



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

TRANSCRIÇÃO *IPSIS VERBIS*

CPI - PLANOS DE SAÚDE		
EVENTO: Audiência Pública	Nº: 1620/03	DATA: 02/10/03
INÍCIO: 10h19min	TÉRMINO: 14h9min	DURAÇÃO: 3h46min
TEMPO DE GRAVAÇÃO: 3h46min	PÁGINAS: 72	QUARTOS: 46

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO

JANUÁRIO MONTONE - Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS.

SUMÁRIO: Tomada de depoimento.

OBSERVAÇÕES

Há orador não identificado.
Há intervenção inaudível.
Há exibição de imagens.
A reunião foi suspensa e reaberta.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Bom-dia a todos e a todas que estão presentes a essa nossa sessão da CPI que investiga as instituições privadas de planos de saúde, CPI dos Planos de Saúde. Quero agradecer a presença de todos e dar por iniciada mais esta sessão de audiência pública. Convido nosso Relator, Ribamar Alves, que está tomando assento aqui conosco. Bom-dia, Relator. Indago aos Srs. Parlamentares sobre a necessidade da leitura da ata da reunião realizada em 25 de setembro. Deputado Jamil.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - Havendo concordância dos Srs. Deputados membros da CPI, queríamos pedir a dispensa da leitura da ata.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - A pedido do Deputado Jamil Murad, está dispensada a leitura da ata. Coloco em discussão. Não havendo quem queira discuti-la, coloco-a em votação. Aqueles que a aprovam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)* Aprovada. Esta nossa audiência pública tem por finalidade atender ao requerimento do Deputado Relator desta CPI, Deputado Ribamar Alves, Requerimento nº 21, de 2003, cuja finalidade é ouvir o Sr. Januário Montone, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, para prestar depoimento a esta Comissão sobre a atuação da Agência. Convido o Sr. Januário a tomar assento conosco. *(Pausa.)* Bom-dia. Seja bem-vindo a nossa CPI. Como nós sabemos que existe naturalmente um volume importante de questionamentos e dúvidas por parte dos Srs. Deputados, por conversa preliminares que já tive com muitos Deputados componentes da CPI sobre o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que desempenha um papel evidentemente fundamental dentro desse setor, proponho, antes da abertura dos trabalhos, que nós definamos um teto para os nossos trabalhos de hoje e convidemos de imediato o Dr. Januário a que nossa audiência pública se realize em 2 dias diferentes, porque não vai ser possível esgotar os assuntos na data de hoje. Já fiz um contato prévio com o Dr. Januário. Ele evidentemente não se opõe a isto. Portanto, nós vamos trabalhar aqui com um teto de no máximo até as 13h30 de hoje. O Deputado Arlindo faz o sinal de que talvez o ideal fosse até as 14h30, mas o Presidente mantém a sugestão das 13h30. E muito provavelmente...

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - A minha sugestão é que seja até as 14h30, faltante para as 12h.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Faltante para as 12! E como nós temos tido algumas solicitações, também de Deputados membros da CPI, de preferência pelo horário da quarta-feira, após o almoço, então eu estou sugerindo que na semana que vem nós façamos a continuidade desta audiência pública na quarta-feira, a partir das 14h. Deputado Feldman.

O SR. DEPUTADO WALTER FELDMAN - Só uma dúvida, Presidente. O Presidente Rafael Guerra, da Frente Parlamentar da Saúde, marcou uma reunião quarta-feira, às 14h, para o desdobramento da luta em relação ao Orçamento.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Tem razão V.Exa. Então, o Presidente vai aguardar aqui, refletir durante a sessão para ver qual é a melhor alternativa de horário. Bom, dito isso, e cumprimentando mais uma vez Dr. Januário Montone, eu passo a palavra imediatamente a V.Exa. Já sei de antemão que quer nos apresentar alguns dados e que talvez precise de um tempo um pouco maior do que os 20 minutos. Eu solicito a V.Exa. que fiquemos com uma referência, um tempo de 30 minutos, sendo que o Presidente saberá aqui estender, se precisar, por talvez mais 5 minutos. Mesmo que algumas questões fiquem pendentes, pode-se voltar a elas depois, no momento das perguntas, ou inclusive complementar alguma coisa na nossa sessão seguinte. Então, feitos os nossos ajustes iniciais, eu passo a palavra imediatamente ao Dr. Januário Montone.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Muito bom dia, Sr. Presidente, Deputado Henrique Fontana. Muito bom dia ao Deputado Ribamar Alves, Relator desta Comissão. Srs. Deputados, Sras. e Srs. Diretores da Agência Nacional de Saúde Suplementar que estão nos acompanhando, senhoras e senhores, eu vou, Sr. Presidente... É um prazer poder estar participando de uma audiência pública nesta CPI, de um tema tão importante e que com certeza vai resultar em grandes contribuições para o aperfeiçoamento desse processo. E eu, de antemão, já... como lhe havia dito, estou à disposição da CPI na próxima semana, e farei um esforço para... Você tem que pôr no ar aqui para mim. Ah, perdão. Farei realmente um esforço para ficar no tempo que o Presidente solicitou, e já pedindo essa paciência de V.Exa., porque nós estaremos falando de 3 ou 4 anos de regulação. Mas realmente para mim é uma... para nós, da Agência, é uma satisfação poder estar abrindo essa discussão, participando desse debate, falando um pouco a respeito da Agência Nacional de Saúde Suplementar e o seu papel no processo de regulação



dos planos de saúde. Perdão, Deputado. Perfeito. *(Segue-se exibição de imagens.)*

Então, retomando, podemos conversar um pouco e apresentar aos senhores e ouvir e responder a respeito do papel da Agência no processo de regulação, lembrando que a ANS tem por missão — e essa missão é institucional e legal, é definida na lei de criação da Agência, não é uma definição da própria Agência —, ela tem a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência à saúde suplementar. Eu estou na presidência da ANS desde dezembro de 99, para um mandato de 4 anos e que, portanto, está se encerrando agora no mês de dezembro próximo. E antes disso eu fui Vice-Presidente da ANVISA, na qualidade de diretor responsável pela implantação da Agência — da ANVISA — e pela implantação do Sistema de Controle e Monitoramento de Preços de Medicamentos, e também Presidente da FUNASA e Secretário Executivo substituto do Ministério da Saúde. Nessa última função, eu fui um dos negociadores do Ministério da Saúde nas discussões da Lei nº 9.656, quando da sua tramitação ainda como projeto de lei aqui nesta Casa, na Câmara Federal, oportunidade na qual pude conhecer e participar das reuniões com vários dos Deputados inclusive que integram essa CPI e de cuja Comissão também participava o hoje Ministro Humberto Costa; participava o Deputado Arlindo Chinaglia, que me lembro. E eu acredito que foi exatamente a partir dessa experiência no debate da regulação e na montagem pré-anterior de uma outra agência reguladora, foram essas experiência que me conduziram a ser convocado para integrar uma equipe, porque na Agência Nacional de Saúde há um colegiado, e é uma direção colegiada, mas, mais do que isso, ela teve que se montar como uma equipe para poder dar conta dos desafios da regulação. Porque nós não estamos falando, quer dizer, esse desafio é tanto mais evidente para o senhores e para nós todos, porque, embora já tivéssemos naquele momento outras 3 agências reguladoras, aqui estamos falando de regular saúde, e saúde não é um serviço como outro qualquer. Saúde é, além de tudo, no Brasil, ela é um direito social estabelecido na Constituição, ela é um dever do Estado, e a atividade privada na área da saúde é permitida pela Constituição, mas é permitida de forma regulada. Então, além do assunto em si, saúde, que alguns inclusive consideram que é irregular, que é impossível colocar regras de regulação nesse setor, mas nós estamos falando de um bem social, de um direito do cidadão de uma forma geral... Então, foi um imenso desafio para todos nós sermos convocados para desenvolver



esse processo. E, na verdade, a ANS ela é, digamos, o ator mais recente nessa discussão, porque o hoje chamado Setor de Saúde Suplementar ele surge no Brasil na década de 50, começa a crescer na década de 60, basicamente para atender trabalhadores das grandes indústrias, motivado muito pela vinda das multinacionais, que já tinham esse tipo de ação na área de recursos humanos inclusive, ele vira relativamente uma ação de mercado muito fortemente no final dos anos 70 e dos anos 80, principalmente com o crescimento das medicinas de grupo e com a entrada muito forte das seguradoras nesse setor. Não há uma expansão muito forte e começa a haver uma regulação. Essa expansão é acompanhada, evidentemente, do crescimento de abusos, porque não havia qualquer tipo de regulamentação. E isso começa a ser enfrentado, a partir de 91, com o Código de Defesa do Consumidor e uma ação mais efetiva do Judiciário dando ganhos de causas seguidos aos usuários de planos de saúde. Nos anos 90, além do Código de Defesa do Consumidor, fizemos uma Lei Orgânica da Saúde, que serviu de base para áreas enormes do Judiciário para garantirem direitos no setor privado também. Esse setor sofre uma crise muito forte no Plano Real, que num outro momento a gente se estenderia — vou tentar reduzir para ficar no tempo —, mas é só importante lembrar que, antes de 94 e 95, antes do Plano Real, da estabilização, a maior lucratividade, digamos assim — se é que podemos chamar assim —, desse setor, dessa atividade econômica, não era o oferecimento, a venda de um serviço de assistência à saúde, era a movimentação financeira que isso gerava e os ganhos econômicos e financeiros que isso gerava na aplicação de um mercado onde todos nós aqui nos lembramos o que significava o investimento, os juros e... Então, em 94, o setor perde, digamos assim, essa fonte de receita e sofre uma adequação muito grande. Talvez, por conta disso, tem-se um crescimento imenso dos abusos aos consumidores de planos de saúde, marcadamente a partir daí. Talvez como compensação da perda financeira que era gerada no mercado financeiro você passa a ter uma escalada nos abusos, uma pressão social muito forte e que leva a uma aceleração das discussões aqui no Congresso, discussões que já vinham de alguns anos. Tinha vários projetos em andamento naquele período, e eles foram reunidos para gerar a regulamentação. Essa regulamentação então é aprovada em 97, aqui na Câmara Federal, na Câmara dos Deputados. Em seguida, ela é remetida ao Senado, onde é finalmente aprovada com uma questão que é fundamental também para que a gente siga o entendimento



do setor. Foram negociadas uma série de alterações na lei no Senado, alterações importantes, inclusive acrescentando direitos ao consumidor em relação ao primeiro projeto que havia sido aprovado aqui. E para que não houvesse necessidade de retorno a esta Casa e, portanto, prolongamento da discussão, foi feita na época uma negociação em nível do Congresso e que gerou a promulgação de uma medida provisória 2 ou 3 dias após a promulgação da própria Lei nº 9.656. Isso foi muito explorado inclusive nos debates de crítica ao setor, mas é importante a gente lembrar que o marco regulatório do setor de saúde suplementar é formado pela Lei nº 9.656 e por uma medida provisória que hoje é a 2.177. Muitos dos direitos fundamentais da regulação estão na verdade na MP, como a cobertura integral de saúde. Ela foi obrigatória, ela foi colocada nesse projeto. Então, o impacto da... E em comum acordo com as duas Casas, não no conteúdo, mas na sistemática. O que eu acho que o Legislativo e o Executivo conseguiram, naquele momento, foi realmente dar conta daquelas que eram as pressões da sociedade em relação à regulamentação do setor. Lembrando que isso foi feito em cima de um setor que já existia há praticamente 40 anos. Então, nós tínhamos o quê? Fazendo uma comparação rápida, antes da regulamentação, não havia qualquer legislação sobre a empresa, nenhuma regra específica. Qualquer empresa colocando no seu objeto social que ia vender plano de saúde vendia plano de saúde. Bastava ela seguir a legislação comercial, digamos assim, se ela era uma S.A. ou uma limitada, exceto as seguradoras que já tinham a regulação econômico-financeira da SUSEP. Então, as empresas, vamos dizer assim, se organizavam como bem entendiam e bastava um registro em Junta Comercial e saíam vendendo plano de saúde, motivo inclusive daqueles muitos abusos. Havia até o famoso golpe — o Deputado deve se lembrar —, o golpe do plano de saúde. Empresas especializadas em abrir escritórios bonitos em cidades médias do interior dos Estados, arrecadar o dinheiro dos usuários vendendo planos com carências absurdas e depois de 6 meses, 8 meses, 10 meses fechavam a porta e iam embora, sem ter prestado um atendimento em saúde. Isso era um assunto muito denunciado, muito colocado na época. A partir da regulação, não. As empresas, na verdade, passam a ser operadoras de planos privados de assistência à saúde, reguladas em lei, com regras claras de autorização de funcionamento, regras de operação, obrigação de publicação de balanços, de divulgação de sua movimentação financeira. Mais importante que isso, talvez, a



exigência de reservas que antes só o setor segurador tinha e a possibilidade de serem liquidadas pelo órgão regulador. No campo de vista do plano de saúde propriamente dito, da assistência à saúde, acho que as mudanças foram muito mais fortes até nesse sentido. Antes, a empresa decidia o que ela chamava de plano de saúde, o que ela vendia, ela organizava um produto que ela dizia que era plano de saúde e saía vendendo pelo preço que ela queria, com as cláusulas que ela queria de carência, de exclusão de doenças. Eram comuns as cláusulas “exclui doença”, “não atende asma”. Carências de 36 meses para determinadas cirurgias. Mais do que isso, as empresas decidiam para quem elas iam vender. Era comum a negativa de contratar principalmente portadores de patologia e principalmente de pessoas idosas. Muitas operadoras simplesmente se recusavam a contratar. Havia na época — até circulavam comentários de que haveria em algumas praças, algumas cidades — uma lista negra de usuários que não podiam manter planos de saúde, por um ou por outro motivo. A questão dos portadores de HIV era muito evidente naquele momento. Não havia quem conseguisse contratar um plano. A partir da regulamentação, a lei passa a exigir cobertura integral. Todas as doenças do Código Internacional de Doenças têm de ser atendidas. Não há exclusão em relação a isso. Há poucas exclusões para cirurgias estéticas e outras questões, mas todas as patologias do Código Internacional de Doenças têm que ser cobertas. Isso faria e fez depois com que, pela primeira vez, planos vendessem planos com atendimento de hemodiálise, por exemplo. Porque ninguém dava hemodiálise. Sempre foi feita pelo SUS, inclusive por usuários de planos de saúde. Além de proibir a chamada seleção de risco, proibir discriminação na contratação para o idoso, para portadores de patologias etc., isso veio de encontro, na nossa avaliação, com um depoimento que já foi feito nesta CPI pelo Dr. Ricardo Morishita, que apresentou os dados de uma pesquisa do PROCON do período de 92 a 97 de quais eram as principais reclamações que o PROCON recebia naquele momento. Elas eram as questões dos reajustes abusivos e desconhecidos de quem comprava, as exclusões de doenças que o consumidor só descobria quando precisava usar e as carências absurdas. Eu lembro que os contratos eram anuais, e nós chegávamos a ter cláusula de carência para cirurgia cardíaca. Os poucos que punham isso no contrato algumas diziam que era carência de 36 meses, quer dizer, para um contrato que, na verdade, tinha que ser renovado a cada 12 meses. Agora, eu queria lembrar aos senhores o seguinte:



isso foi um momento de profunda mudança, mas ele foi um movimento de criação da legislação. Nada do que foi estabelecido na lei já existia e passou a existir. Você passou a ter os direitos, mas você não tinha colocado nem a regulamentação disso e muito menos uma estrutura capaz de garantir todos esses direitos. Por isso que a legislação, naquele momento, definiu como é que seria o sistema de regulação, o órgão de regulação. E o que foi aprovado foi o que chamamos de modelo bipartite de regulação, porque aqui nós temos a lei e a medida provisória sobre a qual eu já comentei, que formam um marco legal. O que foi aprovado nesse conjunto é que a regulação do setor era bipartite. As operadoras, portanto, as empresas e a atividade ligada à empresa, o registro da operadora, a movimentação econômico-financeira, os reajustes, as garantias, etc., etc., eram reguladas pelo Ministério da Fazenda através do Conselho Nacional de Seguros Privados e da SUSEP, como órgão executivo. As questões ligadas à assistência à saúde e o cumprimento da cobertura integral, das regras de acesso, do imenso avanço que foi a regulamentação das doenças e lesões preexistentes ficaram na esfera do Ministério da Saúde, com a criação do Conselho de Saúde Suplementar e um departamento específico na estrutura do Ministério. Esse foi o modelo de regulação que esteve em vigor até o final de 99. Da promulgação da lei, em julho de 98, até o final de 99, a tarefa de regulamentar, de implantar a regulamentação, de fiscalizar, de fazer valer, enfim, a legislação esteve com essa estrutura, que, evidentemente, poucos meses depois do seu funcionamento, mostrou suas limitações, mostrou seus problemas, porque, na verdade, estávamos falando de 2 ministérios diferentes e áreas executivas diferentes e 2 conselhos com papéis diferentes agindo, a rigor, a rigor, sobre o mesmo objeto: a empresa e o produto do plano de saúde que essa empresa comercializava. Então, nós tivemos... houve uma baixa efetividade nesse período do ponto de vista de construir a regulação. Aqui no campo de assistência à saúde, o CONSU baixou uma série — e discutiu, evidentemente —, baixou uma série de regulamentações, mas, na área do Ministério da Fazenda, isso acabou não acontecendo nesse período. Que eu me lembre, o Conselho Nacional de Seguros Privados não chegou a emitir nenhuma resolução naquele período. Obviamente, a pressão social aumentou muito, porque se você já tinha uma pressão antes de ter a lei, agora você tinha a lei e tinha, vamos dizer assim, uma baixa efetividade do sistema de regulação que a lei propunha para fazer valer essa legislação. Foi nesse



contexto que surge, no final de 99, o modelo de regulação que sobrevive até hoje. Esse modelo de regulação não altera a estrutura do marco legal. Aqui óbvio que a alteração foi feita aqui na medida provisória, mas ele unifica a regulamentação na esfera do Ministério da Saúde. Ele mantém um Conselho Nacional de Saúde, do setor de saúde suplementar, mas muda de caráter. Este CONSU que aparece aqui não é o mesmo anterior. Esse CONSU é um conselho ministerial que integra a estrutura do Ministério da Saúde. E foi criada, então, a ANS, que passa a ser a responsável pelo conjunto da regulação, tanto da atividade econômica da empresa, quanto da fiscalização, na implementação, não só na regulamentação, como da fiscalização, na área da assistência à saúde. Então, este... A ANS é criada nos últimos dias, no finzinho de 99, e a MP que a criou foi convertida em lei em janeiro de 99, e aí ela começa a se estruturar, porque... Ainda bem que... Eu me permitiria, Deputado... Ainda bem que o senhor colocou que nós teremos uma segunda rodada, porque realmente tentar passar um pouco dessa história em meia hora realmente é muito difícil, principalmente, talvez, para alguém prolixo quanto eu nesse aspecto. Mas é que são fatores fundamentais. A ANS, embora fosse a quinta agência reguladora criada naquele momento, ela era completamente diferente das demais agências: primeiro, pelo que ela regulava, que é saúde, mas isso a ANVISA também regulava. A ANVISA foi criada antes. Eu participei da regulação. Mas a principal questão é que ela não sucedeu a nenhum outro órgão existente. Quando eu falo no modelo anterior de SUSEP... A SUSEP era da... regulava as seguradoras como um todo. O DESAS também acabou de ser criado. Então, a ANATEL, a ANEEL e a ANP, que já eram criadas naquele momento, elas eram uma mudança de modelo regulatório. Você já tinha a ELETROBRÁS, que regulava o setor elétrico, você já tinha a TELEBRÁS, que, na prática — e os Ministérios —, eram setores regulados por estatais que foram privatizadas, e você mudou o modelo. Mas você tinha conhecimento, você tinha inteligência, você tinha capacidade de conhecimento instalado. O planejamento do setor elétrico e o do setor telefônico do Brasil sempre foram considerados, apesar de todos os problemas, como exemplos. O de petróleo, a mesma coisa. Então, essas agências foram criadas em cima de estruturas onde o Estado e, portanto, a sociedade — ou a sociedade, através do Estado — detinham o conhecimento, a história, a capacidade de controle. A própria ANVISA é um pouco isso, porque ela sucede a Secretaria de Vigilância Sanitária, que existe no Ministério



da Saúde. O meu amigo Vecina, que foi o primeiro Diretor-Presidente, dizia que a vigilância sanitária é a ação mais antiga de saúde no Brasil, porque foi inaugurada com a chegada do Príncipe Regente, em 1808. Na chegada, nos portos, começou a vigilância sanitária. Lógico que é uma blague dele, mas a vigilância tinha uma estrutura importante, e o que ela fez foi ser modernizada. A ANS não, a ANS não existia. Ela também foi criada como um organismo a ser construído. E esse foi o desafio que esta equipe — a Dra. Solange, a Dra. Maria Stella, o Dr. Barroca e, hoje, o Dr. Leôncio, que já esteve aqui, mas, naquele momento, o Dr. Luiz Arnaldo, que foi o primeiro diretor que compôs o colegiado —, foi o desafio que, junto com os funcionários, nós pudemos construir. Essa é a estrutura decisória, digamos assim, do nosso sistema, que também é bastante diferenciado das demais agências. A Agência Nacional de Saúde Suplementar não formula políticas para o setor. Ela tem como atribuição legal inclusive propor políticas e diretrizes, mas a definição é feita pelo CONSU e, obviamente, pelo Ministério da Saúde, que dá o tom ao CONSU. A agência, até pelo conhecimento técnico que vai acumulando nesses anos, ela propõe políticas e diretrizes, mas ela não é formuladora de política do ponto de vista legal, e nunca foi, até por atribuição legal. O CONSU hoje é um conselho de ministros, com 4 ministros — já foi de 5. Ele já foi integrado também pela Casa Civil. Hoje ele é integrado pelo Ministério da Justiça, Ministério da Saúde e da Fazenda e Planejamento e Orçamento. Nós temos, como a ANVISA tem, um contrato de gestão — já temos —, esse contrato de gestão que hoje está sendo proposto até numa discussão geral. Esse contrato de gestão é mandatário, no sentido de que, se descumprido, sem justificativas, ele tem como consequência a perda de mandato dos dirigentes. Isso é da nossa legislação, tanto da ANS quanto da ANVISA. E há uma comissão de acompanhamento, do Ministério da Saúde e do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, que não só negocia junto com a agência a fixação do contrato de gestão, mas todo o seu acompanhamento, ajuste de metas, cumprimentos ou justificativas de não-cumprimento de mérito. Uma outra estrutura fundamental, no caso da agência, é a Câmara de Saúde Suplementar. A nossa câmara de saúde suplementar talvez seja uma das... Essa só a ANS tem. Nem a ANVISA tem uma estrutura parecida com a da câmara. Ela é formada por 30 entidades e se reúne sistematicamente para as discussões da regulação. Nós temos também uma ouvidoria. Já temos uma ouvidoria em moldes muito parecidos com o



que está sendo proposto hoje nas disposições gerais. É um ouvidor nomeado pelo Presidente da República, por indicação do Ministro da Saúde, com mandato de 2 anos, renovável. Então, nós já temos uma ouvidoria independente funcionando em plena atividade e que exerce um papel muito importante. Essa questão do debate social e do papel da câmara, eu acho que a gente pode olhar aqui um pouco... É óbvio que a câmara já existia antes da agência. Então, parte dessas 32 reuniões foram realizadas ainda no período do modelo antigo, mas foram 9. O restante são todas no período na ANS. E a Câmara de Saúde Suplementar reúne entidades de todos os setores, de consumidores coletivos, ela reúne todas as centrais sindicais. Ela reúne a Confederação Nacional de Saúde, que representa 24 federações estaduais; a Federação Brasileira de Hospitais, com os seus 6.500 hospitais; os Conselhos Federais de Medicina, Odontologia e Enfermagem, que representam mais de 1 milhão de profissionais; as centrais sindicais que representam o trabalhador que tem plano coletivo negociado no seu acordo sindical. E ela tem as entidades da sociedade civil que defendem, do sistema de defesa do consumidor, os PROCONs e diversas ONGs. E foram 32 reuniões ao longo do período da regulação. Não houve uma regulação relevante que não tenha sido debatida sistematicamente na câmara. Além disso, a agência trabalha com consultas públicas que hoje também está sendo proposto como obrigatoriedade. Já era na nossa legislação. E ao longo desses anos, só a ANS... Nós fizemos 14 consultas públicas. A primeira, inclusive, foi em junho de 2000, logo no início das atividades da agência. E o tema foi adaptação de contratos antigos para contratos novos, que até hoje nós não conseguimos regulamentar. Foi uma consulta pública que não conseguiu construir uma proposta. Além disso, todas as questões relevantes são discutidas em câmaras técnicas. As câmaras técnicas são formadas a partir da Câmara de Saúde Suplementar. As mesmas entidades que estão na câmara indicam especialistas naquele assunto. Por exemplo, quando nós discutimos garantias financeiras ou quando nós discutimos rol de procedimentos médicos, as entidades indicam especialistas e as 9 câmaras que nós fizemos fizeram 52 reuniões, em média, com 14 a 20 entidades em cada uma das reuniões. E o resultado da câmara técnica, depois, é debatido na Câmara de Saúde Suplementar. E só aí vai para a aprovação da diretoria colegiada da agência e, na maioria dos casos de impacto relevante, nós fazemos ainda uma consulta pública posterior a esse processo, como foi o caso, por



exemplo, do cartão desconto e como foi o caso recente da nossa ação em relação ao cheque caução. Esse não teve câmara técnica, mas teve o debate posterior. Tentando agora colocar um pouco a questão das atribuições da agência e como isso se desenvolveu nesse período, nós agrupamos as atribuições da agência nessas 6 dimensões. A dimensão da cobertura assistencial em condições de acesso, ingresso, regulação de preço, fiscalização direta e indireta e comunicação e formação de conhecimento. Passando rapidamente ou pensando na cobertura assistencial, eu destacaria algumas regulamentações. Eu vou usar como exemplo o rol de procedimentos. Quando a legislação disse que a cobertura era integral para todas as patologias do Código Internacional de Doenças, isso tinha que ser materializado em algum lugar. E foi um trabalho de meses que começou antes da agência. Houve um primeiro rol, e a agência discutiu depois com a câmara técnica, com debates. Nosso rol de procedimentos, hoje, define todos os procedimentos que os planos de saúde são obrigados a dar cobertura nos seus processos. Aqui foram incluídas questões fundamentais que nunca apareceram. Aqui foi materializado o transplante, o atendimento da hemodiálise, o atendimento em quimioterapia e muitos outros que foram acrescentados na última revisão — a cirurgia de correção de miopia a *laser*, por exemplo. Então, isso entrou para o nosso rol, hoje. Ele tem, talvez, 3 mil procedimentos licitados e obrigatórios. A mesma coisa acontece com o rol de procedimentos odontológicos e nesse campo da regulação do acesso de doenças e lesões preexistentes também houve a definição do rol e do que pode ser considerado alta complexidade para fins de doenças e lesões preexistentes. É muito restritivo. Então, hoje, pela legislação, a alegação de lesões e doenças preexistentes só pode ser feita no que está definido no rol que foi construído pela agência com especialistas e com as entidades representativas do setor. Nas questões de operação e atividade econômica das operadoras, como eu já frisei, nós tínhamos, talvez, o maior atraso na regulação. E aqui com uma outra consequência, com um outro problema, digamos assim. Várias questões dependiam de questões anteriores. Por exemplo, a definição de garantias estava na lei e a definição de publicar balanços estava na lei. Para espanto, acho que de todos nós, exceto o setor segurador, que era regulado, não havia nenhum tipo de contabilidade padronizado. As operadoras faziam a contabilidade por regime de caixa e não por regime de competência. Então, não havia a menor possibilidade de você discutir garantias,



balanços etc., onde cada uma fazia o balanço pela sua legislação, a sua contabilidade, cooperativa, limitar etc., e no regime de caixa, uma coisa assim impossível num setor que lida com a capitação dos recursos da população para prestação a partir desses recursos. Então, nós tivemos que desenvolver um plano de contas para viabilizar a publicação de balanços e para poder discutir tecnicamente as garantias e provisões técnicas. Então, isso foi tudo um processo. E várias dessas regulamentações que são citadas aqui — e depois, se houver tempo, eu vou tentar colocar os números — várias delas foram feitas para uso imediato, como nós chamamos. Lembrando que a agência foi criada em janeiro de 2000, ela só teve a sua diretoria integralmente constituída em abril de 2000, depois que a Dra. Solange Beatriz e o Dr. Luiz Arnaldo foram sabatinados e aprovados no Senado Federal e puderam tomar posse. Então, só a partir de abril nós tivemos o colegiado completo e o mundo real do setor continuava cometendo abusos que tinham que ser atendidos pela agência. Então, a nossa regulamentação de transferência de carteira foi feita em cima de caso concreto, de operadoras que estavam tentando transferir seus usuários ainda antes de regular. A intervenção da agência na direção fiscal e na liquidação também foi feita para uso imediato. Nós tínhamos uma ação necessária de direção fiscal em duas operadoras: na ADRESS do Rio de Janeiro e na UNIMED de São Paulo. Então, o colegiado teve que dar conta, as áreas técnicas de produzir e o colegiado de debater e decidir. Não é à toa que esta diretoria colegiada, em 35 meses de ANS, ela fez 153 reuniões formais do colegiado — reuniões ordinárias e extraordinárias —, além das reuniões de trabalho que os diretores fazem no seu dia-a-dia.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Só para lhe ajudar e concentrando a informação, nós temos aí 30 minutos. Eu queria lhe pedir que, nos próximos 10 minutos — nós vamos estender o seu tempo — o senhor priorizasse aquilo que considera o mais fundamental para colocar na reunião de hoje.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Pois não. Então, antes de passar para os demais pontos, só gostaria de frisar este último ponto que é a questão do registro das operadoras. Mas eu acho que vou deixar para detalhar isso na seqüência. Só queria ressaltar aqui a movimentação dos registros que acontecem no setor. Não sei se fica claro aos senhores pelo gráfico, que a partir de 2001... Aqui, são as operadoras que vão pedindo o registro; em vermelho, as que vão cancelando o



registro; e, aqui, o que foi sendo aprovado antes pela SUSEP e depois aqui pela agência. Eu gostaria de frisar, para depois tentar explorar, o quanto há uma inversão a partir de julho de 2001 com as regras baixadas pela agência de garantias e com as exigências de garantias, exigência de capital mínimo, regras para ser administrador de operadoras de plano de saúde e regras para controle societário. No período de julho de 2001 até hoje apenas 58 novos registros foram fornecidos pela ANS e 525 operadoras se retiraram do setor a partir dessa regulamentação. Só me desculpem que eu vou passando aqui para... Uma questão essencial que certamente nós vamos explorar nas perguntas é a de regulação de preços, onde a agência fez uma completa inversão na espiral de crescimento de reajustes que você tinha no setor, acabando com a indexação e criando uma nova metodologia para fixar o índice máximo de reajuste, controlando os contratos individuais e monitorando os contratos coletivos que fornecem a informação para o índice da agência. Aqui, a gente tem uma rápida comparação da evolução do índice máximo aprovado pela agência, durante esses 4 anos, num acumulado de 3,8%, com uma diferença muito importante em relação, por exemplo, ao IGP-M, que era muito usado no setor. Aqui, eu gostaria mais de fixar o conceito e passar rapidamente, porque, assim, o que tem visibilidade numa ação, que é fundamental da agência, que é a fiscalização, a maior visibilidade, ela está evidentemente na chamada fiscalização direta, são as ações de fiscalização, as multas. A agência é uma das poucas organizações que publica multa em primeira instância no *Diário Oficial*, para efeito de transparência. Então, essa é a que tem maior visibilidade e por isso aparece em números de oitenta a oitenta e tantos bilhões de multas. Na agência, na verdade, são as multas em primeira instância e é óbvio que ela tem visibilidade e tem importância. Mas ela sofre também o impacto de ser regulada fora da agência. A fiscalização, as multas, a aplicação de multas, os recursos etc., eles têm que seguir uma legislação geral relativa à multa de organizações públicas, e não é desconhecido dos senhores o quanto esse processo é complicado em todos os órgãos públicos. Então, eu acredito que nós temos tido maior efetividade para os consumidores do que nós chamamos de fiscalização indireta, que são acompanhamentos que a agência faz e ela age com começo, meio e fim dentro da legislação da própria agência e da decisão da própria agência. Eu vou tentar rapidamente... Aqui, são dados da fiscalização direta, que são os mais conhecidos. Então, com o perdão da Dra. Maristela, eu vou passar mais



rapidamente por eles. Mas só lembrando que esses 2.771 processos com penalidades significaram, hoje, 84 milhões de reais em multas publicadas no *Diário Oficial*, multas em primeira instância. Mas vejam que isso é fruto de quase 30 mil diligências que foram realizadas pela área de fiscalização. Aqui, a fiscalização programada, onde a própria agência, a partir de padrões estabelecidos, ela vai às operadoras, independente de denúncia, e 358 já foram fiscalizadas desde o ano passado. Mas aqui nós começamos com a fiscalização indireta. O monitoramento econômico-financeiro que a agência faz nos permite exigir que as empresas apresentem plano de recuperação quando elas estão desequilibradas. O plano de recuperação é dinheiro colocado pelo dono da operadora. Sobre isso já houve uma pergunta, numa sessão, parece-me, anterior. Este valor que nós estamos falando de 240 milhões de reais é dinheiro que a agência exige que os donos das operadoras coloquem nas suas operadoras para resgatar o equilíbrio econômico-financeiro. Então, o senhor veja que é mais que aquilo, é quase 3 vezes o valor de multas, embora não tenha visibilidade e 180 milhões já foram colocados pelos devidos controladores, inclusive por cooperados da UNIMED, no caso de UNIMEDs com desequilíbrio. Um outro dado da fiscalização indireta são os termos de ajuste de conduta por problemas nos contratos. Porque a fiscalização direta não resgata o direito daquele usuário no que ele não foi atendido. O termo de ajuste de conduta obriga a operadora a alterar o contrato e a fazer isso valer para todos os usuários. Então, ele tem um impacto geral para todos os consumidores daquela operadora. As direções fiscais, técnicas, as liquidações extrajudiciais também são fruto dos processos de fiscalização indireta, como nós chamamos, e essas os senhores têm um pouco mais oportunidade de ver. Recentemente, a UNIMED de São Paulo, por exemplo, como uma das operadoras liquidadas, esteve aqui na CPI — eu até gostaria depois de fazer alguns comentários sobre isso. Uma das áreas de maior avanço na ANS, sem dúvida, é a área de criação de conhecimento e de informação ao consumidor. Passando rapidamente pelos dados, o nosso Disque ANS, que foi inaugurado em julho de 2001, já atendeu 170 mil pessoas. Desses atendimentos, entre 7 e 9% são reclamações. Os demais são solicitações de informações. Aqui nós temos uma tabela mostrando o comportamento das reclamações. E depois, em algum momento, eu gostaria de comentar o quanto a mudança das reclamações tem coerência com a ação regulatória. Eu vou usar só o exemplo do reajuste. Os



senhores notem que em 2001 ele era o campeão, com 38% das reclamações. Ele cai em 2002 para 28% — é irrelevante, mas ele cai — e isso sem dúvida é fruto dos índices que foram fixados pela agência. E lembrando que os dados aqui de 2003 são até julho, eles voltam a explodir. E aqui é um caso muito concreto. Foi um conjunto de 5 ou 6 operadoras, que, antes da decisão do Supremo, é bom que se diga, aplicaram o IGP-M que havia nos seus contratos antigos. Então, os consumidores antigos dessas operadoras, ao invés dos 9,27 da agência, tiveram 32,33% de IGP-M e evidentemente acionaram a agência, e essas empresas todas foram chamadas. E há uma discussão sobre isso — a questão do Supremo é mais longa. Mas isso é coerente, ao mesmo tempo que aumentam as reclamações sobre rede prestadora, por conta das pressões que as operadoras passam a fazer aos seus prestadores nesse processo. Aqui, atendimento que é feito às operadoras. O ressarcimento... Eu só queria frisar que há uma certa confusão às vezes no ressarcimento. A lei obriga o ressarcimento apenas daquilo que está no contrato das pessoas como cobertura. O que significa que quem tem contrato antigo continua fazendo sua hemodiálise no SUS. Nós localizamos que ele fez a sua hemodiálise no SUS. Nós sabemos, sabemos o nome, sabemos até a operadora de que ele é, sabemos quanto custou, mas não podemos cobrar. E, quando cobramos, a operadora nos manda o contrato, mostrando: olha, este consumidor não tinha a hemodiálise coberta. Então, o ressarcimento, ele é uma coisa justíssima para o SUS, mas, feito por procedimento, ele está deixando de trazer de volta para o SUS realmente aquilo que nós todos sempre chamamos de subsídio cruzado do SUS para o setor privado. Porque quem não tem a cobertura vai ao SUS e não é objeto de ressarcimento. Aqui temos problemas que precisaremos... O avanço na cobrança foi muito forte, à medida que cresceu o cadastro de beneficiários para... Conseguimos cobrar 225 milhões, mas conseguimos receber pouco mais de 45 milhões, também por questões no processo geral de cobrança e de defesa em relação a isso. E hoje está-se discutindo muito claramente uma mudança na sistemática de cobrança do ressarcimento para a gente tentar resolver isso. Uma discussão que é feita em conjunto e a partir das diretrizes do Ministério da Saúde, no debate do Fórum de Saúde Suplementar, que por sinal tem aqui presente conosco o Dr. Fausto Pereira dos Santos, que é o coordenador, é o diretor do Departamento de



Regulação do Ministério da Saúde e é o Coordenador-Geral do Fórum de Saúde Suplementar, e a quem eu não havia saudado na minha apresentação, é...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Dr. Januário, eu queria pedir para o senhor concluir.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Vou concluir, Deputado, apresentado duas informações. A primeira é... Por contrato de gestão, nós somos... A agência deve fazer uma pesquisa de satisfação do usuário todo ano. E esses são os resultados das pesquisas de 2001/2002. Eu não estou dizendo... não estou louvando um resultado de 84% de muito satisfeito e satisfeito, porque nós estamos falando de saúde. Então, me preocupa o número de insatisfeito, porque significa pessoas com planos de saúde que, se estão insatisfeitas, é porque não estão sendo atendidas. Mas mostra um sentido de melhora no processo. Mais eloqüentes, talvez, sejam os dados do PROCON de São Paulo. Numa pesquisa, esse quadro acumula as reclamações fundamentadas no PROCON de São Paulo, no período de 97 a 2002, a partir da promulgação da lei e da implementação. Em 97, as reclamações fundamentadas de planos de saúde eram 18% do total. Em 2002, elas foram 6% do total, uma redução de 43% em relação ao anterior, sendo que as reclamações fundamentadas do conjunto dos setores da economia cresceram nesse período. Para encerrar mesmo, Deputado, queria mostrar aqui só o impacto da decisão do Supremo, deixar como *slide* final de apresentação aos senhores. A decisão recente do Supremo, considerando inconstitucional o art. 35, teve esses impactos, principalmente do consumidor de plano individual antigo. Esse é um processo que está sendo negociado hoje. Vou pedir desculpas aos senhores. Eu, realmente, tinha planejado uma fala um pouco mais longa e, certamente, devo ter atropelado e perdido uma série de informações essenciais, que eu vou tentar corrigir e complementar no processo de debate aos senhores, de possíveis esclarecimentos que eu possa prestar. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Muito obrigado, Dr. Januário. Eu quero, antes de passar a palavra para o primeiro inscrito, ajustar aqui uma forma de trabalho nossa para permitir que todos possam fazer... Eu imagino que, seguramente, todos nós temos um volume de perguntas e dúvidas que vai ultrapassar o tempo que temos. Por isso mesmo é que já temos marcada para semana que vem outra audiência pública com o Dr. Januário. Como eu tenho 8



Deputados inscritos, que são os Deputados Jamil Murad, Henrique Fontana, Walter Feldman, Arlindo Chinaglia, Sebastião Madeira, Mário Heringer, Paes Landim, Arnaldo Faria de Sá e, provavelmente, nosso Relator, que vai querer fazer uso da palavra, nós somos 9 Deputados inscritos até este momento. Se utilizarmos um tempo que varie em torno de 12 a 15 minutos, entre as perguntas e respostas, para cada um desses Parlamentares, nós vamos, mais ou menos, conseguir trabalhar com critério das 13h30min, 14h, como horário desta nossa audiência pública. Então, esta é a proposta concreta que eu faço como Presidente: que cada um dos Deputados, incluindo o tempo de resposta do Dr. Januário, utilize 15 minutos para os seus questionamentos, priorizando os temas que consideram, evidentemente, os mais importantes para hoje.

O SR. DEPUTADO ARNALDO FARIA DE SÁ - Sr. Presidente...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Deputado Arnaldo.

O SR. DEPUTADO ARNALDO FARIA DE SÁ - Já que V.Exa. está informando que vai ter uma nova audiência, nós podíamos dividir os inscritos entre esta audiência e a audiência da semana que vem, porque, aí, nós teríamos condições de melhor explorar o assunto. Então, eu já peço a V.Exa. que considere a minha inscrição de hoje para a próxima semana.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Eu acolho essa sugestão, Deputado Arnaldo, já que o Presidente não pode dar o mesmo exemplo. Provavelmente, o Presidente vai querer se inscrever nas duas. (*Risos.*) Mas isso vai estar autorizado democraticamente a todos os Parlamentares.

O SR. DEPUTADO ARNALDO FARIA DE SÁ - Parcimonioso, Presidente. Parcimonioso.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Mas evidente que essa generosidade do Deputado Arnaldo vai nos ajudar bastante.

O SR. DEPUTADO PAES LANDIM - Sr. Presidente...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Deputado Paes Landim.

O SR. DEPUTADO PAES LANDIM - Eu me reservo para a próxima audiência também.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, Deputado. Primeiro inscrito, Deputado Jamil Murad.



O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - Quería cumprimentar o Dr. Januário e, como o tempo é escasso, nós temos que já ir direto ao assunto. O senhor dirige uma entidade cujo orçamento este ano é de 83 milhões de reais para 5 diretores e 846 servidores, no seu conjunto. Eu estava verificando também que o investimento para aprimorar a ANS, de 32 mil reais para o ano de 2003. Depois nós vamos ver, analisar como é que a ANS, então, cumpre o seu papel, como é que está sendo dirigida por esses diretores, que é representada aqui pelo Dr. Januário. O Dr. Januário fala em um dos últimos *slides*... coloca que 6% estariam insatisfeitos, muito insatisfeitos, mas isso não é nada mais nada menos de mais de 2 milhões de usuários de planos de saúde, porque se olhar apenas um percentual, parece que não é nada, mas mais de 2 milhões de brasileiros de boa-fé, que tira, às vezes, o dinheiro do supermercado para poder pagar o plano de saúde está sendo tungado duramente pelos planos. É só fazer um levantamento. Eu esperava que o Dr. Januário descrevesse essa briga de gato e rato entre o usuário, até mesmo, por exemplo, os prestadores de serviço, sejam os hospitais ou os médicos que não vêm nada repassado para eles com essas autorizações de aumento autorizados pela ANS. Que atitude tem sido tomada? Agora, é duro. Aqui, respeitosamente a todos aqueles que são da ANS, aos Srs. Parlamentares e interessados aqui nessa sessão, mas eu quero representar a indignação e o sofrimento de milhões, então, de brasileiros que de boa-fé compram plano de saúde e são tungados duramente. Às vezes perde a vida, estão perdendo a vida diariamente, para salvaguardar o interesse de lucro. Eu me lembro de um dono de plano de saúde que falou: "*Se não tivesse velho no meu plano de saúde seria melhor para mim e para todos os outros planos de saúde*". Quer dizer, esse é o espírito. Essa é a filosofia dos planos de saúde. Então, falou em multas. Qual percentagem de multas são realmente recebidas? A informação que tenho é 0,9%. Então, por que a ANS parece um leão e na hora de agir duro com o plano de saúde para salvaguardar interesse do usuário, do paciente, vira um gatinho de estimação. Por que isso? Segundo: quais medidas foram tomadas pela diretoria quando essa CPI constatou — e eu levei para a Procuradoria-Geral da República essa semana —, quando a CPI constatou que existe uma relação conjugal entre uma diretora da ANS e o diretor do BRADESCO Saúde? Não põe suspeição a lisura da atuação da ANS? V.Sa. acha que isso pode levar à suspeição de uma promiscuidade entre o órgão que o senhor representa



neste depoimento e aqueles interessados em agir de maneira selvagem junto ao mercado? Como a ANS, então, pode convencer que podemos confiar, que não há esse conluio, que a ANS não é um apêndice dos planos de saúde, já que tem membros da diretoria que têm o convívio conjugal com aqueles que estão buscando os meios de burlar — pela sua própria descrição — burlar o interesse da sociedade? Terceiro: por que que a ANS contratou o Sr. Manoelito, que era um assessor especial do Ministro anterior e também da chefe de gabinete do Ministro José Gregori, que foi a D. Anna Samico? Como sabiam que o senhor viria aqui hoje, me trouxeram a seguinte informação: *“Jamil, ali ficou um órgão, não voltado para o interesse público, mas é um órgão apenas para acomodar membros que ficaram sem função após o término do Governo”*. Como é a contratação dos consultores, pesquisadores e interventores da ANS? Como contratam os diretores fiscais, os diretores técnicos, durante os regimes especiais? São mais de 100 regimes especiais. Há médicos em São Paulo que não têm como pagar a conta que está nas suas costas pela falência da UNIMED de São Paulo, que era, na última vez que tomei conhecimento, 80, 90 mil reais. Falaram: *“Não, agora o diretor levou o dinheiro para fora, e a dívida ficou com o coitado do médico, que mal ganhava ali pelo seu trabalho, e agora ficou com a dívida da má administração”*. Aí, põem um regime especial. Como é que é isso? Também, por que foi dispensada a licitação de uma pesquisa de opinião com a UNIEMP? A pesquisa foi contratada por mais de 600 mil reais. Gostaria que fosse comentado o que é essa empresa, que pesquisa foi essa, e por que foi dispensada a licitação. Sr. Presidente, gostaria de...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Deputado Jamil, gostaria que o senhor concluísse em, no máximo, 1 minuto.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - Já concluí e agradeço. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Muito obrigado, Deputado. Dr. Januário, o senhor tem mais ou menos 6 a 7 minutos.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - O senhor desculpe a pergunta, mas é que a pauta, na verdade, colocada pelo Deputado Jamil Murad, é bastante rica, muito extensa, e certamente vai nos permitir uma série de esclarecimentos. Gostaria, antes de mais nada, Deputado, de começar mais ou menos por algumas das questões que o senhor abordou mais no final. Em primeiro lugar, começo com a questão que já foi levantada na CPI, em relação à Dra. Solange Beatriz, que, como



disse, está aqui presente hoje. A Dra. Solange Beatriz é Diretora da Agência Nacional de Saúde Suplementar sabatinada por Comissão do Congresso Nacional, aprovada pelo Plenário, e, antes de assumir essa função relevante na Agência, ela já havia prestado relevantes serviços na SUSEP, como Diretora, inclusive, e foi Procuradora-Geral na SUNAB. Enfim, é uma profissional com uma larga experiência. Participou ativamente como representante do Ministério da Fazenda nos debates, tanto na Câmara quanto no Senado, em relação à regulamentação. Então, o que eu queria lhe ressaltar é que não há qualquer tipo... O senhor usou algumas palavras, que sei que são... Pelas intervenções no debate, eu vou me permitir não tentar respondê-las no seu contexto mais específico, como promiscuidade ou como conluio, porque são afirmações de outro gênero, mas dizer que a Agência Nacional de Saúde Suplementar é um colegiado, Deputado. Nenhum diretor, individualmente, tem condições de definir o processo de regulação. Todas as ações da Agência são absolutamente transparentes, não só transparência formal, de publicação em *Diário Oficial* e outras questões do gênero, mas questões concretas de acesso à Internet, com todos os dados, as funções de cada um dos diretores, sendo passíveis de recurso, e sendo publicadas não só no *Diário Oficial*, como na Internet. Todas as ações da Agência são abertas e transparentes. Queria dar um testemunho da ação formal e informal da Dra. Solange nesse período. Formal é que isso pode ser verificado, as atas do colegiado da Agência são públicas. A Dra. Solange, ao longo desses 35 meses — no caso dela, um pouco menos, porque ela entrou em abril — de mandato na Agência, sempre se absteve formalmente nas decisões do colegiado que fossem concretamente relativas à operadora BRADESCO Seguros, inclusive no processo de revisão de multas etc. E isso é público.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - Só uma questão de ordem, Sr. Presidente. No documento que me chegou, ela assinou a homologação de autorização de funcionamento da BRADESCO Saúde.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Complementando, em todos os momentos em que houve casos concretos relativos à operadora BRADESCO, a Dra. Solange se absteve, e todas as ações dela como Diretora são ações regulamentadas. O caso que o senhor está falando... É que eu não quero esgotar, com isso, os 6 minutos que o Presidente me concedeu, mas então vou colocar uma questão e voltar a essa, porque, além dessa questão da Dra. Solange, acho que... O senhor me permita:



talvez quem lhe trouxe as informações o levou a cometer uma grande injustiça — talvez não, certamente — com 2 profissionais do maior gabarito. De um lado, com a Dra. Anna Samico, que, realmente, ao que me consta, em algum período foi Chefe de Gabinete do Ministro José Gregori, mas acho que quando Secretário de Recursos Humanos. Mas a Dra. Anna Samico é Procuradora Federal, do quadro do Ministério das Relações Exteriores, e ela está na Agência Nacional de Saúde praticamente desde a fundação da Agência; ela é Diretora-Adjunta da Dra. Maria Stella Gregori praticamente desde a fundação da Agência. E já vou lembrar, porque foi uma brincadeira feita na época, que a Dra. Maria Stella Gregori foi nomeada e tomou posse na Agência antes de o Dr. José Gregori chegar ao Ministério. Então, a Dra. Anna Samico está longe de ser acomodada, sob qualquer argumentação. Acho que a mesma informação injusta lhe passaram em relação ao Dr. Manoelito, que não foi propriamente contratado pela Agência. O Dr. Manoelito foi indicado pelo Ministro da Saúde e nomeado pelo Presidente da República para Ouvidor da Agência Nacional de Saúde, com independência e mandato de 2 anos, renováveis por outros 2 anos. É profissional que, além de ter exercido atividades de assessoria do Ministro José Serra, relações públicas, acho que mais do que em qualquer lugar, talvez nesta Casa, porque o Dr. Manoelito exerceu durante longo período a assessoria parlamentar do ex-Ministro José Serra, mas é profissional também de longa carreira, e o que ele hoje ocupa é a Ouvidoria da Agência. Voltando à questão um pouco da Dra. Solange Beatriz, a informação que o senhor dispôs na última... Em relação à autorização de funcionamento da BRADESCO, continha um erro material. É evidente que o senhor não tem como saber disso, nós mesmos só verificamos isso depois, a própria Dra. Solange no momento não... Porque quando houve a autorização de funcionamento da BRADESCO, ela estava de férias, foi autorizado pelo adjunto dela, e, quando publicado no *Diário Oficial*, ela já havia voltado de férias, e saiu com o nome dela. Mas isso é detalhe formal, não quero me prender a isso. O fundamental é o seguinte: não houve autorização de funcionamento da BRADESCO e da maioria das grandes seguradoras; o que houve foi uma batalha de 2 anos, da Agência, do Governo, da sociedade, para que as seguradoras aceitassem a regulação, porque elas alegavam, inclusive com ação de inconstitucionalidade, que eram reguladas pelo Decreto Lei nº 73 e que jamais poderiam ter mudada sua área de regulação por uma lei. Foi um processo de



negociação amplo, que gerou medida provisória, a qual se transformou em lei em janeiro de 2001, a Lei nº 10.185, que criava a figura da seguradora especializada em saúde, o que significava que as seguradoras brasileiras, reguladas pela SUSEP, registradas na SUSEP, autorizadas a funcionar pela SUSEP, que tinham ação na área de saúde e pretendiam continuar, tinham que criar uma nova empresa, ou, usando a seguradora, provar que só teriam atividades em saúde. Todo o processo autorizativo era da SUSEP. O que a agência fez para as operadoras que já operavam a saúde, caso das 2 maiores, que concentram 85% dos usuários na área de saúde, que são a BRADESCO Seguro e a SulAmérica, foi aceitar homologar a transferência. Então, esse ato que aparece no *Diário Oficial*, como da Dra. Solange, por um erro formal que aconteceu no nosso processo, além de tudo é um ato de recepção de uma seguradora que já operava no setor e que, por uma lei amplamente discutida e negociada, foi recepcionada na Agência. E havia, eu confesso ao senhor, um grande interesse da regulação em que as seguradoras aceitassem a Lei 10.185, pelo peso que elas têm no setor e porque seria absurdo e incontrolável, do ponto de vista da regulação, que todas as operadoras, as cooperativas etc. ficassem sob subordinação da Agência e as seguradoras ficassem sob subordinação da SUSEP. Isso seria impraticável na regulação. Então, foram atos administrativos, inclusive com erro formal pelo meio, mas que, acima de tudo, foi uma recepção de seguradoras já existentes. As questões todas que foram colocadas... Quando o Deputado começou a fazer as perguntas, eu me preparei aqui para abrir a minha resposta pedindo desculpas aos senhores, porque as primeiras perguntas que ele colocou deixaram claro que eu não devo ter conseguido passar aos senhores a visão do quanto a gente tem a clareza de que a regulamentação ainda não atingiu o seu objetivo, ainda não é perfeita, ainda há muito que ser feito. Quer dizer, me desculpem se, em algum momento, a maneira atabalhoada e corrida com que eu me apresentei deu aos senhores a impressão de que a Agência considera que tudo está uma maravilha, que tudo está 100%, que todo mundo está cumprindo a lei, sejam operadoras, sejam prestadores, e não está. Nós temos imensos problemas. O que eu tentei mostrar um pouco, e os números que eu passei rapidamente tentavam mostrar isso, é que nós estamos evoluindo progressivamente, cada vez mais conseguindo controlar, cada vez mais conseguindo evitar os abusos, cada vez mais fazendo cumprir a lei. Eu queria



lembrar ao Deputado que são hoje quase 15 milhões de usuários de planos novos que já têm todos os direitos que a lei assegura, mas são direitos ainda formais. Nós temos uma concentração nesse mercado que é imensa. Para os senhores terem uma idéia, de 1.800 operadoras, 500 têm 90% dos usuários e outras 1.300 têm os outros 10%. Então, é evidente que a Agência tem muitas dificuldades para atingir todo o volume não só de fiscalização, mas de ação que ela necessita. Eu, em nenhum momento, quis dar essa impressão. Mas o que eu quero mostrar, o que eu estou tentando mostrar e dividir com os senhores, é o sentido de avanço, a cada ato de regulação, como aquele de coibir aquele registro que era praticamente burocrático. Em 2 anos só tivemos 58, como de fazer intervenções, que são intervenções pesadas, e nós temos 100. E é uma complicação, é um custo imenso cada uma dessas direções fiscais, Deputado, além da importância social que elas têm. Agora, o senhor levantou questões de multas, de idosos. Eu vou tentar — talvez, nas respostas, vá invadir um pouco as respostas a outros Deputados — esclarecer alguns pontos, mas queria fixar isto: em nenhum momento... Não só eu, a Diretoria Colegiada na Agência e toda a Agência temos muito mais preocupação com os 2 milhões de insatisfeitos do que com os satisfeitos. Aquilo é um dado que... Aliás, aquela pesquisa que foi feita pelo instituto que o senhor citou na sua pergunta é um dado de referência de que temos um processo em avanço, mas nós temos a consciência e a preocupação com esses 2 milhões que estão insatisfeitos, senão não teria nem sentido fazer a pesquisa, porque nós não estamos fazendo nenhuma pesquisa para divulgar número.

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - Uma questão de ordem, Sr. Presidente. Eu fiquei confuso com o número de 2 milhões, porque me parece que o segmento de segurados é em torno de 30 milhões.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Hoje, 35 milhões de usuários.

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - Então, 6% de 35 dá 2 milhões?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Perto dos 2 milhões.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - É, perto dos 2 milhões.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Deputado Arlindo Chinaglia, nosso Vice-Presidente, V.Exa. pode assumir a condução dos trabalhos aqui, porque eu sou o próximo inscrito? Vamos, então, além do convite, lhe convocar para assumir aqui a coordenação.



O SR. DEPUTADO ARNALDO FARIA DE SÁ - Olha o tempo, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Com a palavra o nosso subordinado Deputado Henrique Fontana. *(Risos.)*

O SR. DEPUTADO HENRIQUE FONTANA - Sr. Presidente, é alento. Queria cumprimentar de novo o Dr...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Para registrar, Sr. Presidente — até porque na Taquigrafia não vai haver a interpretação —, aqui, de público: com a palavra o Presidente da CPI, Deputado Henrique Fontana.

O SR. DEPUTADO HENRIQUE FONTANA - Está bom, obrigado. Eu também fiz aqui as minhas escolhas. Quero agradecer a participação do Dr. Januário e reafirmar que o nosso objetivo aqui é aprofundar as nossas investigações e a nossa compreensão desse sistema, que tem, na minha opinião, problemas sérios a serem resolvidos, a despeito de reconhecer, como preliminar, que, de fato, não é fácil, vamos dizer assim, fiscalizar, coordenar e suprimir os problemas que existem, regulamentar esse mercado, que tem interesses tão conflitantes. O primeiro tema que eu escolho abordar é a questão do preço cobrado dos idosos. Este é um debate que cresceu nos últimos dias, por conta da sanção do Estatuto do Idoso. Eu tenho aqui um estudo, feito pela assessoria da nossa CPI, que mostra planos de saúde que iniciam cobrando, por exemplo, aqui, neste estudo, BRADESCO, 165 reais, e, aos 60 anos, chega a 992 reais; Golden Cross, nesse exemplo, inicia cobrando 77, chega a 464; Amil inicia cobrando 119, chega a 715, e assim têm “n” outros exemplos. Legalmente, as empresas estão autorizadas a variar em até 6 vezes o preço. Eu torno público a posição que tenho colocado em diversos momentos: eu não tenho dúvida de que esta variabilidade de preços permite um mecanismo perverso de expulsão dos idosos dos planos de saúde. Evidente que não estou discutindo aqui quanto é que custa o atendimento de saúde de um jovem de 30 anos e quanto custa o atendimento de uma pessoa idosa, com 60 anos. O problema é que nós temos que colocar para dentro desse sistema o critério da solidariedade entre as gerações. Na minha opinião, não é razoável que os planos tenham uma ferramenta como esta na mão, que permite a eles, inclusive, represar o aumento de preço durante 10, 20, 30 anos e soltar a carretilha quando o paciente, o cidadão chega aos 50 ou 60 anos. Então, eu quero ouvir a sua opinião. A minha é pública, eu repito aqui, de que nós devemos — e tenho conversado com os colegas Deputados



— buscar uma alteração na lei que impeça essa variabilidade de preço tão grande, como existe hoje. E, em segundo lugar, que alguma variabilidade que porventura venhamos a compreender que é adequada se distribua de maneira equânime nas diferentes faixas etárias para evitar o represamento e a explosão de preços, que termina expulsando os idosos. Portanto, eu apóio aquilo que está no Estatuto do Idoso. Segunda questão, nós tivemos uma sessão, em Recife, uma audiência pública da CPI, onde nós tivemos oportunidade de ouvir “proprietários” de empresas de planos de saúde. Eu até fiz aspas aqui porque alguns proprietários, eu tenho convicção, são laranjas, inclusive; são pessoas que não entendem nada de saúde. Uma das empresas, pelo que eu tive acesso ao contrato de construção da empresa, tem o capital registrado de 10 mil reais. É o chamado mercado dos planos populares, de que alguns, inclusive, advogam a importância de que exista, porque alguns advogam a idéia de que, em vez de se terem 36 milhões de brasileiros pagando plano, seria melhor ter 55 milhões. Eu não me dedico a calcular o que seria melhor: se 20, 25, 30, 35 ou 50. Eu tenho uma posição de enorme resistência ao chamado plano popular. Por quê? Porque ou ele não inclui aquilo que, de fato, o vendedor diz para o cidadão de boa-fé que vai incluir no futuro, ou, segundo, se montam mecanismos que são crimes contra a economia popular. Como eu estou convicto, nós vamos ouvir nesta CPI, vamos aprovar requerimento, certamente, debater aqui com os Deputados depois. Mas nessa empresa, que se chama UNIVIDA, os proprietários, dois laranjas, fizeram contratos com diversos hospitais da região. Então, cobravam 30... 25, 30 reais dos cidadãos, não prestavam serviço, e os serviços que prestavam não pagavam para os hospitais — faliram, inclusive, alguns hospitais, que têm créditos de 700, 800 mil reais. Então, eu sei que a Agência está trabalhando com o intuito de ampliar as exigências para registro de empresa. Vi e prestei atenção ao gráfico que o Dr. Januário colocou. Mas eu tenho a sensação, e quero lhe ouvir sobre isso, de que nós devemos ser ainda mais rigorosos, inclusive em declarar a ilegalidade do funcionamento. E aí, sim, já temos 3 anos de funcionamento da Agência, e poderíamos, seguramente, na minha opinião, ter acelerado o processo de retirar do mercado essas empresas que são verdadeiras arapucas contra a boa-fé das pessoas. Terceira questão: o sistema de fiscalização. Eu fiz um requerimento, aprovado pela CPI, que pede à Agência que nos informe o número de consultas, denúncias por tipo, incidência, incluindo o índice de



reclamação por operadora e os encaminhamentos dados pela ANS às denúncias apresentadas. Eu quero lhe pedir uma nova resposta, publicamente. Eu vou ler um parágrafo, aqui, de parte da resposta que nós recebemos. Lá pelas tantas, diz o seguinte: “...*Por isso, não é possível fazer a correlação entre as demandas e os casos resolvidos, porque, quando essas se revestem de características de denúncias, ganham autonomia própria dos processos administrativos fiscalizatórios, sujeitos a uma série de procedimentos e regras essenciais à sua validade*”. Eu, sinceramente, não compreendi esse parágrafo. Eu o achei, inclusive, confuso, porque se a nossa Agência não conseguir me dizer que dos “x” mil casos tantos mil acabaram de tal maneira, foi feita uma multa, tantos terminaram com a cassação do registro da empresa etc. etc... É isso que nós precisamos saber, porque isso é responsabilidade da Agência, e eu quero lhe ouvir com mais detalhe. Se não tivermos resposta hoje, pode ser um novo ofício especificando. E, para concluir, tem um problema que eu já ouvi outras vezes em entrevistas, debates, em outros lugares, de que a Agência não teria a responsabilidade de lidar com a chamada denúncia individual do cidadão, que ela teria que analisar o mercado, os conflitos que surgem, e propor mudanças. Eu concordo em que ela deva fazer isso. Estou lhe perguntando sobre isso porque é uma das propostas que eu quero apresentar aos colegas Deputados, para incluir no relatório da CPI. Eu advogo que nós temos que ter uma espécie de câmara — não sei o nome disso, não vem ao caso — de arbitragem rápida, a nível administrativo. Quando um cidadão está lá no hospital, e o hospital se nega a interná-lo, dizendo: “*Olha, eu não interno sem o cheque-caução de 5 mil, ou o seu contrato não inclui tal coisa*”, mas ele acha que inclui, ele tem que ter um telefone para onde ligar... e que tenha... Porque, com esse orçamento que nós temos, eu tenho certeza de que é possível fazer isto: que tenha um grupo de pessoas qualificadas que possa responder, em poucas horas, para aquele cidadão se ele tem ou não razão, e que a Agência possa ligar ao hospital dizendo: “*Vocês têm de internar esse paciente*”. Porque hoje a única alternativa que ele tem é ir direto para a Justiça. E isso é algo que muita gente não consegue fazer dessa maneira. Ou, às vezes, liga para... eu estou dizendo... Inclusive eu, agora, como Presidente da CPI, recebo com frequência telefonemas dizendo: “*Olha, Deputado, está acontecendo tal coisa aqui, como é que eu faço? Eu não me interno aqui, não inclui, não fazem tal exame, dizem que não está incluído e tal*”. Então, eu quero lhe



ouvir sobre essa possibilidade de algum mecanismo de resposta rápida para o usuário e que imponha uma condição para o hospital, para a clínica, para o laboratório, para o plano de saúde. E quem não se sentir satisfeito com essa decisão de caráter administrativo da Agência poderá, evidentemente, procurar a Justiça num segundo momento. Eram essas as minhas perguntas, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - O Presidente nos deu o exemplo: usou apenas 8 minutos. Então, o senhor tem 7 minutos.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Muito obrigado. São questões de fundo levantadas pelo Deputado. A questão do preço dos idosos... do preço do plano dos idosos... O Deputado já frisou que a pesquisa que foi feita pela assessoria não demonstrou irregularidade na forma da lei. Eles respeitam as 6 vezes, pelo que eu entendi. Há um questionamento do Deputado em relação à questão da validade dessa regra. Aí eu acho que essa questão tem que ser abordada... No mínimo, ela tem 2 níveis de abordagem que nós precisamos diferenciar e um terceiro, que é a evolução do processo. E acho que daqui podem sair outras evoluções, sem dúvida nenhuma. Acho que é o objetivo de todos os senhores e o nosso. Mas a legislação de proteção ao idoso hoje, na legislação dos planos de saúde, é muito forte, é muito efetiva. Óbvio que podemos ter e certamente temos casos de abuso. Mas, antes da regulamentação, a média do mercado para faixa etária entre... A diferença de preço estava em torno de 8 vezes. E você tinha exemplos concretos de 33 vezes entre a faixa inicial e a faixa final. Mais do que isso, como os contratos eram renovados anualmente e não havia qualquer regra para distribuição das faixas etárias, isso funcionava como expulsão dos idosos. Então, o idoso nem entrava no plano, porque o preço era descontrolado, e quando entrava, mesmo pagando preços abusivos, podia ser rompido o seu contrato a qualquer momento, e não ser renovado, sem nenhum exemplo. Então, você tinha o problema do valor, o problema das faixas e a expulsão do idoso e a não-entrada do idoso. Então, você tinha um conjunto de ações. O que a legislação fez? Primeiro, acabou com a farra nas faixas. As faixas são definidas: não pode ter menos de 10 anos em cada faixa. Hoje há uma possibilidade de a operadora definir a distribuição. E acho que esse é um dos pontos em que se pode avançar, e muito, em relação a isso. Mas são 7 faixas obrigatórias, e cada uma com no mínimo 10 anos, exceto a primeira, que tem mais, que é de 17 anos. Ao reduzir para 6, ela reduziu bastante essa média. Ela também garantiu a



proibição do rompimento unilateral do contrato. Portanto, quem contrata o plano tem assegurado... Ela garantiu que, para quem tem mais de 10 anos de plano, não pode mais haver reajuste a partir dos 60 anos de idade. Então, essa idéia que o Deputado coloca do pacto geracional, a redução para 6 faixas já trouxe e só aumentou o preço médio das faixas iniciais. E o objetivo era esse mesmo. Porque nós precisamos ver um ponto de equilíbrio em relação a isso. E ela garantiu a quem tem mais de 10 anos não-reajustes, de forma nenhuma, sejam eles quais forem, por faixa etária. A outra dimensão desse problema é a compra, essa discussão que nós vamos enfrentar hoje da regulamentação do Estatuto do Idoso, quer dizer, do que nós estamos falando no momento da compra, o que nós estamos falando de diferença de preços no momento da compra do plano de saúde. São momentos diferentes. O pacto a que o senhor se refere, que tem que existir, ele existe para quem já está naquele plano, naquela operadora. Talvez, se a gente raciocinar com operadoras não comerciais, o raciocínio acabe sendo absorvido como o das autogestões. Agora, se alguém que nunca esteve naquele plano ingressar naquele plano, seja com que idade for, ele passa a depender, ele passa a dividir a solidariedade que estava havendo com quem já estava naquele outro plano. Eu não sei se... Provavelmente eu não estou conseguindo chegar à expressão. Mas a entrada no plano tem um mecanismo certamente diferente de quem está no plano, já está dividindo a solidariedade, seja idoso ou não-idoso. Então, a legislação tem uma proteção muito forte, que tem que ser aperfeiçoada — eu concordo com o senhor —, e tem abusos que têm que ser fiscalizados. A questão de Pernambuco, que o senhor colocou... Eu nem vou pedir para recolocar o gráfico. Enquanto isso, coloque aquele *link*, se o Deputado permitir, da faixa etária. Aqui, só para o senhor ter uma idéia, é concordando como senhor no sentido do avanço e aperfeiçoamento disso. Queria deixar isso muito claro. Mas, aqui, só para ter uma idéia visual, numa média com 8, 10 operadoras, o que significaria uma faixa única? Hoje essas são as faixas e, se eu transformar isso numa faixa única, pelo volume de recursos, porque nós temos que lembrar que essas 6 vezes são de um período de recém-nascido a mais de 70 anos de idade... Então, o reajuste de 6 vezes de 500% é ao longo de 70 anos. Óbvio que isso não se aplica quando eu compro o plano. Com a minha idade entro já numa escadinha dessa e aí eu tenho só esse reajuste. Mas, se eu transformar em um preço único, aqui é uma tentativa de mostrar o quanto eu acrescento nas faixas mais



jovens e o quanto eu reduzo nas faixas maiores. Então, é um problema, é uma questão que tem que ser resolvida e tem que ter... Mas ser resolvida nas 2 pontas, da permanência no plano e da entrada no plano. A questão de Pernambuco é muito grave, meus senhores.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Tem mais 1 minuto.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - A questão de Pernambuco é gravíssima, mas ela é de fiscalização. Nós estamos agindo em Pernambuco. Essa empresa que se registrou com capital de 10 mil reais, que o senhor acusou, e que já tem processo andando para decretar a direção fiscal, ela não teria se registrado depois de julho de 200,1 com certeza. Porque uma das regras que fez cair aquele número é a exigência de capital mínimo, é a exigência de garantias, é a exigência de que os administradores tenham regras. Esse laranja hoje teria que falsificar um registro para poder ter a observação. Então, talvez o grande debate que nós possamos aperfeiçoar, Deputado, não é controlar a entrada. A entrada é uma questão de rapidez, conforme a gente vai conseguindo baixar as regras, e nós nem baixamos ainda as regras de registro da área assistencial, para demonstrar capacidade de atendimento de rede. Isso está em andamento ainda. O nosso problema é a saída. Nós não temos ação sobre essa operadora. Nós temos... Naqueles 84 milhões de multas que eu citei para o Deputado Murad, 25 milhões são para essas operadoras que não informam o cadastro, não informam o registro. O que eu posso fazer é ir multando e abrir uma direção fiscal, que é um processo idêntico a fazer numa operadora que tenha 500 mil usuários. O rito é exatamente o mesmo. Para tentar fechá-la, nós precisamos de um reforço no papel da Agência, do órgão regulador. Isso é uma coisa que eu gostaria muito de colocar ao senhores. Para poder agir, eu não digo como um Ministério Público ou como... mas agir nessa visão do crime contra a economia popular. Porque quem está fazendo isso que foi feito pelas operadoras em Pernambuco... Isso é crime contra a economia popular. E nós não temos instrumentos a não ser seguir os ritos e o decreto de direção. Nós multamos, são 25 milhões em multa. Aquela fiscalização programada que a Agência faz já esteve em 7 operadoras em Pernambuco.

O SR. DEPUTADO HENRIQUE FONTANA - Perdão, Presidente, me permita só um esclarecimento nesse ponto.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Com a palavra o Deputado Henrique Fontana.

O SR. DEPUTADO HENRIQUE FONTANA - A Agência fez algum movimento no sentido de alterar, se fosse o caso, o arcabouço legal, para poder ter uma ação mais efetiva nesses casos? Ou, se ainda não fez, eu já solicito formalmente que nos apresente sugestões do que é necessário alterar no arcabouço legal para permitir uma ação mais efetiva nesses casos de saída de empresas que não devem, de fato, continuar.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Nós fizemos algumas evoluções de estudo jurídico e de mudança de regulação. Hoje eu consigo ter sustentação. Vou lhe citar um exemplo: há 2, 3 meses atrás, eu não tinha sustentação para fazer um intervenção numa empresa não registrada pela Agência. A MONTEFAP, de Pernambuco, foi a primeira clandestina em que a gente agiu mais fortemente. Ela gerou um debate jurídico de 6 meses, dentro e fora da Agência, para nos dar base jurídica para fazer uma intervenção. Porque, infelizmente, quando eu entro no mundo das regras jurídicas, às vezes fica parecendo aquela... Eu tenho que fazer a intervenção porque ela está lesando o consumidor, dizendo que vende uma coisa que não é plano de saúde, mas, ao mesmo tempo, como ela não é registrada na Agência, eu não posso gastar o dinheiro que custa uma direção fiscal, e ela custa caro, para intervir na empresa, senão vão nos acionar por crime de responsabilidade, porque nós gastamos dinheiro público para fazer uma intervenção em uma empresa que não é da órbita, da esfera da regulação. Então, com certeza nós encaminharemos ao senhor e aos Deputados todos os estudos da Agência para melhorar essa nossa capacidade. Agora, se me permite, só fazendo um parêntese, muito mais como cidadão, não como Diretor-Presidente da Agência, de poder cumprir o óbvio. Porque do ponto de vista do cidadão, quando eu vi no noticiário da televisão, no noticiário de TV esses dirigentes da UNIVIDA sendo presos e algemados em Pernambuco pela fraude que estava fazendo... A Agência, 2 dias depois, decretou uma direção fiscal, porque ela estava registrada. Eram 2, fechamos uma... Agora, nós não podemos agir por presunção, nenhum de nós, individualmente. A Agência só pode agir... Nós somos escravos da legislação e também da interpretação que o Judiciário dá a essa legislação. Precisamos de muita ajuda, sim. O órgão regulador... Me permito até, como um dirigente que em 2 meses



encerra a sua gestão, dizer que acho essencial para o órgão regulador aumentar sua capacidade de tirar... de sanear o mercado. Nós estamos fazendo isso. Foram 750 operadoras que saíram nesses 35 anos, mas é um processo diário, cotidiano. Haveria necessidade de um poder mais efetivo. Desculpe.

O SR. DEPUTADO ARNALDO FARIA DE SÁ - Sr. Presidente, ele respondeu à pergunta sobre a câmara de reclamações?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Ele não comentou.

O SR. DEPUTADO ARNALDO FARIA DE SÁ - Falta... Eu estou interessado nessa... Se o Presidente permitir insistir, essa pergunta é extremamente importante e não foi respondida.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - O senhor quer comentar? A sugestão, o senhor se lembra, é de que se fizesse uma câmara de reclamações para ter agilidade para que o usuário reclamasse e fosse atendido.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Na verdade, eu não respondi 2 questões do Deputado Henrique. Uma era daquela da ligação de demandas, Disque-ANS Fiscalização, que eu deixaria para a próxima, para cumprir o prazo. Essa questão da denúncia, eu vou até lhe confidenciar, Deputado, que essa atuação que o senhor está colocando, e com a qual nós concordamos no médio prazo, tem até um apelido, um nome dentro da Agência. Ela se chama *hot line*, e é um sonho dos dirigentes da Agência, principalmente para o Dr. Barroca, que é da área assistencial, desde a primeira reunião que nós fizemos. Nós brincamos, chamamos de um *hot line* que o consumidor pudesse ligar e ter uma retaguarda. Então, acho isso essencial do ponto de vista da montagem do processo. Por que não fizemos? Tudo que nós tivemos de fazer nesse período, eu posso até aprofundar isso, mas a idéia de ter... E eu queria só esclarecer, porque isso é fundamental: o senhor se referiu à questão da Agência como um direito individual em contraposição a isso. Se foram algumas declarações, inclusive que eu tenho colocado, nada tem a ver com isso, tem a ver com que nós temos um limite. Quando o direito de um usuário é desrespeitado, ele não é atendido em algo que tinha que ser. A Agência vai e multa a operadora. Mas só o Judiciário pode garantir aquele direito daquela pessoa, a Agência não tem esse poder. Isso às vezes dá um certo desconforto inclusive na Agência. E, para completar, plano popular, nem pensar. Aquilo que o senhor descreveu como plano popular é



absolutamente proibido pela legislação hoje, que exige cobertura integral à saúde. O que não significa não controlar custos.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Presidente, V.Exa. vai assumir, mas até para compreensão de alguns aqui, como o Deputado Jamil Murad, *hot line*, em outras épocas, talvez fosse denominado telefone vermelho, pela agilidade e pelo peso. Mas, nesses tempos atuais, *hot line*, está bem? Bem, passo a palavra agora para o Deputado Walter Feldman.

O SR. DEPUTADO WALTER FELDMAN - Sr. Presidente, Dr. Januário, é uma satisfação recebê-lo na nossa CPI. Eu queria rapidamente aproveitar... O tempo mesmo é de 5, 6, 7 minutos?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - É 7,5 e 7,5.

O SR. DEPUTADO WALTER FELDMAN - Eu não pretendo usá-lo todo, mas eu queria inicialmente fazer um comentário. Eu fiquei muito atento aqui ao depoimento do Deputado Jamil Murad, meu velho amigo de mais de 30 anos, para entender a característica da sua intervenção. E ela foi muito centrada na questão de pessoal. E em uma interpretação quase explícita de descaracterizar a qualidade e a ação que a ANS tem tido nesses últimos 3 anos, interpretando, por informações obtidas, às vezes informações parciais, de que os elementos que lá foram colocados tiveram relações pessoais, relações de nepotismo e que não deram a qualidade necessária para que a Agência efetivamente pudesse realizar o seu trabalho. O Dr. Januário, na nossa avaliação, já explicitou e informou aquilo que seria fundamental para a compreensão da CPI. Nós também, do PSDB, estamos muito preocupados com a incorporação de pessoas que, por ventura, tenham graus de parentesco, tenham relações que possam ser questionadas do ponto de vista ético. Tanto que o Senador Arthur Virgílio, no Senado Federal, está desdobrando uma CPI para poder avaliar exatamente a contratação de pessoal no Governo Federal. Mas nós devemos, no atual estágio das relações democráticas, tomar muito cuidado com as afirmações. Eu concordo com V.Exa. em que a expressão "conluio", "promiscuidade" são afirmações que devem ser feitas no final da avaliação, já no processo de condenação. O Deputado Jamil Murad foi um extraordinário opositor, lá na Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, durante 8 anos. Portanto, nós nos conhecemos nessas relações combinadas entre Oposição e Situação, mas, na nossa avaliação, tem sido muito discreto no questionamento de contratação de



peçoal no Governo atual, no Governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, particularmente porque reiteradamente, nos últimos dias, a imprensa tem revelado que tem havido um excesso e um questionamento que, por sinal, tem gerado uma própria CPI. Tenho em mãos, inclusive, o nome do funcionário João Marcelo Máximo Ricardo dos Santos, nomeado no dia 19 de setembro de 2003 como Diretor da SUSEP, filho de João Régis dos Santos, Vice-Presidente da SulAmérica Seguros, nomeado no *Diário Oficial* pelo Ministro José Dirceu. Há, evidentemente, uma suspeita de que tenha havido uma incorreção, um equívoco. Eu não acreditaria em conluio nem em promiscuidade, a não ser que nós tivéssemos a confirmação desses fatos após uma dura investigação, que evidentemente será feita. Da mesma forma que o Deputado Jamil Murad pretende entrar com uma representação em relação à Diretora Solange, caberá a nós também uma investigação nesse sentido, bem como há uma série de outras investigações que estamos fazendo, apesar de acharmos que cuidados devem ser tomados nesse momento da atual estrutura da democracia brasileira. E também, Dr. Januário, eu estranho a afirmação do Deputado Jamil Murad na medida em que a Agência Nacional de Saúde Suplementar foi, na nossa avaliação, um ganho adicional no acompanhamento, na investigação, no questionamento de tudo o que havia em relação ao sistema suplementar de saúde até então. E os dados, os números são reveladores. É incrível como os números são utilizados a favor ou contra, de acordo com o contendor. O Deputado Jamil Murad não reconhece a redução de 18% para 6%. Interpreta que 6% é inaceitável. Qual será esse percentual de reclamações em relação ao SUS? Eu não tenho esse dado. Qual é o nível de reclamação do sistema público de saúde? Jamais o Deputado Jamil Murad questionará o SUS, como nenhum de nós; como o Presidente Januário, que me parece ter sido também um incentivador do Sistema Único de Saúde no Brasil. Jamais ele será questionado, apesar de que o nível de reclamações me parece, imagino, ser muito mais elevado do que os 6%; mas nós protegemos algo em que acreditamos. Da mesma forma, deveremos proteger a Agência Nacional de Saúde Suplementar, não porque é um instrumento adicional, que também cumpriu uma parte do seu trabalho, mas porque, como os números, os dados revelam, hoje o consumidor é bem mais protegido do que era antes. Aperfeiçoamentos devem ser feitos — o próprio Dr. Januário reconhece isso —, como aquele que foi agora solicitado pelo nosso Presidente Henrique Fontana. Mas o questionamento da



estrutura da Agência me parece um equívoco, a não ser que tenhamos novamente que questionar aquilo que vem sendo feito pelo próprio Governo Federal nos primeiros meses do seu mandato, a existência das agências reguladoras e a volta, eventualmente, do poder diretamente para o próprio Ministério. Na nossa avaliação, depois da experiência do novo Estado social-democrata, a que o PT dará andamento, seguramente dará desdobramentos, aperfeiçoará... Não será um Estado socialista, não será um Estado revolucionário. Será um Estado democrático, em que as agências reguladoras tiveram, têm e terão um papel fundamental, contribuindo cada vez mais para que o sistema de saúde público ou privado tenha a qualidade que todos nós sonhamos. Quero, inclusive, perguntar ao Dr. Januário, interpretando alguns fatos... Quando do pedido, do requerimento de instalação da CPI, ele foi baseado num estudo, numa investigação feita pelo IDEC e que analisava números bastante diferentes daqueles que foram apresentados pela Agência em relação a reclamações, demandas, questionamentos feitos pela população em relação aos serviços prestados à população contratada. Gostaria que V.Sa. falasse um pouco mais sobre isto: questionamento do IDEC, estudo feito pela Agência Nacional de Saúde. Nos parecem dados muito contraditórios, há questionamentos inclusive da metodologia. A Dra. Marilena Lazzarini já veio aqui depor a respeito, mas me parece que isso é o início, a essência, o nascedouro do objetivo da CPI, e que, portanto, nos parece fundamental esclarecer através do depoimento de V.Sa. Gostaria também de saber como é que a Agência trata a questão da propaganda enganosa, que, muitas vezes, leva alguns clientes, alguns cidadãos a se estimularem para assinar contrato com determinadas operadoras. Também a questão do atual estágio, do estado das transferências, como é que isso tem efetivamente acontecido em termos de tamanho, em termos de conhecimento do cidadão, dos aspectos de como a transferência pode se realizar. Também gostaria de saber alguns dados atuais sobre o tratamento da UNIMED. A CPI tem tratado muito do caso UNIMED. Como é que a Agência tem tratado, se já está na fase final de avaliação de sindicância e de apresentação de resultados. A questão, por final... Me parece que o tempo já está quase encerrado...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Deputado Feldman, já são 10 minutos.



O SR. DEPUTADO WALTER FELDMAN - Só uma dúvida. Desculpe. Eu vou encerrar. Ontem foi posto veto ao Estatuto dos Idosos na questão dos planos ou foi retirado no final? (*Pausa.*) Ainda não. Está sendo avaliado. Foi muito comentado ontem.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - A imprensa divulgou que já foi promulgado sem veto.

O SR. DEPUTADO WALTER FELDMAN - Sem veto. Queria, através do Deputado Arlindo, cumprimentar o Governo. Nós estávamos muito atentos, alertas e ansiosos em relação a essa possibilidade. Muito bem. Acho que, por conta do tempo, vamos encerrar.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - É uma pena, mas o senhor vai ter menos de 5 minutos. Se o senhor quiser deixar para a próxima sessão, o senhor podia responder o que for possível agora e vai ter tempo de pensar em casa e acabar de responder ao Deputado Walter Feldman na continuidade desta sessão.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Vou tentar responder. Márcio, o *link* das multas, por favor.

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - Uma questão de ordem, Sr. Presidente. V.Exa. é o próximo, depois sou eu. Se puder essa operação de troca, eu empresto 5 minutos dos 15 que tenho e vou fazer questões que dê para ele responder com muito menos tempo.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Está concedido. Se o Dr. Januário necessitar, portanto, tem mais 5 minutos além dos 4 ou 3 restantes, mas significa que o senhor terá tempo mais do que suficiente para responder.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Obrigado, Deputado. Na questão concreta, eu queria mostrar um número que acho que responde um pouco ao que o Deputado Walter Feldman coloca, mas, antes de mais nada, queria aceitar a reprimenda do Deputado Arlindo Chinaglia em relação ao *hot line* — linha quente é o nome nacional adequado a isso. Queria aceitar a reprimenda em relação ao...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Não, não foi reprimenda, foi apenas uma brincadeira com o Deputado Jamil Murad, porque eu vi que ele estava tentando ver em que faixa ele entrava quando fez aquela projeção, na questão da separação, e aí eu quis colaborar com a compreensão geral.



O SR. DEPUTADO ARNALDO FARIA DE SÁ - Não, o plano de saúde dele cobre tudo, não tem problema.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Obrigado, Deputado. Eu estou retornando um pouco a essa questão da multa para responder ao Deputado Feldman e, de passagem, também responder algumas questões concretas que foram levantadas. Essa é a distribuição. Esse número não é do total de multas de agosto. Ele está um pouco defasado, mas são 70 milhões de reais em multa. O senhor veja que nós multamos 85 operadoras, com mais de 50 mil usuários, em 19 milhões de reais. Nós multamos 135 operadoras, que têm entre 10 e 50 mil usuários, em 9 milhões de reais. Nós multamos 321 operadoras, com menos de 10 usuários, em 10 milhões e poucos reais. Os 24 milhões a que me referi são das empresas que não mandam cadastro, que não se registram, que não fazem nada. Então, eu acho que há uma percepção, apesar do debate político, de que a ação na ANS é muito efetiva. Ela, em 4 anos, embora seja um ator recente, tem uma presença muito forte em todos os aspectos, com todas as falhas, Deputados, e ela tem um impacto, inclusive, econômico-financeiro muito forte. Só o que a ANS já colocou no mercado, de obrigações no mercado, nesses 4 anos, já recebidos, significa mais de 1 bilhão de reais. Não estou falando de multas ainda não pagas, não. Estou dizendo as garantias que já tiveram que ser integralizadas, as garantias que se expandiram no setor de seguros, os planos de recuperação em que a Agência obrigou as operadoras a colocar dinheiro, os ressarcimentos que foram recebidos. Nesses 3 anos, na ponta do lápis, estamos falando em mais de 1 bilhão de reais; a taxa da Agência foram 150 milhões de reais em 3 anos e meio. Então, isso foi dinheiro que o setor teve de colocar no próprio setor e no sistema de regulação. Então, eu acho que há um impacto e há uma efetividade em relação a isso. A questão das agências reguladoras eu vou pontuar, mas gostaria de deixar para a próxima, para aprofundar, até porque são 2 projetos sobre as agências reguladoras neste momento: um sobre diretrizes gerais e o outro especificamente sobre as agências. E eu defendo o reforço do papel das agências por tudo que a gente tem colocado. E o anteprojeto para disposições gerais, eu confesso, Deputado, que é muito parecido com a ANS e com a ANVISA. As questões que estão colocadas lá de decisão colegiada, ouvir independente, contrato de gestão, acompanhamento do contrato de gestão, são muito o que a ANVISA e a ANS são na sua estrutura legal, na sua



estrutura jurídica, acho que com algumas questões que eu abordaria depois. Eu acho que a grande falta naquele projeto especificamente é não ter sido colocado ali o controle do Legislativo, que é o controle essencial nas agências reguladoras, até pelo modelo conceitual. O estudo do IDEC, que o senhor citou, eu gostaria de aprofundar por outro lado. O estudo que o IDEC apresentou e que, inclusive, serviu de base em muitos debates, trazia uma série de irregularidades, principalmente num bloco da pesquisa, que foi feita por 16 pesquisadores, que era a questão da doença e lesão preexistente. Esse é um bloco-problema, embora o avanço da legislação seja muito grande. E, na época, o que nós apenas levantamos é que, quando a pesquisa foi divulgada, a nossa regra para DLP tinha acabado de ser mudada, tinha acabado de ser aperfeiçoada, inclusive, padronizando a declaração de saúde, o que dava uma distorção. Mas se o senhor me permite, até pelo tempo, eu gostaria de ler o relatório do IDEC pelo outro lado, que não foi ressaltado e que mostra o quanto a regulação avançou. Foram 16 pesquisadores em 8 operadoras. Todos chegaram lá e exigiram ver o registro da operadora, e elas tinham. Todos chegaram lá e queriam comprar o plano de referência, o plano da lei com cobertura integral, sem nenhuma exclusão, e todos receberam uma proposta de plano de referência. Todos quiseram a tabela de preço e receberam a tabela de preços, com todas as faixas, porque um dos grandes ganhos da discussão de aumento por faixa etária ou outros é que hoje, quando eu compro um plano de saúde, eu sei, em reais, o quanto vai ser pago quando eu mudar para a faixa de 50 anos ou quando eu mudar para a faixa de 60 anos. Esse é um ganho que não é ressaltado e que todas as... Então, as carências, que era um dos escândalos para regulação... O próprio relatório reconhece que as carências oferecidas são menores das que a lei exige, e a máxima que a lei determina é de 6 meses. Então, se o senhor me permite, eu prefiro olhar um pouco o relatório do IDEC pelo lado em que ele mostrou que a regulação foi atendida, tem sido atendida e tem evoluído. E também reconhecendo que ele aponta problemas, e problemas sérios. Há uma outra discussão levantada pelo IDEC, que é de avaliação das agências reguladoras, onde a ANS, inclusive, foi muito mal avaliada. Nós tivemos várias conversas em reuniões. O próprio IDEC reconhece, tanto que ele está revendo para este ano e nós estamos recebendo e aprofundando. A Agência tem todo o interesse em que haja instrumentos independentes de avaliação. Aquele instrumento anterior, a discussão metodológica, passa por outro lado, mas eu digo



questões... Por exemplo, a Agência considera fundamental na sua missão o controle de reajustes. E isso não tinha sido considerado no relatório. Então, havia uma discrepância. Mas, inclusive, oficialmente, o IDEC, que tem feito discussão com todas as agências para aperfeiçoar esse instrumento, tem todo o apoio da Agência em relação a isso. Na questão da migração, eu acho que aí teríamos que entrar aproveitando alguma coisa sobre o impacto do STF. É um assunto que tentamos regulamentar. Tive a oportunidade de lembrar, na apresentação, que a nossa primeira consulta pública, que foi sobre adaptação e migração de contrato, não foi bem-sucedida. Continuamos debatendo e tentamos, novamente, em 2001, numa mudança da medida provisória, e com novas consultas públicas, quando também não fomos bem-sucedidos, encontrar uma fórmula que patrocinasse. O que há é uma migração, digamos assim, da vida real. Hoje, apesar de não haver um movimento de migração efetivo, temos que lembrar que 15 milhões de usuários estão com planos novos... Tenta colocar o *link* do usuário velho e usuário novo enquanto eu respondo, pois ele dá maior visibilidade. Então, está aí; inclusive de 2001 para 2003, o número de usuários de planos novos, no total, aumenta — é o *slide* número 33 — de 30 para 39. Uma migração natural, principalmente pela mudança dos usuários de plano de saúde; não está havendo um movimento organizado. Essa é a participação dos planos novos e planos antigos entre 2001 e 2003. Então, tivemos um aumento. E é significativo, não deixa de ser. São 15 milhões de usuários, aproximadamente, com toda a proteção da lei e com toda a capacidade de fiscalização da agência e dos PROCONs, o que não significa que não haja abuso mesmo no plano novo, mas já é uma proteção diferente em relação ao plano velho. E agora essa decisão do Supremo, a qual alertávamos, em todas as discussões que fizemos, ao longo dos anos, que tinha que ser resolvida a questão da insegurança jurídica do setor com aquela ADIN que acabou sendo julgada e que fortaleceu a Agência e a lei. Mas, infelizmente, considerou inconstitucionais itens de direitos fundamentais de usuários do plano antigo que foram retirados. E há todo um debate em andamento. Por último, a colocação que o senhor estava falando da UNIMED de São Paulo. Ela está hoje num processo de liquidação extrajudicial — há um liquidante nomeado fazendo o levantamento de ativos e de passivos. Há algumas ações muito fortes, inclusive de cancelamento de contratos que haviam sido feitos no período anterior. Mas é um processo em que o liquidante, cumprindo a



lei de liquidações, tem autonomia de regulação. Eu poderia lhe mandar os relatórios etc. Por outro lado, há uma Comissão de Inquérito em andamento, como ocorre em todas as liquidações que a Agência faz. É aberta uma Comissão de Inquérito pela Agência, que procura detectar possíveis irregularidades na gestão que foi liquidada. E esse processo é posteriormente encaminhado ao Ministério Público, havendo indícios de ilegalidade, para as devidas providências no âmbito jurídico. Tenho para mim....

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Conclua, Sr. Januário.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Muito provavelmente, o processo da UNIMED de São Paulo tem uma boa chance de ser transformado num processo de falência, porque, pela lei, se a operadora liquidada não tiver ativos suficientes, pode ser transformada em falência.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado. Deputado Arlindo Chinaglia.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Sr. Presidente, Sr. Relator, demais pares, quero cumprimentar o nosso convidado Dr. Januário Montone. Dr. Januário, eu vou fazer uma síntese que é da minha responsabilidade, mas para que o senhor entenda....

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Deputado Arlindo, só um pedido. O Dr. Januário nos pediu um rápido intervalo, que é preciso para atender a um telefonema. Enquanto isso, Deputados organizem aí as suas... Enquanto isso, os Deputados podem tomar um cafezinho rápido também.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Isso é pior do que marcar a nova saída da Fórmula 1.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - (*Risos*). É. Estava na volta de apresentação já, Deputado. (*Pausa*.)

(*A reunião é suspensa.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Vou convidar os Deputados e Deputadas para retomarmos a nossa audiência pública, pedir silêncio para as pessoas, pedir ao Deputado Mário e ao Deputado Jamil Murad que nos auxiliem aqui a retomar, pedir à Dra. Stella Gregori, também, que retomemos a nossa audiência pública. Quero aproveitar para agradecer, o que não havia feito ainda, a presença dos Diretores da Agência Nacional de Saúde: Dr. Barroca, Dra.



Solange, Dra. Maria Stella, Dr. José Leôncio; cumprimentar o Fausto, que está aqui acompanhando esta audiência pública e que, dentro do Ministério da Saúde, tem uma responsabilidade específica na área de saúde suplementar; e retomar, então, os questionamentos que estão sendo feitos ao Dr. Januário, aproveitando para anunciar que, então, a nossa próxima sessão, com a presença do Dr. Januário, será na terça-feira da semana que vem, às 14h — já tem sala reservada —, para continuar este debate e reflexão com o Dr. Januário. Com a palavra o Deputado Arlindo Chinaglia.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Dr. Januário, eu...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Só um minuto, Deputado Arlindo. Eu quero, então, agora, feito o pedido num tom mais amistoso, pedir a todos os presentes no plenário que, se porventura quiserem continuar dialogando sobre algum tema, por favor, saiam do plenário.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Não, a gente aguarda terminar. O que é isso? Sem radicalismo, Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - O Presidente não é muito dado a radicalismos, mas, às vezes, tem que garantir o tempo aqui, porque senão... Deputado Arlindo Chinaglia.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Eu vou aguardar para ver se não acontece nada, porque... Bem, eu quero fazer uma síntese daquilo que o Dr. Januário expôs, e é da minha responsabilidade a síntese, até para que a gente possa, a partir daí, fazer algumas observações e até perguntas. O senhor buscou, na sua apresentação, relatar o processo de instalação da Agência, os seus marcos legais regulatórios e, nesse sentido, o senhor observou logo no início que, na Câmara dos Deputados, foi dado um foco, que era econômico, e, no Senado, o foco econômico mais a assistência à saúde. E o senhor, na seqüência, mostrou aquilo que, na sua opinião, foi a importância da Medida Provisória nº 2.177. Eu queria observar a esse respeito que, quando do trâmite aqui na Câmara dos Deputados, nós, Deputados da Oposição à época, e até mesmo assessores, tanto da Casa quanto os nossos, da bancada, nos relacionávamos com o representante do Ministério da Fazenda. E foi por orientação do Governo passado que teve aquele tipo de enfoque, inclusive naquilo que o senhor criticou, com a minha concordância, no que diz respeito ao ressarcimento. Se o senhor pesquisar — talvez o senhor



saiba disso —, antes daquela regulamentação, havia um projeto de lei de minha autoria em que o ressarcimento deveria ser para todos os atendimentos feitos pelo SUS para pacientes que pagavam planos de seguro de saúde e assemelhados. Aliás, existia uma lei aprovada em São Paulo, quando Deputado estadual, que nunca chegou a ser aplicada adequadamente — até tive reunião com o então Secretário de Saúde, e a explicação era jurídica —, e, após essa regulamentação, sepultou-se uma lei que, na minha opinião, atende mais àquilo que o senhor aqui defendeu do que àquilo que hoje ocorre na questão do ressarcimento. Aproveitando a presença do Deputado Feldman, quero fazer aqui apenas um pequeno desvio do que eu creio ser central aqui no nosso debate. Concordo em que tem que haver o maior cuidado em buscar caracterizar aquilo que eventualmente seja taxado de promiscuidade. Quero dizer que torço para que o Senador Arthur Virgílio consiga as assinaturas necessárias para fazer investigação de contratações no Governo Federal. Eu, até com a liberdade que temos, diria que um dos maiores interessados é o próprio PT, porque no PT há uma reclamação, às vezes exagerada, na minha opinião, de que ficou muita gente em cargo de confiança do Governo passado para este. Então, até como subproduto, isso vai permitir que se faça esse debate no PT, porque dizem que houve acordos para a continuidade de pessoas do Governo passado para este, e o pessoal do PT nem concorda com isso. Então, quem sabe, até isso vem à tona, o que é muito bom.

O SR. DEPUTADO WALTER FELDMAN - Nem nós. Queremos que o PT assuma integralmente.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Claro. Então, veja, imagine se, à época da contratação da filha do ex-Presidente, nós, de maneira oportunista, tivéssemos caracterizado isso como promiscuidade, como uso abusivo da máquina. Seria, evidentemente, um contra-senso. Aliás, aproveitando a qualidade dos debates aqui desta CPI, quero dizer que a Esquerda nunca pode defender o Estado forte, porque o Estado socialista é o Estado evanescente. É exatamente ao contrário daquilo que o senso comum tenta caracterizar. A Esquerda... Quando você está na transformação, na suplantação do regime capitalista, se isso um dia vier a ocorrer, então, nós teremos um Estado evanescente, é um Estado que vai desaparecendo na medida em que desaparecem as classes, porque o Estado é necessariamente opressor. Mas, isso, na concepção libertária do socialismo. Só para fazer o registro



que longe de nós defendermos um Estado eternizado. Mas, voltando então aqui à questão da CPI especificamente, o Deputado Fontana apontou uma das questões centrais, que são critérios de reajuste, porque acaba resultando numa verdadeira armadilha. E o senhor deu... valorizou algo que eu quero registrar, quero valorizar também. Quer dizer, se não for... Eu quero perguntar se é obrigatório que na assinatura do contrato entre o usuário e a operadora, a medicina de grupo ou a de autogestão, ele tenha acesso à planilha de quanto ele vai pagar naqueles valores atualizados. Isso evita armadilha, até porque a repartição, nesse sistema, talvez não seja a melhor proposta, porque alguém entra anteriormente, depois posteriormente. Então, eu creio que a melhor maneira é buscar o equilíbrio na linha que o Deputado Fontana considerou, porém individualizado. Quer dizer, começa pagando mais caro, para não ter que pagar muito quando estiver envelhecido. Eu creio que isso faz justiça, porque isso não é um sistema público, é um sistema privado, e até pode compatibilizar as várias situações, mas acho que essa é uma das questões centrais. Agora, na sua exposição, o senhor dizia: *“Olha, teve a regulamentação, foi para o Senado, teve a medida provisória”*. E, aí, o senhor entrou naquilo que é a dificuldade da ANS, dada a sua falta de condições reais de fazer aquilo que é seu papel institucional. E o senhor inclusive comparou a ANS com outras agências. Eu confesso que eu nunca vi uma crítica mais forte contra a ANS do que a crítica que o senhor fez. Mas fez de boa-fé. Por quê? Eu quero pegar... O senhor falou: *“Olha, no processo de privatizações, já havia uma experiência do Estado e aquilo foi, digamos, adaptado”*. Vamos pegar a ANEEL. A ANEEL fez um processo de privatização da ELETROPAULO em São Paulo e se combinou com o empréstimo do BNDES, porque em todas as privatizações o BNDES financiou a metade do preço mínimo no que diz respeito às energéticas. E o BNDES este ano está acusando um prejuízo por causa do empréstimo que fez à AES. Então, tomando a ANEEL como referência, eu queria que o senhor, digamos, até nos considerasse, porque, se a ANS está abaixo da ANEEL, aumentou a minha preocupação — eu digo abaixo do ponto de vista da eficácia. Veja, o senhor falou de alguns avanços, e eu concordo que há avanços. Mas veja, no que diz respeito a doenças preexistentes, a partir de uma resolução do CONSU, e aí tem o contrato de gestão da ANS, existem as chamadas doenças... A partir das doenças preexistentes, o chamado agravo. Bom, eu quero ler aqui para mostrar o absurdo do que significa o agravo. São contribuições a mais,



mensalmente, em decorrência de doença preexistente. O que justifica uma doença infecciosa intestinal ter um agravo de mais de 658 reais mensais? Doença de Crohn, de que ninguém sabe a origem e que aqui é caracterizada como doença infecciosa, doença intestinal. Tuberculose, agravo de 2.220 reais e 31 centavos. Isso aqui é numa dada autogestionária, é uma cooperativa. Vou pegar aqui “outras doenças bacterianas” — nem se dá ao luxo de dizer quais são: agravo mensal de 1.132 reais. Bem, AIDS, que o senhor falou, que antes havia uma lista que o senhor definiu, o senhor definiu como lista negra, e antes não se tinha acesso. Sabe como é, nos dias atuais, o agravo mensal para atender o paciente infectado com HIV? Cinco mil, duzentos e vinte e três reais. Eu escolhi uma aqui, tem várias. Bem, diante disso, em que pesem às dificuldades da inércia, eu pergunto para o senhor: é aceitável isso daqui para o sistema, esses valores de agravo? Então, qual é a situação real? Ou não consegue ter o atendimento parcial que a ANS e o Sistema de Saúde Suplementar autorizam ou vai ter que pagar esses valores de agravo. Ninguém consegue pagar. Significa que a regulamentação, na minha opinião — estou fazendo na forma de observação, para o senhor comentar —, dessa preexistente, continua altamente exclusiva, ou, eu diria, 100% exclusiva, a não ser para aqueles que têm um rendimento mensal que permita pagar? Mas, até em homenagem ao Deputado Mário Heringer, neoplasia maligna do lábio, cavidade oral e faringe, 2.017; dos órgãos digestivos, 3.266. E isso combinando com aquela observação que nós já fizemos. Veja: ocorre o benefício cruzado do Sistema Único de Saúde para as operadoras, para as medicinas de grupo e todas as outras do sistema. Então, eu quero perguntar se a ANS teria condições de dizer o seguinte: quem paga agravo e se paga agravo, se o sistema público está atendendo ou não. Eu apostaria o pescoço na guilhotina que isso está ocorrendo. Quem paga agravo ainda não consegue ter atendimento integral, porque é da lógica do sistema. Então, Dr. Januário, eu não quero aqui questionar as pessoas. Eu quero exatamente questionar a estrutura, a partir de situações que a própria estrutura regulamenta, porque passa a idéia de que, se melhorar a fiscalização, vai estar resolvido. Não estará, ainda que eu concorde que a fiscalização seja insuficiente. Bem, outra questão da estrutura. O senhor fez um relato da sua experiência, que eu respeito, e disse que o seu mandato vence em dezembro. Independente de qualquer outra consideração, é correto para o Estado brasileiro, para a estrutura de controle, nós



termos pessoas que jogam um papel tão importante, como o senhor e outros jogam nas várias agências, e na hora que vence o mandato podem até continuar, não há impedimento legal nem de nenhuma outra natureza, a não ser quando tiver problema grave, porém, significa que, se sair, perde-se parte da história e da memória? E eu não estou dizendo do senhor, me perdoe; eu estou discutindo a estrutura. Portanto, quando faço acusação, eu faço, eu não estou sequer insinuando, eu estou discutindo tese. Aqui tem uma tabela de agravo. A empresa que a prepara é chamada Strategy Consultoria & Assessoria e ela passa, então, aquilo que são as tabelas. E aqui fala: doenças pelo vírus da imunodeficiência, o HIV, é exatamente 5.223. Ou seja, ela vendeu para aquela empresa anterior. Então, qual é o temor que eu tenho com essa estrutura de agência? Primeiro, que se ela funcionar muito bem, na hora em que alguém perder esse espaço na máquina pública, tudo de acordo com o legal, sem nenhum escândalo, poderá amanhã virar um assessor. Eu acho que o Estado não pode prescindir de quem tem experiência. É por isso que eu sou contra a agência, até porque, quando ela funciona mal, é muito pior. Pega uma AES da vida, eu não quero fazer uma acusação, mas aí vou chamar a atenção. O ex-Presidente do BNDES, Pio Borges, que fez um contrato de empréstimo do BNDES que ninguém consegue cobrar agora de maneira adequada, tem que fazer mil concessões, hoje é assessor da AES. Quer dizer, é claro que o que eu estou dizendo mostra o quê? Que mesmo quando alguém, no exercício legal da sua função, pode ter atitudes que eu pessoalmente não concordo que seja uma medida adequada, então, temos que aumentar a quarentena para os profissionais de carreira, e assim vai. Não sei qual é o meu tempo.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Um minuto, Deputado Arlindo Chinaglia.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Para chegar aos 8?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Um minuto para chegar à conclusão. Como V.Exa., assumi a coordenação quando tenho que falar. Um minuto para concluir, Deputado.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Vou concluir. Gostaria de ponderar ao senhor que a regulamentação do acesso, nos casos de doenças e lesões preexistentes, não só não resolve como tem um outro erro, na minha opinião, que é fazer padronizações que nem resolvem esse caso que mostrei, como também



generalizam. Como se analisa uma doença cardíaca preexistente? Se for uma lesão mitral é uma coisa, se for tricúspide, é outra. Mas, possivelmente, vai tudo no mesmo balaio. E isso, evidentemente, dificulta a organização social.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Sr. Januário.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - O que tem me tranqüilizado um pouco, Deputado, é sempre pensar que teremos uma segunda rodada e que talvez eu possa aprofundar, porque os temas são apaixonantes e amplos e exigem um aprofundamento. Por isso que estamos, inclusive, colocando uma participação muito forte no Fórum de Saúde Suplementar, que é coordenado pelo Dr. Fausto e foi convocado pelo Ministro Humberto. A visão do processo de regulação que o senhor coloca, eu compartilho, inclusive quando o senhor coloca que o debate que houve na Câmara foi hegemonizado pelo foco econômico como uma posição de Governo. Não quis, e, se dei essa impressão, não era essa, tanto nos documentos que tenho, até porque participei do processo... Naquele momento, tínhamos, no Ministério da Saúde, o Ministro Carlos Albuquerque, com quem comecei a atuar no setor de saúde a nível federal. E a saúde, por questão que não teríamos tempo de explorar, o Ministério da Saúde ficou muito fora do debate da regulamentação de planos. Talvez por considerar que regulamentar planos fosse fragilizar o SUS de alguma forma. Eu pessoalmente nunca acreditei nisso. Sempre achei importante regulamentar. Mas, enfim, o Ministério da Saúde estava atrasado nesse debate, que, naquele momento, era hegemonizado pelo Ministério da Fazenda e pelo Ministério da Justiça, onde o DPDC e o SDE tinham projetos prontos de regulamentação. Então, acho que o projeto da Câmara foi muito rico, e foi feito, sim, com uma orientação governamental naquele momento. Como tudo, as próprias orientações governamentais evoluem, se alteram e os atores também são diferenciados. Em 98, tínhamos, no Ministério da Saúde, já o ex-Ministro José Serra, que não concordou com o foco essencialmente econômico que havia sido dado. Eu só estou querendo ressaltar que não fiz essa avaliação como nenhuma crítica à Câmara dos Deputados pelo projeto. É uma outra discussão, num outro nível. Houve uma mudança de enfoque no sentido de equilibrar o foco econômico e o foco assistencial. E nisso, evidentemente, o ex-Ministro José Serra fez isso na sua chegada no Ministério da Saúde, em março de 98, se não me falha a memória, e passou a negociar no Senado toda a mudança, inclusive o plano referência, que já existia no projeto Câmara, e foi mantido no



projeto Senado. Ele deixou de ser opcional e passou a ser obrigatório. Quer dizer, foi uma mudança que valeu a mudança toda. E houve, com isso, uma mudança de enfoque de Governo e a linha que saiu. Não quis colocar isso. É a evolução do processo, com as diferenças. A questão do ressarcimento, sempre discutimos isso, Deputado, mesmo naquela época. A proposta do Ministério da Saúde também era de cobrar para quem não tem cobertura. Nós esbarramos, na época, como esbarramos hoje, em questões legais. O Supremo só deu a constitucionalidade do ressarcimento — porque ele deu no julgamento dessa dívida — porque você cobra o que está no contrato. Nós chegamos a discutir, naquela época, um projeto que cobrava pelo subsídio cruzado. Quer dizer, se um plano era vendido e não cobria as cirurgias cardíacas ou uma hemodiálise, que certamente vai ser feita no SUS, o SUS tem que ser ressarcido. Nunca houve mecanismos. Talvez tenhamos agora. Uma pena que o Dr. Fausto já precisou se retirar. No debate que está ocorrendo no Fórum de Saúde Suplementar... A CPI, certamente, também vai — imagino eu — ouvir as sugestões do fórum para tomar suas deliberações, onde está se discutindo alteração no ressarcimento, no sistema de pagamento do ressarcimento, ele paga a ser cobrado *per capita* do setor. Não você entrar na discussão: quem foi atendido, “a” ou “b”, e no quê e quanto custou. Mas você estabelecer uma cobrança *per capita*... A operadora tem 100 mil usuários, ela paga ao SUS um valor referente a isso. Ela tem um milhão, ela paga outro. Está se discutindo isso ser opcional, para contornar questões jurídicas. Seria a única maneira de você ter esse ressarcimento, que é o que todos perseguiam. Agora, é preciso olhar os números, Deputado. Quando nós discutimos em 1997, eu, pessoalmente, participando da Comissão, trouxe em uma audiência pública naquela época um dado do Ministério da Saúde que estimava, porque ninguém sabia, que 7% dos atendimentos hospitalares e ambulatoriais do SUS eram para usuários de planos. Os dados, 4 anos depois, processando, não chegam a 1% do que é localizado. É relevante, é importante, custa muito dinheiro do SUS, tem de ser ressarcido ao SUS, mas não tem o impacto... Até por ironia do destino, eu trouxe a uma audiência pública como uma previsão. Era um estudo feito por 2 especialistas na época, que subsidiaram a discussão no Ministério da Saúde. Deputado, se eu lhe dei a impressão que a comparação que eu fiz com as outras agências foi uma crítica à instituição que eu presido, eu peço desculpas ao senhor, ao colegiado que eu coordeno e aos



funcionários da Agência. Está longe disso. O que eu tentei mostrar um pouco foi mais, Deputado, a dificuldade de colocar a Agência para andar. Esse colegiado, que o senhor conhece, teve que tomar decisões estratégicas. Ele sentou-se ao redor de uma mesa de uma agência que não existia, em um prédio que não existia, em uma regulamentação que só estava na lei, e ele que fazer um planejamento estratégico de como fazer a lei virar verdade, como a Lei dos Planos de Saúde não ser mais uma lei que não pegou e a agência que não funcionou, em pouco tempo e sem nenhuma estrutura. Tomamos decisões estratégicas, com erros, com acertos, pagamos os preços dos erros e esperamos que os acertos sirvam de base para o futuro. Então, foi essa a diferença. Eu não quis entrar no mérito da ação de ninguém. Mas a ANEEL que eu coloco... O que eu quero dizer é que a ANEEL tinha engenheiros, técnicos, especialistas com 10, com 20, com 30 anos de experiência em regular setor elétrico. Isso não havia na saúde. Não que não haja especialistas na saúde em regulação de saúde. Há. O senhor sabe disso, talvez até melhor do que eu. Mas para a área pública de saúde, não para a área privada de saúde. Então, a Agência teve de ser construída. O conhecimento teve de ser construído, e foi nesse sentido que eu tentei fazer uma colocação. A questão do reajuste, tentando responder ao senhor... Desculpe, mas se eu não tirar um tempo para falar de doença e lesão preexistente, eu pulo o reajuste, porque o que o Deputado levantou é fundamental. A questão do critério de reajuste, talvez... O grande avanço da faixa etária foi esse que o senhor colocou: hoje, ao adquirir o plano, ele recebe o valor em reais de cada uma das faixas. É óbvio que onde ele está entrando também, mas em reais. Esse valor muda como? Muda com os reajustes gerais que a Agência dá para o sistema como um todo. Então, esse consumidor que hoje compra o plano recebe a tabela. Se ele está comprando esse plano por 100 reais, ele já tem na tabela que, quando ele tiver 70 anos, ele no máximo vai pagar 600 reais, com as correções que a Agência fizer. Se ele permanecer no mesmo plano, ele vai pagar a faixa anterior e já vai saber o valor. Isso é obrigação legal e é um grande avanço. O que a Agência controla mais rigorosamente é o reajuste do plano individual, e ela monitora outros planos coletivos. Então, nós não usamos índice. O grande avanço da questão do reajuste, Deputado, na minha opinião, foi ter quebrado a indexação. Podemos ter crítica. O modelo está em discussão, mas nós quebramos a sistemática de indexação. E isso pode ser feito no geral. Os planos, antes da regulamentação,



tinham e voltaram a ter, por decisão do Supremo, reajuste indexado, cláusulas de aumento para reequilíbrio econômico-financeiro com cláusulas desconhecidas, fora as faixas etárias explosivas e abusivas. Nós invertemos o modelo. Proibimos esse aumento por reequilíbrio. Ele tem de ser aprovado pela Agência. Chama-se revisão técnica. É muito combatido pelos órgãos de defesa do consumidor. Eu, em algum momento, gostaria de ter mais tempo até de explicá-lo, mas vou dizer ao senhor o seguinte: em três anos e meio de agência, nós aprovamos 2. E esses aumentos, a qualquer tempo, eram o dia-a-dia e o tormento do consumidor do plano de saúde, antes de 97, como todo mundo que mexeu com o setor sabe. Então, acho que a nossa grande vitória, com erros, possíveis erros e possíveis acertos, foi ter mudado a lógica do reajuste no setor de saúde, inclusive para o plano coletivo, que é liberado, porque a gente retroalimentou. A doença e lesão preexistente. Permita-me, Deputado, para comentar o que o senhor está colocando... Nós só precisamos voltar um pouquinho ao que é a regulamentação de doença e lesão preexistente, porque o que senhor falou de agravo. O senhor está absolutamente correto em todos os pontos. E o senhor tem a solidariedade e o apoio de todo esse colegiado da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Agora, nós precisamos ressituar o que é agravo nesta discussão. Primeiro, doença e lesão preexistente talvez tenha sido o maior avanço, do ponto de vista de concepção jurídica, na nossa regulação. E essa regulação tem duas coisas. Só a regulação da DLP tem duas coisas que não existem em nenhum outro lugar do mundo. Primeiro, não existe, é proibido qualquer tentativa de interpretação técnica de lesão preexistente. A lei criou uma definição jurídica de doença e lesão preexistente pró-consumidor. O que a nossa lei diz é o seguinte: é doença e lesão preexistente o que o consumidor tem e sabe que tem no momento em que ele assina o contrato. Se não tem em lugar nenhum do mundo, portanto não cabe discussão se é essa patologia ou aquela. Doença e lesão preexistente é o que sei que eu tenho, e sei que tenho no momento em que assino o contrato. Qualquer coisa que não seja isso não é. E quem estiver agindo diferente disso está descumprindo a lei. E aí, sim, é caso de punição, de fiscalização e outras ações. Essa é a primeira questão. Segunda questão: mesmo naquilo que a lei reconhece aquilo que tenho, e sei que tenho, e que declaro no momento da minha contratação, eu posso ter exclusões de cobertura por, no máximo, 24 meses. E são apenas as coberturas de alta complexidade que a agência definiu, uma a uma, o que



pode ou o que não pode. Porque antes da regulamentação aparecia assim: “...excluída doença cardíaca”. E aí, dependendo do fluxo de caixa da operadora ou do fluxo de operação, virou ou não atender doença cardíaca. Consulta com cardiologista também faz parte. Aí, é doença e lesão preexistente. A lei resolveu essa discussão. Porque, hoje, você tem 18 procedimentos ou 19 ligados à área de cardiologia que podem ser excluídos. Só. E por 2 anos. Depois de 2 anos, o atendimento é integral. Antes, a exclusão era para sempre. Até hoje, um dos maiores problemas dos contratos antigos é esse, Deputado. Esses milhões de usuários de planos antigos, qual é o problema que eles têm? Eles têm cláusulas abusivas de doença e lesão preexistente lá atrás. Aí, o que a legislação fez com a regulação da agência? São obrigatoriamente oferecidas ao consumidor duas alternativas, quando ele se declara com doença e lesão preexistente: a cobertura parcial temporária, em que ele fica nesses 2 anos com esses poucos procedimentos — poucos, mas importantes e fundamentais. Vou dizer, não estou discutindo do ponto de vista do atendimento dele, mas ele fica com uma carência naquele. O outro é o agravo, que, em tese, deveria permitir que eu declare uma patologia que tenho, assumo o que tenho, não quero ficar os 2 anos sem cobertura de um outro procedimento e quero pagar para depois da carência normal. Não existe no mundo fórmula de cálculo de agravo. A agência está se debatendo há anos com isso, com todos. Tudo o que o senhor vê de tabela aí, vou lhe dizer que é um exercício estatístico, talvez. Tanto que o agravo, na prática, praticamente não existe no mercado, porque é isto: ele é oferecido, porque senão a agência vai lá e dá uma multa de 50 mil reais, mas não tem uma regra de cálculo clara nem nós estamos instalando... Há uma discussão de instalar uma câmara técnica para tentar desenvolver uma metodologia para cálculo do agravo. Então, o agravo é uma das questões que tem de ter uma discussão. Mas nós precisamos ressituar o que é doença e lesão preexistente, com todos os problemas que a legislação tem, Deputado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, Dr. Januário. A gente está aqui alargando um pouco o tempo pela necessidade. Foram, agora, 14 minutos. Nós vamos, agora, ouvir o Deputado Sebastião Madeira.

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - Por 10 minutos, porque eu dei 5 minutos.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Estou sentindo que há necessidade de alargar um pouco os tempos, até porque, no fundo, é um ponto alto desta CPI, evidentemente, fazer uma discussão sobre diversos temas que estão nos envolvendo ao longo dos últimos meses. Deputado Sebastião Madeira.

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - Quero parabenizar esta CPI e o seu Presidente pelo trabalho que vêm fazendo o Deputado Dr. Ribamar, Relator, e os membros da CPI, que, numa semana sem agenda na Câmara, praticamente um recesso branco, em plena quinta-feira, já à tarde, continuam a...

(Intervenção inaudível.)

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - Pois é. Ainda tem as filiações nos Estados de quem vai fortalecer partidos.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Nós estamos contribuindo para o mecanismo da fidelidade partidária.

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - Pois é. Mas eu quero lhe dizer que esse setor do mercado dos planos de saúde, há pouco tempo, era praticamente uma área onde imperava a lei das selvas e o salve-se quem puder. E quanto à agência reguladora — em que pesem as muitas deficiências, em que pesem os problemas que ainda tem —, não há que se negar que tem sido um avanço. É só ver de uma forma concreta as alterações que ocorreram desde os reajustes nas faixas etárias, que eram ilimitados, com verificação de alguns casos pontuais de até 33 vezes o valor da primeira mensalidade. Hoje, o máximo é 6 vezes, e ainda é muito. Há que se encontrar um mecanismo para que os mais jovens possam ajudar a financiar os de idade mais avançada, que é justamente quando a pessoa passa a ganhar menos. E, aqui, se formos analisar essa tabela, veremos que ocorreram muitos avanços e a consolidação de muitos direitos dos usuários foram conseguidos, o que não quer dizer que esteja uma maravilha. Eu quero dizer que, diferentemente do meu amigo e companheiro Jamil Murad, eu não tenho uma visão tão negativa de conluio, de pilantragem nas agências. Se erros ocorreram — e o próprio Dr. Januário confessa que foram cometidos erros e acertos na implantação dessas agências —, só erra quem faz, só erra quem tenta, só erra quem está na vida, vivendo esta vida plenamente. Mas eu queria trazer alguns casos pontuais, só para exemplificar o quanto há luta entre quem quer dinheiro, o dono do plano de saúde e os acionistas, e a necessidade da população que compra o plano. Tem aqui



a frase dita pelo Deputado Jamil Murad, um dono da saúde, que diz que seria ótimo para os planos de saúde se não houvesse velhos. Isso me fez até lembrar de um passo em falso. Eu conheço o nosso Ministro da Saúde, que foi Deputado aqui e é muito sensível, mas que incorreu também em um erro desses quando disse que, lá em Fortaleza, quando daquela mortandade nas UTIs, realmente as pessoas eram velhas e que dificilmente se pode conter a morte de quem já está velho. Então, esse dono de saúde teve um caso semelhante que até Ministro... Em relação às contratações que foram questionadas com a Dra. Solange, eu também concordo com o Deputado Jamil em que temos que ter todo o rigor com o diretor de uma agência onde, mesmo sendo um colegiado, qualquer coisa que se precise explicar já não está correto. Agora, a favor da Dra. Solange, pelo menos temos o fato de que ela, ao ser nomeada, foi sabatinada pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado e aprovada em plenário do Senado. Se houve alguma falha, ela também chegou até o Senado. E, enquanto ela aqui, no dia 18, era questionada sobre esse fato, sobre essa relação com o diretor do BRADESCO, no dia 18 de setembro, no mesmo dia, o *Diário Oficial* publicava a nomeação do diretor da SUSEP — e esse não precisa ser sabatinado no plenário. Quer dizer, o erro continua no atual Governo. João Marcelo Máximo Ricardo dos Santos é filho do Vice-Presidente da SulAmérica, Sr. João Régis dos Santos. Precisamos que, com a mesma ênfase e a mesma indignação, o Deputado Jamil Murad também mostre esse fato. E nós sabemos que, com certeza, ele mostrará. A contratação do Dr. Manoelito e da D. Anna Samico para Diretora-Geral de Fiscalização da ANS, e do Dr. Manoelito para a Ouvidoria... Ela é funcionária pública de carreira, é advogada da Advocacia-Geral da União, tem uma longa trajetória no serviço público e foi indicada em 2001; e o Dr. Manoelito, para Ouvidor. Nós todos aqui, que temos um mandato antes deste, o conhecemos. Ele era assessor parlamentar do Ministro da Saúde. E agora, para usar um termo do Deputado Jamil Murad, estão sendo tungados pelo atual Governo em torno de 3,5 bilhões, retirados da saúde. Quanto a isso, eu quero aqui louvar a própria base do Governo — Deputado Henrique Fontana, Deputado Arlindo Chinaglia e o próprio Deputado Jamil Murad, que ontem estava lá, se juntando a uma luta de toda a sociedade para pressionar para que isso não ocorra. Até eu dizia que isso prova que, seja qual for o Governo, tem sempre uma lógica, e a sociedade tem que estar preparada para pressionar, porque muita gente achava que o Presidente Lula,



porque é sensível, porque é da Esquerda... Estava fora de questão tirar recursos da saúde. Acontece que o Presidente Lula tem uma equipe econômica cuja visão é outra. É preciso que a própria sociedade se manifeste para poder dar uma força para o Presidente e sua equipe, para que eles possam... Estou encerrando. Eu me reportei a esses 2 casos, de pessoas altamente qualificadas que foram para a agência, e pedi que, com a mesma ênfase, seja mostrado o fato de uma triangulação no mínimo imoral, mesmo que não seja ilegal. O esposo da atual Prefeita de São Paulo... Foi pedido para ele um emprego de 20 mil reais para o Duda Mendonça, que fatura de verbas públicas. Então, termina... Pode não ser ilegal, mas termina sendo uma relação imoral, porque no fim o salário do Sr. Favre está saindo também dos cofres públicos, embora numa triangulação. Então, era só para fazer esse contraponto e, por fim, fazer uma pergunta. Parece-me que tem um projeto tramitando no Congresso para que o controle das agências reguladoras seja feito pelo Congresso, já que elas são reguladoras, mas não reguladas por ninguém. Gostaria de pedir a opinião do Dr. Januário sobre esse projeto, sobre a possibilidade desse controle não só da Agência Nacional de Saúde, mas das outras agências, da que regula a energia... Porque é muito poder para que essas agências fiquem sem controle nenhum.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado. Dr. Januário.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Obrigado, Deputado. Deputado Sebastião Madeira, eu queria dizer ao senhor o seguinte: antes de mais nada, fiquei muito satisfeito com a lembrança que o senhor coloca de que só erra quem faz. Eu estava aqui me colocando... Foi até um debate que nós tivemos, preparando um pouco alguns dados, e nós estávamos... É evidente... É até uma pergunta também que o Deputado Jamil Murad me fez e eu não tive a oportunidade de responder: de quanto a agência havia recebido de multas aplicadas. E realmente entre... Nós tivemos... Nesse período, para 84 milhões reais de multas publicadas no *Diário Oficial*, em primeira instância, nós tivemos, como multas notificadas, algo em torno de 8 milhões de reais. Essas, na verdade, é que a gente consideraria multas, porque elas estão na fase final de cobrança. E dessas nós conseguimos receber pouco menos de 10% desse valor — recebemos 783, menos de 800 mil reais, e inscrevemos três milhões e tantos na dívida ativa. Então, conseguimos, vamos dizer assim, registrar 50%, o que certamente... com a visibilidade que tem o fato de nós termos 84 milhões de



multas somadas no *Diário Oficial*, pois qualquer um pode chegar lá, somar e saber que há uma crítica. Mas eu, particularmente, cheguei à conclusão de que me sentiria mais confortável de estar aqui dando essas explicações aos senhores e tentando, na medida do possível, justificar o que possa ser considerado uma falha da agência. Eu realmente me sinto muito mais confortável de estar aqui explicando que multamos, sim, em 84 milhões e ainda não conseguimos a agilidade para receber a grande maioria desses recursos — nem nós, nem nenhum outro órgão público. Mas essas multas tiveram um efeito educativo: elas constrangeram as operadoras, porque são divulgadas, e certamente melhoraram o perfil de atendimento ao consumidor. Eu acho que, às vezes, a gente não pára para pensar no que realmente significou a mudança da lei. Como o senhor me fez uma colocação mais geral, eu vou tentar aproveitar. Vamos colocar... Coloque o *slide* no modelo de gerenciamento, porque isso entra também um pouco em algumas outras discussões que foram feitas sobre prestador e reajuste de prestador. Eu vou tentar aproveitar para abordar. (*Segue-se exibição de imagens.*) Este era, mais ou menos... Este que está aqui era, mais ou menos, o modelo clássico de gerenciamento de planos de saúde antes da legislação, antes da regulamentação. E tudo que está colocado aí a lei permitia. É óbvio que algumas operadoras e algumas empresas usavam isso com mais bom senso, mais critério e mais seriedade. Nós não podemos generalizar o setor nem antes, nem depois da regulamentação. Não podemos dizer também que antes da regulamentação só havia empresas de... Pelo contrário, sempre houve pessoas sérias e pessoas menos sérias não só nesse como em outro setor. Mas a lei... Nenhuma empresa tinha problema econômico-financeiro antes da regulamentação, era muito fácil. Em 6 meses, qualquer empresa se reequilibrava, porque, primeiro, ela dava os aumentos que decidia dar, a qualquer tempo. Então, ela aumentava o caixa. Segundo, o gasto dela, e por isso a discussão que nós temos... Por que a carência é fundamental no custo? Porque o beneficiário que usa o recurso que todos aqui pagaram é o chamado beneficiário exposto, que é aquele que já cumpriu a carência, que já pode usar o direito que ele adquiriu comprando o plano. Esses outros aqui só estão pagando. Eles estão cumprindo a carência. Então, as carências eram muito altas, o número de expostos, muito baixo. Portanto, o faturamento livre era maior. As empresas podiam, a qualquer tempo, vender planos, que o senhor batizou de “plano popular”. Isso já era usual. Vendia baratinho, vendia muito e,



depois, não dava o atendimento, começava a fazer seleção de risco, não aceitar determinados clientes, maiores restrições de acesso e, principalmente, mero rompimento do contrato. Não tinha que dar explicação para ninguém. Além disso, elas trabalhavam a relação operadoras/prestadores demorando e atrasando os pagamentos para se financiar com isso. Então, os fatores determinantes disso estavam no nível de cobertura, fluxo de ingresso, fluxo de caixa e carência. É um exercício interessante ver o que a lei fez com esse modelo. Eu vou encerrar, se precisar. Entremos para o que a lei foi fazendo. Primeiro, ela proibiu a venda de plano que não tenha cobertura integral. Segundo, ela proibiu discriminar qualquer pessoa por idade, patologia ou qualquer outro motivo, na hora de comprar um plano de saúde. Hoje, uma operadora pode ser punida, se ela se recusar a lhe oferecer um contrato. O preço do contrato etc. é liberado e convencionado, mas ela não pode lhe negar o oferecimento de um contrato. Esse tipo de campanha, de venda a baixo custo... Você passou a ter o controle. Você tem um preço mínimo, que tem que ser registrado na agência, através da nota técnica atuarial. E os senhores pediram todos os dados que, que eu saiba, estão disponíveis na agência. A próxima. O reajuste passou a ser controlado. Revisão técnica, na prática, não tem, e os reajustes passaram a ser controlados. Não há mais possibilidade de controlar o acesso, a não ser descumprindo a lei. Vá mais rápido, porque senão o Sr. Deputado vai me... E é proibido o rompimento do contrato. E principalmente a redução de carências aumentou o número de expostos. As pessoas, mais rapidamente, adquiriam o direito de usar. Isso foi uma virada. Muitas operadoras não se recuperaram ainda e tentam ganhar o que ganhavam antes abusando do consumidor. Abusando do quê? Volta no anterior. Na única coisa que ficou livre: a relação operadores/prestadores. Por isso, o recrudescimento dos problemas entre operadores e prestadores, que não havia antes. Por quê? Era tudo indexado. Você passava e quem pagava o desajuste era o consumidor. Como a regulamentação acabou com isso na prática, a relação entre prestadores e operadores ficou mais tensa. É isso o que a gente precisa aprofundar em algum momento.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado. Deputado Mário Heringer. Nós, na verdade... Eu, inclusive, tentei dialogar com o Deputado Darcísio Perondi e não foi possível. Mas eu explico aqui e agora. Nós marcamos em duas audiências públicas, Deputado Perondi, esta audiência com o Dr. Januário.



Então, a nossa idéia é continuarmos, na terça-feira à tarde. Então, o ideal é, hoje, ouvirmos mais o Deputado Mário e o Deputado Relator. Se V.Exa. não se importar, ficaria para a próxima semana.

O SR. DEPUTADO DARCÍSIO PERONDI - Eu me importo. Eu vim e quero fazer uma pergunta.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Ele não aceitou a tese da carência.

O SR. DEPUTADO DARCÍSIO PERONDI - O Presidente, de forma democrática...

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Será que ele aceita a do agravo?

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - Uma questão de ordem, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Pois não, Deputado.

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - Que nesta próxima sessão... Qual seria... Ele viria aqui só para ouvir os questionamentos e iria apresentar tudo de novo? Qual seria a lógica dessa...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Não, nós vamos continuar com os questionamentos. Eu, por exemplo, tenho outros questionamentos, que escolhi não fazer hoje para ficar dentro do tempo de 15 minutos que combinamos, assim como outros Deputados provavelmente têm outros questionamentos. Então, acolhendo o direito regimental e democrático do Deputado Perondi, evidentemente, o Presidente vai ceder, se não houver uma sensibilização por parte dos colegas, até o momento do uso da palavra. Mas é evidente que o Presidente tem que garantir a sessão. Deputado Mário Heringer.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Perdão, Deputado Mário. Será que o Deputado Perondi não tem dimensão da importância da reunião das 15h? Porque, se ele insistir, nós vamos todos faltar à reunião das 15h.

O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER - Bem, eu gostaria de solicitar, antes de começar a falar, que o senhor pudesse pedir, por favor, para colocar o primeiro *slide* que o senhor apresentou hoje para a gente, o que fala da missão. Bem, vamos lá. Eu não entendi por que o Deputado Arlindo fez uma homenagem a mim, me homenageou durante a fala dele, falando de câncer de boca — talvez porque eu



seja fumante, e isso é um complicador para mim. Eu quero parabenizar o senhor, porque o senhor está se comportando muito bem na nossa CPI. O senhor está me parecendo — desculpe-me a imagem, se puder, com isso, constrangê-lo — um bom *boxer*. O senhor assimila muito bem os golpes; e quando eles pegam exatamente no fígado, o senhor recua e trabalha bem. Tenho gostado disso. Essa é uma posição que a Agência Nacional de Saúde tem tomado há algum tempo. Vem se colocando como vítima num processo, e o senhor está perfeito nesse papel. Mas o papel que o senhor tem que fazer aí é o papel de responsável. E é esse o papel que estou aqui para cobrar. Quando eu pedi para colocar aquela missão, foi porque aquela missão diz para nós tudo o que deve ser feito. Se ela for missão, escreve-se daquele jeito, mas se colocarmos um “o” na frente, vai virar “omissão”, porque se está esquecendo de uma parte fundamental do sistema. Não vou me deter agora, neste momento, até porque outras pessoas já se detiveram, no direito do consumidor. Estou querendo me deter no direito de o sistema suplementar de saúde continuar funcionando. Quando nos é mostrada como vantagem a quebra da sistemática de indexação, fica bonito no discurso, mas o senhor não nos mostrou quais são os índices que o senhor usa para detectar essas alterações. Qual o índice que detecta a alteração no preço do serviço médico? Os médicos e os prestadores estão aguardando, desde a criação da Agência Nacional de Saúde, que se faça uma observação, seguindo a missão, onde está ali: “...*inclusive quanto às relações com prestadores e consumidores*”. Colocar no sistema 1 bilhão é um grande mérito. O senhor disse que a Agência Nacional de Saúde colocou 1 bilhão no sistema. Posso dizer para o senhor que grande parte desse bilhão é dos prestadores, que vêm sendo usados exageradamente por esse sistema que o senhor regula, que o senhor fiscaliza. Eu não quero permitir que, ao final do que eu estou falando — não é nada pessoal com o senhor, estou falando com o presidente da Agência Nacional de Saúde —, eu possa ter esquecido, por termos a chance de uma outra reunião, de algum ponto que eu acho importante. Concordo que, quando eu vejo missão, visão, vejo todo o desenho de qualidade total, aquela coisa que todo mundo faz porque precisa fazer, e eu acho importante, mas que virou discurso: criar a palavra parceria, PDCA, aquela história toda que justifica o erro com a justificativa de ter feito. Fazer e errar, tudo bem, mas tem de corrigir o erro imediatamente, a não ser por vaidade ou arrogância em não admiti-lo. Quando se erra e quem paga a conta é o outro, é muito



fácil dizer “errei”, se não saiu do meu bolso, se não saiu da minha responsabilidade. Nós, médicos e prestadores, estamos vivendo há alguns anos assistindo, se não é — não quero usar as palavras que foram usadas pelo meu amigo Jamil — de má-fé, é de omissão, é de responsabilidade. O sistema está falindo, e a UNIMED é o maior exemplo disso, pois vai ser decretada a falência; e médicos irão pagar a conta, e vão pagar caro. Estamos aqui para tentar resolver esse problema. Não viemos para caçar bruxa alguma. Quando começamos esta CPI, fiz um requerimento — se não me engano, foi o último; não fiz mais, porque perdi um pouco da fé na resposta — à Agência Nacional de Saúde pedindo planilhas de custos para que eu pudesse criar na minha cabeça uma solução ou uma tentativa de solução para oferecer a esta CPI, para que o nosso sistema suplementar de saúde continuasse funcionando. Quero deixar bem claro que não sou contra o sistema suplementar de saúde. Recebi uma carta, 20 dias depois, assinada pelo presidente, dizendo que não recebia e não possuía. Todas as pessoas que vieram aqui depois disseram que ele recebia e possuía. Inclusive, citaram o endereço de onde estavam as planilhas. De maneira oficial, isso me fez pensar que pudesse ocorrer de uma outra maneira, pois está aqui no texto: “*as tabelas de preços pagas aos prestadores da área de saúde*”. Não era o que eu tinha pedido. Eu havia pedido as planilhas de custo solicitadas pela Agência Nacional de Saúde para gerar o número a ser dado como aumento. Na semana passada elas nos chegaram, em disquete. Infelizmente, não tive tempo de avaliar. Pedi isso no início da CPI e isso chegou 3 meses depois. Não tive tempo de avaliar e sobre isso não posso falar ainda. O objetivo seria criar uma unificação de formulários, o que eu acho que seria uma função da agência para conhecer, para gerar informação, ter um indexador, uma medida de índice próprio para a saúde, que é função da agência, para a saúde. Isso não foi feito. Quando há informação, controlam-se custos, gera-se o processo de correção. Infelizmente, o que a agência fez nesse período? Compreendo até que é difícil pegar uma coisa do nada e fazer. Não somos presunçosos de achar que faríamos melhor. Não é isso. Mas eu gostaria que os objetivos fossem mais equânimes, que se pensasse nas partes envolvidas no processo. Hoje estamos nós aqui tratando o plano de saúde como o atravessador, da época do plano... que buscava o boi gordo no pasto. É verdade, pois é mais ou menos isso, ele é intermediário do serviço. E não descobrimos o motivo real dessa situação em que nos encontramos. Tudo é história. E, como história, temos de



relembrar também da presença do Dr. Arlindo, presidente da Abrange em São Paulo, que nos disse categoricamente — está gravado — que foram eles que ensinaram à Agência Nacional de Saúde o que era plano de saúde. É complicado para os senhores que entraram naquele momento uma afirmação nesse padrão. A Agência Nacional de Saúde, que sabe o que é plano de saúde, ensinado pelo plano de saúde, no mínimo é um instrumento de plano de saúde. Eu, na minha profissão, posso ser julgado, condenado e cassado por imperícia, imprudência e negligência. E é em cima desses 3 pontos que quero responsabilizar a Agência Nacional de Saúde, quero dizer que a Agência Nacional de Saúde não é vítima, que ela é responsável pelo processo que estamos vivendo agora, e quero estar aqui não com a visão de descobrir erros de pessoas e punir. Não estamos aqui para isso. Estamos aqui para consertar o sistema de saúde. Devemos dar a este País dignidade na escolha, dignidade na opção. É isso o que vim fazer. Quero dizer ao senhor que o senhor está de parabéns, que se tem comportado muito bem, tem assimilado muito bem. Não quero, com isso, constrangê-lo, mas quero colocar a Agência Nacional de Saúde como responsável por esse processo que está levando o sistema suplementar de saúde ao caos.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Vamos mudar um pouquinho, Dr. Januário, a reta final da nossa audiência pública. Desculpe-me, mas estamos sempre buscando uma adaptação. Não vai faltar tempo para que o senhor possa fazer uma intervenção mais longa, mas eu quero ouvir os Srs. Deputados, que fazem questão de falar hoje. Vou passar a palavra ao Relator, Deputado Dr. Ribamar Alves. Informo que os outros Deputados ficaram para a semana que vem. Inclusive, já quero anunciar que terão preferência sobre os que já fizeram uso da palavra hoje.

O SR. DEPUTADO DARCÍSIO PERONDI - Sr. Presidente, eu quero me manifestar.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Eu já compreendi, Deputado Darcísio Perondi. Ficou muito claro para esta Presidência que V.Exa. quer se manifestar hoje. Com certeza será atendido.

(Não identificado) - É uma briga de gaúchos.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Tem a palavra o nobre Deputado Dr. Ribamar Alves.



O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Sr. Presidente, Sras. e Srs. Deputados, Dr. Januário, eu gostaria até de pedir permissão ao Sr. Presidente e modificar também o bloco, porque eu queria um modo diferente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Está autorizado o modo que o Relator necessitar.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Eu gostaria de salientar que quem fica por último sempre tem essas discrepâncias de, ao querer questionar, constatar que já foi quase tudo questionado e contemplado, que seria a palavra mais usual, principalmente depois dessa briga provinciana de paulistas e paulistanos, que é muito salutar para ouvirmos de vez em quando. Quero me reportar à palavra que o Januário usou aqui, o golpe dos planos de saúde, que é quando as pessoas iam à Junta Comercial, abriam a firma, vendiam os planos, passavam 1 ano enganando o prestador, recebendo do usuário, e depois saíam do mercado. Disseram que após a criação da agência isso não seria mais possível ocorrer, mas infelizmente não foi isso o que vimos em Recife e também no Maranhão, onde já aconteceram alguns casos. Eu mesmo, como prestador, fui vítima desses golpes, das arapucas armadas para pegar trouxas. Eu gostaria de fazer um bate-bola rápido, Dr. Januário. Eu pergunto e o senhor responde, certo? Quantos funcionários constituem o quadro da ANS? O senhor tem uma idéia, mais ou menos?

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Nós devemos estar em torno de 550, 600. Para dar o número exato, eu preciso do meu material de apoio, Sr. Deputado.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Tudo bem. É mais ou menos. Não precisa ser exato.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Em torno de 550 a 600.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - E na fiscalização?

O SR. JANUÁRIO MONTONE - É a maioria deles, embora eu não tenha o número de cabeça. Enquanto o senhor continua a perguntar, eu vou olhar.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - A ANS, quando foi implantada, herdou um programa que existia no Departamento de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde, que eram os núcleos estaduais, com estudos já bem elaborados, já centrados e em fase operacional, e a ANS optou por núcleos regionais de fiscalização. O senhor tem alguma idéia de por que foi implantado núcleo de fiscalização regional em vez de estadual?



O SR. JANUÁRIO MONTONE - Nós fizemos toda uma alteração sistemática, Sr. Deputado, por conta da implantação de uma nova estrutura. O que o DESAS tinha naquele momento era um esforço naquele período pré-ANS, quando foram usados fiscais antigos auditores que já estavam nos escritórios regionais do Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde tinha escritórios em todo o País, como tem, até hoje, uma pequena representação. E o DESAS, no desenvolvimento, usou médicos auditores que estavam nesses Estados e montou uma primeira equipe de fiscalização, que foi absorvida pela agência. O DESAS tinha de agir dessa maneira, porque ele não dispunha de outros instrumentos de que a agência dispunha. Nós montamos um sistema nacional de atendimento via Disque-ANS, mantivemos a representação dos Estados apenas agrupada, porque temos a capacidade de ação nacional.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - O senhor falou Disque-ANS?

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Disque-ANS.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Porque, na audiência pública em Recife, a representante da Defensoria Pública, a promotora pública, tentou, ela mesma, contatar a ANS e não conseguiu.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Olha, Deputado, eu não tenho como responder.. um contato... Mas eu lhe diria que o nosso telefone é o 0800-7019656. Funciona desde julho de 2001, das 8h da manhã às 8 da noite, e já fez cento e setenta e tantos mil atendimentos.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - No quadro funcional da ANS, quantos funcionários há no Maranhão, por exemplo, que é o meu Estado?

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Eu preciso dos dados do... Eu não estou com esses dados em mão. Eu não sabia... me desculpe, mas eu não estava preparado para esse tipo de informação, em detalhes.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Mas a sua coordenadora de fiscalização está aí.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Isso.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Dra. Gregori, não é? Ela sabe, com certeza, de punho.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Se o senhor nos der 1 minuto.



O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Claro. Eu só quero me situar no atual quadro. Com relação àquela questão que o Deputado Mário Heringer falou, a questão da responsabilidade da ANS, a ANS, como agente reguladora do sistema, está funcionando bem, está regulando bem. Mas, na parte de fiscalização, temos uma certa dúvida, nos Estados que eu conheço. No Maranhão, por exemplo. Eu me formei em 1979, sou do Conselho Regional de Medicina, 3 mandatos no Conselho Regional de Medicina, e não conheço nenhuma ação fiscalizadora do Estado do Maranhão. Foi-me apresentada pelo representante da agência em Recife uma ação de intervenção fiscal numa tal de Global Saúde do Maranhão, mas eu liguei para todos os hospitais do Maranhão e ninguém conhece essa Global Saúde. É desconhecida por mim e pelo público em geral. O Conselho de Medicina não conhece, e nenhum hospital do Maranhão soube referenciar essa ação dessa tal de Global Saúde, em que a ANS interveio no Maranhão.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Não, não é essa... Eu estou querendo a da fiscalização, para eu responder...

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Dr. Januário, então vamos mais à frente. Quais os critérios para que uma empresa passe a operar como vendedora de planos de saúde, operadora de planos de saúde?

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Vou tentar...

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Quais os critérios mínimos?

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Os critérios mínimos são atender os requisitos da legislação, comprovar capital mínimo, comprovar a documentação de constituição, a dos seus administradores, cumprir a regra dos administradores. Aí tem toda uma documentação de registro, Junta Comercial. Hoje há um critério muito mais rígido. Tanto que só 58 foram...

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - E qual critério a ANS usa para contemplar uma empresa operadora de plano de saúde com registro definitivo?

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Veja, a questão de registro definitivo, Deputado... Nós só não chamamos esse registro que existe hoje de definitivo — a rigor, ele é — por uma questão eu não diria de preciosismo, mas de reconhecimento da legislação. Existe uma parte das exigências para registro que a agência ainda não regulamentou. Ela está regulamentando. Na verdade, nós fomos regulamentando o registro ao longo do tempo. Antes era só o nome da empresa etc.



etc., e foi aumentando. E tem uma área dos registros que são as garantias assistenciais, digamos assim. É a empresa comprovar a rede de hospitais que ela tem contratada, a rede de laboratórios, a rede de médicos, enfim, a capacidade de atender. Como essa parte ainda não foi implementada, nós continuamos chamando o registro de provisório, mas ele é provisório...

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Eu fiz esses 2 questionamentos, porque 3 anos de agência e 5 anos da lei já são suficientes para estratificar as empresas. E como a agência é uma fiscalizadora e nenhum plano de saúde, colocado como arapuca ou não, vai para o mercado sem mídia, sem propaganda, o que é de conhecimento geral, e com certeza da própria agência... Dado esse fato, nós estaríamos, no momento em que a agência usasse seus preceitos legais de ação fiscalizadora, mesmo tendo os impasses jurídicos, como o senhor mencionou há pouco... com certeza iria fazer com que as empresas que estão montadas unicamente para abusar do usuário e enganar os prestadores não fizessem fábrica de dinheiro no Brasil. Porque hoje elas usam e abusam durante um ano, arrecadam 4 ou 5 bilhões de reais e saem do mercado, deixando o usuário a ver navios e os prestadores quebrados, como aconteceu agora mesmo em Pernambuco, e V.Sa. mesmo é testemunha desses fatos. Digo isso porque temos de separar sempre o joio do trigo. Há muitas operadoras operando bem, pagando seus funcionários e impostos em dia, atendendo legalmente, sendo punidas e fiscalizadas pela ANS, enquanto essas que não têm nenhuma constituição legal, ou têm só na Junta Comercial, a ANS deixa passar sem que use o direito de fiscalizar e denunciar ao Ministério Público. Digo isso, Dr. Januário, porque desde o início — o senhor tem acompanhado a CPI, e sua assessoria também — temos feito aqui não um caráter policialesco... desde o início tiramos logo esse termo da CPI. Estamos propondo aqui na CPI fazermos um diagnóstico do que existe de bom e de ruim na saúde suplementar do Brasil, para propormos uma terapêutica, mas só podemos fazer isso se tivermos conhecimento profundo de como está agindo a ANS, já que todos os caminhos até aqui têm levado a culpar a ANS pelas ações erradas que têm acontecido na saúde. Inclusive, Dr. Januário, tenho aqui em mão que o plano de saúde da GEAP, que é do funcionário público federal, vem anunciando novos grupos, desde o ano passado. E parece que a lei proíbe a venda de planos antigos.



A ANS tomou alguma providência em relação a essa irregularidade, ou pelo menos tem conhecimento de que está acontecendo essa irregularidade pela GEAP?

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Desculpe, mas o senhor está voltando às perguntas e respostas? Eu queria comentar o que o senhor falou antes.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - O plano de saúde GEAP vem anunciando novos grupos, desde o ano passado, mesmo sabendo que a lei proíbe a venda de planos antigos. A ANS tem conhecimento dessas irregularidades? Já tomou alguma providência quanto a essas irregularidades?

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Deputado, a GEAP é uma entidade que tem dupla fiscalização. E ela tem sido atentamente acompanhada pela agência. Ela é uma das que têm um grande volume de reclamações. Ela certamente sabe que não poderia estar comercializando planos antigos, e não deve estar, até porque ela é uma autogestão, fundamentalmente, que atende funcionários públicos federais e tem uma dupla regulação. Ela é regulada pela agência, mas também é regulada pela Secretária de Previdência do Ministério da Previdência, porque ela era originalmente um fundo de pensão, e até hoje tem um fundo de pecúlio. Então, a GEAP é um caso muito grave e tem sido acompanhado. A direção da GEAP tem sido seguidamente chamada. Temos acompanhado. Agora, há uma preocupação muito grande, inclusive porque a GEAP tem hoje algo em torno de 750 mil usuários no País todo, porque ela é, talvez, a maior autogestão do serviço público federal. A segunda é a CAPESESP, que é a autogestão da FUNASA. Então, eu não sei lhe dizer.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Os produtos da GEAP têm registro da ANS?

O SR. JANUÁRIO MONTONE - A GEAP é uma autogestão, Deputado. Ela funciona...

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - A ANS não tem ação sobre a GEAP?

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Tem ação sobre a GEAP. Tem tido ação.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Mas os produtos dela têm registro na ANS?

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Ela não comercializa produtos. Ela não comercializa produtos no mercado. Ela tem que ter registro, se estiver comercializando algumas das formas dela. Mas ela é uma autogestão que não



comercializa. Registro a operadora tem, e tem produto registrado. Eu preciso levantar o número.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Eu só gostaria da resposta sobre a questão da fiscalização do Maranhão, como exemplo.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - É que o senhor fez outra pergunta.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Mas devo voltar agora.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Não chegou o material. Eu ia lhe pedir prazo, porque eu não estou com esse material disponível.

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Porque, nas nossas propostas de modificações da lei, inclusive, haverá com certeza algumas propostas para incrementar a Agência Nacional de Saúde. Não é proposta nossa, nem do Presidente, nem da CPI que haja um fim para as agências reguladoras, até porque o mundo todo parece ter tido um avanço. Então, com certeza, a agência necessitará de algumas alterações, principalmente na sua ação fiscalizadora, porque é muito inoperante nesse aspecto. O baixo número de funcionários é insuficiente para poder ver tantos planos que existem no Brasil. E existem planos locais, planos regionais, planos nacionais, a concentração no eixo Rio—São Paulo, quando ela monta um *call center* em São Paulo, quando ficaria muito melhor se fosse no Rio de Janeiro, já que todos os recursos de atendimento estão lá. Então, centraliza a coisa, não age direito, regionaliza, quando poderia estadualizar. Então, são observações que temos constatado no dia-a-dia da CPI. E fica aqui como um alerta, para que possamos estudar bem essa questão e, no próximo encontro, nós já poderemos aprofundar mais isso aqui e tirar algumas sugestões vindas até mesmo da própria ANS, como bem sugeriu o nosso Presidente.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Voltamos ao... Eu confesso que fiquei um pouco... Eu queria lhe colocar, Deputado, que vou lhe remeter em seguida e à CPI todos esses dados. Nós temos um sistema de fiscalização com um grau de eficiência bastante alto. Permita-me uma questão de ordem, Presidente. Eu tenho ainda resposta ao Deputado Mário Heringer. Como houve uma mudança, eu só queria entender se estou respondendo, fazendo considerações finais, porque agora eu me perdi um pouquinho...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Sem dúvida, foram muitas mudanças na reta final. Primeiro, que nós íamos fazer um bloco. Nós vamos



manter a idéia do bloco, mas, dentro do bloco, o Relator solicitou que queria que a parte dele fosse de perguntas e respostas. Então, se terminou o questionamento do nosso Relator...

O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES - Eu estou satisfeito. Agora, a gente vai estudar essas respostas para depois...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Então, vamos fazer o seguinte: atendido o nosso Relator, vamos ouvir o Deputado Darcísio Perondi. Depois, o senhor vai responder o Deputado Mário e o Deputado Darcísio Perondi.

O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER - Presidente, só para que não aconteça nas próximas ocasiões, quando mudar o critério, é recomendável que o convidado responda ao perguntado, porque, usando a mesma terminologia do boxe, o meu amigo aqui foi o juiz que apitou na hora e deu o tempo de o meu inquirido descansar.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Está certo. Eu acolho a preocupação do Deputado Mário Heringer. Deputado Darcísio Perondi.

O SR. DEPUTADO DARCÍSIO PERONDI - Fontana, eu não almocei. Eu estava com um grupo de Parlamentares no Conselho Nacional de Saúde, trabalhando as estratégias para nós resolvermos o grande problema do desfinanciamento progressivo da saúde, posto na proposta orçamentária do Governo Federal para o ano que vem, que preocupa a todos nós. Poderá levar 22 bilhões em 4 anos, e o ano que vem é quatro bilhões e meio. Às 15h, estaremos lá com o Ministro José Dirceu para avançarmos, e todos nós aqui, que estamos juntos nessa batalha da saúde. Ainda mais que eu vejo alguns Deputados que eu respeito a posição, que defendem que tem que ter tudo SUS e não pode existir plano de saúde. Se vencer a tese de alguns Deputados, nós vamos precisar muito mais do que tem hoje no SUS, ou do que vai ter menos, ou vai ter igual, se nós vencermos essa grande batalha, que é o SUS, que é o maior plano de saúde do mundo. Agências reguladoras. É um processo novo — 5, 6 anos. As agências estão formando pessoal com dificuldades. Há dificuldade, inclusive, de orçamentação. E este ano as agências, como um todo, tiveram retidos mais de 50% de recursos que nem provêm do Tesouro. Provêm de contribuições de pessoas ou instituições que contribuem diretamente com a agência, da saúde, da energia e de comunicação. E isso abala profundamente a capacidade operacional não diria de um recém-nascido,



pois já tem 5 ou 6 anos, mas de uma criança que está na primeira infância ou entrando na segunda infância e passa a não ter leite, não ter comida. Isso acontece com as agências como um todo, o que dificulta muito a fiscalização que é cobrada. Concordo, Deputado Mário, que os médicos, sim, são explorados. Precisa haver uma melhor definição, um melhor controle nessa área em que os médicos ficam no meio. E às vezes tem até UNIMED que emprega médico e que paga pouco também. Isso realmente precisa. A gente tem que ver também até a questão da dupla militância, que nós botamos na lei para acabar a dupla militância. Para todo médico, Deputado Mário, que é meu colega, poder atender quaisquer planos, e planos bons, tem que atender só um, porque senão é afastado da cooperativa ou do corpo clínico de um hospital. Deixo essa questão da dupla militância, companheiro Januário, que é meu amigo há alguns anos, cuja competência conheço, para que o senhor a responda na terça-feira. Antes, era uma selva. Com o processo da agência, não é mais selva, mas tem ainda enormes dificuldades. Então, carregar que tudo seja 100% nas agências é fazer proselitismo político e não dar tempo ao tempo. Precisamos cobrar, e cobrar bastante. Mas precisamos ter a noção de que o modelo agência começou com extrema dificuldade e agora piorou, porque a proposta do novo Governo — quem acompanhou a imprensa semana passada... — é esvaziar as agências. Esvaziar as agências. Aqui, faço um apelo ao Deputado Jamil, ao Deputado Fontana, ao Deputado Ribamar. Eu sou PMDB, que está na base, não concordo com aliança, mas também estou na base, estou trabalhando, porque eu estudo um modelo de agência já há uns 5, 6 anos e sei que não podemos impedir que o Governo mude o modelo da agência. Aí, sim, não vai valer o que estamos fazendo aqui. Não, valer sempre vale. *“Tudo vale a pena se a alma não é pequena”*, disse Fernando Pessoa. E vai valer o nosso trabalho. Mas, se o modelo de agência que precisa ser melhorado for explodido ou adotado o que o Governo está encaminhando a esta Casa, acabou-se a agência. Aí vai voltar a selva, meus queridos Deputados. Muito obrigado. Parabéns, meu caro Januário, por ter vindo aqui, e parabéns também pelo seu entendimento, pela sua disponibilidade de vir de novo na terça-feira. O senhor tem tantos problemas, o seu tempo é valioso e o senhor se dispôs... A minha assessoria me informou que, durante 3 vezes, o senhor disse que estava à disposição para vir novamente na terça-feira com toda a sua equipe explicar para nós, Deputados, que precisamos tanto da sua informação,



sobre o funcionamento da agência. Muito obrigado pelo trabalho e pela disponibilidade. Parabéns, Deputado Henrique Fontana, pela condução dos trabalhos, ao longo da CPI.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, Deputado Perondi. Sobre o modelo das agências, vamos continuar um belo debate pela frente, porque hoje não podemos prejudicar o tempo aqui...

O SR. DEPUTADO DARCÍSIO PERONDI - É uma coisa contraditória, que eu não entendo, e o senhor vai me ajudar a entender, vai nos ajudar a entender...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Eu tenho uma opinião diferente, mas nós vamos debater um outro dia.

O SR. DEPUTADO DARCÍSIO PERONDI - Então acaba a agência.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Dr. Januário, para concluir a sua participação, tentando responder aos 2 Deputados, Perondi e Mário Heringer. Só confirmando, Dr. Januário, que no dia 29... Vamos passar para o Dr. Januário, porque tem uma confusão sobre o calendário, na cabeça do Presidente. Eu vou consultar meus alfarrábios aqui.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Eu queria agradecer as palavras elogiosas do Deputado Perondi, sempre muito firme também nas suas colocações. Realmente, como vamos ter outras oportunidades de debate, a questão importante que S.Exa. levanta sobre o papel das agências reguladoras, eu tive a oportunidade... Gostaria de contribuir realmente com o debate. É um debate que foi feito ainda de uma forma incipiente. Infelizmente, as direções das atuais agências ainda não foram ouvidas. Certamente serão. Eu acho que poderão contribuir muito com o aperfeiçoamento, em relação a isso. Eu vou ficar devendo ao Deputado Ribamar algumas informações. É que eu não quero dá-las apressadamente e vou mandá-las, todas, por escrito. Queria tentar responder um pouco às colocações, ou esclarecer o meu posicionamento em relação às colocações do Deputado. A missão institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Deputado, não decorre de um exercício. Sei que o senhor usou também a figura de linguagem, até porque eu comentei, quando nós começamos a apresentação, que ela é a expressão do que está na lei. Essa missão que aparece é exatamente o artigo.. Agora me falha a memória qual. Acho que é o art. 3º. Enfim, ele é um artigo da nossa lei, não é um exercício de planejamento estratégico ou de missão institucional. Ele é a letra na lei. E a agência



segue fielmente isso. As colocações que eu fiz ao longo do tempo aqui não tiveram nenhuma intenção de, digamos assim, transformar a agência em vítima. Até porque eu acho que a agência não é. Aliás, eu acho que nenhuma agência é. Apesar dos rigores que nós temos tido, ao longo dos anos,, em algumas questões — o Deputado Perondi cita agora contingenciamento e algumas outras questões —, nenhuma agência pode reclamar da capacidade que tem, dada pela lei, porque ela tem flexibilidade muito maior do que qualquer Ministério ou de qualquer outra área para resolver os seus problemas. Essa é uma das vantagens do modelo da agência. Eu sempre evitei — e nós, da ANS, sempre evitamos — qualquer postura de se colocar no papel de “ah, é a agência”. Porque é inadmissível, quando se olha a capacidade de arrecadação própria, a liberdade dentro da lei de rever as suas próprias atribuições, de rever o seu estatuto. Então, as agências reguladoras não podem reclamar. Eu nunca, nesses dois anos e meio, a não ser nos debates, agora, para fixar aperfeiçoamentos da legislação, coloquei como problema da agência não termos um quadro até hoje... O Deputado, se não me engano, agora me foge, acho que foi o Deputado Chinaglia, perguntou sobre a questão da memória dos dirigentes. Não tinha que ter memória. A essa altura, todas as agências teriam quadros concursados. Infelizmente, por um embate legítimo sobre se seria ou não emprego público, as agências todas estão até hoje sem um quadro de carreira concreto, o que eu acho que poderia ser resolvido nesse projeto que está sendo discutido hoje, Deputado. Até já deixo como sugestão esse debate que está sendo colocado. Agora, isso prejudicou todas as agências, mas a ANS, mais do que qualquer uma, porque ela não tinha de onde puxar quadros. Mas não assumimos postura de vítimas, não. O que colocamos é o seguinte: tentar mostrar que as ações não tinham como ser feitas todas ao mesmo tempo. Esse colegiado e essa agência assumiram prioridades e cumprem a sua missão sem omissão alguma. Não é à toa que os senhores ouviram aqui na CPI, o Relator acabou de dizer, que todos os segmentos que vieram dizem que o problema é a agência. E acho que, se olharmos isso com um certo desarmamento, é lógico que é isso. O que a agência faz como órgão regulador? Ela ouve interesses legítimos de todos os segmentos, porque todos são legítimos. O interesse do consumidor no processo é legítimo, porque ele quer pagar o mínimo possível, ser melhor atendido, o interesse dos prestadores. E o senhor conhece, como médico e dirigente, que são legítimos de manutenção do sistema,



até porque, no caso dos hospitais, a sua grande maioria atende o SUS também. Há aí um financiamento de outra forma, que acaba sustentando o sistema, e o interesse das operadoras, sejam cooperativas etc., também é legítimo, por ser uma atividade econômica. E a Agência tem que decidir, e ela nunca se omitiu em momento algum. Temos 50, 60, 70, 80 resoluções, ao longo desses 4 anos, as quais a Agência decidiu, e foi criticada em geral por todos os lados. Quando mexemos na doença de lesão preexistente, não era tanto quanto os consumidores desejavam, mas era muito mais do que o mercado achava. E esse é o papel da Agência, ao qual ela nunca se furtou. E acho que agência alguma deve se furtar. Processos até que estão sendo aperfeiçoados agora, como os de consulta pública, audiências, todos eles são importantes, a agência tem que ouvir, o órgão regulador, mas a decisão é inerente à nossa responsabilidade, à qual nunca nos furtamos. Não há alguma incoerência, e não sabemos exatamente, Deputado, ou pelo menos achamos que sabemos o que aconteceu ao longo desse processo. Eu tive a oportunidade de tentar mostrar que era previsível que a próxima área de embate do setor seria entre operadoras e prestadores. E era previsível. *“Mas vocês não fizeram nada?”* Fizemos sim, estamos fazendo. Isso é um processo que eu posso tentar até explicitar de uma forma mais ampla. Mas são passos que têm que ser dados, Deputado. Num primeiro momento, a Agência — e não é vitalização, aí sim é planejamento decisório —, nós investimos na proteção ao consumidor, porque a lei tinha que valer para ele em primeiro lugar. Foi para ele, antes de mais nada, que a sociedade quis regular, e nós buscamos cumprir o nosso papel. Sabemos que isso gerava conseqüências. O senhor pergunta de onde tiramos o nosso índice, que é um índice de que o mercado, em alguns momentos, fala. Falava-se inclusive que o nosso índice causou grandes prejuízos ao mercado. E aí vem um pouco... Eu realmente não entendi a dificuldade, o senhor me perdoe, é óbvio que eu assino todos os requerimentos, mas vou pedir para haver uma revisão. Não entendi o que houve de dificuldades, porque todas as informações que foram solicitadas foram entregues. Mas não temos planilhas individualizadas realmente, que eu saiba. Temos para efeito de comprovação de reajuste, no momento do processo de reajuste, mas não é por custo, é por expansão agregada. Nós não sabemos nesse momento, nem para efeito de — e o senhor já disse que não foi isso que o senhor perguntou — quanto é pago para um ou outro hospital, laboratório ou médico. A Agência, com qualquer planilha que trabalhe,



trabalha com dados agregados. Agora, o nosso índice de reajuste, Deputado, ele não sai do nada, ele não sai da cabeça de ninguém não. Ele sai do monitoramento que fazemos dos planos coletivos: 9.27, que é o índice máximo, saiu da negociação livre do mercado com os planos coletivos. Foram analisados 153 mil contratos coletivos, num total de 12 milhões e meio de usuários. O que significou isso, Deputado? Para o monitoramento e para o plano coletivo, a operadora não precisa da autorização da Agência. Ela negocia livremente com a empresa que contratou o plano abertamente. Ela pode negociar o que ela quiser. Ela pode negociar índice, pois ela tem o poder de negociação. E ela é obrigada a nos informar. Nós fazemos um banco de dados trabalhado estatisticamente, que está à disposição da CPI e dos técnicos e gera o índice. Portanto, a linha desse índice é o seguinte. Trazemos, para o consumidor individual, o poder de barganha dos planos coletivos. O 9.27 é o quanto as operadoras conseguiram negociar com os seus contratos coletivos. E achamos justo que seja isso. Se o contrato coletivo não conseguiu mais de 9,27%, por que um consumidor, que não tem como negociar, vai pagar índice? Por que derrubamos a indexação? Se uma empresa negociando numa empresa um grande ou um pequeno plano, com uma grande ou uma pequena empresa... E aí é um empresário que está fazendo a conta, que pode mudar de plano a qualquer momento. Se ele tem cem funcionários, mais a família, e não concordar com o que aquela operadora está pedindo, ele sai e muda de plano. E, no dia seguinte, todo mundo vai estar atrás dele para vender plano pelo menor preço, sem carência, e seus empregados serão atendidos no dia seguinte, em qualquer procedimento. Então, ele tem o maior poder de barganha deste mercado. E isto estamos fazendo: é o limite do individual. Então, o senhor me perdoe. Realmente, não estamos acompanhando. O senhor falou de índice setorial. Isso é uma preocupação da Agência. Há uma licitação em fase decisória, em que 2 institutos, FGV e FIP — não sei se já decidiu, se alguém já ganhou —, estão disputando uma licitação na Agência, para desenvolver um índice setorial de preços no setor de saúde, que demora 3 anos de metodologia. As coisas estão sendo feitas, Deputado. Então, essa discussão dos prestadores, nós tínhamos certeza, enquanto planejamento, que, no momento que você conseguisse coibir o abuso na relação consumidor/plano, esse abuso ou ajuste viria para os prestadores. Até porque o senhor sabe, talvez melhor do que eu, como os prestadores estavam vulneráveis. Foi muito fácil, foi muito fácil,



para as operadoras endurecer as negociações com os prestadores. Porque, por conta das distorções anteriores ao real, por conta da indexação, que acabava criando uma verdadeira cadeia da felicidade — ninguém reclamava de ninguém, porque todo o mundo repassava tudo para o bolso do consumidor final —, você tinha, entre os prestadores — não estou aí identificando, assim como o senhor, não estou individualizando, eu estou falando no sistema —, principalmente hospitais... Passaram a ganhar a sua sustentação em atividades que nada têm a ver exatamente com margem de preço no medicamento, margem de preço em órtese e prótese, margem de preço em... E isso que foi muito fácil nas operadoras, porque ninguém tinha como defender... E é esse agora o papel que a Agência está fazendo. Hoje, a Agência está reforçando os prestadores na negociação com os operadores. Nós acabamos de emitir uma resolução que obriga aos contratos. E, talvez, num ano, 2 anos, 3 anos, Deputado — infelizmente, essas coisas demoram —, quando nós começarmos a fazer um banco de dados dos contratos que a Agência está obrigando os hospitais a assinar com os planos e os planos a assinar com os hospitais, inclusive prevendo cláusula anual de revisão, talvez a gente tenha esses dados. Esses dados são construídos. É uma informação... Então, me perdoe, Deputado, mas em nenhum momento quis transformar, nem quero transformar a Agência em vítima, certo? Acho que nenhuma agência reguladora deveria estar reclamando do que quer que fosse, porque ela tem versatilidade, ela tem como resolver e tem a obrigação de resolver, não é? O seu colegiado pode mudar o estatuto, pode mudar a forma de trabalhar.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Para concluir, Dr. Januário.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Agora, nós precisamos resgatar a noção de processo, Sr. Deputado. Senão, é como acreditar que, no dia 3 de julho de 98, baixada e promulgada uma lei e uma ANP, ou acreditar que o Estatuto do Idoso, que foi promulgado ontem, vai virar uma realidade concreta no dia-a-dia de 170 milhões de brasileiros amanhã. Nada é assim. O que eu tento resgatar não é uma postura de vítima, não. Se dei essa impressão, lhe peço desculpas, não é? É uma postura de... é progressão de um processo. Eu tenho que fazer uma coisa, para depois fazer a outra. Eu até sei que vou ter um problema. E, agora, eu estou resolvendo o problema.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Eu pedi ao senhor que concluísse, Dr. Januário, por favor.

O SR. JANUÁRIO MONTONE - Nós estamos com a “contratualização” feita, a de laboratórios em consulta pública e a de médico marcando câmara técnica. Então, não houve, da minha parte... Eu só queria dar uma... E o motivo da crise, Deputado, eu vou lhe dizer. O motivo da crise é que esse mercado está estagnado. Ele, há 4 ou 5 anos, tem o mesmo faturamento de 22 bilhões de reais, pelo mesmo número de usuários, em torno de 38 milhões de reais, e, portanto, os custos estão sendo comprimidos, e a concorrência está ficando cada vez maior. As operadoras têm uma concorrência antropofágica entre si. E prestadores têm uma concorrência antropofágica entre si. Por isso, no final dessa apresentação, que eu não fiz, eu coloco: o maior desafio para o setor, que está sendo enfrentado pelo Ministério da Saúde e continuará pela Agência, é a repactuação entre operadoras e prestadores, porque senão nós não vamos chegar a lugar nenhum. Desculpe pelo excesso. E...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Não tem nenhum problema, Dr. Januário. Eu quero só conceder aqui... O Deputado Mário pediu, por um minuto, a palavra. E, depois, nós vamos encerrar a nossa audiência de hoje.

O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER - Eu queria que o senhor, por favor, Dr. Januário, o senhor solicitasse a sua assessoria que passasse para a gente essa apresentação que o senhor fez, para que a gente pudesse... O mais rápido possível, para que a gente, na próxima terça-feira, tivesse essas informações, para ter uma análise melhor, porque, realmente, a apresentação do senhor foi prejudicada pela velocidade. Agora, no final, como um bom *boxer*, o senhor reagiu bem. Parabéns!

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Aqui, os *rounds* do boxe. (*Risos.*) Quero agradecer a presença ao Dr. Januário, a todos os Deputados e Deputadas e às demais pessoas que acompanharam esta audiência. Dou por encerrada esta audiência pública e convoco a CPI para nova audiência pública, terça-feira, às 14h.