

Excelentíssimo Senhor Ministro do Supremo Tribunal Federal Dias Toffoli, Relator do Recurso Extraordinário,

Excelentíssimo Senhor Sub Procurador Geral Da Republica Humberto Jacques de Medeiros,

Demais autoridades presentes e expositores desta audiência pública,

Gostaria de saudar a todos os presentes e agradecer a oportunidade para aqui estar. É uma grande satisfação poder contribuir sobre tão relevante tema de repercussão geral e social - “diferença de classe no internamento hospitalar no Sistema Único de Saúde – SUS”.

Me apresentando : Sou médico cardiologista, atualmente Diretor Presidente e Diretor da Diretoria de Norma e Habilitação dos Produtos, da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Durante a minha trajetória profissional como médico da Secretaria Estadual Saúde de Pernambuco, como presidente do Sindicato dos Médicos de Pernambuco, presidente do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco e em tantas outras funções, tive oportunidade de conviver com a realidade social e com a assistência à saúde no nosso País.

Prezados,

Pode-se creditar a origem dos planos de saúde no Brasil ao movimento que surge nos anos 40 e 50, baseado na captação de recursos de empresas e empregadoras e de seus empregados, com a criação das Caixas de

Aposentadoria e Pensão (CAPs) e pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que eram organizados por categorias profissionais e destinados apenas aos trabalhadores formais e urbanos, ficando excluídos os informais e os rurais.

A partir de meados da década de 60, foi dada nova conformidade aos denominados convênios médicos entre empresas empregadoras e empresas médicas, mediados pela Previdência Social.

Nas décadas de 60 e 70, surgem as redes de serviços privados, contratadas pelo Estado e as instituições privadas. Permanecendo, ainda, diferentes regimes de atendimento, tanto no âmbito da Previdência Social — que mantinha mecanismos de contratação e financiamento de serviços para os trabalhadores rurais — quanto os esquemas de assistência alternativos. Um mesmo hospital poderia destinar acomodações diferentes para trabalhadores urbanos e rurais. E destinar quartos particulares, e acompanhamento de médicos escolhidos pelos clientes, para os que efetuassem pagamento suplementar.

No final da década de 80, houve grande aumento no número de pessoas com planos de saúde. Mas já nos anos 90, a realidade ficou clara: as operadoras eram precariamente estruturadas; os planos tinham coberturas restritivas com limites de número de consultas ou dias de internação e os aumentos abusivos nos contratos, eram alguns dos graves problemas frequentes naquela época.

O Código de Defesa do Consumidor, então recém-promulgado, ajudou a impulsionar os anseios da sociedade pelo fim de tais práticas abusivas. Mais para o fim da década, após intenso debate legislativo e participação da sociedade, foi aprovada a Lei nº 9.656 de 1998, que dispõe sobre os planos

privados de assistência à saúde e, em seguida, no ano de 2000, a Lei 9.961 que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar, como uma autarquia, sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, que atua em todo o Território Nacional, na regulação, normatização, controle e fiscalização das operadoras de planos de saúde.

Dentre os diversos avanços, a partir da publicação das Leis 9.656/98 e 9.961/2000, ressaltamos: 1) proibição ao impedimento de acesso de quaisquer pessoas aos planos de saúde, especialmente em razão de idade e doença; 2) definição dos procedimentos de cobertura mínima obrigatória, de acordo com a segmentação contratada; 3) definição das segmentações (ambulatorial ou hospitalar) a serem contratadas pelos beneficiários; 4) estabelecimento de regras para a utilização de mecanismos de regulação, desde que não impeçam o acesso dos beneficiários às coberturas assistenciais contratadas; 5) regulamentação específica para as doenças e lesões preexistentes; e, 6) a definição de regras para o ressarcimento ao SUS.

Hoje, 50,3 milhões de pessoas tem planos de saúde com assistência médica, aproximadamente 25,9% da população brasileira. As operadoras de planos de saúde movimentam cerca de 108,1 bilhões de Reais na economia e empregam algo em torno de 4,2 milhões de pessoas. Diretamente na assistência a saúde dos beneficiários são empregados mais de 90 bilhões de reais em mais de 1 bilhão de procedimentos realizados ao ano, como no pagamento de mais de 260 milhões de consultas médicas e mais de 8 milhões de internações hospitalares, entre outros. Esta é a dimensão da saúde suplementar, que pelo seu tamanho e importância é hoje parte significativa do sistema de saúde brasileiro.

Entre os principais focos de atuação da ANS estão: o aperfeiçoamento do modelo de atenção à saúde; o incentivo à qualidade da prestação do serviço

praticado pelas operadoras; a integração com o SUS, incluindo a construção do Registro Eletrônico em Saúde e o incremento da cobrança dos valores devidos pelas operadoras ao SUS. É importante destacar também, a enorme responsabilidade da ANS na disseminação de informações que sejam úteis aos beneficiários de planos de saúde, que os auxiliem na escolha do plano e no conhecimento e defesa dos seus direitos, tanto contratuais como legais.

Nessa linha, as operadoras de planos de saúde têm sido incentivadas a oferecerem Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, com o objetivo de adotar práticas cuidadoras que envolvem atenção à saúde de forma integral.

Atuar de forma integral na atenção à saúde significa, também, articular as diretrizes da ANS com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde. O Sistema de Saúde Brasileiro é formado pelo maior sistema público de saúde do mundo e pelo segundo maior setor de planos de saúde do mundo. O Ministério da Saúde vem, com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, enfrentando o desafio de procurar harmonizar todas as forças envolvidas na atenção à saúde no nosso País.

E para harmonizar essa complexa formação é fundamental que tenhamos informação. Uma das maiores conquistas da regulação dos planos de saúde é que agora o Ministério da Saúde dispõe de informações do mercado de saúde suplementar: internações, consultas, exames e outros eventos. Inclusive quando há internação de um usuário de plano em hospital público a Agência cobra o ressarcimento ao SUS.

A possibilidade de criar-se um novo híbrido publico-privado no atendimento do SUS irá dificultar a possibilidade de construção de um sistema brasileiro integrado e justo, além de ameaçar colocar por terra tudo

o que se faz, hoje com muito maior sucesso, na cobrança do ressarcimento ao SUS, dada as dificuldades de informações que podem ser geradas pela cobrança destes excedentes. Além disso, a diferença de classes em tela se dará da pior forma – irá aumentar a iniquidade, na medida em que apoiará a iniciativa de dar mais leitos a quem pagar mais, e não àquele que necessita de maior atenção.

Conhecemos o artigo 196 da Constituição Federal, ele expressa que saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Este artigo 196, combinado com o princípio de que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, disposto no Artigo 5º da Constituição Cidadã, **fundamenta inequivocamente a rejeição de qualquer iniciativa que estabeleça diferente tratamento entre os cidadãos que utilizam o Sistema Único de Saúde.**

Outros fundamentos podem contribuir para a rejeição da proposta de diferente tratamento entre os cidadãos que podem e cidadãos que não podem pagar no âmbito do SUS:

- A Lei Orgânica da Saúde reitera os princípios da reforma sanitária e expressa os avanços conquistados na Constituição de 88, com destaque para o acesso universal e a igualdade na atenção à saúde;
- E o art. 199 da Constituição Federal que consagra a liberdade da iniciativa privada, possibilitando o acesso dos cidadãos, que possuem recursos próprios, e queiram contratar ou diretamente, ou por meio de um plano de saúde, os serviços privados de saúde.

Ou seja, aos que buscarem o serviço público este é universal e de igualitário acesso. Aos que buscarem o serviço privado, este é oferecido

conforme o que foi contratado e, no caso dos planos de saúde, soma-se o que é estabelecido por Lei e pela ANS.

Por se tratar de um sistema com financiamento público e uma função social estipulada em lei, o Sistema Único de Saúde deve garantir acesso universal a todos os cidadãos. E este acesso universal aos serviços de saúde pública é garantido na rede pública de saúde, bem como na rede privada credenciada junto ao Poder Público para atendimento ao SUS, as custas integrais pelo Estado, de forma complementar (art. 24, da Lei 8080/90).

Permitir a diferença de classes prosperar dentro de uma unidade assistencial pública é aprofundar a desigualdade entre os cidadãos, agravando a situação do acesso à saúde e permitindo a seleção de indivíduos de acordo com o poder econômico, em detrimento dos menos favorecidos, o que seria sem dúvida, um retrocesso dos direitos sociais.

O SUS deve continuar sendo construído calcado no direito à saúde, sem absolutamente, nenhuma distinção de classe social, muito menos o prejuízo deliberado das pessoas com menor ou nenhum poder econômico. Essa construção deve buscar uma atenção à saúde eficaz, eficiente, de qualidade, sem retrocesso dos direitos já conquistados e sem esquecer o princípio basilar de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, sendo garantido o acesso a todos os habitantes deste país, sem a distinção de qualquer natureza.

Concluindo, diante do exposto acredito firmemente, não somente como Diretor Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, como médico e como cidadão brasileiro, que deve ser rejeitada qualquer proposta que estabeleça classes e/ou subclasses no atendimento entre cidadãos que utilizam o Sistema Único de Saúde.

Obrigado.