



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR

REUNIÃO

30/04/2015 - 4ª - CPI das Próteses - 2015

O SR. PRESIDENTE (Magno Malta. Bloco União e Força/PR - ES) - Havendo quórum regimental, em nome de Deus, declaro abertos os trabalhos da CPI, que visa investigar a máfia das próteses no Brasil.

A presente reunião destina-se à audiência pública da Diretora-Presidente da Agência Nacional de Saúde, a Srª Martha Regina de Oliveira, nos termos do requerimento do Relator, Senador Humberto Costa.

Consulto o Plenário sobre a dispensa da ata da reunião anterior. *(Pausa.)*

Não havendo manifestação, fica a ata aprovada.

Tenho o prazer de informar também que esta audiência é interativa, Srs. Senadores. Pela primeira vez em uma Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado, uma audiência pública será realizada em caráter interativo, com a possibilidade de participação popular. A CPI da Prótese, portanto, é pioneira, no âmbito de CPIs do Senado, e espero que esta audiência com participação popular traga bons frutos ao trabalho da CPI.

Por isso, pessoas que tenham interesse em participar com seus comentários e perguntas podem fazê-lo por meio do Portal e-Cidadania, no *site* do Senado. Podem procurar o e-Cidadania, audiência interativa, acessando o *link* curto bit.ly/audienciainterativa, e o Alô Senado, através do número 0800-612211.

Vamos deliberar a respeito da nossa oitiva e das nossas audiências públicas no Rio Grande do Sul, que se darão na terça e na quarta-feira da próxima semana, sendo que, na terça-feira, vamos aprovar um requerimento aqui, Srs. Senadores, que tem 63 vítimas apontadas pelo Ministério Público que querem ser ouvidas em audiência pública, daí a razão de nós termos todo esse tempo.

Contaremos, neste primeiro dia de audiência, com todas as vítimas, com a presença do nosso Relator.

O requerimento, nos termos regimentais, convoca os abaixo relacionados para prestarem depoimento, na condição de convidados e vítimas, todas elas já arroladas no inquérito policial da denominada "máfia das próteses e órteses", objeto de investigação por parte deste colegiado.

É uma relação grande de testemunhas, vítimas dos procedimentos fraudulentos implantados nas próteses, órteses e outros materiais especiais.

Os Senadores que o aprovam permaneçam como estão. *(Pausa.)*

Aprovado.

Também o requerimento convocando estes, na condição de convocados, não convidados nossos, mas serão obrigados a comparecer como agentes denunciados em fraudes contra a população, conforme matéria diversa vinculada, arrolados nos inquéritos, Fernando Gritsch Sanchis, Marcelo Leal Tafas, Henrique Alves Cruz, Antônio Carlos Sábio Júnior, Alfredo Sanchis, Ricardo Felipe Bayer, Niel de Campos Severo, Letícia Pinto Lauxen.

Os Senadores que o aprovam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)*

Aprovado.

ITEM 1

Requerimento Nº 42/2015

Convida o Sr. Marcelo Paiva Paes de Oliveira, médico e vítima dos procedimentos fraudulentos, e o Sr. Adriano Oliveira Sousa, médico e auditor de convênios, para depor na CPI.

Autoria: Senador Magno Malta

São dois médicos que serão ouvidos aqui, não no Rio Grande do Sul. O Sr. Adriano de Oliveira Sousa, também médico, e auditor de convênios.

Este segundo depoimento é muito importante para nós, o do médico Adriano, que se apresentou como auditor de convênios, querendo fazer denúncias por ter profundo conhecimento.

Os Senadores que o aprovam permaneçam como se encontram.

(Pausa.)

Aprovado.

Peço à Secretaria que imediatamente conduza à Mesa a nossa convidada, Sr^a Martha Regina de Oliveira, por indicação do Sr. Relator. *(Pausa.)*

Informo-lhe que o seu tempo, Sr^a Martha Regina, será de 20 minutos. Mas se achar que precisa de mais tempo para fazer sua exposição inicial, fique à vontade.

Após a sua fala, o Relator terá a palavra.

A SR^a MARTHA REGINA DE OLIVEIRA - Bom dia, Senador Magno Malta!

Bom dia, Senador Humberto Costa e demais Senadores aqui presentes, senhoras e senhores.

Senador, penso que 20 minutos serão suficientes para fazer a minha apresentação, no sentido de tentar mostrar o que é a Agência, a dimensão do setor, e um pouco sobre esse tema de que estamos tratando, que são as órteses e próteses na saúde suplementar.

Pode passar, por favor.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar é uma Agência reguladora federal, vinculada ao Ministério da Saúde e atua na regulação, normatização, controle e fiscalizando do setor de planos privados de saúde no Brasil.

Temos autonomia administrativa, financeira, patrimonial e autonomia na área de decisões técnicas, com mandato fixo de seus dirigentes.

Então, a nossa finalidade institucional é promover a defesa do cidadão no interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Os nossos marcos legais são as Leis nºs 9.656, de 1998, e 9.961, de 2000, que, então, cria a Agência. Portanto, neste ano, faremos 15 anos.

Temos aqui as dimensões de atuação da Agência. Temos uma regulação econômica, uma regulação assistencial, uma fiscalização setorial e, agora, estamos trabalhando fortemente na indução da qualidade, buscando eficácia, eficiência e inovação.

Pode passar.

Temos aqui os números do setor. Hoje, são 50,8 milhões de pessoas em planos de assistência médica e 21 milhões de pessoas em planos exclusivamente odontológicos. Temos 1.425 operadoras, com uma receita no setor de R\$121 bilhões, e a despesa de R\$105 bilhões.

No ano passado, foram 280 milhões de consultas médicas; 9 milhões de internações; 763 milhões de exames complementares e 56 milhões de terapias.

Pode passar.

Aqui apenas para mostrar um pouco a evolução desses beneficiários dentro da saúde suplementar. Hoje a gente tem que uma em cada quatro pessoas tem plano de saúde no Brasil.

Pode passar.

Aqui a gente discute um pouco da distribuição desses beneficiários de planos de saúde. No Brasil, essa distribuição não é igual em todas as regiões. A gente tem áreas com maior concentração de beneficiários e áreas com menor concentração de beneficiários. E isto é importante não só nas regulamentações que a gente faz - a gente pensar nessa diversidade e nessa

oferta, que é tão diferente no nosso País -, mas também pensar um pouco como é que a gente pode analisar este assunto, a OPME, olhando um pouquinho essa distribuição dos beneficiários pelo Brasil.

Pode passar.

Aqui só para discutir um pouco um assunto que perpassa a discussão de órteses e próteses, que é a pirâmide etária da saúde suplementar. Hoje, a gente já tem uma população mais envelhecida na saúde suplementar quando comparada com a população brasileira no geral. Então, essa pirâmide mostra que o País está evoluindo rapidamente para o envelhecimento acelerado, o que a gente vem tanto discutindo, hoje, na saúde suplementar, esse envelhecimento já é mais acelerado.

Pode passar.

Temos aqui dados sobre reclamações recebidas na ANS no ano de 2014. Então, neste ano de 2014, a gente teve 93 mil reclamações aproximadamente, e 234 mil pedidos de informação na ANS.

Pode passar.

Aqui, para falar um pouquinho de como hoje a gente trata dessas reclamações. Hoje, a gente tem um instrumento superimportante, que é a NIP (Notificação de Intermediação Preliminar) em que a gente tenta, através da mediação, que é um mecanismo muito mais rápido e resolutivo, resolver essas demandas assistenciais que chegam à Agência. Então, hoje a gente tem um índice de resolutividade de 86,8% dessas demandas que chegam à Agência.

Pode passar.

Aqui eu trouxe um dado relativo a essas demandas, a essas denúncias relacionadas a órteses e a próteses. Então, hoje 1,32% das demandas assistenciais é referente a órteses e a próteses, e 0,09%, já um pouco menos, sobre material especial.

Pode passar.

Nós fazemos parte do Grupo de Trabalho Interministerial, que foi constituído em janeiro deste ano, para tratar deste tema, OPME. Então, o Ministro já teve oportunidade de explicar aqui um pouco esse Grupo de Trabalho, que é formado pelo Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Ministério da Fazenda, do qual a ANS e a Anvisa também participam.

Pode passar.

Dentro desse Grupo, a gente tem uma cadeia de informações que serão tratadas desde a aquisição da OPME, a importação, a tributação, até o efetivo uso. E dentro dessa cadeia a ANS participa da discussão em diversos pontos.

A importância desse Grupo é que a gente vai conseguir, pela primeira vez, reunir todos os participantes dessa cadeia nessa discussão. Além disso, a gente vai conseguir trabalhar, em conjunto, temas que, em separado, a gente não conseguiria trabalhar.

Pode passar.

Este eslaide, que eu trouxe, foi feito por uma consultoria em saúde. Ele mostra as margens agregadas na cadeia, desde o custo da produção daquela órtese e prótese - é um exemplo de uma prótese de joelho -, até o efetivo preço de venda para a operadora.

O que é que este gráfico tenta mostrar? Ele foi construído exatamente numa tentativa de se pensar as margens que são agregadas desde a fabricação até o efetivo uso da prótese. Ele tenta mostrar todas as etapas - e aqui fica bem demonstrado - em que a gente precisaria trabalhar e estudar em cima da prótese. Então, vão sendo agregadas margens, ao longo dessa cadeia, que tornam essa prótese não só com um valor indefinido no final - a gente vai ver isso depois -, mas também com um valor muito maior do que ela custava no início.

Pode passar.

Este aqui é um dado da saúde suplementar que também foi feito por uma consultoria que trabalha com órtese e prótese, em que a gente consegue ver a variação do preço dos materiais de acordo com a região. Então, o marca-passo CDI, por exemplo, o preço mínimo dele é R\$29 mil em alguns lugares, chegando a R\$90 mil em outros; com o Stent coronariano, a mesma coisa, porque ele começa com um preço de R\$40 mil em alguns lugares e, em outros, ele chega a R\$22 mil. Há uma variação inter-regional e intrarregional. Então, ele não é só explicado pela variação de região, mas, dentro da mesma região, ele também tem uma variação importante. Isso também é um dos fatores que está sendo estudado dentro desse Grupo Interministerial.

Pode passar.

Aqui, como a gente esta pensando em trabalhar dentro da saúde suplementar especificamente, então todos estes pontos vão ser enfrentados pelo grupo técnico: a produção, a importação, a aquisição, a distribuição, a utilização, a tributação e onde efetivamente a gente, a ANS, está tentando trabalhar, não só agregado ao Grupo, mas também trabalhando dentro da ANS, na avaliação e incorporação de tecnologia, na regulação clínica e de acesso a órtese e prótese e nos sistemas de informação.

Pode passar.

Aqui, eu trouxe o que a gente já está fazendo na ANS há algum tempo, principalmente desde 2008, tratando desse tema, OPME, e de outros que também estão envolvidos. Então, o primeiro é o processo de incorporação de tecnologia. Então, a gente tem um processo de avaliação e incorporação de tecnologia que é revisto a cada dois anos, com critérios, com metodologia, em que a gente faz toda uma análise sistemática daquele procedimento, se ele vai ser ou não incluído nessa lista que é revisada a cada dois anos. Então, a gente tem uma listagem básica de procedimentos, que é o rol; abaixo dessa lista, as operadoras não podem oferecer; acima dessa lista, ela está permitida a oferecer a partir do contrato.

Pode passar.

De acordo com essa resolução do rol, a cobertura da órtese e prótese se dá relacionada ao procedimento a ser realizado. O que a gente quer dizer com isso? Não é a órtese e prótese que estão nessa listagem de cobertura obrigatória. O que está nessa listagem é o procedimento cirúrgico. Caso esse procedimento cirúrgico tenha uma órtese e prótese embutida nele, essa órtese e prótese têm cobertura obrigatória.

(Soa a campanha.)

A SRª MARTHA REGINA DE OLIVEIRA - Então, a gente tem diversos procedimentos cirúrgicos nessa lista. Se esse procedimento cirúrgico tem uma OPME, aquela OPME está obrigatoriamente coberta. Cabe ao médico ou ao cirurgião dentista dizer quais são as características dessa prótese, qual o tipo, matéria-prima e dimensão para poder executar aquele procedimento.

Pode passar.

Mas a operadora pode solicitar uma justificativa clínica para indicar aquela prótese e ela pode solicitar a indicação de, pelo menos, três marcas, porque, antes de essa regulamentação entrar em vigor, que foi em 2010, essa prática da solicitação da prótese já pela marca era ainda mais importante. A partir dessa regra, agora, para as operadoras, pelo menos, existe a possibilidade de uma escolha entre três marcas diferentes, o que diminui, então, a indicação de uma marca única. Se houver divergência entre a operadora e os médicos solicitantes, seja por conta da indicação clínica - "não, aquela pessoa ali não tem a indicação para realizar aquela cirurgia" -, seja porque não se concorda com a aquela prótese que está sendo indicada, é obrigatória a formação de uma junta médica, com um profissional que é escolhido com o acordo das duas partes. Então, tanto o médico assistente quanto a operadora têm que concordar com aquele terceiro nome, que vai ser a segunda opinião, e quem arca com esses custos é a operadora. Então, isso está regrado dentro dessa resolução,

Pode passar.

Aqui, a gente começou, também em 2010, uma metodologia bacana de inclusão de procedimentos, em que os procedimentos são incluídos com diretrizes de utilização. O que são diretrizes de utilização? Diretrizes de utilização são mecanismos que, a gente acredita, ajuda na discussão não só da OPME, porque ela não é só para OPME, mas da utilização dos procedimentos, mas ela ainda, sozinha, não vai conseguir resolver a situação. Então, a diretriz de utilização não é uma diretriz clínica, ela é uma diretriz que diz, através da avaliação de tecnologia, para qual indicação aquele procedimento tem real necessidade, ele realmente é comprovado como eficaz.

Então, para todos esses procedimentos que incluem próteses, hoje já existem diretrizes de utilização e, ao todo, a gente tem em torno de 90 diretrizes de utilização no rol.

Pode passar.

Eu trouxe um exemplo aqui do cardiodesfibrilador implantável. A diretriz de utilização fala em que casos aquela prótese ou aquela órtese tem indicação de ser feita. Essa diretriz de utilização não trata do material. Então, ela não estabelece que um determinado cardiodesfibrilador é igual ou diferente ou poderia ser usado no lugar do outro. Ela foca na indicação daquele procedimento ou daquela órtese/prótese.

Pode passar.

A gente também tem trabalhado com um sistema de informação. Desde o finalzinho do ano passado, novembro do ano passado, entrou em vigor a Resolução do TUSS - Terminologia Unificada da Saúde Suplementar.

O TUSS nos traz informações que a gente, a Agência e o setor, como um todo, nunca teve. É uma terminologia única. Então, hoje a gente sabe exatamente o que cada um está executando em comparação com o outro. Antes isso não era único, cada um usava uma linguagem, uma forma de relação: um por papel, o outro automatizado. Então, agora a gente tem essa padronização.

A partir dessa padronização é possível o monitoramento desse padrão de utilização, até para a gente estabelecer, a partir de uma indicação, quais próteses foram utilizadas, até o dia em que chegar a qual resultado cada uma delas deu de melhor,

como é feito o pagamento - inclusive para a gente poder fazer essas comparações de custo diferenciado de um lugar para outro -, como está se dando a glosa, como se pode fazer um mapa de utilização de OPME na saúde suplementar e vários outros estudos.

Pode passar.

Então, a finalidade é a gente verificar a solicitação, autorização, cobrança, demonstrativo de pagamento, recurso de glosa, subsidiar a ANS nas ações de avaliação e acompanhamento das operadoras. E o nosso objetivo maior é chegar um dia no registro eletrônico de saúde, em que todas as pessoas tenham um prontuário eletrônico único que seja portátil em todo o setor.

Pode passar.

O que essa terminologia nos permitirá?

Hoje, no registro da Anvisa - que é o quadrinho que está embaixo - a gente tem várias órteses e próteses ligadas àquele registro, que não o detalhamento daquela órtese e prótese. O que leva não só a um uso, às vezes, por um nome fantasia - que não necessariamente é o nome que está sendo registrado -, mas também no mesmo número de registro, na verdade, vários tipos de produtos podem estar sendo utilizados.

A partir do nosso recebimento dessa terminologia única, a gente vai saber exatamente qual material foi utilizado em cada paciente da saúde suplementar.

Pode passar.

Essa terminologia da OPME entra em vigor agora em maio. A gente acredita que a partir de agosto a gente já começará a ter frutos. Hoje a gente já têm 80 mil termos - só para se ter a dimensão do tamanho do que a gente está falando - só para OPME, dentro dessa tabela padronizada.

Pode passar.

A gente precisa atuar em várias frentes de trabalho. A gente começou a atuar na Agência com informação e com regulação assistencial, fazendo diretrizes para tentar proteger o beneficiário do uso dos procedimentos, fazer a melhor prática médica possível, correta, dentro da melhor indicação possível. Existem várias outras frentes que a gente vai poder trabalhar agora, então, nesse Grupo Interministerial.

Agradeço a atenção e fico aqui à disposição para as perguntas.

O SR. PRESIDENTE (Magno Malta. Bloco União e Força/PR - ES) - Passo a palavra ao Relator.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Apoio Governo/PT - PE) - Sr. Presidente, Sr^{as} Senadoras, Srs. Senadores, Dr^a Martha, Diretora-Presidente da ANS, assessores da ANS e demais participantes desta audiência pública, pelo que foi apresentado por V.S^a, do ponto de vista do conjunto das queixas e reclamações apresentadas, talvez até pela utilização em escala bem menor dessas órteses, próteses e materiais especiais, nós observamos que, de maneira absoluta, o número de queixas não é tão grande. Talvez do ponto de vista proporcional, isso aconteça.

É fato ou não essa conclusão?

Eu gostaria de saber também qual é a política de tratamento que a ANS dá para essas reclamações relacionadas a órteses, próteses e materiais especiais.

Outra questão. Quanto à análise de dados do sistema de saúde suplementar no momento da concessão de limites de reajustes de planos de saúde, a ANS destaca ou evidencia os custos apresentados pelas operadoras de planos relativos ao OPME? Obviamente, sabemos que no caso dos planos empresariais ou dos planos coletivos em que, na verdade, os reajustes são feitos a partir de uma negociação direta, mas como também é aquele que abrange o maior número de usuários, se esses custos que apresentam são levados em consideração quando se vai aplicar os reajustes para os planos individuais?

Em caso positivo, a ANS tem percebido incongruências entre planilhas apresentadas pelas diversas operadoras no que tange a esses custos?

Qual é o parâmetro utilizado para a avaliação da aderência custo apresentado e valor de mercado?

Terceiro ponto. A ANS tem o histórico quantitativo de pacientes atendidos pelo SUS que têm planos de saúde e que são implantados com órteses, próteses e materiais especiais?

Qual é o montante financeiro anual revertido pela rede de saúde suplementar ao SUS para esses casos, o ressarcimento?

Qual é exatamente o valor de referência para esse ressarcimento? É o que a ANS estabelece para as operadoras ou é um valor que SUS paga?

Quais são os parâmetros de análise, se existirem, para avaliar a aderência entre custo apresentado e o mercado em relação a esses ressarcimentos de órteses, próteses e materiais especiais?

A última questão. Para o sistema complementar de saúde, a ANS aplica alguma regulação a fim de avaliar os protocolos clínicos de escolha pelos médicos credenciados que utilizam órteses, próteses e materiais especiais?

E uma última questão, de fato, para que V. S^a possa responder. Do ponto de vista das operadoras as queixas são muito grandes em relação ao que os fornecedores ou os prestadores de serviço realizam nesta área, especialmente nessa questão da participação do profissional médico, que tem um poder imenso na definição disso? Como o SUS lida com essa questão? Como os dois segmentos, as operadoras e o sistema público, lidam com essa questão?

Era isso, Presidente.

Obrigado.

O SR. MAGNO MALTA (Bloco União e Força/PR - ES) - V. S^a tem a palavra para responder.

A SR^a MARTHA REGINA DE OLIVEIRA - Bom, a primeira pergunta, sobre o fato de o número de queixas relacionadas a OPME ser baixo, é exatamente isso que o senhor falou. A frequência de utilização dos procedimentos afetam o número de queixas. Então, como você tem muito mais consultas, por exemplo, do que um procedimento cirúrgico, porque o número de procedimentos cirúrgicos é muito menor do que o número de consultas, a frequência de utilização daquele procedimento se reflete no número de queixas.

Então, obviamente que a gente tem muito mais queixas sobre consulta e menos queixas sobre a OPME, porque, relativamente, o número é muito maior em frequência e em número absoluto. Então, isso teria que ser relativizado, se a gente fosse dar essa conotação de ver, em relação ao número de consultas, quantas queixas há em relação ao que é feito; em relação ao número de cirurgias com OPME, quantas queixas há em relação ao que é feito. Aquele número ali, não. Ele traz um número, realmente, da frequência em relação a todos os procedimentos que são realizados.

É exatamente isso.

O tratamento das reclamações sobre a OPME têm um tratamento de reclamação assistencial. Então, dentro da Agência, as denúncias são separadas em reclamações assistenciais e não assistenciais. E, obviamente, as assistenciais têm um nível gravoso muito maior. Então, as penalidades são maiores. Além disso, se for um caso de urgência/emergência, isso cada vez mais é agravado, porque isso tem que ser imediato. Então, o tratamento dela é especial por se tratar de um parâmetro assistencial.

Os custos da órtese/prótese no reajuste não são separados. A metodologia que a gente usa hoje para o reajuste é uma metodologia agregada. Ela não separa o custo especificamente da órtese/prótese. A metodologia do reajuste, hoje, leva em consideração, sim, os reajustes coletivos, as médias dos reajustes dos produtos com o maior número de beneficiários, que teriam uma maior proteção nesse segmento, mas não é separado nesta tabela. Não existe uma tabela de custo de OPME, por exemplo, para se levar em consideração no reajuste.

O que tem é que quando - todo ano a gente faz uma avaliação relativa à incorporação das tecnologias - é incorporado no rol, existe uma metodologia separada para se avaliar se aquela incorporação foi relevante e suficiente para mudar o nível de utilização, e aí, sim, teve um custo agregado maior que impactasse no plano de saúde.

Só que todos esses procedimentos que são incluídos no rol são analisados em conjunto, eles não são analisados separadamente. Então, a gente não teria como dizer que um procedimento tem uma carga maior, um peso maior nesse reajuste, se houver, por conta da tecnologia ser uma OPME, de um outro que não é. De novo a gente vai estar afetado pela frequência de utilização. Então, a gente não tem essa separação das OPMEs quando a gente faz a metodologia do reajuste.

A gente está fazendo, sim, neste quesito, uma pesquisa, uma avaliação sobre OPME especificamente e os seus custos. Então, a gente espera até o final destes 180 dias, para agora no meio do ano, e também ter isso para apresentar. Mas, a gente está colhendo esses dados separadamente, Senador, para poder, também, enviar para cá, se V. Ex^{as} quiserem.

Como é o ressarcimento ao SUS? O ressarcimento ao SUS, hoje, é feito detalhadamente. Hoje a gente faz sobre as internações, sobre as AIHs. Em breve, em primeira mão, a gente vai também fazer as das APACs, dos procedimentos de alta complexidade.

Hoje a gente tem, sim, os dados de quanto a gente faz para cada procedimento. Não trouxe esse dado hoje, mas posso mandar. A gente tem por procedimento quanto que é o ressarcimento de cada um deles. Hoje o principal procedimento do ressarcimento é o parto, de novo, por frequência. Como a maior internação, o maior procedimento unitário é o parto, de tudo, se você pegar isoladamente, de todas as internações, também é a maior frequência no SUS, porque é um procedimento mais frequente. Mas a gente pode separar por tipo de procedimento e a gente tem o valor desse ressarcimento sim.

Como é que a gente calcula o ressarcimento hoje? A regra fala, a Lei nº 9.656, que o valor desse ressarcimento não pode ser igual ao do SUS e tem que ser um valor intermediário entre o do SUS e o da saúde suplementar. Então, hoje, a gente pega a tabela do SUS e aplica um fator, em cima dessa tabela, de 1,5, e aí se chega ao custo deste procedimento a ser ressarcido ao Fundo Nacional de Saúde. Então, a gente pega a tabela do SUS, aplica 1,5 e é esse o valor que é cobrado das operadoras para ser ressarcido.

O parâmetro de análise entre o que é apresentado e o que é ressarcido a gente também tem, por operadora, qual é a adimplência dela, do valor que ela devia, quanto ela está pagando por mês. Então, a gente tem tudo isso separado, e eu também posso mandar detalhadamente para cá.

Avaliar os protocolos credenciados. Hoje, os protocolos que são obrigatórios, para as operadoras aplicarem, são os protocolos do rol, são aquelas DUTs que eu mostrei. Esses são obrigatórios. Os outros protocolos podem ser orientadores. Mas eles não podem ser protocolos que forneçam uma negativa de cobertura por conta daquele protocolo. Então, a operadora não pode negar cobertura em função de um protocolo que é dela. Ela só poderia negar cobertura em função de um protocolo nosso, publicado pela Agência.

A gente ainda tem no mercado uma diversidade enorme de protocolos, sejam protocolos feitos pela operadora, protocolos feitos pelos hospitais, clínicas, médicos. Então a gente tem uma diversidade enorme de protocolos. E é isso que a gente vai tentar vencer nesse Grupo Interministerial, porque, lá, a gente está tentando construir protocolos que sirvam nacionalmente, tanto para a saúde pública quanto para saúde suplementar. E aí a gente venceria esse capítulo de uma forma mais importante. E a gente não corrobora ou a gente não avalia esses protocolos que não sejam feitos ou pelo Conitec ou pela ANS.

Como que a gente faz os nossos protocolos? A gente os faz em um grupo técnico, com a parceria da sociedade, com a parceria do Ministério da Saúde e também a gente constrói o nosso protocolo, que é o que a gente acredita ter maior validade científica.

Queixas das operadoras. Com relação ao OPME, existem não só queixas, mas também existem mecanismos que elas criaram para tentar trabalhar com esse tema. Aí não especificamente para a OPME, mas que talvez para a OPME isso seja mais forte. Quais são esses mecanismos? O principal é a auditoria. Então, hoje, a maior parte das operadoras trabalha com uma auditoria importante para a OPME. Praticamente nenhuma OPME, a não ser caso de urgência e emergência, ela é liberada sem um mínimo de auditoria ou sem se passar por dentro de um grupo que discuta aquela prótese.

Algumas operadoras criaram compras unificadas...

O SR. PRESIDENTE (Magno Malta. Bloco União e Força/PR - ES) - Só um minutinho. Vou interrompê-la.

Por exemplo, uma ordem judicial interromperia também?

A SRª MARTHA REGINA DE OLIVEIRA - Dependendo do tempo que ela tem que fornecer aquela prótese, interromperia. Então, tudo o que for tratado como urgente, se ela tiver que fornecer para amanhã, não tem jeito. Ela vai ter que fazer isso sem nenhum...

O SR. PRESIDENTE (Magno Malta. Bloco União e Força/PR - ES) - Pergunto isso porque esse é o mecanismo que as máfias usam. Elas mandam as pessoas ao Ministério Público e ao Judiciário para que a pessoa venha com a legalização do crime para elas.

A SRª MARTHA REGINA DE OLIVEIRA - E as auditorias, hoje, são fortes. Há compras, às vezes, descentralizada, outras, não. Que é um outro mecanismo que elas encontraram para trabalhar com isso.

Um terceiro mecanismo é a segunda opinião, não aquela segunda opinião da divergência obrigatória, mas uma segunda opinião de convencimento, em que a pessoa tem uma primeira opinião, a indicação de uma cirurgia e a operadora oferece, então, essa segunda opinião, não de forma obrigatória, mas através de convencimento. Algumas operadoras têm utilizado isso - algumas a gente acompanha - e em tido resultado de redução de indicação de cirurgia entre 40% e 50%. Então, a segunda opinião dessa construção de rever uma indicação também tem sido utilizada. E tem algumas outras que se utilizam de várias estratégias para tentar organização esse fluxo de OPME.

Hoje, como a gente lida com essa gestão do SUS? Hoje ela é totalmente separada. As operadoras criaram os seus mecanismos, os Estados e Municípios criaram os deles e nada é compartilhado. Nem o resultado a que se chega, nem por onde você caminhou, nem os preços, nem as tabelas. Então, hoje, há uma separação total nesses sistemas.

Esse Grupo Interministerial está permitindo exatamente isso. A gente tem um subcomitê dentro desse Grupo, que, por exemplo, discute tabela de preço, como está sendo comercializado e tal, e esse grupo está juntando as informações, tanto

da saúde suplementar, quanto da saúde pública, para que, sim, haja essa interferência. Porque independente do tipo de hospital ou do tipo de localização daquele serviço, ele está dentro de um mesmo Estado ou de um mesmo Município. Então não haveria tanta diferença assim. E as implicações da tabela, o quanto a tabela da saúde, que é praticada na saúde suplementar, interfere na tabela do SUS e vice-versa. Então, a gente também está tentando trabalhar dentro desse grupo, com essa perspectiva.

Não sei se respondi tudo, Senador.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Apoio Governo/PT - PE) - Só mais duas perguntas. Uma é a seguinte: obviamente o trabalho deste Grupo Interministerial precisa ser feito de forma meticulosa, cuidadosa; mas há algumas distorções que gritam aos olhos. Entre elas, essa disparidade entre o preço de custo da prótese e o seu preço final ao usuário, enfim. Como vocês têm trabalhado a perspectiva de quebrar essa lógica de imediato? Que pontos daquela cadeia poderiam ser atacados, para que nós pudéssemos já, agora, mesmo com o funcionamento do grupo, ter algumas medidas que pesem?

Outra coisa: essa ideia de você ter separadamente um sistema suplementar e o SUS estabelecendo informações sobre custos de algo semelhante, eu diria que é uma coisa contraproducente. Acho que o ideal é que nós tivéssemos uma cooperação, uma colaboração entre esses dois segmentos.

Faz parte do plano, ou já existe algum tipo de banco de informações que possam ser objeto de consulta, seja do setor suplementar, seja do próprio SUS, em relação a preços, enfim, dessas órteses, próteses e materiais especiais?

A SRª MARTHA REGINA DE OLIVEIRA - Bom, a primeira pergunta, como é que a gente quebra logo? A gente tem tentado trabalhar em estratégias para além das estratégias que estão sendo trabalhadas no grupo. Obviamente a gente tem que continuar trabalhando nisso.

Uma das primeiras, a gente está preparando um material lá na agência, que a gente se espelhou numa agência americana, de Maryland, que também enfrentou esse problema lá em Maryland, e eles têm uma agência reguladora que trata um pouco disso. E lá eles construíram um aplicativo de celular, que é muito bacana, que traz elementos de consulta rápida sobre procedimentos, e aí, qual preço é praticado em cada Estado, você pode fazer quebra nesses preços, o que ajudaria rapidamente, porque a partir de agosto a gente já vai ter essa informação. Então, a partir de agosto eu já consigo colocar isso no ar, o que daria uma ajuda mais rápida e um acesso muito rápido para essas pessoas, para a gente quebrar essa lógica.

Eu acho que a segunda, mesmo sem a gente ter a dimensão disso, acho que o que a gente está fazendo aqui hoje também ajuda. A gente conversando com algumas pessoas, a gente vê, eles contam que muda o perfil. A partir de agora acho que a gente até poderia fazer, ver se algumas pessoas têm isso instrumentalizado, medido. A partir dessa discussão que começou a ser feita este ano, sobre o PME, só de a discussão estar na mesa, o perfil altera. Então eu não tenho a menor dúvida de que o que a gente está fazendo aqui hoje já começa a alterar esse perfil.

E há uma discussão que eu tento fazer - e aí, para órteses e próteses ela também é relevante, e é relevante para qualquer procedimento, que talvez seja o tempo mais demorado para a gente trabalhar com isso -, que é não só a tecnologia em si, mas o uso que a gente dá para a tecnologia hoje no nosso País. Como a gente estudou isso? Um ano atrás, ou um pouquinho mais, a gente viu, por exemplo, que ressonância magnética, que é um procedimento que todo mundo acha que está incorporado, está no uso, faz diferença, a gente viu o uso da ressonância magnética no Brasil e nos países da OCDE, que são países desenvolvidos, que têm um resultado em saúde muito melhor, uma mortalidade menor, todos os índices em saúde são menores, e a gente viu, por exemplo, na saúde suplementar, a gente faz 80 ressonâncias para cada mil habitantes por ano, na OCDE, fazem 40 ressonâncias para cada mil habitantes por ano. Então, no Brasil, a gente faz o dobro de ressonância e a gente não chega perto dos resultados assistenciais que a gente tem.

Então, aí é que acho que a gente vai ter um tempo mais demorado para conseguir trabalhar com isso, mas que seria onde a gente quer chegar daqui a um, dois, três anos, que é, de verdade, a mudança do modelo assistencial. Enquanto a gente trabalhar nesse modelo assistencial do *fit for service*, que quanto mais faço mais recebo, qualquer coisa que eu faça para tentar mudar isso é paliativo. Preciso, de verdade, reverter, como faço toda prestação de serviço na saúde suplementar, para eu ter condições de essa mudança aqui que a gente está trabalhando hoje ser sustentável, porque senão a gente vai mudar e, daqui a três anos, talvez tudo se reverta de novo, se a gente não conseguir mudar a lógica.

Então, é nisso aqui que a gente está apostando também, e a gente está fazendo um trabalho importante que, espero, daqui a três anos a gente tenha algum fruto nisso.

Quanto à cooperação SUS e a ANS, não tenho a menor dúvida de que é hiperimportante, a gente está trabalhando nisso, já está-se fazendo um banco nesse sentido - o Pedro Ivo, que está ali, é a pessoa que está tocando isso de uma maneira mais importante. Na Anvisa, já existe um banco de preços, que foi feito alguns anos atrás, que está sendo renovado com informações novas sobre esse assunto, para a gente também disponibilizar de uma maneira rápida tudo isso.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Apoio Governo/PT - PE) - Fiquei satisfeito.

O SR. PRESIDENTE (Magno Malta. Bloco União e Força/PR - ES) - Recebi aqui, nesta audiência primeira com esse relatório de audiência interativa, duas participações. A primeira, de um cidadão, à qual eu passei para as mãos do Relator, não vou ler, porque, na verdade, não tem muito a ver com a nossa CPI, ele reclama do excesso de cesarianas, que não é nosso caso aqui neste momento; mas a outra, diz o cidadão: creio que a fiscalização seja a parte mais complicada, visto que conseguir o primeiro atendimento é uma situação problemática, então, conseguir o segundo atendimento é quase inviável, não obstante muitos médicos não se sentem confortáveis para dar um diagnóstico contrário ao do colega".

Quebrar a lógica da corporação não é fácil em lugar nenhum, principalmente quando o médico percebe que vai dar um diagnóstico contrário a algo que ele já tem conhecimento de que é alguma rede mafiosa que opera ali dentro.

Não sei se é exatamente disso que o cidadão está falando, mas essa história do diagnóstico é verdadeira.

V. S^a gostaria de comentar?

A SR^a MARTHA REGINA DE OLIVEIRA - É. Não é fácil. Acho que em qualquer profissão você contra-argumentar um diagnóstico ou um parecer, se for jurídico, de um colega seu não é uma coisa simples. O que a gente tem feito hoje é se basear nas diretrizes que existem. Hoje, muitas sociedades, estão sendo esse segundo parâmetro, essa segunda opinião, que, como sociedade, é uma opinião daquela sociedade e não de uma pessoa única. Isso também tem funcionado de uma maneira bacana. Ou pessoas de renome que se sentem confortáveis e fornecem essa segunda opinião. Mas, apesar da dificuldade, a segunda opinião tem funcionado bem, tem funcionado de uma maneira bacana, não só para os casos de dúvida, mas também para esses casos de uma segunda opinião, mesmo antes de se realizar um procedimento.

O SR. PRESIDENTE (Magno Malta. Bloco União e Força/PR - ES) - Não sei de que parte do Brasil essa pessoa é, se do Rio Grande do Sul ou não, mas, na verdade, a colocação da frase última que a gente ouviu das autoridades, principalmente lá da ponta do *iceberg*, no Rio Grande do Sul, nas dificuldades de investigação, exatamente por conta de quebrar e contrariar o diagnóstico - diagnóstico, diga-se preço. O Ministro esteve aqui e, para nosso espanto, alguns dados que ele colocou aqui e outros que a senhora colocou nesse momento, é que você tem uma prótese que chega a sair da fábrica por R\$4.500,00, R\$6.000,00 e chega a R\$40.000,00, é um caminho longo a ser percorrido, né? É muito dinheiro por metro quadrado até chegar ao cidadão!

(Em execução.)

De maneira que eu agradeço ao Ministério, ao Ministro pela disponibilidade de S. Ex^a; agradeço a sua disponibilidade, Dr^a. Martha. Por isso, gostaríamos muito que o Ministério continuasse presente, até porque, no requerimento, o Relator solicita alguém do Ministério para nos acompanhar ao Rio Grande do Sul.

Inclusive, nesse momento, reitero a assessoria que officie ao Ministro no sentido de sermos acompanhados por um representante do Ministério nessas oitivas lá no Rio Grande do Sul, a exemplo do outro grupo de assessores que estarão conosco. Então, que officie ao Ministro da Saúde, a fim de que possamos ter um assessor do Ministério, que também que entenda da questão. Se for a senhora, ótimo, porque entende bem do que estamos tratando, e será um prazer.

O Deputado gostaria de se manifestar? *(Pausa.)*

Agradeço ao Relator.

Nada mais havendo a tratar, está encerrada a reunião.

(Iniciada às 10 horas e 26 minutos, a reunião é encerrada às 11 horas e 15 minutos.)