê a revisão dos critérios para a construção do índice de reajuste para os planos individuais.

- **Item 6.4 – Termo de Ajuste de Conduta (TAC) para obrigar o critério de reajuste nos contratos firmados entre as operadoras e os médicos/dentistas. IN/DIDES nº 49, de 2012:**

O critério de reajuste nos contratos firmados entre as operadoras e médicos/dentistas já é obrigatório por força das Resoluções Normativas – RN nº 42/03, RN nº 54/03 e RN nº 71/04, assim como, pela Instrução Normativa/DIDES nº 49/09. O que a ANS não pode, por vedação legal, é definir qual o reajuste será aplicado nesses contratos, sendo competência exclusiva dos contratantes (operadoras e prestadores de serviços). Insta frisar que as operadoras que não observarem a obrigatoriedade do critério de reajuste nos contratos firmados com os prestadores de serviços estão passíveis de multa de até R\$ 35.000,00 por instrumento inadequado, conforme dispõe o art. 43 da Resolução Normativa nº 124, de 2006.

- **Item 6.10 – Transmissão ao vivo, via internet, das reuniões da ANS:**

A sugestão já faz parte de um projeto interno da ANS para transmissão ao vivo das reuniões da Diretoria Colegiada. O processo de licitação para aquisição da tecnologia já está em andamento.

- **Item 6.15 – Ampliação dos produtos (órteses, próteses e materiais especiais) utilizados nos procedimentos e eventos em saúde:**

Essa discussão já é feita através do grupo técnico que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

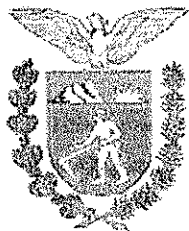
Segundo dispõe o art. 17 da Resolução Normativa nº 338, de 2013 – que trata do Rol que vigorará a partir de 02/01/2014, todos os materiais necessários para a execução dos procedimentos e eventos em saúde são obrigatórios, por força da RN em referência, *in verbis*:

Art. 17. Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos, possuem cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde.

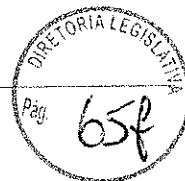
No ensejo, apresento a Vossa Excelência os protestos de elevada estima e distinta consideração.

Atenciosamente,


FABRICIA FERNANDES DUARTE
Chefe de Gabinete da Presidência



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ



RECIBO DE REQUERIMIENTO

PROCESSO: 1219/2014-2

DATA: 13/02/2014

REQUERENTE: DIRETORIA LEGISLATIVA

ASSUNTO: INFORMAÇÃO

INFORMAÇÕES:

Usuário: LUIZ FERNANDO CORNELSEN BOGADO
 PROT RECIBO REQUERIMENTO ALEP

Página: 1 de 1
Emissão: 13/02/2014 11:23:21

Cortar aqui



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



Ofício nº 16/2014/DL

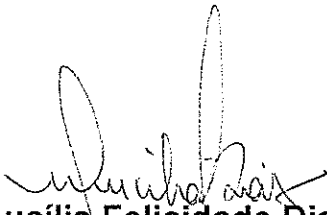
Curitiba, 12 de fevereiro de 2014.

Senhor Deputado:

Através do presente encaminho a Vossa Excelência cópia do ofício nº 22/2014/PRESI, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, referente ao Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde no Estado do Paraná.

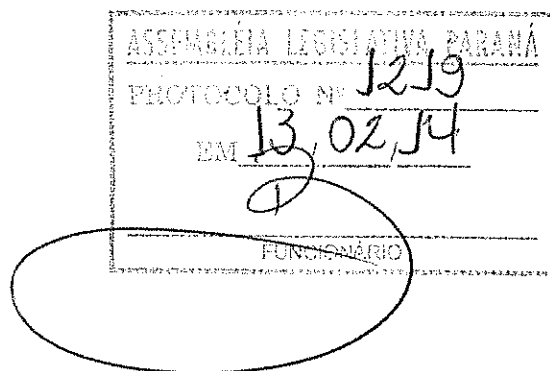
Informo ainda, que o referido documento encontra-se disponível no site da Assembleia, juntamente com o Relatório Final da CPI.

Atenciosamente,


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

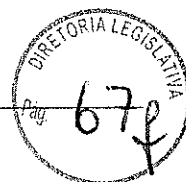
CÓPIA

Exmo. Sr.
Deputado **PARANHOS**
Nesta





ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ



RECIBO DE REQUERIMENTO

PROCESSO: 1218/2014-1

DATA: 13/02/2014

REQUERENTE: DIRETORIA LEGISLATIVA

ASSUNTO: INFORMAÇÃO

INFORMAÇÕES:



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



Ofício nº 10/2014/DL

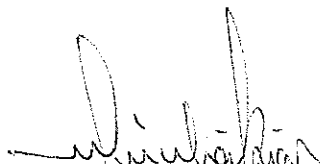
Curitiba, 12 de fevereiro de 2014.

Senhor Deputado:

Através do presente encaminho a Vossa Excelência cópia do ofício nº 22/2014/PRESI, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, referente ao Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde no Estado do Paraná.

Informo ainda, que o referido documento encontra-se disponível no site da Assembleia, juntamente com o Relatório Final da CPI.

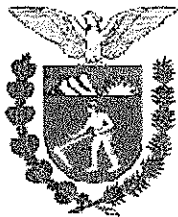
Atenciosamente,


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

CÓPIA

Exmo. Sr.
Deputado **ADELINO RIBEIRO**
Nesta

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA PARANÁ
PROTOCOLO Nº <u>2213</u>
EM <u>13/02/14</u>
_____ FUNÇÃOÁRIO



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

RECIBO DE REQUERIMENTO

PROCESSO: 1217/2014-1

DATA: 13/02/2014

REQUERENTE: DIRETORIA LEGISLATIVA

ASSUNTO: INFORMAÇÃO

INFORMAÇÕES:



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



Ofício nº 15/2014/DL

Curitiba, 12 de fevereiro de 2014.

Senhor Deputado:

Através do presente encaminho a Vossa Excelência cópia do ofício nº 22/2014/PRESI, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, referente ao Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde no Estado do Paraná.

Informo ainda, que o referido documento encontra-se disponível no site da Assembleia, juntamente com o Relatório Final da CPI.

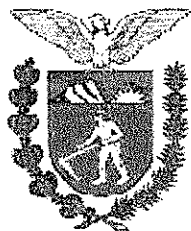
Atenciosamente,


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

CÓPIA

Exmo. Sr.
Deputado **PÉRICLES DE MELLO**
Nesta

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ
PROTOCOLADO Nº 1217
EM 13/02/14
FUNCIONÁRIO



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

RECIBO DE REQUERIMENTO

PROCESSO: 1216/2014-2

DATA: 13/02/2014

REQUERENTE: DIRETORIA LEGISLATIVA

ASSUNTO: INFORMAÇÃO

INFORMAÇÕES:



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



Ofício nº 13/2014/DL

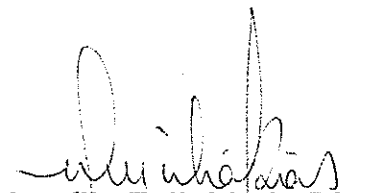
Curitiba, 12 de fevereiro de 2014.

Senhor Deputado:

Através do presente encaminho a Vossa Excelência cópia do ofício nº 22/2014/PRESI, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, referente ao Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde no Estado do Paraná.

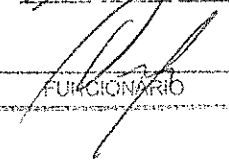
Informo ainda, que o referido documento encontra-se disponível no site da Assembleia, juntamente com o Relatório Final da CPI.

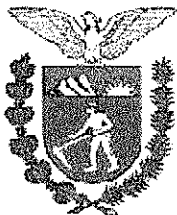
Atenciosamente,


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

CÓPIA

Exmo. Sr.
Deputado **MAURO MORAES**
Nesta

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA PARANÁ
PROTOCOLO Nº 1216
EM 13, 02, 14

FUNÇÃO



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

RECIBO DE REQUERIMENTO

PROCESSO: 1213/2014-1

DATA: 13/02/2014

REQUERENTE: DIRETORIA LEGISLATIVA

ASSUNTO: INFORMAÇÃO

INFORMAÇÕES:



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



Ofício nº 14/2014/DL

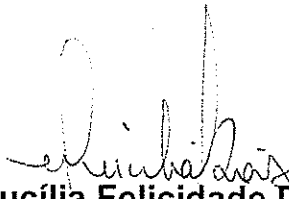
Curitiba, 12 de fevereiro de 2014.

Senhor Deputado:

Através do presente encaminho a Vossa Excelência cópia do ofício nº 22/2014/PRESI, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, referente ao Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde no Estado do Paraná.

Informo ainda, que o referido documento encontra-se disponível no site da Assembleia, juntamente com o Relatório Final da CPI.

Atenciosamente,


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

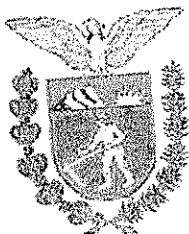
CÓPIA

Exmo. Sr.
Deputado **TERCÍLIO TURINI**
Nesta

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA PARANÁ
PROTOCOLO Nº 1213
EM 13/02/14

FUNCIÓARIO

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ



RECIBO DE REQUERIMENTO

DATA: 13/02/2014

PROCESSO: 1214/2014-2

REQUERENTE: DIRETORIA LEGISLATIVA

ASSUNTO: INFORMAÇÃO

INFORMAÇÕES:

Usuário: LUIZ FERNANDO CORNELSEN BOGADO
PROT_RECIBO_REQUERIMENTO_ALP

Página: 1 de 1
Emissão: 13/02/2014 11:12:31

NTC

Cortar ac



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



Ofício nº 12/2014/DL

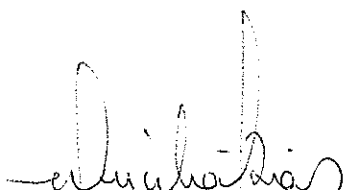
Curitiba, 12 de fevereiro de 2014.

Senhor Deputado:

Através do presente encaminho a Vossa Excelência cópia do ofício nº 22/2014/PRESI, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, referente ao Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde no Estado do Paraná.

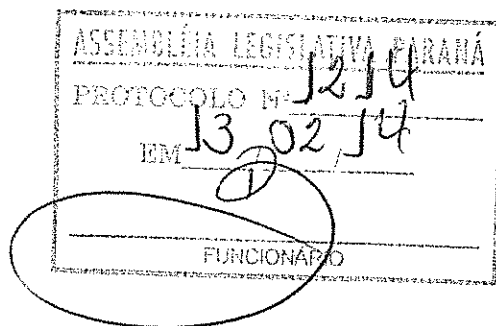
Informo ainda, que o referido documento encontra-se disponível no site da Assembleia, juntamente com o Relatório Final da CPI.

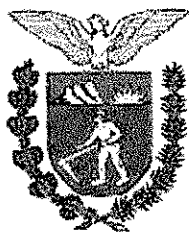
Atenciosamente,


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

CÓPIA

Exmo. Sr.
Deputado **STEPHANES JUNIOR**
Nesta





ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

RECIBO DE REQUERIMENTO

PROCESSO: 1212/2014-1

DATA: 13/02/2014

REQUERENTE: DIRETORIA LEGISLATIVA

ASSUNTO: INFORMAÇÃO

INFORMAÇÕES:

201



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



Ofício nº 11/2014/DL

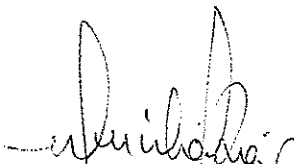
Curitiba, 12 de fevereiro de 2014.

Senhor Deputado:

Através do presente encaminho a Vossa Excelência cópia do ofício nº 22/2014/PRESI, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, referente ao Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde no Estado do Paraná.

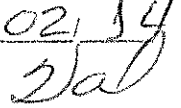
Informo ainda, que o referido documento encontra-se disponível no site da Assembleia, juntamente com o Relatório Final da CPI.

Atenciosamente,


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

CÓPIA

Exmo. Sr.
Deputado **ANIBELLI NETO**
Nesta

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA PARANÁ	
PROTOCOLO Nº	1232
EM	13/02/14
	
FUNCIONÁRIO	

PODER LEGISLATIVO



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

PROTOCOLO Nº	7684/2014	16/09/2014 16:19
INTERESSADO		
MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL		
ASSUNTO		
SOLICITAÇÃO		

COORDENADORIA DE PROTOCOLO GERAL



**MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO PARANÁ**

Ofício nº 7199/2014-PRDC-PR

Curitiba, 10 de setembro de 2014.

Ref.: Inquérito Civil Público MPF PR/PR 1.25.000.002615/2010-26

Senhor Presidente,

Cumprimentando-o, no intento de subsidiar o inquérito civil público acima referenciado, requesito a Vossa Senhoria que, no prazo de **10 (dez) dias úteis**, a contar do recebimento deste ofício, esclareça quais providências foram tomadas acerca da elaboração e tramitação de projetos de leis que regulamentem a atuação dos planos de saúde no Estado, tendo em vista ter sido uma das medidas propostas com a CPI dos Planos de Saúde.

Atenciosamente,

**Antonia Lélia Neves Sanches
Procuradora da República
Procuradora Regional dos Direitos do Cidadão**

A Sua Excelência

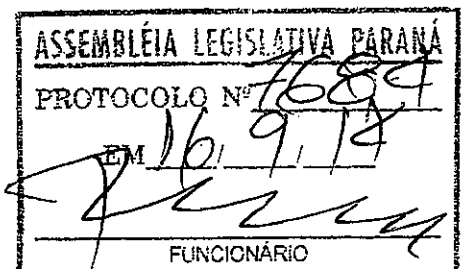
Valdir Rossoni

Presidente da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

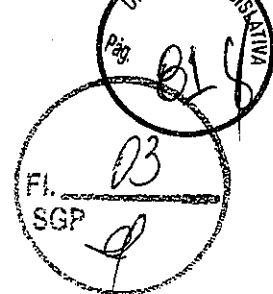
Praça Nossa Senhora de Salette, s/n

80530-911 – Curitiba/PR





Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 4ª Sessão Legislativa



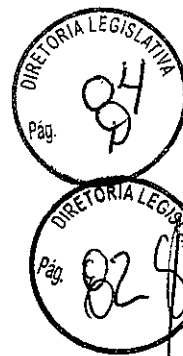
Protocolo nº 7684/2014-ALEP
Ofício nº 7199/2014-PRDC-PR
Interessado: Ministério Público Federal

De Ordem.

À Diretoria Legislativa para informar e verificar junto aos integrantes da “CPI dos Planos de Saúde”, observando-se o prazo consignado.

Em, 17 de setembro de 2014.

Secretária Geral da Presidência



Protocolo 7.684/2014

Interessado: Ministério Público Federal

INFORMAÇÃO

Aprovada a Resolução nº 11, de 2013, o Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde foi enviado à Secretaria Geral da Presidência para efetivação dos encaminhamentos solicitados.

A Secretaria Geral da Presidência enviou diversos ofícios, conforme cópias anexas.

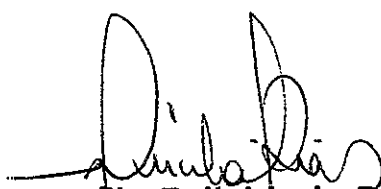
A única resposta até agora recebida é da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que foi lida no Expediente da Sessão Ordinária do dia 4 de fevereiro de 2014 e enviada aos senhores Deputados, membros da Comissão.

Com efeito, a ANS, na citada correspondência, faz questão de tratar da competência sobre o assunto:

Preliminarmente cabe destacar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora do Governo Federal, vinculada ao Ministério da Saúde, que atua em todo o território nacional na regulação, na normatização, no controle e na fiscalização do setor de planos privados de assistência à saúde.

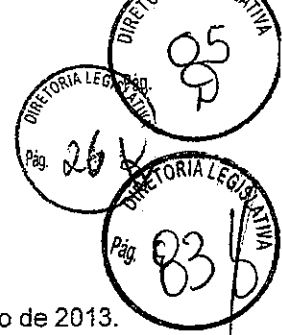
Seguem anexos os documentos solicitados. O Relatório e todos os documentos constam do site da Assembleia, na atividade parlamentar, CPIs.

Curitiba, 19 de setembro de 2014.


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



Of. nº 426/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhor Procurador Geral,

Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e dos encaminhamentos propostos no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, remeto, para conhecimento e providências que essa Procuradoria Geral da Justiça entender pertinentes, as cópias respectivas.

Na oportunidade, reitero a Vossa Excelência os meus cordiais cumprimentos.

CÓPIA


VALDIR ROSSONI
Presidente

MP/PR - J. MARANHÃO - 24/SET - 14:58

PROTOCOLO Nº 19740/2013

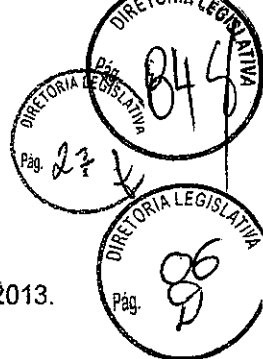
INTERESSADO: ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

ASSUNTO : ENCAMINHAMENTO DE DOCUMENTAÇÃO

Excelentíssimo Senhor
GILBERTO GIACOIA
Procurador-Geral de Justiça do Ministério Público do Estado do Paraná
NESTA CAPITAL



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



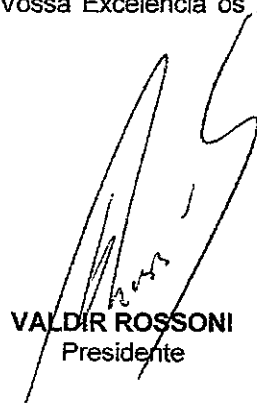
Of. nº 427/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

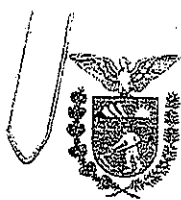
Senhor Presidente,

Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e do que consta no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, encaminho, para conhecimento dessa Corte de contas, as cópias respectivas.

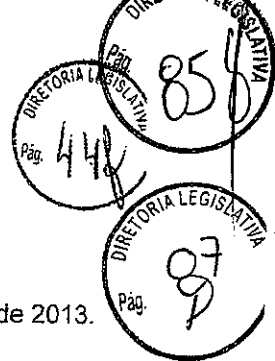
Na oportunidade, reitero a Vossa Excelência os meus cordiais cumprimentos.


VALDIR ROSSONI
Presidente

Excelentíssimo Senhor
Conselheiro Aragaão de Mattos Leão
Presidente do Tribunal de Contas do Estado do Paraná
NESTA CAPITAL



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



Of. nº 428/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhor Governador,

SISTEMA INTEGRADO DE DOCUMENTOS
GOV. PARANA NUM. 12.180.539-1
DATA- 24 SET. 2013 HORA-



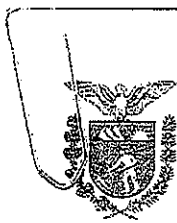
Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e do que consta no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, encaminho, para conhecimento dessa administração pública estadual, as cópias respectivas.

Na oportunidade, reitero a Vossa Excelência a minha admiração e respeitosos cumprimentos.

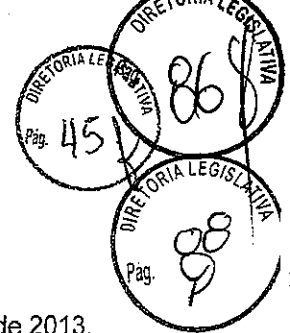
[Assinatura manuscrita]

Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Excelentíssimo Senhor
CARLOS ALBERTO RICHA
Governador do Estado do Paraná
Nesta Capital



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



Of. nº 429/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhor Diretor-Presidente,

Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e dos encaminhamentos propostos no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, em especial os itens 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.6, 6.7, 6.10 e 6.15, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, remeto, para conhecimento e providências dessa Agência Nacional de Saúde, as cópias respectivas.

Na oportunidade, apresento a Vossa Excelência os meus cordiais cumprimentos.

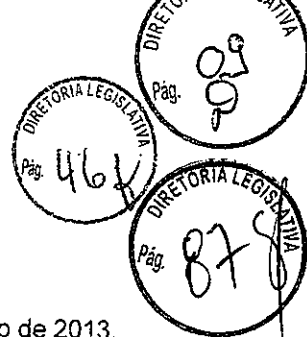

Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Excelentíssimo Senhor
Cardiologista **André Longo Araújo de Melo**
Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Rio de Janeiro - RJ

56.185.995.161-B
VIA A.R.
24/09/13



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



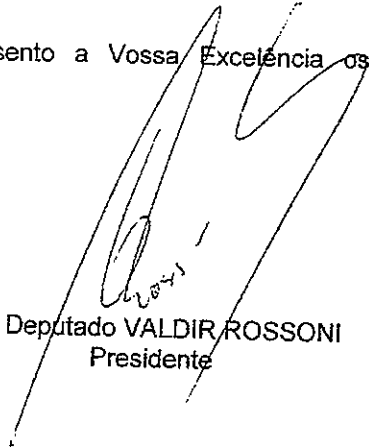
Of. nº 430/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhor Coordenador,

Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e do que consta no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, em especial os itens 6.6, 6.7 e 6.14, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, remeto, para conhecimento e providências que essa bancada parlamentar do Paraná entender pertinentes, as cópias respectivas.

Na oportunidade, apresento a Vossa Excelência os meus cordiais cumprimentos.

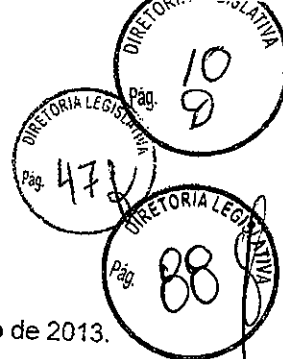

Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Excelentíssimo Senhor
MARCELO ALMEIDA
Deputado Federal Coordenador da Bancada Federal do Estado do Paraná
Brasília - DF

VIA A.R.
Of. 185 995/192-82
24/09/13



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



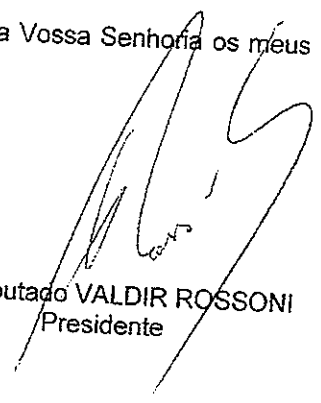
Of. nº 431/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhor Presidente,

Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e do que consta no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, em especial os itens 6.11, 6.12, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, remeto, para conhecimento e providências que esse Conselho Regional de Medicina entender pertinentes, as cópias respectivas.

Na oportunidade, apresento a Vossa Senhoria os meus cordiais cumprimentos


Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Ilustríssimo Senhor
DR. ALEXANDRE GUSTAVO BLEY
Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná CRM-PR
Nesta Capital

1112 D.R.
J.G. 185995/1382
24/09/13



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa

Of. nº 432/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.



Senhor Presidente,

Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e do que consta no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, em especial os itens 6.11, 6.12, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, remeto, para conhecimento e providências que esse Conselho Federal de Medicina entender pertinentes, as cópias respectivas.

Na oportunidade, apresento a Vossa Senhoria os meus cordiais cumprimentos.


Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Ilustríssimo Senhor
ROBERTO LUIZ D'AVILA
Presidente do Conselho Federal de Medicina
Brasília - DF

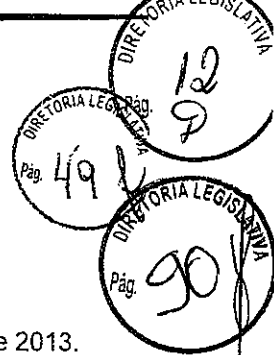
VIA A.R.
O.G. 185 995 175
24/09/13



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa

Of. nº 433/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.



Senhor Presidente,

Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e dos encaminhamentos propostos no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, em especial os itens 6.4, 6.5 e 6.13, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, remeto, para conhecimento dessa Procuradoria, as cópias respectivas.

Na oportunidade, apresento a Vossa Excelência os meus cordiais cumprimentos.


Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Excelentíssimo Senhor
JOÃO VICENTE BERALDO ROMÃO
Procurador Chefe do Ministério Público Federal no Estado do Paraná
Nesta Capital

VIA 2.R.
JG. 185-995-1440-
24/09/13



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



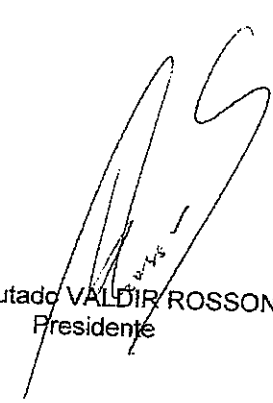
Of. nº 434/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhor Presidente,

Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e dos encaminhamentos sugeridos no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, em especial o item 6.16, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, remeto, para conhecimento desse Instituto, as cópias respectivas.

Na oportunidade, apresento a Vossa Senhoria os meus cordiais cumprimentos.


Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Ilustríssimo Senhor
JOÃO ALZIRO HERZ DA JORNADA
Presidente do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia -
INMETRO
Brasília - DF

VIA D.R.
56.185995/1392
24/09/13



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



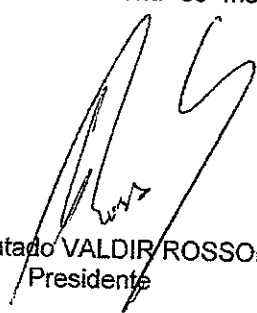
Of. nº 435/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhora Diretora,

Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e dos encaminhamentos propostos no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, em especial o item 6.8 e 6.9, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, remeto, para conhecimento e análise quanto à viabilidade das propostas legais sugeridas, as cópias respectivas.

Na oportunidade, reitero a Vossa Senhoria os meus cordiais cumprimentos.


Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Ilustríssima Senhora
LUCILIA FELICIDADE DIAS
Diretora Legislativa da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Neste Edifício

*Recebido
Silvia Enin
24.09.13*



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
17ª Legislatura – 3ª Sessão Legislativa



Of. nº 436/13- GP- SGP

Curitiba, 23 de setembro de 2013.

Senhor Presidente,

Cópia

Em face do estabelecido no Art. 38 do Regimento Interno desta Casa e do que consta no **Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde**, aprovado pela Resolução nº 11/13, publicada no Diário Oficial da Assembleia Legislativa nº 511, de 20/09/13, encaminho, para conhecimento dessa Comissão de Saúde Pública, as cópias respectivas.

Na oportunidade, reitero a Vossa Excelência os meus cordiais cumprimentos.


Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

Excelentíssimo Senhor
Deputado DR. BATISTA
Presidente da Comissão de Saúde Pública
Nesta Capital

Recebido 24/09/13
eliane

Ofício nº 22 /2014/PRESI

Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 2014

A Sua Excelência o Senhor
DEPUTADO ESTADUAL VALDIR ROSSONI
Presidente
Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Praça Nossa Senhora de Salette, s/n
80.530-911 - Curitiba - PR

I - À DAP para leitura no expediente.

II - À DL para providências.

Em, 04/01/14

Presidente



Assunto: Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Senhor Presidente,

Em atendimento ao Ofício nº 429/13-GP-SGP, datado de 23/09/2013, através do qual Vossa Excelência encaminha o Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde no estado do Paraná, apresentamos os esclarecimentos a seguir:

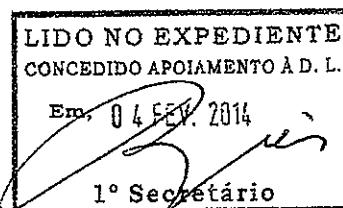
Inicialmente cumpre-nos congratular V. Exª, o Deputado Adelino Ribeiro, Presidente da Comissão, e os demais deputados pelo belíssimo trabalho que fizeram à frente dessa Comissão Parlamentar de Inquérito, conduzida de forma imparcial, impessoal e equilibrada.

Sendo essa Assembleia Legislativa do Estado do Paraná a casa do "povo", a atuação dos senhores parlamentares na busca do interesse público vem enriquecer o processo regulatório em nosso país.

Da análise do Relatório, conforme Item "1" do documento, depreende-se que o objetivo da CPI foi dividido em dois eixos centrais: (I) *análise da baixa remuneração dos médicos e cirurgiões dentistas* e (II) *apuração de denúncias dos consumidores*.

Preliminarmente cabe destacar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora do Governo Federal, vinculada ao Ministério da Saúde, que atua em todo o território nacional na regulação, na normatização, no controle e na fiscalização do setor de planos privados de assistência à saúde.

www.ans.gov.br

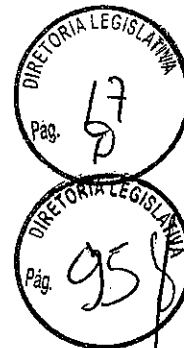
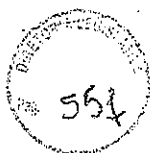


Disque-ANS: 0800 701-9656

Para Providências

5/2/14

14134 04/02/2014 080066 DP ASS. LEGISLATIVA DO PARANÁ



Tem como função precípua ser a guardiã da Lei 9.656, de 1998 – marco regulatório dos planos de saúde no Brasil.

Em razão da especificidade e complexidade da matéria, que é a saúde no contexto privado, o Poder Legislativo delegou, através da Lei 9.961, de 2000 – lei de criação da ANS, a este Órgão Regulador a competência para estabelecer normas regulamentares sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Assim, em total observância ao art. 2º da Constituição Federal, que reconhece a independência e harmonia entre si dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, a competência dada à ANS pelo Legislativo para regular as operadoras de planos privados de saúde está em plena consonância com a CF/88.

Vencida esta etapa inicial, passamos a análise do relatório.

No que tange ao 1º eixo do documento em epígrafe - *análise da baixa remuneração dos médicos*, detalhamos, a seguir, os devidos esclarecimentos.

O art. 3º da lei que a criou estabelece que a ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, *inclusive quanto às suas relações com prestadores* e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Oportuno destacar que a ANS não tem competência legal para regular e fiscalizar prestadores de serviço e vendedores/corretores. Além disso, o regime setorial é de autorização e não de concessão.

Paralelamente, o inciso II do art. 4º da mesma lei dispõe que a ANS tem competência para estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras.

Com base na competência supracitada, a Agência editou três Resoluções Normativas que estabelecem os requisitos mínimos que devem ser observados nos contratos firmados entre as operadoras e os prestadores de serviços, a saber:

- ✓ Resolução Normativa nº 42, de 04 de julho de 2003 - Estabelece os requisitos para celebração dos instrumentos jurídicos entre operadoras e “**prestadores de serviços hospitalares**”;
- ✓ Resolução Normativa nº 54, de 28 de novembro de 2003 - Estabelece os requisitos para celebração dos instrumentos jurídicos entre operadoras e “**prestadores de SADT e clínicas ambulatoriais**”;

jur

- ✓ Resolução Normativa nº 71, de 17 de março de 2004 - Estabelece os requisitos para celebração dos instrumentos jurídicos entre operadoras e "profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios".

Uma das obrigações prevista é a cláusula com o critério de reajuste, que deve conter a forma e a periodicidade, *in verbis*:

Art. 2º Os instrumentos jurídicos de que trata esta Resolução Normativa devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, aplicando-se-lhes os princípios da teoria geral dos contratos.

Parágrafo único. São cláusulas obrigatórias em todo instrumento jurídico as que estabeleçam:

(...)

VII - direitos e obrigações, relativos às condições gerais da Lei nº 9.656, de 1998, e às estabelecidas pelo CONSU e pela ANS, contemplando:

(...)

c) os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade; (GRIFAMOS)

(...)

Posteriormente, esse dispositivo foi regulamentado pela Instrução Normativa nº 49, de 2012, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial.

A norma trouxe um rol de regras a serem observadas pelas operadoras, tais como, as cláusulas que são aceitas pelo Regulador – (I) - *índice vigente e de conhecimento público*; (II) - *percentual prefixado*; (III) - *variação pecuniária positiva*; (IV) - *fórmula de cálculo do reajuste*, assim como, cláusulas que são vedadas – (I) - *formas de reajuste condicionadas à sinistralidade da operadora*; (II) - *fórmula de cálculo do reajuste ou percentual prefixado que o valor do serviço contratado seja mantido ou reduzido*.

Caso as operadoras não façam as devidas adequações em observância à Instrução Normativa/DIDES nº 49, de 2012, estarão passíveis de penalidade com fulcro no art. 43 da Resolução Normativa nº 124, de 2006 – que estabelece multa de R\$ 35.000,00 para cada um dos instrumentos jurídicos inadequados.

Vale lembrar que o contrato firmado entre as operadoras e os prestadores de serviços de saúde (hospitais, prestadores de SADT e profissionais de saúde) é um acordo de vontades livres, conscientes e igualmente capazes, conforme ordem jurídica vigente, destinado a regulamentar os interesses entre as partes, com o objetivo de adquirir, modificar ou extinguir relações jurídicas obrigacionais de natureza patrimonial.

jun

576



Assim não deve, por risco de afronta aos seus limites legais, a ANS definir os preços dos serviços contratados e índices ou percentuais a serem aplicados nos reajustes, bem como atuar como árbitro em pauta de reivindicações comerciais, embora venha tratando de temas correlatos em sua Agenda Regulatória.

Com o objetivo de discutir com os representantes do setor a necessidade e a forma adequada de regulação da hierarquização dos procedimentos e eventos em saúde, tendo como principal referência o grau de capacitação, a complexidade técnica e o tempo de execução requeridos em cada procedimento, a ANS instaurou a Câmara Técnica da Hierarquização dos Procedimentos Médicos.

A medida proposta está prevista no item 3.2 - *Desenvolver metodologia de hierarquização de procedimentos médicos* - Eixo 3 - *Relacionamento entre operadoras e prestadores* - da Agenda Regulatória 2013-2014.

Considerando que faltam critérios técnicos para o alinhamento da remuneração entre o valor do procedimento e o custo associado ao trabalho médico, urge a necessidade da intervenção Estatal através de alguma Política Pública.

Assim o produto esperado com a medida regulatória será a edição de estudos que viabilizem que os preços relativos aos procedimentos médicos reflitam, de modo hierarquizado, seus custos relativos.

Apropriado citar que ANS iniciou no dia 06/01/2014 a Consulta Pública nº 54 para a elaboração de normativo que estimula as boas práticas entre as operadoras e os prestadores de serviços. A abertura da Consulta Pública foi publicada no dia 30 de dezembro de 2013 no Diário Oficial da União. É uma forma de incentivar que a sociedade participe da elaboração do novo normativo.

A proposta de nova Resolução Normativa estabelece indicadores que permitirão à Agência acompanhar a relação entre operadoras e prestadores. Desta forma, a ANS pretende criar mecanismos que demonstrem a adoção de boas práticas no relacionamento entre eles. O objetivo é incentivar uma relação mais equilibrada entre as operadoras e os profissionais de saúde, hospitais, clínicas e laboratórios, assegurando que suas práticas propiciem cada vez mais um atendimento de qualidade aos consumidores. Na avaliação da Agência, eventuais conflitos nesta relação não podem de forma alguma comprometer a qualidade dos serviços prestados.

Um dos grandes desafios que temos é o de promover o alinhamento dos interesses das operadoras e dos prestadores em prol dos consumidores. Assim, a adoção de boas práticas é fundamental para que a melhoria da assistência à saúde seja constante e esteja no centro das discussões do setor.

Até o dia 04 de fevereiro de 2014, poderão ser enviadas contribuições, sugestões ou comentários, utilizando o formulário eletrônico disponível no portal da ANS em "Participação da Sociedade/Consultas Públicas". A medida torna ainda mais democrático o processo de construção

jun

de nova Resolução Normativa da Agência, chamando à participação diferentes setores da sociedade, como cidadãos em geral, representantes do setor, entidades de defesa do consumidor, sociedades científicas, entidades profissionais, universidades e institutos de pesquisa.

Em relação ao 2º eixo do Relatório - *apuração de denúncias dos consumidores*, insta frisar que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a oferecer todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, para atendimento integral da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei nº 9.656, de 1998, de acordo com a segmentação assistencial, área geográfica de abrangência e área de atuação do produto.

Nesse sentido a operadora deverá ofertar prestadores para assegurar as coberturas e procedimentos mínimos a serem garantidos nos planos de saúde, de acordo com a área geográfica de abrangência definida no contrato firmado com o beneficiário. Deverá, ainda, cumprir a legislação vigente e todas as suas regulamentações, não sendo permitida sob qualquer alegação a negativa de cobertura assistencial e caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da garantia de cobertura para atendimentos aos seus beneficiários.

Para garantir a assistência oferecida nos produtos, compete às operadoras formar uma rede de prestadores, seja própria ou contratualizada, compatível com a demanda e com a área de abrangência. Assim, a rede de prestadores deve ser suficiente para atender à demanda dos beneficiários, em respeito ao que foi contratado, sendo imputada à operadora a responsabilidade por eventuais falhas na formação desta rede.

Ressalta-se que a operadora ao oferecer ao mercado plano de saúde com determinada abrangência geográfica deve garantir, antes de tudo, a assistência à saúde aos beneficiários em toda área contratada, sem limite financeiro e da forma como garante os dispositivos da RN nº 259, de 2011.

Deve-se considerar que as medidas de acesso são as formas mais adequadas de se definir se uma rede é suficiente para o atendimento de seus beneficiários, pois assim é possível avaliar se o serviço está efetivamente sendo prestado e em tempo hábil, não havendo barreiras de acessos. Possuem ainda, a capacidade de revelar, independente da variação de parâmetros estruturais e de demanda, se a rede assistencial foi devidamente dimensionada e distribuída de maneira a atender às necessidades específicas de determinada carteira de beneficiários.

Com o objetivo de avaliar o cumprimento das regras e dos prazos de atendimento para consultas, exames e internações dispostos na RN nº 259, de 2011, pelas operadoras de planos de assistência a saúde, foi implementado o Sistema de Acompanhamento e Avaliação da Garantia de Atendimento. Este acompanhamento tem ainda como objetivos:

- ✓ garantir que o beneficiário tenha acesso oportuno, ou seja, em tempo adequado aos serviços que contratou;





- ✓ estimular as operadoras de planos de assistência à saúde a promoverem o credenciamento e a ampliação da rede de prestadores, adequando-os à demanda crescente de beneficiários; e
- ✓ detectar desconformidades que possam constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários.

As ocorrências de reclamações de beneficiários são processadas e classificadas, considerando o porte e o tipo de atenção prestada, e pode sujeitar a operadora de plano de assistência à saúde a ter parte ou totalidade de seus produtos suspensos para fins de comercialização, além de decretar o regime especial de direção técnica, inclusive com a possibilidade de afastamento dos dirigentes da empresa. Ainda, as operadoras de planos de assistência à saúde que não cumprem os prazos definidos pela ANS estão sujeitas a multas de R\$ 80.000,00 ou de R\$ 100.000,00, para situações de urgência e emergência.

A metodologia deste monitoramento foi estabelecida pela Instrução Normativa - IN/DIPRO nº 38, de 2012, que considerava apenas as reclamações referentes aos prazos máximos de atendimento, sendo que em 27/2/2013, a IN/DIPRO nº 42/2013 revogou a IN/DIPRO nº 38, de 2012. Com este novo normativo, houve uma ampliação do escopo das demandas analisadas no referido monitoramento. Todas as reclamações referentes a acesso e cobertura passaram a ser objeto do monitoramento da garantia de atendimento.

Importa ainda ressaltar que, com a publicação da RN nº 334, de 1º de agosto de 2013, que altera a RN nº 85, de 2004, que dispõe sobre os critérios de concessão e manutenção de produtos, foi estabelecido no parágrafo 3º do artigo 12-A que durante o período de suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde, não serão concedidos registros de novos produtos que apresentem características análogas ao do produto suspenso.

Apenas à título exemplificativo, apresentamos abaixo números de demandas de beneficiários residentes no estado do Paraná no exercício de 2013:

Demandas dos beneficiários, segundo o tipo de atendimento.

Tipo de Atendimento	Demandas
Informação	8.887
Reclamação	3.317
Não classificado	11
Total	12.215

Fonte: SIF – Sistema Integrado de Fiscalização, janeiro de 2014.

jur

Demandas dos beneficiários (NIP – Notificação de Investigação Preliminar), segundo status de finalização.

Status da NIP	Demandas
Finalizada	1.852
Não finalizada	602
Total	2.454

Fonte: SIF – Sistema Integrado de Fiscalização, janeiro de 2014.

Por fim, no que se referem aos encaminhamentos propostos no Relatório, conforme Itens 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.10 e 6.15, apresentamos os esclarecimentos a seguir:

▪ **Item 6.1 – Fiscalização dos contratos firmados entre as operadoras e os prestadores de serviços:**

Com intuito de fiscalizar proativamente as normas editadas pela ANS, que versam sobre as cláusulas obrigatórias nos contratos firmados entre as operadoras e os prestadores de serviços, a Diretoria de Fiscalização (DIFIS) iniciou em 2005 o Programa Olho Vivo. Entre os itens fiscalizados, constavam as normas da contratualização.

Das operadoras fiscalizadas em 2005/2006, 71 tiveram auto de infração lavrado em razão do descumprimento das normas.

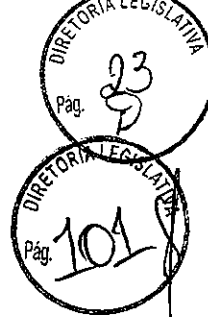
Entretanto, com a finalidade de adequarem a totalidade dos instrumentos jurídicos, as 71 operadoras optaram em firmar Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta – TCAC com a ANS, conforme previsto no § 1º do art. 29 da Lei 9.656, de 1998.

Do total de operadoras em TCAC, mais de 40 tiveram as suas Minutas de instrumentos jurídicos aprovadas pela Gerência de Relações com Prestadores de Serviços (GERPS), da Diretoria de Desenvolvimento Setorial.

Em 2010, a ANS intensificou, mais uma vez, a fiscalização dos instrumentos jurídicos, através do “Programa de Monitoramento da Contratualização”, de competência da GERPS. Foram selecionadas as trinta maiores empresas no setor, em números de beneficiários, excetuando-se da relação, aquelas que tinham processo de ajuste de conduta em andamento.

As operadoras fiscalizadas nos dois Programas correspondem a mais de 60% do mercado de saúde suplementar, em número de beneficiários.

[Assinatura]



- **Item 6.2 – Regularizar o reajuste nos contratos firmados entre as operadoras e os cirurgiões dentistas:**

A ANS não tem competência legal para estabelecer tais reajustes, competindo às partes contratantes, a sua definição.

- **Item 6.3 – Reajuste nos planos individuais/familiares e coletivos:**

Cumpra esclarecer que os planos privados de assistência suplementar à saúde, sob o critério do regime de contratação, diferenciam-se em plano coletivo (por adesão ou empresarial) e em plano individual/familiar. Sob o critério do marco legal regulatório, distinguem-se em plano de saúde “não regulamentado” (ou “plano antigo”), o celebrado antes do início de vigor da Lei 9.656/98 – Lei dos Planos de Saúde - e em plano “regulamentado”, o contratado após o início de vigor desta lei.

No que toca ao reajuste, cabe destacar, adiante, os incisos IV e XI do artigo 16, da Lei n.º 9.656/98, *in verbis*:

*“Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza: (...)
IV - as faixas etárias e os percentuais a que alude o caput do art. 15; (...)
XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias;”*

A Agência, para os planos coletivos e individuais/familiares, definiu as regras de reajuste para as operadoras nos seguintes normativos: RDC n.º 29/00; RDC n.º 66/01; RN n.º 08/02; RN n.º 36/03; RN n.º 74/04; RN n.º 99/05; RN n.º 118/05; RN n.º 128/06; RN n.º 129/06; RN n.º 156/07; RN n.º 157/07; RN n.º 171/08; RN n.º 172/08; RN n.º 195/09 e RN n.º 309/12.

Regulamentação do reajuste por variação de custos de contratos de assistência médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica

Em relação a plano de contratação individual/familiar de assistência médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica celebrado sob o vigor da Lei n.º 9.656/98, ou que tenha sido adaptado às suas disposições, o reajuste por variação anual de custos só pode ser aplicado após a autorização da ANS, que também estipula o seu percentual máximo.

Já os reajustes dos planos individuais de assistência médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica até 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei n.º 9.656, deverão seguir o disposto no contrato, desde que contenha o índice de preços com critério claro. Caso as cláusulas do contrato não indiquem expressamente o índice de preços a ser utilizado deverá ser adotado percentual limitado ao reajuste estipulado pela ANS.

man

Em relação a plano de contratação coletiva empresarial ou adesão não se exige a autorização desta Agência para que se lhe apliquem os índices de reajuste da contraprestação pecuniária por variação anual de custos.

Em planos coletivos, os parâmetros para o reajuste são estipulados nas cláusulas contratuais, decorrentes da negociação das partes celebrantes, que são a pessoa jurídica estipulante e a operadora de plano de saúde. O critério de cálculo, bem como o percentual apurado, podem ser negociados entre as partes.

Saliente-se que a RN n.º 195/2009 determina que o reajuste nos contratos coletivos será único e aplicado no interím de doze meses. Além disso, esta resolução dispõe que “não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato...” e que “não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados...”.

A ANS realiza seu mister regulatório, nos planos coletivos, também através do monitoramento da evolução de seus preços (inciso XXI, do art. 4º, da Lei 9961/00). As operadoras devem comunicar-lhe os reajustes aplicados, tanto os positivos e os negativos, quanto a ausência de reajuste.

A RN n.º 195/09 dispõe, que para os contratos coletivos por adesão, os beneficiários ficam dispensados de carência, se ingressarem em até 30 dias da data de celebração ou, para novos ingressantes, 30 dias da data de aniversário do contrato. Já os contratos coletivos empresariais com mais de 30 consumidores também não estão sujeitos a carência, o que reduz decisivamente o ônus da mudança para uma outra operadora, caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias.

Sendo assim, esses grupos de consumidores têm mais poder de negociação do que os beneficiários de contratos individuais, justificando a não fixação de tetos para os reajustes desses contratos.

Regulamentação do reajuste de pequenos contratos coletivos

Já os contratos coletivos empresariais com menos de 30 beneficiários estão sujeitos à carência, o que aumenta o ônus da mudança para uma outra operadora, caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias. Sendo assim, esses grupos de beneficiários têm menos poder de negociação ou de “barganha” que os contratos coletivos com 30 ou mais beneficiários.

Observa-se que os contratos coletivos com menos de 30 beneficiários, devido à menor quantidade de beneficiários presentes no contrato, têm em sua essência características semelhantes aos planos individuais, no que se refere à diluição de risco, além de possuírem a exigência do cumprimento de carências, no caso dos planos empresariais.

Diante disso, editou-se a Resolução Normativa nº 309, de 2012, implementando novas regras para os reajustes dos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários, de modo a tornar mais estáveis e previsíveis os reajustes desses contratos.



Tal normativo estabeleceu uma medida para regular o reajuste dos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários mediante a utilização do agrupamento de contratos. O agrupamento de contratos tem o intuito de promover a distribuição, para todos os contratos desse agrupamento, do risco inerente à operação de cada um deles.

Neste contexto, as operadoras deverão agrupar os seus contratos coletivos com menos de 30 beneficiários e calcular um reajuste único para esse grupo de contratos. Desta forma, o risco de cada contrato fica distribuído e diluído dentro do grupo, trazendo um real mutualismo para o cálculo do reajuste dos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários.

A Resolução Normativa nº 309/2012 já está em vigor e o reajuste a ser aplicado a partir de maio/2013 aos contratos com menos de 30 beneficiários deverá estar de acordo com as novas regras introduzidas.

Regulamentação do reajuste por variação de custos de contratos de assistência exclusivamente odontológica

Os reajustes nos planos individuais/familiares de contratação exclusivamente odontológica, independentemente da data da celebração, devem seguir o disposto na Resolução Normativa - RN nº 172/08, ou seja, devem ser efetuados de acordo com as cláusulas contratuais claramente estabelecidas, assim consideradas as que elejam um índice de preços divulgado por instituição externa, ou seja, um índice de preços de ampla divulgação, por instituição reconhecida.

Já para os planos coletivos exclusivamente odontológicos, com formação de preço pré-estabelecida, deverá ser comunicada à ANS qualquer variação positiva, negativa ou igual a zero da contraprestação pecuniária, seja decorrente de reajuste, revisão ou da sua manutenção.

Apropriado destacar que para este ano está previsto na Agenda Regulatória o Programa de Incentivo à Comercialização de Planos Individuais e um dos eixos desse Programa prevê a revisão dos critérios para a construção do índice de reajuste para os planos individuais.

- **Item 6.4 – Termo de Ajuste de Conduta (TAC) para obrigar o critério de reajuste nos contratos firmados entre as operadoras e os médicos/dentistas. IN/DIDES nº 49, de 2012:**

O critério de reajuste nos contratos firmados entre as operadoras e médicos/dentistas já é obrigatório por força das Resoluções Normativas – RN nº 42/03, RN nº 54/03 e RN nº 71/04, assim como, pela Instrução Normativa/DIDES nº 49/09. O que a ANS não pode, por vedação legal, é definir qual o reajuste será aplicado nesses contratos, sendo competência exclusiva dos contratantes (operadoras e prestadores de serviços). Insta frisar que as operadoras que não observarem a obrigatoriedade do critério de reajuste nos contratos firmados com os prestadores de serviços estão passíveis de multa de até R\$ 35.000,00 por instrumento inadequado, conforme dispõe o art. 43 da Resolução Normativa nº 124, de 2006.

- **Item 6.10 – Transmissão ao vivo, via internet, das reuniões da ANS:**

jun

A sugestão já faz parte de um projeto interno da ANS para transmissão ao vivo das reuniões da Diretoria Colegiada. O processo de licitação para aquisição da tecnologia já está em andamento.

▪ **Item 6.15 – Ampliação dos produtos (órteses, próteses e materiais especiais) utilizados nos procedimentos e eventos em saúde:**

Essa discussão já é feita através do grupo técnico que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Segundo dispõe o art. 17 da Resolução Normativa nº 338, de 2013 – que trata do Rol que vigorará a partir de 02/01/2014, todos os materiais necessários para a execução dos procedimentos e eventos em saúde são obrigatórios, por força da RN em referência, *in verbis*:

Art. 17. Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos, possuem cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde.

No ensejo, apresento a Vossa Excelência os protestos de elevada estima e distinta consideração.

Atenciosamente,


FABRICIA FERNANDES DUARTE
Chefe de Gabinete da Presidência



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



Ofício nº 10/2014/DL

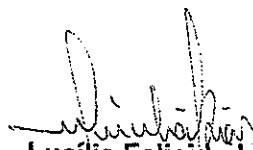
Curitiba, 12 de fevereiro de 2014.

Senhor Deputado:

Através do presente encaminhamento a Vossa Excelência cópia do ofício nº 22/2014/PRESI, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, referente ao Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde no Estado do Paraná.

Informo ainda, que o referido documento encontra-se disponível no site da Assembleia, juntamente com o Relatório Final da CPI.

Atenciosamente,


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

CÓPIA

Exmo. Sr.
Deputado **ADELINO RIBEIRO**
Nesta

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA PARANÁ
PROTOCOLADO Nº <u>1213</u>
EM <u>13/02/14</u>
 FUNÇÃOÁRIO



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



Ofício nº 11/2014/DL

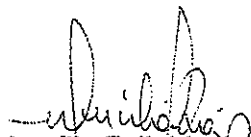
Curitiba, 12 de fevereiro de 2014.

Senhor Deputado:

Através do presente encaminho a Vossa Excelência cópia do ofício nº 22/2014/PRESI, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, referente ao Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde no Estado do Paraná.

Informo ainda, que o referido documento encontra-se disponível no site da Assembleia, juntamente com o Relatório Final da CPI.

Atenciosamente,


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

CÓPIA

Exmo. Sr.
Deputado **ANIBELLI NETO**
Nesta

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA PARANÁ
PROTOCOLO Nº <u>1252</u>
EM <u>13.02.14</u>
<u>25a</u>
FUNCIONÁRIO



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



Ofício nº 12/2014/DL

Curitiba, 12 de fevereiro de 2014.

Senhor Deputado:

Através do presente encaminhamento a Vossa Excelência cópia do ofício nº 22/2014/PRESI, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, referente ao Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde no Estado do Paraná.

Informo ainda, que o referido documento encontra-se disponível no site da Assembleia, juntamente com o Relatório Final da CPI.

Atenciosamente,


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

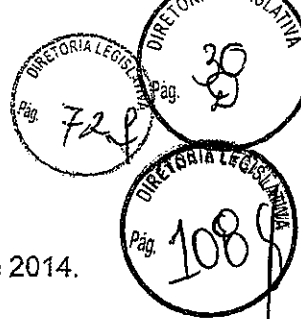
CÓPIA

Exmo. Sr.
Deputado **STEPHANES JUNIOR**
Nesta

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA PARANÁ
PROTOCOLO Nº 1214
EM 13.02.14
_____ FUNCIONÁRIO



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



Ofício nº 13/2014/DL

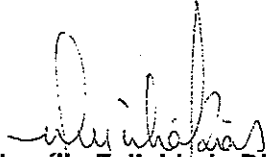
Curitiba, 12 de fevereiro de 2014.

Senhor Deputado:

Através do presente encaminho a Vossa Excelência cópia do ofício nº 22/2014/PRESI, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, referente ao Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde no Estado do Paraná.

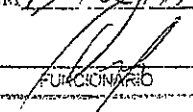
Informo ainda, que o referido documento encontra-se disponível no site da Assembleia, juntamente com o Relatório Final da CPI.

Atenciosamente,


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

CÓPIA

Exmo. Sr.
Deputado **MAURO MORAES**
Nesta

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA PARANÁ
PROTOCOLO Nº 1216
EM 13/02/14

FUNCIÓARIO



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



Ofício nº 14/2014/DL

Curitiba, 12 de fevereiro de 2014.

Senhor Deputado:

Através do presente encaminho a Vossa Excelência cópia do ofício nº 22/2014/PRESI, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, referente ao Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde no Estado do Paraná.

Informo ainda, que o referido documento encontra-se disponível no site da Assembleia, juntamente com o Relatório Final da CPI.

Atenciosamente,


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

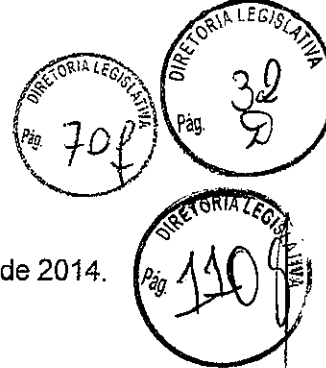
CÓPIA

Exmo. Sr.
Deputado **TERCÍLIO TURINI**
Nesta

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA PARANÁ
PROTOCOLO Nº <u>1213</u>
EM <u>31/02/14</u>
 FUNCIONÁRIO



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



Ofício nº 15/2014/DL

Curitiba, 12 de fevereiro de 2014.

Senhor Deputado:

Através do presente encaminho a Vossa Excelência cópia do ofício nº 22/2014/PRESI, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, referente ao Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde no Estado do Paraná.

Informo ainda, que o referido documento encontra-se disponível no site da Assembleia, juntamente com o Relatório Final da CPI.

Atenciosamente,


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

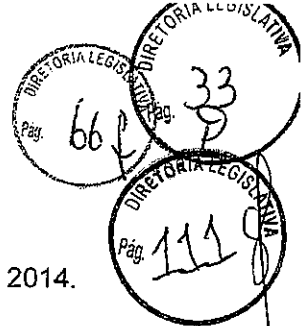
CÓPIA

Exmo. Sr.
Deputado **PÉRICLES DE MELLO**
Nesta

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ
PROTOCOLADO Nº 1212
EM 13/02/14
_____ FUNÇÃOÁRIO



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



Ofício nº 16/2014/DL

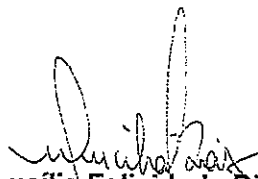
Curitiba, 12 de fevereiro de 2014.

Senhor Deputado:

Através do presente encaminho a Vossa Excelência cópia do ofício nº 22/2014/PRESI, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, referente ao Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde no Estado do Paraná.

Informo ainda, que o referido documento encontra-se disponível no site da Assembleia, juntamente com o Relatório Final da CPI.

Atenciosamente,


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

COPIA

Exmo. Sr.
Deputado **PARANHOS**
Nesta

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA PARANÁ
PROTÓCOLO Nº 1219
DATA 13.02.14
FUNDADOR