



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

CPI - PLANOS DE SAÚDE		
EVENTO: Reunião Ordinária/Audiência Pública	Nº: 0826/03	DATA: 24/06/03
INÍCIO: 14h55min	TÉRMINO: 17h36min	DURAÇÃO: 02h41min
TEMPO DE GRAVAÇÃO: 03h	PÁGINAS: 61	QUARTOS: 36
REVISÃO: Cássia Regina, Irma, Luciene Fleury, Sílvia, Víctor		
CONCATENAÇÃO: Letícia		

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO
RICARDO MORISHITA - Diretor do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor. GUSTAVO JOSÉ MARRONE DE CASTRO SAMPAIO - Diretor-Executivo da Fundação PROCON de São Paulo.

SUMÁRIO: Apreciação de requerimentos. Tomada de depoimentos.

OBSERVAÇÕES
Há exibição de imagens. Há expressão ininteligível. Há orador não identificado.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Boa-tarde a todos e a todas que acompanham esta reunião da Comissão Parlamentar de Inquérito que investiga os planos de saúde. Boa-tarde aos Deputados e Deputadas presentes. Havendo, então, número regimental, declaro abertos os trabalhos. Indago aos Srs. Parlamentares se há necessidade da leitura da ata da reunião anterior, realizada em 12 de junho.

O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER – Peço a dispensa da leitura da ata.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Então, dispensamos a leitura da ata, por solicitação do Deputado Mário Heringer. Não havendo quem queira discutir a ata da nossa reunião anterior, coloco-a em votação. Aqueles que aprovam, por favor, permaneçam como se encontram. *(Pausa.)* Aprovada a ata. Nós hoje temos 2 convidados na CPI, mas temos alguns assuntos aqui de caráter interno, que gostaríamos de sugerir o encaminhamento, antes de abrir a nossa audiência pública. Em primeiro lugar, eu, na condição de Presidente, e o Deputado Ribamar, na de Relator, trazemos a sugestão à CPI de que ela permaneça funcionando durante o mês de julho, o recesso parlamentar, ou seja, que nós incluamos a nossa CPI na pauta da convocação extraordinária da Casa, até para não perder o ritmo, porque instalamos a CPI faz 10 dias, para manter os trabalhos funcionando. Então, coloco isso em discussão. Se algum Deputado quiser se manifestar ou se há concordância. Deputado José Linhares.

O SR. DEPUTADO JOSÉ LINHARES - Gostaria de perguntar ao Presidente se foi acertado com o Presidente da Casa se não vem uma pauta predeterminada e daí nós não podermos colocar na pauta de convocação, porque há uma pauta sempre, em convocação extraordinária, predeterminada.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Nós consultamos o Presidente da Casa, Deputado José Linhares, e S.Exa. acha que não há nenhum problema de funcionarem as CPIs, se assim for a vontade dos componentes da CPI, até porque a pauta que nós teremos não colidiria com o nosso trabalho de CPI. Deputado Murad.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - Nessa mesma preocupação do Deputado Linhares, Deputado Henrique Fontana, a convocação extraordinária tem pauta específica, predeterminada. Nós não ficaremos sujeitos à anulação do



trabalho por alguém que conteste os nossos resultados durante o mês julho, por não constar da pauta oficial, e anular o nosso trabalho?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Exatamente a nossa consulta aos Deputados membros da CPI é porque, em havendo posição favorável da nossa parte, a CPI estará incluída na pauta da convocação extraordinária para evitar qualquer tipo de problema de tal ordem. Já está inclusive na sugestão de pauta do Presidente, aguardando nosso posicionamento.

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - Superada essa restrição, que foi abordada aqui, se ela puder ser superada, a minha opinião é que devemos manter em funcionamento a CPI durante todo o mês de julho, para poder... Será até melhor, porque teremos mais tempo, porque, durante o mês de julho, não têm Comissões, os trabalhos serão...Teremos muito mais tempo aqui na Câmara para uma dedicação maior aos trabalhos dessa CPI, e o resultado será muito mais eficiente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Perfeito. Deputado Mário Heringer.

O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER - Bem, eu quero ir de encontro à opinião do Deputado Sebastião Madeira, porque eu já acho o contrário. A gente tem o prazo regimental de 120 dias para fazer isso, e a gente já começou no momento em que teve esse feriado emendado, e a gente já perdeu algum tempo. Eu não sei se, durante esse período de recesso, com o foco específico em determinados assuntos, nessa convocação extraordinária, se a gente vai ter efetivamente condição de desempenhar um trabalho adequado durante esse período. Então, sei lá, se a gente parasse no dia 30 e começasse os trabalhos no dia 1º de agosto, seria mais interessante.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Deputado Sebastião.

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA – Eu gostaria de replicar que nesta convocação extraordinária, na realidade, o que vai funcionar muito é a Comissão de Constituição e Justiça, são outras comissões, as comissões especiais que estão analisando os projetos de reforma tributária e reforma da Previdência. A grande maioria dos Deputados vai ficar absolutamente ociosa durante a convocação extraordinária.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – É, eu também, participando aqui da nossa reflexão, tenho essa visão, Deputado Mário. Participei de outras convocações extraordinárias na legislatura anterior. É um período em que, pela suspensão dos trabalhos nas comissões permanentes, nós teremos, na minha opinião, mais tempo inclusive para aprofundar o nosso trabalho e produzir, inclusive, mais durante esses 30 dias. Deputado José Linhares.

O SR. DEPUTADO JOSÉ LINHARES – Falo aos nobres pares, isso não seria uma informação, eu diria, partindo de conhecimento específico, porque eu não estive na reunião das Lideranças. Segundo o Líder que esteve presente, haveria um recesso branco durante o período da nossa convocação extraordinária. Aí eu pergunto se nesse recesso branco, se nós também entraríamos em recesso branco?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Não, eu estive numa das reuniões de Liderança, não tenho informação sobre recesso branco. O que tem que talvez dê essa preocupação seja exatamente o período entre o final dos trabalhos legislativos normais e o início da convocação extraordinária, para organizar a pauta etc, podem se passar 3 ou 4 dias. Mas, nesse caso, nós adaptaremos o nosso calendário a essa realidade. Eu acho que o importante é nós não perdemos o pique durante o mês de julho. Com a paralisação total em julho, eu acho que a gente perderia o próprio envolvimento de setores da sociedade que têm se aproximado da CPI, trazido propostas, posições, documentos etc. Então, eu acho que a gente tem como adaptar a situação. Certo? Então, não havendo mais quem queira discutir esse tema, coloco em votação essa proposta de continuidade dos trabalhos da nossa CPI no período do recesso de julho, da convocação extraordinária. Os Deputados que aprovam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)* Aprovado. Vamos votar aqui mais alguns requerimentos para depois chamar imediatamente os nossos convidados para fazer uso da palavra. O primeiro requerimento que consta da pauta, Item nº 1, Requerimento nº 12, de 2003, do Deputado... Não, não está presente. *(Pausa.)* Os nossos autores de requerimentos... Só o Relator aqui. Então, vamos analisar o Item nº 8 da pauta. Requerimento do Deputado Relator desta Comissão, Deputado Dr. Ribamar Alves, nº 21/2003. S.Exa. requer seja convocado o Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar para prestar depoimento nesta CPI sobre as possíveis dificuldades



encontradas pela Agência no exercício de sua função reguladora, normatizadora, controladora e fiscalizadora das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Alguém quer discutir o requerimento? Não havendo quem queira discuti-lo, coloco-o em votação...

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD – Pela ordem, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Pois não, Deputado Jamil Murad.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD – Ao ouvir entidades de defesa do consumidor aqui participando desta sessão, eles levantavam a conveniência de também acrescentar a participação da Diretora de Fiscalização da ANS.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Eu estou sendo informado pela nossa secretária, Deputado Jamil Murad, quanto à acolher essa sugestão, de que há outro requerimento na pauta de hoje sugerindo essa convocação. Então, para evitar muitas alterações nos requerimentos, se confirmamos isso que a secretária Carla está verificando, então, nós... Eu acho que é... Então, como não está claro no outro requerimento, vamos acolher a sugestão do Deputado Jamil Murad acrescentando, então, Deputado, a Diretora responsável pela fiscalização...

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD – Diretora de Fiscalização.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Diretora de Fiscalização da ANS. Então, não havendo mais quem queira discutir este requerimento, coloco a matéria em votação. Aqueles que aprovam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)* Aprovado o Item nº 8 da pauta. Passamos ao Item nº 9, também requerimento do Deputado Dr. Ribamar Alves. S.Exa. requer que sejam convocados representantes indicados pelas diretorias da Associação Brasileira de Medicina de Grupo — ABRAMGE; do Sindicato Nacional de Empresas de Medicina de Grupo — SINAMGE; da União Nacional das Instituições e Autogestão em Saúde — UNIDAS; e da Federação Nacional de Seguros Privados — FENASEG, UNIMED, para prestarem depoimento sobre denúncias apresentadas por prestadores de serviços e usuários de planos de saúde envolvendo tais entidades. Em discussão o Item nº 9 da pauta. Não havendo quem queira discuti-lo, em votação o Item nº 9 da pauta. Os Deputados e Deputadas que aprovam permaneçam como se acham. *(Pausa.)*



Aprovado o Item nº 9 da pauta. Item nº 10, Requerimento nº 23, também do Deputado Dr. Ribamar Alves. S.Exa. requer seja convocado representante do IDEC, Instituto de Defesa do Consumidor, para prestar esclarecimentos sobre o relatório elaborado por técnicos desse Instituto, o qual serviu de motivação para a criação desta CPI.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA – Pela ordem, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Pois não, Deputado Arlindo Chinaglia.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA – Caso eu incorra em algo que já tenha sido discutido, eu peço escusas a V.Exa. e aos demais pares. Mas aqui no Item nº 3, bem como no Item nº 1 da presente pauta, agora novamente no Item nº 10, o IDEC, de variadas formas, está sendo convidado. Não sei se foram aprovados os 2 requerimentos anteriores. É a questão de esclarecimento que eu faria.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Não, Deputado Arlindo, não foram, porque os autores não estavam no momento na CPI. Então, nós saltamos para os requerimentos dos que estavam presentes. Então, não foi aprovado.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA – Eu queria... Agradeço a informação. Mas, sugiro, então, que, a partir da proposta do Sr. Relator, que esses outros requerimentos que dizem respeito ao IDEC, que nós não trouxéssemos o IDEC aqui 3 vezes. Vamos trazer uma vez, obviamente. Eu estou já argumentando pela ausência, mas que isso sirva para outros casos, senão nós vamos ser uma CPI de audiência pública. Não precisa fazer CPI para ter tanta audiência pública, não é verdade?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Certo. Os 3 requerimentos tratam da mesma entidade, do mesmo convite, portanto, evidente, vão gerar uma audiência pública. E chamo atenção aqui do Relator e da nossa secretária de que eles tratam de temas diferentes, apesar de o Instituto convidado ser o mesmo. Então, é adequado que aprovemos os 3 e faremos uma só audiência pública. Neste momento está em votação o Item nº 10 da pauta. Não havendo mais quem queira discutir, coloco em votação. Os Deputados que aprovam este requerimento queiram, por favor, permanecer como se acham. *(Pausa.)* Aprovado,



então, o Item nº 10 da pauta. Item nº 11, também do Deputado Dr. Ribamar Alves, em que se requer que sejam convocados representantes do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, da Federação Brasileira de Hospitais, da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas, da Associação Brasileira de Odontologia, do Sindicato dos Consultores de Seguros de Planos de Saúde para prestarem depoimento sobre a interferência das empresas de planos de saúde na prática em saúde e de prestação de serviço, limitando o uso e o pagamento dos serviços prestados. Em discussão o Item nº 11, Requerimento nº 24. Não havendo quem querida discuti-lo, coloco a matéria em votação. Os Deputados e Deputadas que aprovam o presente requerimento queiram permanecer como se acham. *(Pausa.)*. Aprovado o Item nº 11 da pauta. Voltamos ao Item nº 3 da pauta, requerimento do Deputado Dr. Rosinha, nº 16/2003, que requer a realização de audiência pública com representante do IDEC, para apresentar a posição do Instituto em relação aos serviços prestados pelos diversos Planos de Saúde. Em discussão o requerimento. Não havendo quem queira...

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA – Sr. Presidente, pela ordem.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Pois não.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA – Faço, à guisa de sugestão, como V.Exa. já tinha produzido essa síntese, que a partir do requerimento do nosso Relator, Dr. Ribamar Alves, que vai trabalhar, digamos, o próprio texto elaborado por aquela entidade, esses outros 2 requerimentos eles podem ser encarados, eu sugeriria, como derivativos dessa apresentação inicial. Ou seja, ali se produziu um texto, a partir dali, no caso o requerimento do Deputado Dr. Rosinha, veja, digamos, é uma abordagem específica, quem sabe pudesse, a partir do requerimento do Deputado Dr. Ribamar, já aprovado, sugerir que trouxesse também informações desse Item nº 3 e também do Item nº 1, o primeiro. Porque o primeiro, os Itens nº 1 da pauta e o nº 3 me parecem que têm o mesmo sentido. Porque, olha aqui, o Item 1, diz que é para prestar informações sobre o tratamento dispensado pelos planos de saúde aos contratantes dos serviços por eles prestados. Parece-me que ambos têm o mesmo sentido geral.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – A minha visão, Deputado Arlindo, é de que o Requerimento nº 23, que foi o Item nº 10, pela redação



que o nosso Relator deu — evidente que isso não vai nos impedir de fazer uma discussão mais abrangente —, mas ele cita especificamente o relatório que deu origem à nossa CPI. E o Item n^o 3...

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA – Então, é melhor aprovar e depois no dia...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Aprovar e depois no dia... Então, coloco em votação a matéria. Os Deputados que aprovam permaneçam como se encontram. (*Pausa.*) Aprovado o Item n^o 3 da pauta. Item n^o 4, também do Deputado Dr. Rosinha, que requer a realização de audiência pública com representantes da Federação das Associações de Pacientes Renais Crônicos e Transplantados, da Sociedade Brasileira de Nefrologia e da Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante para prestar depoimentos acerca dos serviços prestados pelos diversos planos de saúde. Em discussão. Não havendo quem queira discuti-lo, em votação. Os Deputados que aprovam permaneçam como se encontram. (*Pausa.*) Aprovado o Item n^o 4 da pauta.

O SR. DEPUTADO SILAS CÂMARA – Pela ordem, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Pois não, com a palavra pela ordem.

O SR. DEPUTADO SILAS CÂMARA – Sr. Presidente, subscrevo o Item n^o 5, Requerimento n^o 18/03, do Deputado Arnaldo Faria de Sá, portanto do PTB, para que ele possa ser, então, aprovado pelo Plenário, se for o caso, Sr. Presidente, porque sou titular indicado pelo meu partido em substituição ao Deputado José Carlos Martinez nesta Comissão. Então, gostaria de subscrever esse requerimento, por gentileza, para que ele possa ser votado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Pois não, Deputado. Então, está subscrito o requerimento por V.Exa. Acolhemos V.Exa. com muita alegria como titular da nossa Comissão. Colocamos o requerimento, então, o Item n^o 5 da pauta, Requerimento n^o 18, que requer que sejam convidados os Srs. José Francisco Schiavon, representante da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços; José Erivalder Guimarães de Oliveira, representante da Central Única dos Trabalhadores; Aloísio Barbosa de Araújo, representante do Ministério da Fazenda; Carlos Roberto Squillaci, representante do SINOG; Luiz



Francisco Gianini, representante da UNIODONTO, Ricardo Morishita, que já está inclusive indicado em requerimento anterior e hoje neste aqui; José Mário Morais Mateus, representante do Conselho Federal de Odontologia; Maria Angélica Azevedo Rosin, representante do Conselho Federal de Enfermagem; Samir Dahas Bittar, representante da Associação Médica Brasileira, também já aprovado; Luis Plínio Moraes de Toledo, representante da Federação Brasileira de Hospitais; Paulo Guilherme Barroso Romano, representante da Confederação Nacional do Comércio, para prestarem informações sobre o tratamento dispensado pelos planos de saúde e seguro de saúde. O Requerimento nº 8, de 2003, aprovado no dia 12, já requer, então, à AMB, constante neste requerimento, que apresente a sua posição nesta Comissão, e aqui, talvez, solicite algum objeto diferente. Eu coloco em discussão o requerimento. Antes de passar a palavra para algum Deputado que queira fazer uso da palavra, sugiro, talvez, ao autor do requerimento se nós não podemos retirar o nome das pessoas que estão sendo convidadas e votar o convite a essas entidades, que posteriormente indicariam a pessoa mais adequada para estar aqui as representando. É a consulta que faço ao autor do requerimento.

O SR. DEPUTADO SILAS CÂMARA – Sr. Presidente, se V.Exa. concordasse e os colegas também, nós poderíamos, ao invés de retirarmos os nomes desses, que são os principais dirigentes das instituições, colocarmos ou seu representante. Aí, nesse caso específico, nós forçaríamos a situação para que viessem os que realmente representam a instituição e, realmente, na falta da possibilidade de algum deles vir, então, haveria a indicação desses representantes.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Mais algum Deputado quer fazer uso da palavra? Não havendo mais quem queira discutir e com a modificação sugerida pelo autor...

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD – Pela ordem.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Pois não, Deputado Jamil Murad.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD – É freqüente nós recebermos convite de mudança de Diretoria de entidades. Dependendo do mês que nós formos ouvir determinada pessoa, ela pode já não responder mais por aquela entidade. Teria que ser uma formulação que não excluísse a participação de nomes que o Deputado



queira propor, porque mesmo essa formulação fulano de tal ou o seu representante, na ocasião, ele pode não representar mais a entidade. Então, sugiro uma formulação que não exclua a proposta, mas...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Vamos ouvir o autor do requerimento.

O SR. DEPUTADO SILAS CÂMARA – Sr. Presidente, o senhor perceba bem que nós estamos diante de um dilema muito fácil de ser resolvido. Seria o caso de eu perguntar a V.Exa. por que não, então, substituir o nome de todos os outros requerimentos anteriores, não é verdade? A única diferença que existe entre este requerimento e os outros é que naqueles foram feitos vários requerimentos, cada qual solicitando determinado nome específico. O senhor pode observar que assim estão os outros requerimentos. Então, não vejo nenhuma dificuldade em nós mantermos um nome ou o seu representante, já que em requerimentos que nós anteriormente estamos aprovando, muitos deles têm nome específicos. Mas, eu não vejo nenhuma dificuldade, se assim for melhor, para que seja elaborado o convite, que assim seja feito. Acho apenas que, em se enfatizando o nome, termina-se, por experiência em outras CPIs de que já participamos — e vários dos senhores aqui também já participaram —, quando não se coloca o nome especificamente do convidado, geralmente se tem a surpresa de ser presenteado com a presença de uma pessoa que não pode dar a informação, quase sempre, à altura do que a Comissão necessita para esclarecer a questão em uma audiência só, definitivamente, aquela resposta preciosa para que o Relator possas ter as informações que ele necessita para fazer o relatório. Eu deixo a sugestão de que V.Exa. conduza, então, a aprovação do requerimento da forma que melhor facilitar e melhor agilizar o serviço desta CPI.

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

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Sr. Presidente, mais uma vez queria observar, e não tem a ver com esse requerimento especificamente, mas tem a ver com esse e com todos os demais, que nós estamos há duas sessões aprovando requerimentos. E, evidentemente, nós respeitamos todos os nomes sugeridos e aqueles que ainda serão, bem como as entidades. Porém, do ponto de vista de trabalho da CPI, é absolutamente temerário que nós aprovemos aqui uma



miríade de audiências públicas. Esta CPI corre o risco de não fazer outra coisa. E... porque creio que nós... vai, digamos, na forma de sugestão a V.Exa., que nós delegássemos ao Relator, a V.Exa., que decidisse, em nome desta Comissão, de acordo com o que esta Comissão já aprovou na sua primeira reunião, que era ouvir entidades assim denominadas de defesa do consumidor, associações profissionais, representantes de usuários, porque eu creio que isto dá estrutura a esta CPI. E se nós não tivermos critério para fazer o convite às primeiras entidades, nós podemos entrar numa rotina de ouvir aqui, o que vai ser extremamente repetitivo, cansativo, até porque imagino que os Deputados e Deputadas desta CPI têm razoável experiência no tema. Então, a minha preocupação é essa. Eu não tenho, eu não sei se V.Exa. sabe quantas nós já aprovamos aqui. Mas eu presumo que já aprovamos umas 50 audiências públicas ou pelo menos umas 20, 30. Cinqüenta é para apimentar. (*Risos*).

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Cinqüenta é para deixar o Presidente apavorado.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Exatamente. É para dar o sentido de alerta, não é?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Acender o sinal amarelo.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Porque eu creio que nós devemos, depois, chamar uma reunião de trabalho. Se a Comissão não concordar que o Presidente e o Relator decidam, mas eu sugiro então, como alternativa, que façamos um trabalho e nós vamos decidir quem vai vir, digamos assim, às 5 primeiras sessões, porque depois, talvez, a gente resolva fazer algumas investigações. E deixar para fazer audiências lá para frente, senão nós não vamos fazer outra coisa.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Bem, eu vou só... Só que para a gente não abrir um outro assunto que é muito importante que o Deputado Arlindo apresenta, mas ele mesmo já diz na sua fala que não está propondo que este assunto seja analisado para impedir a votação deste requerimento que estamos analisando. Então, a minha proposta é que nós encaminhemos a votação do requerimento com as modificações propostas pelo autor. E tão logo aprovado, eu



passo a palavra ao nosso Relator, que vai explicar um pouco para a nossa Comissão, de maneira rápida, para que possamos iniciar a audiência pública, a preocupação que nós tivemos até o momento, especialmente o Relator, de organizar, atendendo a esta preocupação do Deputado Arlindo. Então, em votação o Item nº 5 da pauta, apresentado pelo Deputado Silas Câmara. Os Deputados que concordam com o referido... O Deputado Roberto Jefferson quer fazer uso da palavra?

O SR. DEPUTADO ROBERTO JEFFERSON - Só para sustentar o requerimento do Deputado Arnaldo Faria de Sá, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Então, está com a palavra o Líder do PTB nesta Casa, que nós acolhemos na nossa Comissão.

O SR. DEPUTADO ROBERTO JEFFERSON - É nosso companheiro do partido, e toda informação que nós pudéssemos ter assim no princípio desta CPI é importante para formar juízo do Relator, dos Deputados membros da Comissão. Então, eu gostaria de insistir no requerimento do Deputado Arnaldo Faria de Sá, para que nós pudéssemos também não fazer apenas um juízo de uma só vertente, um juízo mais amplo do que se discute sobre plano de saúde no País. A posição do PTB é sustentar o requerimento do Deputado Arnaldo Faria de Sá.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Então, não havendo mais quem queira discutir, coloco em votação o Item nº 5 da pauta. Os Deputados que o aprovam, por favor, permaneçam como se acham. Aprovado o Item nº 5 da pauta. Então, uma palavra rápida do nosso Relator para colocar... Eu sugiro previamente que nós não façamos uma discussão agora sobre a proposta do Relator, para que possamos entrar na audiência pública. E se for o caso, depois, voltamos para a organização das próximas semanas. Relator Ribamar.

O SR. DEPUTADO RIBAMAR ALVES - Nós tivemos uma reunião junto com o Presidente, Deputado Henrique Fontana, em que trouxemos à baila a primeira audiência, que foi a audiência de instalação, em que ficou acordado que nós faríamos blocos. Então, não há nenhum prejuízo na aprovação dos requerimentos de audiência pública aqui propalados, porque esses requerimentos vão ser colocados nos blocos para que não haja prejuízo da continuação e do dinamismo desta CPI. Nós temos os blocos dos órgãos de Defesa do Consumidor, que seriam



então o dos PROCONs, do IDEC, depois os blocos dos representantes dos prestadores de serviços, o bloco de fiscalização e regulação, e o bloco de empresa de setor de planos de saúde, com as cooperativas. Então, isso aí não haveria nenhum prejuízo. Para tanto, eu tenho recebido, inclusive, algumas denúncias, algumas solicitações, como da Sociedade Brasileira de Cardiologia, por exemplo, que me encaminhou uma carta solicitando o agendamento de um horário para uma conversa detalhada, onde gostaria de entregar um dossiê sobre importantes denúncias e irregularidades dos planos de saúde. Não só da Sociedade Brasileira de Cardiologia como da Sociedade de Ginecologia, de Cirurgia, de Radiologia, de Ultrasonografia. Então, para esse tipo de denúncia eu gostaria que nós fizéssemos reuniões de trabalho, para evitarmos audiências públicas, onde nós receberíamos a documentação, convidaríamos os colegas da CPI e lá receberíamos, ouviríamos e conversaríamos, e daí detalharíamos um trabalho mais apropriado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, Relator. Então, com a concordância dos membros da CPI, vamos dar início à nossa primeira audiência pública, com a finalidade de ouvir o Sr. Ricardo Morishita, Diretor do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor, a quem convido para sentar à mesa conosco, e o Sr. Gustavo Marrone de Castro Sampaio, Diretor-Executivo do PROCON de São Paulo, sobre apresentação de casos, por amostragem, que envolvam negativa de cobertura e outros problemas. Esta audiência pública decorre dos requerimentos nºs 5 e 6, de minha própria autoria, apresentados no dia 12.

O SR. DEPUTADO ROBSON TUMA - Pela ordem, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Pois não, Deputado Robson Tuma

O SR. DEPUTADO ROBSON TUMA - Eu estou na Comissão de Constituição e Justiça, nós estamos votando um projeto importante em relação à Polícia e ao Ministério Público, então cheguei um pouco atrasado, mas só para fazer um manifesto, eu sei que já foi votado pela Comissão, mas aí a inclusão ou não no mês de julho caberia, obviamente, à convocação de alguma reunião feita por V.Exa. Caso contrário, o Regimento prevê que este prazo seja estancado. Eu sei que a Comissão já deliberou, eu não tive a oportunidade de estar aqui no momento, mas só colocar a V.Exa. e demais colegas — e V.Exa. pode isso fora da sessão,



posteriormente conversar com os colegas —, nós pedimos vários documentos e várias informações de vários órgãos. Nós poderíamos, sem perder o prazo do término desta Comissão, usar exatamente esses dias que é o tempo exato para chegarem à Comissão os documentos, pelo prazo de 15 dias que V.Exa. deu, e a Assessoria da Comissão fazer o levantamento e fazer a juntada das denúncias que se referem às mesmas coisas, enfim, dos vários fatos que houve. E aí, se houver a necessidade, V.Exa. convocaria uma sessão no meio de julho, e, obviamente, começaríamos a contar o prazo. Caso contrário, teríamos resguardados esses 30 dias em que a Comissão estaria trabalhando, porém não estaríamos contando o prazo regimental que é estabelecido na sua formação. Esse artifício foi usado algumas vezes na própria CPI do Narcotráfico, e é muito importante para que possamos ter as informações. Meu grande medo é de que atrasem essas informações para esta Casa e que nosso prazo acabe sendo antecipado por causa do mês de julho, o prazo de expiração, e nós aí estaríamos ganhando um mês para colher informações e, obviamente, aqueles que têm tentado esconder do País e desta Casa ações irregulares em relação aos planos de saúde consigam vencer mais uma vez essa batalha. Então, esta é só uma colocação desta minha preocupação, eu acho que isso é um assunto que V.Exa. pode rever depois com os colegas. É só não marcar a reunião e fica, obviamente, mantido o direito regimental de não contar prazo no mês de julho. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Nós acolhemos a preocupação do Deputado Robson Tuma. De fato tínhamos debatido antes, vamos reabrir o debate agora e vou consultar, juntamente com o Relator, diversos colegas para que cheguemos à melhor conclusão. Passo imediatamente a palavra, pelo prazo, inicialmente, de 20 minutos — se for preciso um pouco mais, nós, da Mesa, seremos tolerantes — ao Sr. Ricardo Morishita.

O SR. RICARDO MORISHITA - Exmo. Sr. Deputado Presidente desta CPI, Dr. Henrique Fontana, Exmo. Sr. Deputado Relator, Dr. Ribamar Alves, Exmos. Srs. Deputados, quero, inicialmente, agradecer o convite e a oportunidade de estarmos aqui para estar falando com relação aos planos de saúde e, especificamente, com relação à questão do consumidor. Eu pertencço ao Departamento Nacional de Proteção e Defesa do Consumidor, que é um órgão da Secretaria de Direito



Econômico, do Ministério da Justiça, que tem por atribuição a coordenação do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, que, vale dizer, é um órgão que procura trabalhar de uma forma articulada e estratégica com todo o chamado Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, que corresponde, na prática, aos órgãos estaduais de defesa do consumidor — são os PROCONs Estaduais, os PROCONs Municipais e as entidades civis, notadamente o IDEC, o BrasilCom, o Ministério Público de Defesa do Consumidor, em suma. Diante desse tema, que me causou, de um lado, um grande prazer de estar aqui falando; de outro, uma grande preocupação, porque indiscutivelmente ele traduz uma história de conflitos na área do consumidor, foi inicialmente pensar como estabelecer uma linha lógica que pudesse, numa brevíssima intervenção, procurar passar os principais pontos que afetaram o consumidor brasileiro, o nosso consumidor, com relação aos planos de seguro-saúde. A primeira pauta que me vem à cabeça — e eu acho que esse é um dado histórico — é quando nós nos remetemos à criação da lei dos planos de saúde. Eu me recordo — trabalhei durante 14 anos num órgão de defesa do consumidor — que essa lei demorou no mínimo 6 anos nesta Casa para que fosse aprovada. Ela contou com, no mínimo, 12 audiências públicas e chegou a receber 131 emendas. O que é interessante é que, quando essa lei entrou em vigor, todos sabemos, já vivíamos uma situação consolidada. Por quê? A norma que protegia os consumidores antes da edição da lei dos planos de saúde era o Código de Defesa do Consumidor. Por que é importante fazer essa observação e esse reparo? Por duas razões. A primeira razão: antes da lei vigorava o Código de Defesa do Consumidor, que traz no seu bojo — e essa foi uma das melhores leis já editadas neste País, não dita somente por brasileiros, mas dita principalmente por especialistas, professores da área — uma tecnologia jurídica absolutamente fantástica, porque ele permite, por meio da sua estrutura calcada em princípios e normas abertas, encerrar a finalidade e a decisão de todos os conflitos nos quais se encontra o consumidor. Em outras palavras, o Código procura estabelecer regras e princípios básicos que orientarão o aplicador da norma diante de cada caso concreto. Princípios como, por exemplo, a transparência da relação; princípios como, por exemplo, a boa fé; e talvez um dos mais preciosos, o da vulnerabilidade do consumidor. É óbvio, porque, numa relação de consumo entre um consumidor e



um fornecedor, a parte mais fraca, a parte mais vulnerável, pelo simples fato de ser consumidor, é o nosso consumidor brasileiro, reconhecida como princípio da norma, e que vai sustentar todo um arcabouço, todo um vetor de interpretação para que a gente pudesse enfrentar todos os demais conflitos. E aí as normas abertas, as práticas abusivas, enfim. O segundo fato que me chama a atenção é: como ficava o consumidor antes da edição da Lei dos Planos de Saúde? Ele tinha o Código de Defesa do Consumidor. Ele não podia ter aquela especificação daquela regra dizendo sobre preexistência ou aquela especificação dizendo daquela regra relacionada à urgência e emergência, mas ele tinha uma lei que era absolutamente clara, que era absolutamente incisiva ao reconhecer que, do outro lado, do lado mais fraco, se encontrava o consumidor. E regras, como por exemplo, o equilíbrio contratual, a justiça contratual, a redistribuição dos ônus, eram absolutamente evidentes, porque o Código não continha normas procedimentais, mas normas de decisão, normas finalísticas. Não importa a interpretação que se vá fazer diante do conflito porque o objetivo final, a meta final a ser alcançada é a proteção do consumidor. O segundo dado que também vale registro é que, de uma certa maneira, a sociedade brasileira, durante todo esse tempo de vigência do Código do Consumidor, conseguiu algo que talvez a gente possa reputar como um dos seus maiores patrimônios, foi o seu patrimônio moral, o seu patrimônio ético, porque em cada conflito se estabelecia regra clara: se é a parte mais fraca, se você ofertou um contrato e não deu a oportunidade de o consumidor conhecer o contrato, o contrato não pode valer, ele não pode ser imputado, não pode ser cobrado desta forma, ou seja, a norma brasileira, o Código de Defesa do Consumidor, durante todo esse período, conseguiu estabelecer valores, conseguiu estabelecer valores calcados no respeito à pessoa humana, ainda que houvesse uma dicotomia, ainda que houvesse um conflito entre duas racionalidades, entre uma racionalidade preponderantemente econômica e uma racionalidade social. A sociedade brasileira, com a aplicação do Código, conseguiu estabelecer essa dimensão, estabelecer os seus valores e as suas referências. Ora, se você exige do consumidor um cheque-caução num momento específico, num momento em que, além de estar vulnerável, ele também é hipossuficiente, porque tecnicamente ele tem uma vulnerabilidade muito maior, o Código proibia, o Código afastava, no art. 39-V, ou seja, são valores que permearam



toda a edição e toda a sobreposição, quando veio a lei dos planos de saúde. É importante porque muitas vezes lidamos com recorte, com recorte de uma lei extremamente fragmentada, extremamente detalhista, de uma racionalidade procedimental e pouco finalística. Mas chegamos, então, a uma terceira análise. Diante de um quadro como esse, o que eu tinha antes da lei dos planos de saúde, o que eu tinha era o Código do Consumidor, e tinha todo o patrimônio moral que nós conseguimos capitanear, nós chegamos especificamente a uma discussão acerca dos planos de seguro-saúde. O que me parece também razoável, uma ponderação e um registro é que, quando estamos falando de direito à saúde, especificamente dos serviços de saúde, estamos falando de uma dimensão dos direitos sociais, são garantias de bem-estar, ainda que objetos de natureza, ainda que objetos de atividades econômicas, não nos parece possível esquecer que se trata de um serviço de natureza pública e de um direito eminentemente social. Diante desta linha de raciocínio, o que me permite avaliar é que, na maioria dos conflitos, dentro de todas as categorias dos mais diversos conflitos que nós encontramos com relação aos planos de seguro-saúde — o Dr. Gustavo vai tecer vários exemplos disso —, dentro de todos esses problemas nós podemos classificar duas como sendo as duas grandes vertentes dos conflitos. A primeira é relacionada à relação contratual e às garantias do contrato. Boa parte dos conflitos giram em torno do próprio contrato, da manutenção do próprio contrato, da manutenção do contrato, da abusividade do contrato e dos equilíbrios do contrato. A segunda grande vertente é de natureza diferenciada porque ela diz respeito ao direito ao acesso a esses serviços. E quando eu digo acesso a esse serviço estou falando de duas hipóteses: primeiro, dos consumidores que querem contratar planos de saúde e, segundo, que é o caso mais específico, que é o daqueles consumidores que, tendo contratado, perderam a sua capacidade econômica e estão numa situação...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Está havendo interferência no som. Deve haver algum celular ligado em cima da mesa.

O SR. RICARDO MORISHITA – Como eu dizia, são duas as categorias de conflitos que nós podemos encontrar diante de todas essas relações dos planos de saúde. O primeiro é com relação ao contrato, à garantia do contrato; e o segundo é com relação ao direito ao acesso àquele serviço. E esse acesso com duas



hipóteses: daqueles que querem ter o acesso e a segunda situação, que é bem pior, daquele que, tendo acesso, perdeu condições econômicas, teve a condição econômica piorada e perdeu, então, a condição de contratação. O que é curioso é que, se pegarmos uma pesquisa feita pela Universidade de São Paulo, junto com BRASILCOM, que nos remete a dados relativos a 92 a 97, embora um pouco antigos, Presidente, Sr. Relator, são dados interessantes, que vão nos apontar a seguinte análise, isso tomando-se em conta o PROCON-São Paulo, que é um dos maiores PROCONs do Brasil em termos de atendimento a consumidores. De 92 a 97, quais são as principais reclamações no órgão de defesa do consumidor? Em primeiro lugar: reclamações relativas ao reajuste, ou seja, estou falando de conflitos de natureza relativas ao acesso, ou seja, quando o consumidor reclama da questão do reajuste, ele está reclamando, necessariamente, da perda do acesso a esse serviço. Em segundo lugar nas reclamações, nós vamos notar ali a relação das exclusões de tratamento e dos prazos de carência, ou seja, uma situação nitidamente relacionada à relação contratual e à garantia daquele contrato. O que é curioso é que, se no mesmo período nós fomos procurar o Poder Judiciário, também numa análise feita pela Universidade de São Paulo, nós vamos notar que no Poder Judiciário nós não encontraremos conflitos relacionados ao acesso. No Poder Judiciário nós iremos encontrar conflitos relacionados à discussão contratual, ou seja, o consumidor não vai até o Poder Judiciário reclamar do reajuste, do valor do reajuste, mas ele vai até o Poder Judiciário reclamar o cumprimento do contrato ou a abusividade do contrato, o que nos permite dizer: os PROCONs acabaram recebendo a maioria ou quase a totalidade das reclamações referentes ao acesso ao consumo e o Judiciário, preponderantemente, as reclamações relacionadas à manutenção do contrato. Quando nós partimos para essa análise do que aconteceu e do que pode acontecer, o que nos parece sempre necessário é reiterar, é frisar toda a principiologia que o Código de Defesa do Consumidor encerra. É muito difícil se conceber uma legislação que possa prever todas as abusividades, que possa tipificar todas as abusividades, por uma simples razão: nós estamos falando de um mercado complexo e extremamente dinâmico; a cada momento se modifica o tipo de investimento, o tipo de foco, o tipo de atrativo econômico e, naturalmente, aquela conduta que é abusiva acaba se adaptando a essas modificações. Daí, talvez, a



grande orientação do Código do Consumidor, que estabeleceu uma principiologia para enfrentar esses dados. A primeira: a vulnerabilidade do consumidor. Não me canso de reiterar e de registrar essa preocupação. Quando nós falamos de um consumidor, nós estamos falando do vulnerável, daquele que é mais fraco naquela relação. Quando nós estamos falando do consumidor de planos de saúde, mais do que vulnerável, ele é o hipossuficiente, ele se encontra em uma determinada situação de necessidade, numa situação precária, numa situação em que se exige o mínimo de proteção com relação à sua dignidade enquanto pessoa, sua dignidade de pessoa humana. O Código ainda traça alguns outros princípios, como, por exemplo, a boa fé. Eu acho que esse é um dos princípios mais importantes, porque diz: boa fé é você tratar o consumidor de maneira respeitosa. Eu acho que um dos principais problemas, que depois eu posso voltar, é quando nós queremos transferir os riscos do negócio ao consumidor, porque o consumidor não se trata de um sócio do fornecedor, ele contrata uma relação, ele paga por aquele serviço, ele não pode ser chamado a dividir os riscos do negócio com o fornecedor, por uma simples razão: ele não partilha lucros com esse fornecedor, ele não é sócio, a relação é de consumo, e o norte que se estabelece é um dos princípios que estão prescritos desde 1990, no art. 4º, inciso III, que, aliás, é um princípio mais do que elementar: boa fé. Há alguns outros princípios que a gente poderia estar tecendo aqui, mas o tempo não me permite, mas eu vou registrar mais um. É um direito básico, não é um direito especial, é um direito elementar de qualquer consumidor, o direito a uma efetiva prevenção e reparação de danos. Se ele é lesado, se ele sofre uma lesão, ele tem direito a ser reparado nessa lesão. Mais ainda: a vertente principal não é somente a reparação, mas é principalmente a prevenção. E como é que se previne os conflitos e como é que se previne toda gama de conflitos e de danos que os consumidores sofrem, principalmente quando da concepção normativa, quando da concepção legislativa? A norma deve embutir as estratégias preventivas, informando antecipadamente o consumidor, dando clareza a ele. Quando estamos diante das ofertas dos planos de saúde, que tipo de informação, que tipo de prevenção nós encontramos? O consumidor vê um avião, ele vê um serviço de ambulância e ele contrata com o plano. Quando ele pega o contrato e se depara com a necessidade de obter o socorro, ele encontra um imenso mar de burocracias e de restrições.



Essa incompatibilidade entre aquilo que é ofertado e aquilo que é de fato executado é uma das principais insatisfações do consumidor. Uma outra questão que me chama a atenção, e muito, quando nós nos deparamos com a norma que regulamenta os planos de seguro-saúde, me preocupa a excessiva fragmentação. A norma procura detalhar ao extremo todas as situações. Esse fato me faz recordar um ponto antigo, uma narrativa de Ovídio, quando falava da feiticeira Medéia e para as filhas do Rei Peleu. A feiticeira, tentando convencer as filhas de que haveria uma maneira de, então, salvar o pai, que já estava numa situação bastante precária, disse, então, a feiticeira Medéia, convenceu as filhas do Rei Peleu a partirem o pai em vários pedaços e jogar dentro de um caldeirão e que depois ela mexesse no caldeirão e daí nascesse um rei novo, um rei forte. Essa excessiva fragmentação me parece que tem exatamente o efeito de um caldeirão de Medéia. Nós partimos, fracionamos, não apontamos qual a racionalidade, o que deve ser seguido, o que deve ser atendido, e nós entramos numa perversidade, numa racionalidade perversa, onde nós começamos a discutir: “Bom, o consumidor, ele tem que também pagar a conta, ele também tem que pagar a conta deste dado.” Mas, espere um pouco, me preocupa essa situação com os consumidores. Nós fizemos um apanhado, Sr. Presidente, Sr. Relator, Srs. Deputados, das cinco regiões do nosso País com relação às reclamações de planos de seguro-saúde. Em todos os PROCONs nós encontramos reclamações, e de quatro ordens, reclamações que atendem a quatro categorias de uma maneira geral. Isso nós conversamos com o IDEC, chegamos a conversar com o PROCON-São Paulo. Primeiro, os casos de descredenciamento. São os consumidores que, quando, muitas vezes, estão num contrato de um plano de saúde, no meio de um tratamento extremamente sensível, vêm o seu médico sendo descredenciado pelo plano. Agora, imaginem muitas vezes, a gravidade dessa situação. Embora a gente possa ter uma racionalidade que os números nos dizem: “Bom, é o fulano número tal, paciente número tal, correspondente à conta atuarial número tal.” Mas me parece que não seja disso que nós estejamos tratando, porque o paciente número tal, a conta número tal, que vai fazer sentido dentro do cálculo atuarial da empresa, do plano de saúde, é uma pessoa de carne e osso, é uma pessoa que é filho, que é pai, que é mãe, que é avô, e é uma pessoa que está no meio de um tratamento de saúde e se vê



compulsoriamente tendo o seu médico, o seu hospital, o seu laboratório, que, muitas vezes, nós sabemos, é uma relação de confiança. A escolha de um médico, a escolha de um hospital é uma relação de confiança. E é por isso que o consumidor paga, aliás, é por isso que ele paga um plano de saúde, porque, se não fosse assim, ele não pagaria, ele poderia realizar o seu pagamento direto ao próprio médico, direto ao próprio hospital. Mas se ele procura um plano de saúde é porque ele quer minimamente esse conforto. E ele não encontra. Nós temos aqui vários relatos das cinco regiões do País com problemas dessa natureza: descredenciamentos de hospitais, descredenciamentos de médicos, descredenciamentos de laboratórios, situações críticas, quando, por exemplo, no meio de um tratamento, no meio de um momento em que o consumidor precisa dessa proteção. O segundo grande problema, a segunda grande categoria de problemas que nós encontramos é relativa ao reajuste por faixa etária. Aqui nós estamos falando, mais do que de um consumidor, mais do que de um hipossuficiente, de pessoas que gozam de proteção legal, que são necessariamente os idosos, que estão naquela fase em que você deixa de ter uma produtividade, em que você perde uma produtividade, uma capacidade produtiva muito alta e se encontra num momento de extrema vulnerabilidade e hipossuficiência. E é a ele que nós imputamos a maior conta. São reclamações relativas a reajuste por faixa etária. O terceiro grande problema: os relativos à urgência e emergência, a definição, as dificuldades, as dificuldades de colocar em prática. Deputado Max Rosenmann, o terceiro: urgência e emergência. E o quarto, uma velha discussão, infelizmente, os relativos à preexistência. São as quatro grandes categorias de reclamações que nós encontramos por todo o País. Cada uma delas corresponde a uma pessoa. Eu insisto: quando nós lidamos somente com a questão atuarial, com uma racionalidade econômica, é óbvio que a gente está falando de números, a gente está falando de condições econômicas; mas, por detrás de tudo isso, são consumidores, são pessoas de carne e osso, que estão diante de uma situação como essa, tendo que se socorrer de todos os mecanismos possíveis para fazer valer um direito seu, pessoas que pagaram dez anos, pessoas que pagaram sete anos, pessoas que, com muito custo... E uma das questões que a gente pode notar nas reclamações é que os consumidores, se tinham, se tinham cinco pessoas na família, eles começam a reduzir o número de



dependentes dos planos de saúde, eles começam a deixar o único plano para aquela pessoa que tem o maior grau de vulnerabilidade. E dessa pessoa a quem se tem negado o atendimento, a quem se tem dificultado o atendimento que nós estamos falando aqui. Continuando, porque já sei que meu prazo já chega a um limite. Preocupa-me quando nós chegamos a uma situação de crise, ou uma crise por uma ausência de respostas ou uma crise por uma renúncia à procura de respostas. De uma certa maneira, isso acaba espelhando um pouco o que aconteceu durante todo esse processo quando nós falamos de saúde pública e um sistema alternativo de saúde, como é o sistema privado de saúde, e o que aconteceu durante todo esse processo. Se há uma crise e se essa crise, de fato, acontece nos termos e na profundidade como é colocado, eu gostaria de fazer uma observação: um consumidor brasileiro não participou deste processo, ele não participou da edição, ele não participou das discussões. Ele participou de uma única forma: ele participou se defendendo dos abusos que lhe foram cometidos; ele participou de todo esse processo indo à Justiça, procurando implementar o seu contrato, procurando garantir o seu atendimento, o seu prazo de internação na UTI; ele foi, ele participou de todo esse processo numa atitude nitidamente de defesa. Chegar num momento como esse, numa fragmentação excessiva como essa, onde nós discutimos procedimentos, mas não discutimos o atendimento final do consumidor... E hoje nós começamos a escutar: “Mas o consumidor tem que rachar a conta, ele tem que pagar, ele tem que assumir parte.” Mas se ele não participou do processo, se a única participação dele se limitou a se defender dos abusos que foram cometidos, que ele sofreu, ele é chamado a pagar uma conta? Não me parece que haja equilíbrio nessa relação ou nessa racionalidade. Quando ele vai até os PROCONs, quando ele fica procurando, ele vai até os juizados, ele vai buscar a tutela judicial, esse consumidor está se defendendo. Se ele não participa do processo, se ele não é sócio da empresa, do plano de seguro-saúde, por que ele deveria dividir os prejuízos com a empresa? Então, não me parece que essa racionalidade seja possível, não me parece que, depois de um longo processo de defesa do consumidor de consciência de direitos... Eu me lembro, talvez um dos trabalhos mais relevantes desta Casa, da CPI dos Medicamentos, onde se dizia “bom para otário”, e o consumidor brasileiro dizia: “Não, não, não admito esse tipo



de relação.” Quando nós vemos os processos demaquiados, onde o consumidor não admite a falta de transparência, a falta de informação, o desequilíbrio. Depois de todo esse processo, ao que me parece, o nosso consumidor vai até os PROCONs, aos órgãos, ao Ministério Público, às entidades porque quer uma única coisa: equilíbrio, equidade, justiça. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Agradeço, em nome de todos nós, ao Dr. Ricardo Morishita. Passo a palavra, então, ao Dr. Gustavo Marrone de Castro Sampaio, Diretor-Executivo do PROCON de São Paulo, por 20 minutos.

O SR. GUSTAVO JOSÉ MARRONE DE CASTRO SAMPAIO - Deputado Henrique Fontana, Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito; Deputado Dr. Ribamar Alves, Relator desta mesma Comissão; Deputados, o Dr. Ricardo Morishita fala pelo Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, do qual todos os PROCONs estaduais, municipais e de capitais fazem parte. A preocupação dos planos de saúde é inerente a todos os PROCONs. Fui convidado, e agradeço o convite, para expor casos que se encontram no atendimento ao público do PROCON. Em São Paulo há um volume muito grande e, por isso, dados de real interesse. Ele disse bem dos quatro grandes grupos de reclamações. Eu trouxe uma apresentação em Power Point para ficar melhor, porque, como vou falar em casos específicos, de um rol tiramos alguns casos concretos, não vamos citar os nomes das operadores nem os nomes das partes, mas que, se porventura houver interesse, podemos depois divulgar, porque é público qualquer tipo de informação existente no PROCON.

O SR. DEPUTADO DR. ROSINHA - Sr. Presidente, questão de ordem.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Questão de ordem para o Deputado Dr. Rosinha.

O SR. DEPUTADO DR. ROSINHA - É que estamos numa Comissão Parlamentar de Inquérito. E se é uma Comissão Parlamentar de Inquérito, deve ser publicizado. Se não for publicizado, faz-se então reunião secreta. Acho que não é o caso e, como vamos entrar logo no começo desse processo, é publicizar, porque é uma CPI.

O SR. GUSTAVO JOSÉ MARRONE DE CASTRO SAMPAIO - Vou entregar o relatório completo ao Presidente. É só para não ficar na apresentação, porque nós vamos apenas...



O SR. DEPUTADO DR. ROSINHA - Será entregue documento com cada uma das...

O SR. GUSTAVO JOSÉ MARRONE DE CASTRO SAMPAIO - E a caixa com todas as reclamações.

O SR. DEPUTADO DR. ROSINHA – Então está bom; se há a documentação, correto.

O SR. GUSTAVO JOSÉ MARRONE DE CASTRO SAMPAIO - Vai ser entregue. É só na parte da apresentação.

O SR. DEPUTADO DR. ROSINHA - Se fosse só a exposição, sem documentação, não haveria por que não revelar.

O SR. GUSTAVO JOSÉ MARRONE DE CASTRO SAMPAIO - A documentação vai ser entregue. Eu ia fazer, no final da apresentação, a entrega do relatório com a documentação. É só para não ficar meio chata a apresentação.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Pode prosseguir, então, Dr. Gustavo.

(Segue-se exibição de imagens.)

O SR. GUSTAVO JOSÉ MARRONE DE CASTRO SAMPAIO - Bom, o primeiro caso que a gente trouxe, que a gente buscou no rol de reclamações é relativo a doenças e lesões preexistentes. É o caso de uma senhora de 85 anos, que se internou e foi diagnosticado que ela tinha infecção urinária e diabetes. A reclamada arcou com todos os custos, porque a operadora de plano de saúde disse que a doença era preexistente. Houve um relatório médico, como está relatado lá, dizendo que a doença não era preexistente, que a operadora não poderia se eximir de tal responsabilidade. Mas a operadora, ignorando totalmente o relatório médico, simplesmente disse que era doença preexistente e fez com que a pessoa arcasse. Isso gerou uma reclamação no PROCON, dizendo que a operadora havia ferido artigos do Código de Defesa do Consumidor, a Lei nº 9.656, de 1998, e a Resolução CONSU nº 11. Bom, relativo a doenças e lesões preexistentes. Não existe critério fixado na regulamentação e nem na lei para se verificar o que é ou não isso, deixando totalmente à margem das operadoras em alegar ou não, mesmo contra um relatório médico. Isso é uma preocupação, porque, muitas vezes, não tem como o consumidor, na hora, se defender. Algumas coisas também com relação a isso, que



existem, com doenças preexistentes na... Estou com um pouco de dificuldade porque não estou conseguindo ler o que está passando.

O SR. DEPUTADO MAX ROSENMANN – Sr. Presidente, seria bom que o apresentador tivesse uma certa velocidade, porque os 20 minutos são fatais. Não podemos ficar lendo muito devagar e depois atrasar nossos outros compromissos.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Com certeza o nosso convidado-expositor vai acolher essa preocupação do Deputado Max Rosenmann.

O SR. GUSTAVO JOSÉ MARRONE DE CASTRO SAMPAIO - Temos alguns problemas relacionados a essa regulamentação. Um deles é a cobertura parcial temporária: “Nesse período não haverá cobertura para procedimentos cirúrgicos de alta complexidade e de alta tecnologia.” O que acontece é que há críticas a essa regulamentação, a esse rol, que muitos médicos, os setores especializados nessa área dizem que o rol não atinge somente procedimentos de alta complexidade, mas também de baixa. Poderia ser revisto com pessoas que conhecem tecnicamente esse rol e consigam ofertar melhor o consumidor. Outro problema é que as operadoras não cumprem o oferecimento do agravo. O que seria o agravo? Seria um valor adicional cobrado para a cobertura das doenças e lesões preexistentes. Então, muitas operadoras não oferecem esse tipo de agravo, o que prejudica o consumidor, que quer entrar no plano de saúde e que realmente tem uma doença preexistente. A não-oferta desse benefício ou dessa obrigação legal, no caso, ao consumidor, inviabiliza sua entrada no plano de saúde. Descredenciamento é o segundo nos grupos de reclamações. É um caso em 16/07/99. A consumidora contratou o plano de saúde. Informou em sua reclamação que, nos últimos dois meses, constatou diversos descredenciamentos, tanto no que diz respeito à rede laboratorial como de médicos especialistas. Afirmou que tais descredenciamentos vêm lhe causando diversos transtornos, sobretudo quanto à continuidade dos tratamentos médicos. É um outro caso real, existente na Fundação PROCON de São Paulo. A empresa informa que o descredenciamento das referidas entidades credenciadas deve-se ao redimensionamento na rede de atendimento. Análise da Fundação: a empresa procedeu a diversas alterações na rede credenciada, sem, no entanto, buscar novos credenciamentos, principalmente sem informar previamente a seus usuários, causando inclusive a interrupção de tratamentos médicos. Além



disso, o presente caso ilustra com clareza a lacuna criada pela Lei nº 9.656, de 1998, quando somente exige que a ANS e os consumidores sejam informados da alteração na rede quando o credenciamento referir-se a prestadora hospitalar. Portanto, quando a alteração atinge a rede de prestadores médicos, laboratórios, clínicas, etc, não exige essa obrigatoriedade, pela lei. O que acontece? Isso fere o Código de Defesa do Consumidor. Ao consumidor, ao contratar o plano de saúde, é apresentado um rol de serviços que inclui hospitais, clínicas, médicos conveniados. Qualquer diminuição nessa oferta de serviços traria prejuízos ao consumidor. Então, existem dois modos de se resolver esse problema: um é a redução do pagamento, proporcionalmente ao desc credenciamento; outro seria a substituição dos órgãos e dos profissionais desc credenciados, para que possa haver equilíbrio contratual e o consumidor não sair prejudicado, no caso. O que nós no PROCON criticamos é essa lacuna da lei, que poderia ser revista, onde a obrigatoriedade do plano de saúde em informar o desc credenciamento, tanto no caso de hospitais como de qualquer diminuição no rol de serviços por ela prestados. Terceiro grande grupo: urgência e emergência. O consumidor assinou proposta de seguro-saúde junto à empresa reclamada. Afirma que em 19/11/2001 foi encaminhado ao hospital, em estado grave, em virtude de quadro clínico de aborto incompleto. Segundo a reclamante, a empresa negou a cobertura da referida internação. Em resposta encaminhada em 20/12/2001, a empresa afirmou que a seguradora deveria cumprir 6 meses de carência para internação hospitalar. Referiu ainda a Resolução CONSU nº 13, prevê que a assistência médico-hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica, porém ainda cumprindo período de carência, a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas para o plano ambulatorial, ou seja, até o limite de 12 horas de atendimento. Análise da Fundação. O art. 12, alínea c, da Lei nº 9.656, de 1998, prevê carência máxima de 24 horas para a cobertura de casos de urgência e emergência. Portanto, a resolução CONSU não pode contrariar a lei — ela está violando o que a lei diz. Deve ser dado, depois desse período que a lei determina de 24 horas, com o qual a Fundação não concorda —, ela entende que deve ser imediato, mas é uma posição da Fundação PROCON de São Paulo, não é uma posição dominante, deve ser integral em casos



de comprovada urgência e emergência, como foi o caso demonstrado, um caso de aborto incompleto. Continuando, a Resolução CONSU nº 13 prevê que, no segmento hospitalar, quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, não há obrigatoriedade de cobertura para internação. Novamente, como agora mais explicitamente, ela viola, ela infringe a própria Lei nº 9.656, de 1998. Outra resolução que deve ser debatida e revista. Em São Paulo, existe parecer da Consultoria Jurídica da Secretaria de Estado da Saúde alegando inconstitucionalidade da resolução CONSU, afirmando que o prazo máximo de carência...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Só um minutinho, por favor. Quero pedir ao Plenário atenção à exposição. Peço também ao Líder do PTB que solicite ao Presidente que conclua o telefonema o mais rapidamente possível. *(Pausa.)* Concluído o telefonema, devolvemos a palavra ao expositor.

O SR. GUSTAVO JOSÉ MARRONE DE CASTRO SAMPAIO – Bem, em São Paulo já existe um parecer contra essa Resolução CONSU nº 13, que não obriga ao atendimento de emergência no caso de ocorrido no período de carência, fixando o prazo máximo de 24 horas. É uma resolução que poderia ser revista, no entender da Fundação São Paulo. O quarto grande grupo de reclamações existentes no PROCON de São Paulo são reajustes por alteração de faixa etária. Aqui nós encontramos duas posições: aqueles que firmaram contratos com as operadoras antes da lei e aqueles que firmaram depois da lei. O primeiro caso é o de uma consumidora cujo contrato era anterior à lei de 1998. A consumidora contratou os serviços da reclamada em 10 do 12 de 1996. A reclamada reajustou o valor da mensalidade em novembro de 2002, passando de 168,04 para 336,08, ou seja, 100% de reajuste, quando a consumidora completou 71 anos. Em defesa, a reclamada apresentou contrato padrão, alegando previsão contratual através da cláusula 11.2 e 11.2.4, conforme transcreve. Aí vêm como se procederia esse reajuste e algumas observações a esse tipo de contrato: a possibilidade de a cláusula dar um desequilíbrio contratual em face da excessiva onerosidade ao consumidor. E, outro ponto, ela reajustou numa faixa não prevista, ou seja, ela deixou de reajustar nos 70 anos, como prevê a própria norma da operadora, e aos 71 anos ela aplicou o reajuste. E mais: esse contrato que ela alegou ter possibilitado



o aumento abusivo não é o contrato assinado pelo consumidor, é um contrato padrão. Quer dizer, já se discute se foi o consumidor realmente informado na hora da contratação do serviço. Com o advento da legislação de 1998, ela estabeleceu a obrigatoriedade da autorização do órgão regulador. Nesse campo, há inúmeras polêmicas: contratos que prevêem o reajuste mas não apresentam informações completas, sendo omissos com relação às faixas etárias ou percentuais de reajustes. A SUSEP e a ANS autorizaram a aplicação de reajustes de forma genérica, sem que os contratos fossem analisados. Tal prática resultou em aplicação de aumentos com percentuais elevadíssimos, ou definidos unilateralmente pelas operadoras. Repactuação. Diminuição do percentual para consumidores com mais de 60 anos de idade e mais de 10 anos de plano — essa é uma das idéias que existem na Fundação PROCON sobre a saída... É o que nós tentamos quando o consumidor chega à Fundação: solucionar o caso de uma maneira amigável com as operadoras quando o reajuste torna o pagamento pelo consumidor inviável, impossibilitando-o de continuar a pagar o plano de saúde e de ser atendido. Esse assunto — só a título de curiosidade — já é motivo de ação civil pública pelo Ministério Público Federal do Estado de São Paulo com relação a esses critérios de reajuste. Contratos firmados após a vigência da Lei nº 9.656, de 1998. O consumidor contratou os serviços da reclamada em setembro de 2001. Em fevereiro de 2002, a reclamada reajustou o valor da mensalidade em 161,55%, passando de 258,68 para 676, após completar 60 anos. A reclamada alegou basear-se na cláusula contratual 18, onde está previsto o reajuste do percentual aplicado. Aqui temos um caso típico de inviabilidade econômica por parte do consumidor. Como já foi dito pelo Sr. Ricardo, no momento em que mais se precisa do plano de saúde, em que a capacidade laborativa diminui, se torna inviável o pagamento desses planos de saúde em virtude do aumento em razão da faixa etária. Como se pode ver, é um aumento absurdo — nenhum índice se corrige desse jeito. Aí nós temos o problema do que seria, no Direito, chamado de teoria da imprevisão, que é a quebra (*ininteligível*) pelo Código de Defesa do Consumidor e hoje em dia pelo novo Código Civil, de onerosidade excessiva de uma das partes do contrato, que deveria sofrer um reajuste pelo Poder Judiciário. Esses foram os quatro grandes grupos de reclamação. Trouxemos estatísticas sobre quais empresas que tiveram elevado



número de reclamações. Em nosso *ranking*, divulgado todo ano. No mês de março, separamos a área de saúde. Então, temos, em primeiro lugar, no ano de 2001, a Dental Life, depois a Sul América, Unimed São Paulo, Amil, e assim por diante — V.Exas. podem ver quais são as 10 primeiras ranqueadas. Este é o nosso *ranking* de 2002. Houve uma inversão: a Sul América, na escala de operadoras de saúde, assumiu o primeiro lugar no *ranking*, indo Amil, Med Vida, Golden Cross, e assim por diante. Essa é a nossa classificação por assuntos. Em 2001, os planos de saúde apareceram em 4º lugar no *ranking* geral de reclamações, com 2.398 no ano de 2001, apenas abaixo de telefonia, que é um problema muito grave no Brasil, também móveis e bancos. Quer dizer, eles aparecem entre os maiores segmentos. Em 2002 também, apesar de ter havido um diminuição no número de reclamações para 2.245, ela se manteve na 4ª posição, atrás dos mesmos setores. Por fim, esse é o nosso dado atual deste ano de 2003, de janeiro a abril, onde os planos de saúde já apresentam 716, em 5º lugar. Caíram uma posição, mas, pelo que temos visto de entrada de reclamações, ela tende a crescer, devem aumentar pelo que estamos recebendo em nossos postos de atendimento e que ainda não foi processado até o final. Para terminar, tentamos trazer um rápido aspecto de quais são as reclamações mais frequentes no PROCON São Paulo — e, pelo o que o coordenador do sistema nacional mencionou, são as mesmas, são encontradas no Brasil inteiro essas reclamações e esses problemas com relação às operadoras de saúde — para informar à CPI com o que nós temos de concreto, de finalizado em São Paulo. Então, vou passar às mãos do Presidente da CPI o relatório de todas as reclamações, mais a caixa que está aqui com as cópias de todas as reclamações que entraram — todas, não, não são todas, mas são a grande parte das reclamações —, para que sejam analisadas aqui na CPI e que se chegue a uma conclusão de como melhorar o sistema de saúde suplementar. É uma questão que preocupa muito o PROCON, os PROCONs — não vou falar só do PROCON São Paulo, porque todos têm esse mesmo problema —, porque atendemos diretamente ao público: o consumidor, quando se sente lesado, a primeira porta de escape do consumidor é o PROCON. Então, temos uma gama de informações muito grande. Estamos abertos a qualquer tipo de pedido de informações e de análises da CPI, como de qualquer outro órgão de defesa do consumidor, para que possamos... O



PROCON é um grande balcão de atendimento e de fonte de informações. Eu acho que a função de quem defende o consumidor é tentar sempre melhorar, se posicionar de forma favorável ao consumidor, nunca contra a lei, porque a função do PROCON não é ser inimigo das empresas, mas, sim, amigo da lei, e simplesmente atacar as empresas que descumprem a lei. E novamente a Fundação se põe à disposição da CPI para quaisquer demais informações necessárias ao bom andamento dos trabalhos. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Agradeço ao Sr. Ricardo e ao Sr. Gustavo. Já consultei o Relator. S.Exa. prefere usar a palavra ao final. Como temos 10 inscritos, sugiro que façamos em 2 blocos: o primeiro inscrito é o Deputado Max Rosenmann, a quem passo a palavra.

O SR. DEPUTADO MAX ROSENMANN – Sr. Presidente Henrique Fontana, Sras. e Srs. Deputados, desde o início de minha participação nesta Comissão volto a reafirmar — e peço a atenção do Deputado... Então, estamos aqui sempre defendendo — e irei até o final, Sr. Relator —, tentando fazer com que esta CPI, ao final, traga uma contribuição ao mercado, mais ou menos como aconteceu, como eu disse, na questão dos medicamentos, que apresentou os genéricos como uma novidade efetiva que nasceu dentro da CPI. E eu acho que o nosso comprador, o nosso consumidor no Brasil... Graças a Deus, desde a Constituição, uma das coisas das quais mais me orgulho é de ter sido Constituinte — e há outros colegas aqui presentes que foram Constituintes —, é o grande avanço que tivemos na questão do consumidor nos últimos anos desde 1988. Quer dizer, não há a menor dúvida de que o setor que mais se democratizou, mais progrediu no Brasil foi o Direito do Consumidor, diferente de outras áreas em que praticamente nada aconteceu até agora. Então, eu considero que nós hoje temos essa chance única. Então, eu gostaria de fazer algumas afirmativas e pedir algumas conclusões. A primeira seria perguntar aos 2 palestrantes que, se na elaboração, que foi muito bom o que vocês trouxeram para nós, essas 4 preocupações, que é a questão do aviso prévio, do reajuste por faixa etária, urgência e emergência e a pré-existência de doenças são os 4 pontos que estão visivelmente acusados nas reclamações. Então, além desses 4 pontos, que já nos ajudou muito, se vocês elaboraram uma pesquisa de proporcionalidade. O número de reclamações em relação à quantidade de clientes,



por exemplo. Porque às vezes um setor pode ser muito procurado pelo PROCON, porque ele é um setor de muitos clientes, ele é maior do que os outros. Por exemplo, nós temos 5,2 milhões de consumidores apenas no segmento de seguro saúde e 35 milhões de consumidores no mercado de operadoras de seguro e planos de saúde. Número de reclamações em relação à quantidade dos eventos. Noventa milhões de eventos por ano, apenas no segmento de seguro saúde, consultas, exames, internações e outros, dá 90 milhões de procedimentos. E mais de 350 milhões de eventos por ano no mercado como um todo. Então, é natural que um volume “x” acabe acontecendo. Mas, nesse momento, a minha preocupação maior já é de agradecimento à colaboração que a presença de vocês nos trouxe, os 4 grupos. Mas é importante de, depois, na resposta de vocês, saber se vocês jogam número de reclamações dentro da proporcionalidade ou é uma coisa no “chutômetro”. Outra coisa. Do total de reclamações cadastradas pelo PROCON, quantas são consideradas com fundamento legal? Porque às vezes você anota a reclamação e depois não chega à conclusão nenhuma. Ou aquela que você chega à conclusão de que a pessoa tinha razão. Muito bem. Então, eu queria fazer uma sugestão que se... Eu até tive a oportunidade de conversar com o nosso palestrante, o Dr. Ricardo, e ele se colocou à disposição de contribuir com esta Comissão, e é muito importante, eu peço a atenção de todos, de nós tentarmos criar, colocando aqui os planos de saúde juntos numa negociação, e tentar criar, Sr. Presidente, planos de saúde básicos, que seriam os genéricos dos planos de saúde: um plano de saúde “a”, um plano de saúde “b”, um plano de saúde “c”, onde todas as companhias fossem obrigadas a ter esses planos apoiados pelo controle de PROCON ou de Governo, e não impedindo — isso seria o mínimo —, não impedindo que os planos de saúde possam ter outros mais outros planos, planos completos, planos com tratamento no exterior etc. Cada um pode fazer o plano que bem quiser. Mas o plano básico para poder ajudar o nosso pequeno comprador, que não tem esclarecimento, que não tem apoio, que não sabe se o quilo que ele está comprando tem 1.000 gramas, para evitar essa frustração de que uma pessoa às vezes compra um plano não tem, por exemplo, UTI, que não tem emergência, e, depois, quer cobrar uma coisa que ele não comprou. É como uma pessoa que compra um seguro de vida de acidente e depois quer cobrar de morte morrida e não de morte matada. Quer dizer, então há



necessidade de se saber o que se comprou. E essa que é a grande dificuldade na minha visão, a falta de esclarecimento pelos sem-número de planos que existem neste País. Então, sugiro que tentemos, desde o início, Presidente e Relator, criar um grupo de trabalho com a colaboração do Dr. Ricardo, fazendo um contraponto junto com as empresas de seguro, tentando criar plano “a”, “b” e “c”, inclusive com pontos básicos, por exemplo, prazo de vigência...

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

O SR. DEPUTADO MAX ROSENMANN - ...prazo de vigência. Então, vão valer em 90 dias, 160, seis meses. Outra questão importantíssima que eu gostaria de comentar aqui é a questão do, desse último assunto, que é a preexistência. A pré-existência de doença, nós podíamos criar um regulamento, uma lei dizendo o seguinte: que todo plano de saúde, quando contrata um cliente, Rosinha, tem um período em que pode chamar o seu cliente, o seu doente, e examiná-lo. Se ele não fizer um exame prévio, tudo a partir dali já é doença contraída posteriormente. Se ele não fizer um exame prévio no cidadão e fizer uma afirmativa, ele aceita que a pessoa está com a saúde plena, certo? Essa história de fazer o plano, cobrar e depois afirmar que a doença era velha, então que ele examine antes o paciente. Na questão da urgência, emergência, a questão de clareza na assinatura do reajuste de faixa etária, uma tabela. Eu, por exemplo tenho um seguro de vida. Todo ano o seguro de vida aumenta, porque tenho 58 anos. Não tem uma tabela. Então, todo ano tenho de discutir com minha seguradora o quanto que aceito de aumento. Poderia ter um aumento padronizado, 58 anos, quantos por cento ao ano na faixa dos 60, 70 e 80. Aí, eu saberia antecipadamente o que vai acontecer de aumento no ano seguinte. A questão do aviso prévio, quando acontecer de dispensar um médico.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Para concluir, Deputado, temos muitos inscritos.

O SR. DEPUTADO MAX ROSENMANN - Um aviso prévio de um profissional que é dispensado, como foi colocado aqui. Poderíamos fazer uma lei que ninguém poderá ser dispensado imediatamente sem aviso prévio de 3 ou 6 meses, dando tempo ao cliente procurar orientação e encaminhamento e não ser surpreendido



num só momento, porque seu médico foi embora. São as quatro sugestões e a pergunta que fiz, principalmente essa questão que reafirmo do genérico, do plano de saúde. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Obrigado, Deputado Max Rosenmann. Vou passar a palavra ao Deputado Arlindo Chinaglia. Faço um apelo a todos os nossos colegas Deputados. A Mesa vai avisar que, para falar por cinco minutos, temos treze inscritos, a fim de que possamos, antes da Ordem do Dia, ter oportunidade de ouvir todos os Sras. e Srs. Deputados que queiram fazer uso da palavra. Deputado Arlindo Chinaglia.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA – Obrigado, Sr. Presidente. É normal que, ao se fazer os debates, em cada audiência pública, vamos aprender mais. E é claro que, a partir das informações passadas, cada Parlamentar vai fazer sua análise para, de fato, criar elementos de convicção. Isso não significa que não as tenhamos antes das audiências públicas, mas creio que isso vai conformando a nossa opinião. Legitimamente quero cumprimentar os dois expositores, tanto o Dr. Ricardo quanto o Dr. Gustavo. Vejam, o Dr. Gustavo, se não me engano, em dado momento, informou-nos que o PROCON é aquele órgão que é procurado. E, aí, pela exposição, comparando-se o número de pacientes ou o número de pessoas que têm o plano e o número de reclamações, eventualmente alguém pode achar que é muito e outro achar que é pouco, mesmo que o plano de saúde ocupe permanentemente o quarto lugar. Aliás, em um dado momento, a sensação que me deu é que a maior parte dos planos de saúde é como se fossem um plano de telefonia móvel. É o celular: na hora em que você mais precisa, não funciona. Mas, vejam, então, no sentido de que o PROCON é procurado, é bastante razoável. Mas queria perguntar, porque tenho opinião. O PROCON é conhecido de todos. O PROCON não é de acesso universal, seja pela desinformação, seja pela dificuldade, seja pela pobreza, quer dizer, pela idade etc. Queria que, na avaliação, V.S^{as} abordassem: essas reclamações do PROCON correspondem a quantos que não procuram o PROCON? Segunda observação. Vejam, na época em que debatemos a regulamentação dos planos de seguros de saúde, uma polêmica importante foi exatamente a defesa que em um dado momento foi feita, mas, depois, felizmente, por ampla maioria isso caiu no esquecimento. São exatamente os planos populares. Ou seja, buscar-se criar



planos para que qualquer pessoa — entre aspas —tenha acesso. Na minha opinião — e o Dr. Ricardo foi aqui mencionado —, como que se disporia a contribuir na reflexão de planos básicos de saúde? Quero dar a chance ao Dr. Ricardo de se pronunciar, mas sou radicalmente contra, porque quanto mais popular esse plano, menos patologias ele cobrirá, portanto, mais dependente será do SUS e mais caça-níquel será, na minha opinião. Até porque o absurdo dos absurdos é existir plano de referência, porque foi exatamente o plano de referência que permitiu que toda a jurisprudência que vinha sendo criada de que seja com apoio, com a defesa do consumidor ou não, porque o inaceitável sempre há aqueles que de fato rejeitam, que é tipo expulsar uma paciente em coma de uma UTI. Não dá. É inaceitável. Contrária. Na medida em que se regulamentou, na medida em que se aceita o plano máximo, já que aceitou o plano mínimo e, teoricamente, não há do que reclamar. Terceiro ponto, quero saber a opinião dos senhores no que diz respeito ao papel do SUS para viabilizar, para tratar os planos de saúde, estes nesta condição como alguém — entre aspas — vulnerável. Ou seja, se não tiver o amparo do SUS, não funciona. Quero saber se os senhores têm conhecimento de quanto custa ao SUS atender aos pacientes que têm convênio, até porque este é um outro debate. Peço a opinião dos senhores, se são a favor de que o ressarcimento seja feito tal como foi proposto e aprovado numa lei em São Paulo. Ou seja, todo paciente que tiver plano de saúde ou seguro de saúde, uma vez atendido no SUS, a seguradora ou plano deve ressarcir ao ente público, porque esta é a lógica, a mágica do sucesso financeiro. Aliás, pararam de falar, porque pegava mal, né? Mas parece que só tem menos lucro do que banco.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Tentar concluir, Deputado Arlindo Chinaglia.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA – Vou concluir, só vou tentar cumprir o prazo. Que o ressarcimento seja algo que proteja o Sistema Único de Saúde e não proteja, invertendo a mão, as seguradoras. Finalmente, pergunto aos senhores: se tivessem que opinar hoje, a favor ou contra, a regulamentação, essa regulamentação ajuda aquilo que se denomina “consumidor” ou ela inverteu a tendência de que vinha numa ascendência de garantir maiores benefícios ou direitos ao usuário do plano de seguro de saúde?



O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Obrigado, Deputado Arlindo. Deputado Paes Landim.

O SR. DEPUTADO PAES LANDIM – Sr. Presidente, desejaria cumprimentar os dois expositores, ambos competentes. Primeiro, o japonês, o Ricardo, fez uma bela exposição analítica, acadêmica, uma bela radiografia do sistema, com convicção e conhecimento realmente. O Sr. Paulo fez uma exposição mais prática, com estatísticas. Anotei duas perguntas apenas, para não tomar muito tempo. Dessas estatísticas que V.S^a citou, essas reclamações consideradas sem fundamento legal, elas constam da estatística também ou não? E, por sua vez, das reclamações consideradas com fundamento legal, quantas são atendidas pelas operadoras? Só para essas duas questões que desejo resposta.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Obrigado, Deputado Paes Landim. Deputado José Linhares.

O SR. DEPUTADO JOSÉ LINHARES – Em primeiro lugar, desejo cumprimentar o nosso Presidente, o nosso Relator, os dois expositores e os nossos nobres colegas que estão presentes. Penso que todas as vezes que a gente discute, sempre é benéfico. No entanto, senti que de certo modo o Dr. Ricardo Morishita deixou transparecer que, enquanto a Lei de Defesa do Consumidor existia, que era anterior a Lei nº 9.656, parecia que essa lei realmente viria complicar mais. Então, pergunto a ele: a Lei nº 9.656, que foi, já me encontrava como Deputado aqui, via, diria, a pressão que Congresso sofreu e as discussões que foram estabelecidas, ele pensa que essa lei deveria ser extinta e então voltarmos só para a lei do consumidor? Seria a primeira pergunta. Em segundo lugar, ouvi aqui o Dr. Gustavo Marrone falando sobre São Paulo. E estou aqui com uma estatística da própria ANS, dizendo que o índice de insatisfação dos consumidores de planos de saúde chega a 84%. O senhor confirmaria esse número de 84%? E, na observação de V.Exa., no ano de 2002, a Sul América 84%. E a Sul América, ali naqueles dados, tinha atendido 47%, num universo de 1 milhão, 552 e 548. Portanto, 0,30%. Então, pergunto se é verdade que são esses 40 milhões, se esse número de 84% é verdadeiro e se só tem 16% de descontentes. Esse número a que o Deputado Arlindo Chinaglia frisou que, talvez, muitos não cheguem até o PROCON. Acho



relevantíssimo o número de 84%, já que é índice de insatisfação Então, pergunto: esses números são verdadeiros?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Com a palavra o Deputado Mário Heringer. Depois falará o Deputado Sebastião Madeira, para fechar o primeiro bloco.

O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER - Sr. Presidente, senhores expositores, colegas Deputados, demais presentes, estamos iniciando nosso ciclo de audiências e ouvindo os segmentos na ordem estabelecida por esta Presidência e por esta Relatoria. É importante lembrar e ressaltar aqui, neste momento, que estamos discutindo um problema de vital importância, uma vez que a gente discute lei e mérito também. Não vejo a possibilidade de a gente criar planos básicos e genéricos, porque qualidade e quantidade não podem ser misturados nesse processo. Estamos trabalhando com vida, com ser humano, com a coisa mais nobre que a gente tem. Não entendo, neste momento, que possamos simplesmente, por uma avaliação estatística, responder como razoável a posição em que se encontra a saúde do ponto de vista geral e, particularmente, a saúde suplementar. A Lei nº 9.656, que me parece de boa intenção, trouxe uma figura esdrúxula para o relacionamento saúde suplementar, que é a figura da Agência Nacional de Saúde. Essa agência publica o índice de insatisfação de 84%, que a gente gostaria de saber se o senhor sabe a procedência, qual o instituto de pesquisa e que metodologia foi usada para isso. Esses 84% de insatisfeitos são os que não usaram o plano ou os que usaram o plano? A gente não conhece essa metodologia e isso me parece um número exorbitantemente alto. Tenho convívio do dia-a-dia e sei que assim não é verdade. Além disso, tenho que lembrar que nesse relacionamento não existe um relacionamento de duas partes, é um relacionamento tripartite — tem aí no meio o prestador, o usuário e o tomador de serviços. E a gente tem que fazer uma análise criteriosa, porque, às vezes, o que não chega no balcão do PROCON resolve lutar no balcão do hospital. E por também sofrer a pressão de um possível descredenciamento, esse médico, esse hospital, esse laboratório se submetem a resolver algum tipo de problema que efetivamente não resolveriam se tivesse uma posição definida e estável no relacionamento comercial. Então, gostaria de saber se os senhores entendem que, do ponto de vista de regulamentação, a Lei nº 9.656 foi



benéfica para esse relacionamento e, segundo, se entendem, dentro do PROCON, dentro dos órgãos de defesa do consumidor, se qualidade e quantidade estão sendo medidas nas reclamações. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Com a palavra o Deputado Sebastião Madeira.

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - A premissa é de que os planos de saúde são uma empresa com investidores que querem o lucro do seu investimento, como quem faz um investimento em qualquer outra empresa. Essa premissa já, de certo modo, incompatibiliza o objetivo, que é atender pessoas e tratar de doenças. Sou médico e vi muitas vezes um doente que aparentemente era fácil o tratamento, uma cirurgia simples e depois virar uma complicação, uma perspectiva de um gasto pequeno virar um gasto monstruoso, fora de qualquer análise, e ninguém pensava que ia chegar naquilo. Então, está claro que os investidores, os que estão por trás dos planos de saúde querem lucro. Ao querer lucro, fragilizam. Foi dito que a parte mais frágil é sempre o cliente, porque é quem precisa. Quando ele precisa, já pagou. E, na hora de receber, é sempre feita a contabilidade se aquele tratamento está dentro dos cálculos atuariais do plano. Mas para isso têm sido feitas várias tentativas de regulamentação. Gostaria de perguntar, seguindo a linha dos dois últimos que me antecederam, se a Lei nº 9.656, de 1998, contribuiu para diminuir a fragilidade dos clientes, se ela realmente tem ajudado e o que ainda poderia ser feito, na opinião dos senhores, que estão lá na ponta e ouvindo as reclamações, para melhorar essa regulamentação. E que participação tem o Conselho de Saúde Complementar, formado por Ministros? Se realmente esse conselho é eficiente, se pelo menos se reúne, porque me parece que ele é presidido pelo Ministro da Justiça e dele fazem parte vários Ministros, como os do Planejamento e da Fazenda. Com tanta obrigação que eles têm, acho que dificilmente têm tempo e motivação para dar uma contribuição nessa área também.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Arlindo Chinaglia) - Passo a palavra aos expositores, talvez pela ordem de exposição inicial. O Dr. Ricardo quer responder primeiro?

O SR. RICARDO MORISHITA - Sr. Presidente, quero agradecer aos Srs. Deputados as perguntas que foram dirigidas e talvez eu tenha oportunidade de falar



um pouquinho mais, então, com relação a esses temas, mesmo que seja de maneira objetiva. Com relação a essa questão do número de reclamações e a quantidade de ações realizadas pelos planos de saúde, acho que a gente pode trabalhar com duas questões: a primeira é com relação ao acesso. É óbvio que os órgãos de defesa dos consumidores, os PROCONs, se contarmos que o Brasil tem por volta de 6 mil Municípios, não temos 10% de PROCONs. São 600 PROCONs municipais. Dentro dos PROCONs municipais há os 26 das Capitais, mais o do Distrito Federal. Então, há um alcance muito reduzido com relação à abrangência de todo o País com relação ao número de reclamações. E o segundo dado. Na verdade, gostaria de tecer três considerações. O segundo dado é que há muito tempo foi feita uma pesquisa pela UNICAMP — isso o PROCON de São Paulo tem, porque tirei isso de lá —, que dizia que, para cada uma reclamação de um consumidor, eu teria, no mínimo, mais 60 consumidores que não teriam ido ou não teriam reclamado por uma questão básica: ou de informação, como colocou o Deputado Arlindo Chinaglia, ou com relação a acesso mesmo, à dificuldade de acesso. Ainda que no caso de São Paulo tenha-se postos de atendimento, há Estados onde os PROCONs concentram-se nas Capitais e nos locais mais distantes tem-se dificuldade, porque os Municípios têm uma precariedade com relação à instalação de PROCONs. Aliás, é por isso que uma das nossas principais ações é estabelecer-se o consórcio entre os Municípios, para que eles possam criar atividades de defesa do consumidor. Acho que é necessário relativizar esse número. Terceiro ponto. Quando tratamos — acho que esse é um dado da defesa do consumidor —, Deputado Padre Linhares, com relação aos consumidores, nós temos uma racionalidade social. Não tomamos o consumidor, muitas vezes, como toma, por exemplo, uma empresa, ou como toma um fornecedor, que faz o cômputo do número de consumidores de acordo com a rentabilidade que ele tem. Nós não “coisificamos” os consumidores, cada consumidor é importante, porque ele é uma pessoa humana. A cada reclamação que recebemos, ele tem uma dimensão e tem uma importância pelo simples fato de que há uma racionalidade humana nesse tratamento. A cada consumidor que chega ao órgão, ele merece e tem todo o nosso trabalho, o nosso respeito, pelo simples fato de ser uma pessoa. Ele vale pelo que ele é, e não pela quantidade ou pela dimensão que ele possa ter. Então, me parece que esse é um dado bastante



interessante. O segundo ponto sobre o qual o Deputado Max Rosenmann tinha me consultado, ele tinha feito a proposta de se discutir os planos. Vejam bem, como órgão nacional de defesa do consumidor, aceitamos discutir vários pontos que sejam colocados. *A priori*, não temos uma manifestação contrária. No entanto, concordo com o Deputado Arlindo Chinaglia com relação à ponderação dessa criação de planos e categorias como uma possibilidade, um movimento de exclusão. Lembro-me que em São Paulo trabalhamos com uma lei estadual do Deputado Paulo Teixeira, que foi a primeira lei da universalização dos atendimentos dos planos de saúde, uma lei estadual. Ela foi votada, foi implementada, foi regulamentada, porém foi cassada no Supremo. E foi a primeira lei que tratou da universalização dos atendimentos, independentemente de se criarem categorias e planos. Naquele momento, a gente percebeu que esse atendimento universal, de fato, tem um movimento muito mais de inclusão do que propriamente de exclusão. Então, essa ponderação é importante. Tomamos essa ponderação como sendo um dado extremamente relevante para essas conclusões. A única coisa que eu tinha colocado é que eu acho importante que, quando um Deputado desta CPI faz uma ponderação, que nós, com todo o respeito, possamos acolhê-la e colocarmos em debate para o sistema. Mas concordo que há essa posição de que se pode promover um movimento de exclusão, que nos causa certo espanto. Uma outra questão... São tantas, mas vou tentar aqui chegar a todas. Com relação à questão do papel do SUS, não temos a menor dúvida da sua extrema importância. No ano passado, o Vox Populi fez uma pesquisa com relação aos usuários do SUS e, para surpresa de todos nós, 72% dos usuários do Sistema Único de Saúde se disseram satisfeitos com a qualidade do serviço. O problema do SUS, nós sabemos, não é necessariamente com relação à qualidade e à prestação do serviço, que muitas vezes já é feito pelo próprios SUS. Talvez o nosso problema seja de acesso. Mas até aí acho que é uma das questões que se colocam em termos de políticas públicas para todos nós, inclusive os órgãos de defesa do consumidor, terem o SUS como uma opção real e concreta aos consumidores. Mas até isso é uma avaliação que também estamos fazendo. É óbvio que temos uma extrema simpatia por essa discussão em torno do SUS, porque ele representa um movimento de atendimento, atendimento de universalização, e empresta uma outra racionalidade a todo esse



sistema. Essa pesquisa do Vox Populi é muito interessante, porque despertou, por exemplo, um trabalho muito bem feito pelo IDEC, levantando, por exemplo, uma discussão em torno de que o SUS pode estar muito mais próximo do consumidor do que a gente imagina. O SUS já presta inúmeros serviços, inúmeros serviços relevantes. Se a gente, por exemplo, pegar os casos mais complexos, os mais caros, como, por exemplo, o tratamento da AIDS, é o SUS quem faz. É o SUS quem custeia todo esse tratamento. O que é interessante é que, quando fazemos um recorte, o recorte foi feito entre...

(Intervenção inaudível.)

O SR. RICARDO MORISHITA – Transplante. Deputado Jamil Murad, é extenso o rol do que o SUS já atende. É por isso que chamamos a atenção. Quando fazemos uma dicotomia, quando fazemos uma ruptura, uma segmentação entre planos de saúde privados e públicos, é como se fosse possível discutir políticas de saúde pública segmentando um ou outro. São todos dentro de uma mesma visão, de uma mesma pauta e de uma mesma agenda de decisões e de promoções de políticas públicas. Não me parece possível sequer excluir essa discussão. Ambas caminham em conjunto. Acho que um dos grandes méritos do IDEC foi levantar exatamente esse ponto. Uma outra questão que me chamou a atenção foi com relação às reclamações dos PROCONs. Gostaria de pedir permissão ao Dr. Gustavo para falar um pouco do PROCON de São Paulo, e talvez estendendo isso para vários outros PROCONs. Muitas vezes temos a idéia de que uma reclamação no PROCON é simplesmente o fato de o consumidor chegar até lá, declarar que é uma reclamação, e simplesmente ela passa a ser uma reclamação e nenhum outro efeito ela produz. Não, há um procedimento estabelecido no Código de Defesa do Consumidor, e na sua norma regulamentadora, que é o Decreto nº 2.181. Quando um consumidor chega até um PROCON, é feita uma ficha, uma folha, qualquer nome que se queira dar, e cada Estado tem uma particularidade, uma peculiaridade. Mas é uma folha de atendimento. Sobre essa folha de atendimento se registra, publicamente, a insatisfação, a notícia de insatisfação do consumidor. Sobre ela não pende nenhum juízo e nenhuma consequência jurídica, senão a única de, através daquela insatisfação do consumidor, se convocar o fornecedor para uma tentativa de resolução daquele conflito. Você recebe, faz o registro e chama o fornecedor para



verificar se sobre aquela satisfação do consumidor vai-se resolver ou não aquele conflito. Num segundo momento, aí sim, quando você começa a proceduralizar esse atendimento, é que essa folha passa, então, a receber um registro, ela passa a se tornar — entre aspas — “um procedimento administrativo”. E ela só vai ser considerada reclamação depois da defesa do fornecedor e da interposição do recurso. É isso o que chamamos de reclamação, reclamações fundamentadas. E o Código nos atribui a possibilidade de classificar essas reclamações como sendo todas elas fundamentadas. Se não é fundamentada, não faz parte do atendimento do Órgão e não compõe os nossos dados, que são os dados públicos referentes aos cadastros. São essas reclamações fundamentadas que recebem uma classificação em atendido ou não-atendido. Então, há todo um procedimento, há todo — entre aspas — “um devido processo legal”, uma ampla defesa dos fornecedores, para que aquela reclamação seja considerada uma reclamação fundamentada e conste dos registros públicos. São esses registros que chegam, então, a estar disponíveis em cada Estado, seja na forma de edições, de publicações ou mesmo de Internet. Por último, Deputado Sebastião Madeira, acho que de certa maneira todas as ponderações de V.Exas. trataram desse tema. Uma lei — e a Lei de Planos de Saúde não é diferente — necessariamente não traz um juízo em si mesma. Ela traz técnicas e formas de aplicação. É a maneira como se aplica que torna a lei boa ou má. A minha preocupação, e quando procurei ponderar a todo momento, não acho que deva ser revogada. Acho, sim, que ela deve ser harmonizada e aplicada em harmonia com as diretrizes estabelecidas e conquistadas pela sociedade brasileira e pelo Código de Defesa do Consumidor. São essas as referências, são esses os parâmetros normativos, legais e constitucionais que foram estabelecidos. A Lei de Planos de Saúde não pode ser uma exceção e não pode ter uma racionalidade excessivamente fragmentada, onde ela possa ser, a critério do aplicador ou a critério da circunstância, aplicada ora de uma forma, ora de outra. Ela também encerra uma finalidade. E a finalidade deve ser, na medida em que há uma relação de consumo, atender adequada e respeitosamente os consumidores. Não se trata de um excesso, não se trata de um pedido em excesso com relação ao consumidor. Queremos uma relação equânime, uma relação equilibrada. É isso o que se pleiteia a todo momento. A aplicação da lei, que temos observado durante muito tempo, é que ela



sofre uma interpretação na racionalidade que não é do consumidor, que justifica situações como, por exemplo, exclusão, que justifica situações como, por exemplo, justificativa dos não-atendimentos. E daí por diante, todo o número de irregularidades que temos observado durante todo esse tempo. Por último, acho que o CONSU e o Ministério da Justiça têm toda a preocupação e todo o interesse em se trabalhar ante o CONSU. Já é uma das pautas, já inseridas no âmbito do departamento, no âmbito da Secretaria de Direito Econômico, porque sabemos que ali é possível se trabalhar com relação a essas diretrizes. Então, acho que há um interesse muito grande, mas faria uma observação, que é uma observação do ponto de vista histórico do papel que teve o CONSU antes, e do papel que ele deve ter hoje e que vai ter para o futuro, que é o nosso compromisso e a medida da nossa responsabilidade. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Obrigado. Passo a palavra ao Dr. Gustavo, fazendo um apelo forte de que ele seja o mais sintético possível. Temos mais 7 inscritos para fazer uso da palavra.

O SR. GUSTAVO JOSÉ MARRONE DE CASTRO SAMPAIO – Vou, então, ser objetivo. O Dr. Ricardo respondeu quase todas as perguntas que foram formuladas. Então, para não ficar repetindo os argumentos por ele usados, vou fazer apenas algumas intervenções. Foi perguntado com relação ao percentual das reclamações em número de clientes das operadoras. Não trabalhamos com esses dados de número de clientes. A nossa preocupação, primeiro, é com relação ao universo de reclamações que chegam ao PROCON, qual a percentagem do setor. Nesse caso, foi demonstrado que é um setor preocupante com relação ao PROCON. Por que isso? Porque também não possibilitamos o acesso a todos os cidadãos. Vou falar pelo Estado de São Paulo, somos 645 Municípios. A Fundação PROCON é um órgão estadual que regula toda a competência e defesa do consumidor do Estado. São apenas 200 PROCONs conveniados, 200 PROCONs municipais. Em duas cidades não existem PROCONs municipais: Campinas, mais de 1 milhão de habitantes, não temos dados de Campinas; a cidade de São Paulo, Capital, não tem PROCON municipal. Quem faz o trabalho, nesse caso, é a própria Fundação, com apenas 3 postos de atendimento. Quer dizer, uma cidade de 8 a 10 milhões de habitantes com apenas 3 postos de atendimento, é lógico que não reflete



a realidade das reclamações. E outro, que o nosso setor de reclamações alerta, são condutas específicas reiteradas às operadoras, são as elencadas no gráfico. Por isso a preocupação, por isso foram trazidos esses argumentos aqui à Comissão. Acho que, às vezes, não importa o número de clientes, o número de reclamações, mas, sim, condutas reiteradas, que preocupam os órgãos de defesa do consumidor. Muitas operadoras, isso a gente vê na prática, com apenas uma notificação, às vezes nem entra no nosso cadastro, a operadora briga com o consumidor no hospital, dizendo que não vai atender, não está coberto. Quando chega o PROCON, quando o PROCON entra em contato, ela resolve. Quer dizer, ela sabe que deve cumprir, mas espera que o consumidor vá atrás do PROCON e, aí sim, ela cobre. Então, isso é uma preocupação que foi trazida aqui sobre aqueles 4 pontos específicos. Como o Dr. Ricardo já disse, ele conhece muito bem o PROCON São Paulo, porque ele veio de lá. Sobre o procedimento, todas as reclamações que constam do cadastro são reclamações fundamentadas. Então, não é o número total do que entra, mas, sim, daquelas que são consideradas, através de laudos técnicos de um procedimento administrativo, com todo direito à ampla defesa e ao contraditório, são colocadas em nosso cadastro. Por fim, gostaria de falar sobre os dois últimos pontos. Sobre a pesquisa da ANS, com relação a 84% de aceitação por parte dos usuários de serviços de planos de saúde. Tivemos uma briga muito feia com a ANS sobre isso, porque perguntamos quais os critérios, quem ela entrevistou. E ela disse que estávamos colocando em dúvida a honestidade e a credibilidade do órgão. A gente nunca questionou esse fato. Só queríamos saber o porquê desse número, já que o que a gente trabalhava no dia-a-dia do atendimento não refletia esse número. Acho que, se você perguntar... Agora vou falar particularmente, não tenho problema com plano de saúde, também não sou de usar muito plano de saúde. Então, se essa pesquisa for realizada com as pessoas que não utilizam plano de saúde, lógico que vão dizer que estão satisfeitos. Trabalhamos com as pessoas que têm plano de saúde, que têm problemas com os planos de saúde, que são as pessoas que procuram o PROCON. Por isso foi questionado como foi feito o critério da pesquisa da ANS. Ficou uma situação meio constrangedora entre o Presidente da ANS e a minha pessoa, foi agora em fevereiro ou março deste ano. Por fim, sobre a Lei nº 9.656, de 1998. Só passando rapidinho, a idéia é de que ela trouxe



benefícios à defesa do consumidor com relação aos planos de saúde. Lógico que não se poderiam vislumbrar todos os acontecimentos que viriam por diante. Então, os que foram trazidos aqui... O que se tem que pensar é em melhorar a Lei, e não em fazer uma nova lei. A Lei veio e foi benéfica, só que alguns pontos surgiram e precisam ser regulamentados, não sei se através de lei, através de regulamentação. Mas são pontos que estão aí, foram expostos, dão conflitos no dia-a-dia com os cidadãos, com os consumidores, e merecem uma regulamentação. Essa é a visão que temos da Lei. Acho que antes da Lei era muito pior a questão do plano de saúde. Pessoas que trabalham há mais tempo no direito do consumidor do que eu falam que era muito precário, antes da Lei, o relacionamento com as operadoras de planos de saúde. Então, a Lei é benéfica, ela precisa apenas de alguma regulamentação. Não sei se esqueci alguma pergunta, comecei a anotar no meio do...

O SR. DEPUTADO SEBASTIÃO MADEIRA - Sr. Presidente, uma questão de ordem, não sei se é possível. Mas eu só queria, sem entrar no mérito e nem defender a Agência, nem nada, só dizer que, se a pesquisa fizer no PROCON, dá 100%, se fizer uma pesquisa num hospital de câncer, 100% da população tem câncer.

O SR. GUSTAVO JOSÉ MARRONE DE CASTRO SAMPAIO – É por isso que perguntamos qual foi o critério da pesquisa.

(Não identificado) – Vai ter diagnóstico errado, vamos dar um desconto aí.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Nem ali não dá 100%. Mas está bem. Concluiu, Dr. Gustavo?

O SR. GUSTAVO JOSÉ MARRONE DE CASTRO SAMPAIO – Concluí.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Está bem, obrigado. Então, vamos fazer aqui um bloco...

O SR. DEPUTADO PAES LANDIM - Sr. Presidente, pela ordem.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Pela ordem, Deputado Paes Landim.

O SR. DEPUTADO PAES LANDIM – O ilustre Dr. Gustavo não respondeu minha pergunta, especificamente se as reclamações consideradas sem fundamento legal são excluídas das estatísticas divulgadas.



O SR. GUSTAVO JOSÉ MARRONE DE CASTRO SAMPAIO – São. Apenas entram nas estatísticas as fundamentadas.

O SR. DEPUTADO PAES LANDIM – E das reclamações consideradas com fundamento legal, quantas são atendidas?

O SR. GUSTAVO JOSÉ MARRONE DE CASTRO SAMPAIO – Esse dado não tenho aqui, não trouxe o dado das atendidas, trouxe dados absolutos. Mas, em média, costumamos resolver — a gente chama de resolver — as reclamações, 70% são atendidas, em média, no âmbito geral da Fundação, não especificamente planos de saúde.

O SR. DEPUTADO PAES LANDIM – Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Obrigado. O próximo inscrito é o Deputado Jamil Murad. A Mesa vai ser rigorosa nos seus 5 minutos, para que todos possam ser ouvidos.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD – Srs. Deputados, esta CPI tem sua razão de ser, e ela veio para investigar irregularidades para proteger o consumidor, não foi para fortalecer o mercado. Este está muito fortalecido. Os planos de saúde têm Deputados eleitos. Havia um aqui que era dono de um plano de saúde, da Blue Life. Numa audiência pública, ele disse que o problema do plano de saúde era o idoso, porque ocupava muito o plano de saúde. E também não é pelo lucro, Srs. Deputados, porque uma indústria de automóvel, quando é detectado um defeito em qualquer parte do automóvel, ela manda recolher, ela publica na televisão, manda recolher os carros para trocar aquela peça. Ou não é verdade isso? Agora, o que acontece, Srs. Deputados, com os planos de saúde? Há permissividade. Eles jogam com a impunidade, eles tungam o consumidor, tungam o paciente, dão o golpe do João-sem-braço, faz o passa-moleque no coitado, na hora em que está mais frágil. Pagou a vida toda e, na hora em que precisa, falam que o contrato não cobre. Isso tem que acabar. Estamos aqui nesta CPI para acabar com essa pouca-vergonha, isso não pode continuar. Sei que há o banco Itaú por trás, sei que há o BRADESCO por trás, sei que há gente poderosa por trás, mas temos que ter coragem de meter o bisturi, já que aqui é saúde, meter o bisturi e abrir, drenar esse pus. São 40 milhões de brasileiros que estão sendo tungados. Tenho uma pergunta. Um médico não reclamou do tratamento que o plano faz com ele? Não há nenhum registro desse



tipo? Do paciente que falasse “eu estava sendo tratado com determinado médico, agora eles descredenciaram”. Ou de um hospital que foi descredenciado ou laboratório que foi descredenciado. Eles vendem lebre e entregam gato. Impõem conduta. Não houve pacientes reclamando que eles impõem conduta ao médico, impedem que façam exame? Proíbem que o médico... Ameaçam descredenciar se o médico pedir exame? É uma outra pergunta que estou fazendo. Como a ANS tem agido quando vocês encaminham as reclamações? Eu estava vendo no estatuto do PROCON: ele ouve, analisa, encaminha e acompanha. Qual é o acompanhamento? A ANS tem recebido essas reclamações e as analisa? Vocês têm acompanhado o que a ANS faz? Estava vendo no art. 4º, § 36, da ANS, que a Agência Nacional de Saúde tem que se articular com os órgãos de defesa do consumidor, visando a eficácia da proteção e a defesa do consumidor em relação ao serviço de saúde. O que a ANS tem feito? Gostaria também dessa avaliação, porque é da função de vocês acompanhar para saber qual foi o resultado. Vocês têm essa avaliação? Encerrando, depois nós vamos ter um momento de avaliar a ANS, mas aqui já vamos analisando um pouco o conjunto das coisas. Quer dizer, vai permanecer impune? Não existe lei para esses planos de saúde? Temos que comer gato por lebre sempre, porque eles são poderosos, financiam campanhas, fazem isso, fazem aquilo, porque são os maiores bancos do Brasil, e bancos internacionais inclusive. Acho que tem que ter um paradeiro. Basta. Chega. Não dá. Esse problema de visar o lucro, mas uma indústria de automóvel visa o lucro, outros produtos, outras indústrias também visam. A Agência de Vigilância Sanitária está comendo bola aí. O Ministério da Saúde está se vendo diante desse arcabouço: Agência Nacional de Saúde Suplementar, Agência de Vigilância Sanitária e medicamento que cega, medicamento que mata. Quer dizer, até quando? Nós estamos no século XXI. Foi feito um arcabouço jurídico aqui, foram montadas instituições que temos que apertá-las também. Elas têm que cumprir o seu papel. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Obrigado, Deputado Jamil Murad. Deputado Roberto Jefferson.

O SR. DEPUTADO ROBERTO JEFFERSON - Sr. Presidente, Srs. Relator... Décimo primeiro, acho que me passaram na frente, Sr. Presidente. Estou recebendo um protesto.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Não, é que V.Exa. já tinha uma inscrição, que era de nº 9, e depois se inscreveu de novo na 11ª. Então, conservei a 9ª e estou cancelando a 11ª.

O SR. DEPUTADO ROBERTO JEFFERSON - Foi excesso de inscrição.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Era muita vontade de falar.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Eu pensei que era excesso de prestígio.

O SR. DEPUTADO ROBERTO JEFFERSON – Cumprimento o Presidente, o Relator e os dois expositores, o Dr. Gustavo Marrone e o Dr. Ricardo Morishita. Aliás, o Dr. Morishita trouxe um dado que me impressionou — não sei se a pesquisa é Vox Populi ou Datafolha —, da satisfação com o SUS 72% contra 28% de insatisfação. Excelente dado. Mas percebemos que até na saúde universal, constitucional, direitos de todos, dever de Estado tem insatisfação. Graças a Deus, senão não estaríamos aqui. Nós somos os Parlamentares da insatisfação, porque nós pregamos o sonho de corrigir toda insatisfação que há. Esse é o nosso discurso. “Sou contra reforma da Previdência. Sou contra reforma da CLT. O trabalhador não vai encontrar...” E nós vendemos essa esperança às pessoas que votam em nós. Se houvesse também um PROCON parlamentar, muita gente também ia ser acusada de mudar. (*Risos.*) Mas isso é coisa que existe. Mas, se houvesse uma demanda tão grande assim de problemas nos planos de saúde, tinha 1 milhão de postos. Isso é uma coisa que dá prestígio e nós respeitamos. Houvesse essa demanda, os números não seriam tão pequenos. Eu vi ali na tabela do PROCON e li hoje na *Gazeta Mercantil* alguns dados que mostram a eficácia da atuação dos senhores no PROCON em defesa dos consumidores. A Lei nº 9.656, de 98, depois dela e das ações dos senhores reduziram muito as reclamações. Nós estamos discutindo aqui a qualificação plena, o milagre do atendimento total, da satisfação total. Dizem, na Agência Nacional de Saúde, que há uma satisfação de 84% das pessoas usuárias com os seus planos de saúde. Eu não me acho prejudicado pelo meu. Toda a minha família tem e não me acho prejudicado com o meu. Mas vejo lá no SUS 28% contra, na Agência Nacional de Saúde, 16% contra. E vi aqui, dados da *Gazeta Mercantil* de hoje, que a campeã de reclamações em São Paulo é a Sul América, banco, essa



peste que desgraça o Brasil, 84 reclamações num total de 1 milhão 552 mil clientes. Comparando o índice de 1 para cada 10 mil usuário dá perto de zero a reclamação em relação a essa campeã. Amil, segundo, com 72 reclamações, tem 730 mil usuários. Dá 0,30% na relação de 1 para 10 mil. A Med Vida tem 64 reclamações, tem 12 mil 730 beneficiários; é perto de zero as reclamações porque as reclamações não atendidas foram 3. Eles atenderam 61. Aqui o *site* do PROCON: www.procon.sp.gov.br. Golden Cross, total de reclamações: 57; reclamações atendidas: 33; não atendidas: 24; beneficiários: 373 mil; dá 2,36% em relação à carteira. Eu cumprimento vocês por isso. Porque são mínimas as reclamações. Talvez de AIDS, de transplante. Eu não pedi no meu plano de saúde nem AIDS, nem transplante. Eu quero não ter AIDS e quero não precisar de transplante. Eu acredito, olhando o padrão de saúde da minha família, que eu não vá precisar de nenhum transplante na minha vida e não quis me submeter a um plano muito caro. Se eu tivesse que pagar por transplante, eu ia pagar um plano muito caro. Paguei um plano médio. É uma opção que tive, não paguei tão caro. Mas cumprimento o Dr. Ricardo e o Dr. Gustavo pela ação de vocês, que reduziu muito a insatisfação. E a reclamação é fundamentada — vou encerrar, Presidente. Eu quero cumprimentar os representantes da Defesa do Consumidor por isso. Essas reclamações são fundamentadas e se busca a solução delas. Nós reduzimos ao mínimo. Mas eu queria aproveitar aqui para falar desses pequenos planos, esses planos básicos. Nós não podemos ter uma visão paulista disso. Eu, por exemplo, moro no Rio, na Capital, também não posso ter uma visão do Rio, Capital. Mas no interior do Brasil tem esses pequenos hospitais filantrópicos que têm planos próprios, que não podem fazer — e eu digo isso porque presidi a Comissão de Seguridade Social nessa época, em 1996, e nós fizemos um grande debate que permitiu, no final, a votação e a sanção dessa Lei 9.656, de 1998. Eu era o Presidente da Comissão de Seguridade Social nessa época. Mas os hospitais no interior... esse foi um debate que nós enfrentamos. Há hospitais que têm planos próprios. Isso que, às vezes, Dr. Ricardo, nos obriga aqui como legislador, fugindo um pouco da ótica de São Paulo, que detém 60% do mercado de plano de saúde no Brasil, 30% são os planos individuais, onde têm mais problemas, 70% são os planos coletivos, com as grandes indústrias, quer dizer, o consumidor não fica tão desprotegido porque tem a grande



indústria a enfrentar o plano de saúde. São Paulo é forte, o Rio já foi mais forte, tem algumas estatais que sustentam o Rio; se olhar Rio, Minas e São Paulo, vamos falar de 75% dos planos de saúde do Brasil. Mas nós temos que entender que o Brasil não é só esse eixo do Sudeste. E, às vezes, esse plano básico é necessário para a sobrevivência de um hospital lá no interior do Amazonas, no interior do Acre, que não pode fazer só o atendimento pelo SUS e precisa que no hospital tenha lá a sua Santa Casa no interior, que inclusive é anterior ao próprio SUS, as Santas Casas no Brasil antecedem a política pública de saúde, para que eles possam sobreviver. Concluindo, Sr. Presidente, é uma coisa que colocamos na lei e me regozijo disso: esses planos de saúde pagam ao SUS pela tabela dos planos de saúde. O reembolso ao SUS não é feito pela tabela do SUS, não, que, às vezes, é 10, 20 vezes menor que a tabela do plano de saúde. Graças a Deus, pusemos na lei e assim é a regulamentação da Agência Nacional de Saúde, sempre que alguém, vinculado a um plano de saúde: Amil, Golden, Sul América, é atendido na rede do SUS, a tabela que remunera o SUS dá lucro ao SUS. Ela não é a tabela do SUS, que é uma tabela muito menor, a que remunera o médico, o laboratório, o hospital, é a tabela do plano de saúde que, às vezes, no procedimento paga 20, 25 vezes mais. Isso quero cumprimentar. Foi uma informação que os PROCONS nos deram. A ação dos PROCONS, a essa época, que permitiu que nós pudéssemos chegar hoje aqui na busca da perfeição. Nós estamos buscando, aqui, nesta CPI — eu percebi pelos dados que recebemos aqui — a busca da perfeição. Nós vamos fazer aqui na CPI o sistema de saúde suplementar privado absolutamente perfeito ao final desse nosso debate. Muito obrigado aos senhores expositores pela oportunidade que nos deram.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Deputado Silas Câmara.

O SR. DEPUTADO SILAS CÂMARA - Sr. Presidente, ao final da exposição dos nossos expositores, a quem quero cumprimentar, juntamente com V.Exa. e o Relator desta Comissão, pode-se observar, Sr. Presidente, que os números das insatisfações em relação aos planos de saúde, no Brasil, como vários colegas já puderam falar, estão até abaixo da média do que realmente se pode perceber das insatisfações do povo brasileiro em relação a outros atendimentos que geralmente o povo utiliza no seu dia-a-dia. Mas eu gostaria de deixar pelo menos duas perguntas, Sr. Presidente, para que os nobres expositores pudessem responder. Foi muito



falada a Lei nº 9.656, de 1998. O próprio Dr. Ricardo falava que a lei, até certo ponto, nos chamava atenção pelas suas miudezas, pelos seus pormenores. Como se preocuparam em colocar nessa lei, de forma às vezes muito clara, algumas coisas. Dizem que, quando uma pessoa está preocupada sobre a verdade de alguma coisa, ela tenta esclarecer com um maior número de detalhes possíveis para que não deixe a brecha da possibilidade de, no revide das perguntas, você possa tropeçar naquilo que pensava que estava passando para alguém que você quer passar. Isso me chamou atenção. Por isso, vai a pergunta — e isso é algo que faço: se o Dr. Gustavo e o Dr. Ricardo poderiam me dizer se, depois da Lei nº 9.656, de 1998, houve redução do número de reclamações e de insatisfação. O que é que houve realmente em números, de forma bem didática, depois desta lei? Eu pergunto isso porque se discute a eficiência ou não-eficiência dessa lei. Mas o fato é que, depois que a lei passou a existir, os planos de saúde passaram a ter uma penalização sobre as suas atitudes. Isso deve ter, com certeza, criado sobre eles uma forma de vigilância que o PROCON e que o Departamento de Proteção e que outros órgãos fiscalizadores deixaram de ter a exclusividade de fazer, por conta até de que o consumidor esclarecido sabe dos seus deveres e obrigações. E, de porte desta lei, ele próprio passa a monitorar. E vocês sabem perfeitamente que, em primeira instância, numa discussão como essa, se ele vai a um escritório concessionário ou escritório autorizado e diz: *“Eu sei do meu direito, e se você não me der o que eu tenho direito, eu vou ao PROCON, ou a outro departamento de fiscalização.”*, nenhuma empresa tem o prazer de dizer: *“Vá ao PROCON e registre uma queixa contra mim”*. Porque ele sabe que isso vai depor contra ele. Então, a pergunta que faço é: depois da Lei nº 9.656, de 1998, o que aconteceu com o Brasil em relação aos planos de saúde? A insatisfação diminuiu? Os questionamentos diminuíram? O que é que aconteceu, realmente, em termos de números? E, a minha segunda pergunta é a seguinte, é justamente o que o Líder Roberto Jefferson acabou de colocar. Todos sabemos que a Agência Nacional de Saúde penaliza o plano de saúde quando alguém que é portador de plano de saúde usufrui da rede pública. E esta tabela que é cobrada é tabela do plano de saúde e não do SUS. Queria saber se vocês têm idéia do que significa hoje essa briga: Agência Nacional de Saúde *versus* plano de saúde *versus* SUS, o que significa, em termos



quantitativos. E, por último, eu que trabalhei por 8 anos com plano de saúde sei que uma das maiores dificuldades do plano de saúde é justamente essa questão do descredenciamento médico, tanto quanto a preexistência. Eu acho que são os fatos que mais incomodam, acho que incomodam até menos do que o reajuste por faixa etária e a urgência médica, eu acho que incomoda até mais. Eu gostaria de saber dos nossos expositores se existe, por parte do PROCON e do próprio Departamento de Proteção, algum estudo feito em que V.Sas. pudessem, colaborando com esta Comissão, indicar como solução para essas duas questões, que são questões que eu julgo que afetam mais diretamente o ser humano, como o Dr. Ricardo colocou. Porque existem questões que afetam diretamente a pessoa como ser humano, a questão, por exemplo, de a pessoa chegar no médico credenciado e, de repente, descobrir que aquele médico que ele se consulta, que o acompanha, há 4 ou 5 anos, já não é mais credenciado daquela empresa de saúde —, ou até mesmo a concepção da preexistência, que é uma discussão muito ampla, que dificilmente a gente vai chegar a uma concepção, até porque isso passa por conceitos médicos. Quando se fala de conceitos médicos, nem sempre o que pensa um pensa o outro. Isso é muito complicado. E se fosse se instalar a questão da auditoria médica ou da junta médica para que houvesse esse exame anual, até sobre o seguro de vida, por exemplo, às vezes, a pessoa própria se indispõe e não quer participar disso, de jeito nenhum. Então, são essas minhas perguntas. Eu termino, Sr. Presidente, dizendo para V.Exa. que eu participo do pensamento de que, se o plano de saúde, daqui para frente não acontecer nada, que mude o rumo das estatísticas. Eu acho que nós vamos ter que, de repente, começar a tirar o chapéu para uma quantidade, para uma qualidade de insatisfação tão grande quanto que está sendo hoje demonstrada aqui pelos números e pelas pesquisas.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Deputado Almir Moura.

O SR. DEPUTADO ALMIR MOURA - Sr. Presidente, senhores expositores, há alguns anos, eu pertenço a uma instituição, e essa instituição, nós tínhamos que abrir filiais pelo Brasil. E para abrir filiais no Brasil, nós tínhamos como parâmetro cartas que nós recebíamos das pessoas. E nós descobrimos que, para cada 4 cartas que nós recebíamos das pessoas de uma cidade, nós poderíamos abrir uma instituição. Por que? Porque com 4 cartas, pelo menos mil gostariam de escrever e



não escreviam. E, assim eu penso que são essas estatísticas. Poucas pessoas que gostariam de reclamar vão efetivamente e reclamam dos serviços. E nós abrimos quase 2 mil filiais no País usando esse critério: 4 cartas, 5 cartas e, hoje, a nossa instituição é uma das de maior sucesso, neste País, pegando por esse parâmetro. Eu pago plano de saúde há 10 anos. Usei o plano de saúde duas vezes somente. E, das duas, uma eu quis reclamar e não reclamei. Em 10 anos. E pago bem. E pagava bem, na minha opinião, paguei quase mil reais, por mês, de plano de saúde. Uma das vezes, o plano de saúde de um grande banco, ele muda com a lei, e o meu plano, que era *top*, passou a ser secundário. Ele era *top*, eu podia me consultar em Miami, se eu quisesse, por exemplo. E, depois, com a mudança da lei, eu já não podia mais. É mais ou menos como a carteira de motorista que pouca gente está atentando para isso. Quem tinha carteira de motorista classe D podia dirigir qualquer tipo de carro. Hoje, não pode mais. Mudou a lei, e ele não pode mais dirigir. Eu acho que até essa Câmara deveria rever esse tipo de situação da carteira de motorista — não é o caso aqui — mas é até uma reclamação. Porque eu tinha carteira de motorista D e dirigia carro com semi-reboque, cavalo disso aquilo outro. Depois disso, eu peguei um carro, o guarda me multou e me fez ir a pé para casa. Disse: “*Você não pode mais*”. E mudou. E caiu. Não podia mais. Eu podia dirigir tudo e não podia mais. No plano de saúde está acontecendo a mesma coisa. Então, o que eu penso é que usa-se a lei para descumprir a lei. O colega do PROCON disse ali que as pessoas, às vezes, quando há reclamação, a instituição de saúde aceita fazer o que o cidadão reclamou, mas só depois que ele reclama. E os que não reclamaram? Quanto prejuízo tiveram as pessoas em detrimento de uma única pessoa? Ainda que seja 1%, quanto lucro uma seguradora que têm milhões de planos de saúde, ou milhares, para ser bem *light*, não levaria de lucro? Estive imaginando, só para se fazer uma conta, pegar telefônica, por exemplo, se os telefones fixos no País, tiver 30 milhões de telefones, cada um real que aumenta na assinatura são 30 milhões que somente 3 companhias levam. São 30 milhões por mês, são 10 milhões para cada uma, no mínimo, se dividir equanimemente. Dez milhões. Imaginem vocês se aumentar 10 reais. Só na básica que ninguém pode controlar. E há situações no plano de saúde também que ninguém pode controlar. Mas eu quero fazer umas



perguntas, porque só conheço plano de saúde do lado da dor. Não sou médico, não milito, sei que pago, mas do lado da dor eu conheço.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Deputado, para concluir.

O SR. DEPUTADO ALMIR MOURA - Só queria o tempo do nobre Deputado Roberto Jefferson.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Não tem problema. A Mesa sempre é democrática.

O SR. DEPUTADO ALMIR MOURA - Muito obrigado. Está bem, vou concluir. Então vamos lá. Uma situação é se vocês têm conhecimento de muitos planos que eram de primeira categoria e caíram para segunda, obviamente lesando o consumidor. Segundo, planos de saúde que deliberadamente acabaram-se, findaram as atividades no mercado, vendendo algumas cotas para outros planos, aqueles que se interessavam e deixando para outros, simplesmente extinguindo os demais. O que aconteceu com esses planos de saúde? Se vocês têm idéia. Isso aconteceu muito que eu sei. Você pega a SAMP, pega outras aí, vão ver por aí o que aconteceu, e cortando aqueles benefícios que o cidadão tinha. Terceiro, se os senhores seriam capazes de fazer uma exposição dentro, é claro, das suas experiências, dos principais pontos em que as seguradoras de planos de saúde descumprem a lei para, em alguns casos, — se vocês podem fazer essa diferenciação — obterem lucro, ou, em outros casos, pela incapacidade do cumprimento do plano. No mais, nos meus 5 minutos, era só isso que deu para falar. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Foram 5 minutos na marca exata, Deputado. A Mesa quer cumprimentar e quer se disciplinar para usar 5 minutos porque sou o próximo inscrito. Eu quero optar aqui por um dos itens que passou pelo nosso debate e que vai nos acompanhar ao longo desta CPI, com a toda certeza, que é o tema da possibilidade ou não, ou da vantagem ou não de fazer planos de saúde do tipo A, B, C ou D. Dialogo, por exemplo, com a hipótese levantada pelo Deputado Roberto Jefferson, e ele dizia: *“Eu preferi contratar um plano que não incluía transplantes.”* Eu quero fazer um alerta ao Deputado Roberto Jefferson e a todos nós que pensamos nesta questão desse mercado de saúde suplementar que o consumidor da área de saúde e é considerado sempre um



consumidor imperfeito. Ele não tem como prever o futuro, por mais que ele tente se aproximar, por características da sua vida pessoal, etc, etc, ele não tem como prever o futuro, ele não pode saber, por exemplo, neste exemplo que está sendo dado aqui, se ele precisará ou não fazer um transplante algum dia. Aliás, todo mundo que paga um plano de saúde prefere passar 20 anos pagando e de preferência nunca usá-lo. Agora, nenhum de nós tem como prever esse futuro. E tem outro problema no tema, e eu diria ao também meu colega aqui Deputado de Comissão, Deputado Silas Câmara, estou naquela fase de nem tirar o chapéu e nem colocar o chapéu, talvez pela própria função de Presidente, estamos procurando aprofundar o nosso conhecimento para verificar problemas que tenhamos ou não nesse setor e que possam melhorar esse setor. Aliás, também eu prefiro não aceitar o desafio numérico, se tanto por cento, se a pesquisa A, se a pesquisa B é melhor ou pior. Não, quero ir a fatos que se existirem e forem 10, 20 ou 100 ou 1.000 já são suficientes que tomemos medidas para evitar que se tiver um plano de saúde utilizando critério de aumentar substantivamente o preço na faixa etária dos mais idosos, com o objetivo de expulsar o idoso do plano, nós devemos nos debruçar sobre esse tema e propor uma correção para isto, porque nós não podemos, vamos dizer, aceitar a idéia de que alguém fique vulnerável, depois de pagar, durante 40 anos. Nós sabemos que os salários não acompanham esse processo. E aí a pessoa, poderia eu fazer um raciocínio também, alguém que acumulou reservas num plano, ao longo de 30 anos, quando seria o momento de ele utilizar parte das reservas, sendo atendido, porque há necessidade, ele é expulso do plano, a reserva ficou aqui e o paciente foi descartado. Quando a gente fala do plano A, B e C, tem um problema, tem questões que obviamente podem ser dimensionadas, tipo se um plano vai oferecer uma hotelaria classe A, dentro do hospital, ou seja, o paciente quer ficar em quarto isolado, ou a hotelaria classe B, que o paciente aceita ficar numa enfermaria com outros 3 pacientes. Isso me parece algo razoável até de discutir, uma diferenciação nesse sentido. Agora, se o paciente tem a doença A, precisa fazer o exame X, que os protocolos indicam ser o exame necessário para diagnosticar, por exemplo, uma hemorragia gástrica, não há A e B. Não tem paciente A e paciente B. Os 2 pacientes que tenham essa mesma doença têm que fazer o exame, que é condição fundamental, tecnicamente, para ele ser bem



diagnosticado e bem tratado, porque, senão, nós poderíamos, também, levando esse raciocínio ao extremo, começar a fazer uma segmentação tal dos planos que a pessoa seria levada a uma espécie de adivinhação prévia, porque quando eu vou comprar uma camisa, um par de sapatos, eu posso olhar 30 lojas, ver 30 tipos de tecidos, 25 cores. Eu sou até um consumidor perfeito, nesse caso. Mas, na área de saúde, eu não sou. Eu não tenho como adivinhar se eu vou ter um acidente grave, vou precisar ficar 30 dias na UTI ou 5. Então, não há, na minha opinião, inclusive, eticamente, como acolher a idéia de que teriam planos que dariam 5 dias de UTI, 10 dias, 15 dias, 20 dias, 25 dias, 30 dias. Escolha você, na vitrine, qual o que mais lhe agrada. Eu não posso escolher. Eu não tenho como prever quantos dias eu, eventualmente, vou precisar ficar na UTI. Eu prefiro não ficar nenhum, mas se eu tiver um acidente grave, eu tenho que ser acolhido pelo plano e ao plano cabe — eu concluo com isso, para não passar demais do meu tempo — administrar o que se chama o risco coletivo daquele produto que ele está vendendo. Ele não pode transferir para o consumidor a idéia de que ele tem que adivinhar os riscos, para fazer sua escolha, porque o consumidor, como até disseram bem aqui os nossos 2 convidados de hoje, ele é um consumidor altamente frágil e imperfeito. Isso é que dá uma especificidade muito grande para a nossa área, aliás, que também valeria para aquela coisa: eu operei 200, nos últimos 2 anos, pois só morreram 3, quer dizer eu fui bem sucedido em 197 vezes, mas se tem um protocolo que indica de que cada mil cirurgias daquela pode morrer 1 paciente, eu fui mal como médico, mesmo que tenham morrido só 3. Então, isso tudo nós vamos ter de aprofundar aqui, porque, na minha opinião, alguns temas não estão andando bem, aliás isso é o que motivou as assinaturas, a nossa reunião aqui, talvez perseguindo a perfeição, como diz o Deputado Roberto Jefferson, e eu digo, certamente, perseguindo uma situação bem melhor do que a existente hoje. Bispo Wanderval, o último inscrito.

O SR. DEPUTADO BISPO WANDERVAL - Sr. Presidente...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Para quem morreu, exatamente, foi 100% de insucesso naquela cirurgia.

O SR. DEPUTADO BISPO WANDERVAL - Sr. Presidente, eu quero ser bastante sucinto e mais disciplinado do que o meu colega, Deputado Almir Moura, até porque, no meu entender, me parece, mediante a exposição dos nossos



queridos preletores, que aqui estiveram, se eu não estou enganado, parece que está tudo bem com respeito aos planos de saúde, mediante não o PROCON, que defende os consumidores, mas as pesquisas. Por exemplo, não é o que a gente vê nas ruas, não é o que nós ouvimos nas bases, não é... Por exemplo, no último sábado agora eu fiz um programa de televisão, eu tenho um programa de televisão, na minha cidade, Campinas. Olha, as ligações ficaram congestionadas e 70% das ligações do programa foram para fazer reclamações contra planos de saúde. O senhor vai ver que eu não vou tomar os 5 minutos, não. Apenas, até para fazer aqui uma pergunta aos 2 eminentes convidados. A Agência Nacional de Saúde Suplementar, em matéria de *O Globo*, sexta-feira, dia 20 de junho, começou a investigar as operadoras de plano de saúde que vendem contratos coletivos a consumidores individuais, como se eles fossem empresas. O Presidente da ANS, Januário Montone, afirmou que a agência tem recebido denúncias de entidades de defesa do consumidor sobre essa prática e, segundo ele, esse tipo de serviço pode trazer prejuízos a quem troca o contrato individual pelo coletivo, porque a ANS controla apenas os reajustes de contratos individuais. E eu quero formular a pergunta dentro disso que eu coloquei agora, tanto ao Dr. Ricardo, quanto ao Dr. Gustavo. O Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor tem recebido reclamações como as que foram veiculadas no jornal *O Globo*? Essa é a pergunta. *Folha de S. Paulo*: "Governo autoriza reajuste de 9,27% para Plano de Saúde", quando, na verdade, nessa mesma matéria, 2.351 operadoras de plano de saúde pediram reajuste de até 20%, que dizer, muito além daquilo que nós podemos esperar e da inflação. Eles queriam 20%, até 20%, quando o Governo autoriza o reajuste de 9,27%. Se os nossos convidados quiserem responder, tudo bem, mas vou deixar a pergunta no ar. Como pode o Governo autorizar o aumento nos planos de saúde, se o que vemos, não o que foi colocado aqui, mas o que vemos, o que ouvimos, nas nossas bases, é o crescente aumento de reclamações? Só as pesquisas que não mostram. Alguma coisa está errada ou, então, a gente vai ter de quebrar a caixa-preta das pesquisas, porque alguma coisa está errada aí. Alguém está falando grego ou, então, não estou entendendo nada, ou, então, são os consumidores é que estão errados, e os planos de saúde é que estão certos. Há interferência dos órgãos? Essa pergunta, eu gostaria que os convidados



respondessem. Há interferência dos órgãos que os senhores representam, quando há um aumento dos planos de saúde? E se não houver, Sr. Presidente, esta CPI, que tem que dar uma resposta para a sociedade, tem que criar algum mecanismo para coibir esse tipo de coisa. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) – Bom, aqui nós estamos com o velho e permanente problema da nossa vida aqui na Câmara Federal, que é a Ordem do Dia, a luzinha está acendendo, mas nós estamos pedindo aqui uma informação por telefone, mais precisa, para, talvez, podermos ouvir os nossos 2 convidados, que vão poder, talvez, responder a todos os questionamentos, mas pedimos que eles, de fato, aqui, usem 5 minutos, e ouvirmos o nosso Relator, antes de encerrar o nosso trabalho de hoje. Eu já aproveito para convidar todos os colegas que compõem a nossa Comissão para a nossa próxima audiência pública, que é na quinta-feira, 9h 30min da manhã, onde nós vamos ouvir as entidades médicas. Já temos a confirmação do Conselho Federal de Medicina, da Associação Médica Brasileira. Estamos aguardando a confirmação da Confederação Nacional dos Médicos. Então, Dr. Ricardo.

O SR. RICARDO MORISHITA – Tivemos tantas perguntas. Vou tentar, aqui, talvez, ressaltar os pontos que mais me causam preocupação. Eu volto insistir nessa questão numérica, que me parece uma colocação, mas me parece que ela acaba sendo apenas uma, entre as várias outras possíveis. Nós sabemos que quando um PROCON toma aquela reclamação como sendo relevante, primeiro, ele está considerando, sobretudo, a pessoa que ele está atendendo. Ele não tem uma racionalidade como um banco que conta a importância pelo número de clientes que ele consegue angariar ou pelo número de movimentação financeira. Não é essa a racionalidade de um órgão. Ele atende, e atende a um consumidor. Segundo, quando um PROCON, com toda a dificuldade de acesso, declara — podemos encontrar isso nos últimos 5 anos, talvez de forma até preocupante — aquelas reclamações referentes à saúde suplementar como sendo uma de suas reclamações, é porque, de fato, isso acaba tendo relevância no mundo dos fatos. Diante de toda a gama que envolve uma relação de consumo, que vai de uma agulha até um avião e passa por planos de saúde, compra de bens, compra de produtos, telefonia celular, serviços financeiros, diante de toda a gama oferecida no



mercado de consumo, aquele determinado segmento ganha determinada relevância é porque, de fato, ele tem uma significação. Talvez não uma significação proporcional como querem, por exemplo, as empresas de planos de saúde, que têm imensa carteira e querem fazer a mensuração de danos pelo número de clientes afetados. Não é essa a racionalidade que se utiliza. Não é essa dimensão que vai traduzir os problemas dos consumidores. Mas, garanto uma coisa: quando os PROCONs registram essas reclamações — tivemos 2 nobres Deputados falando exatamente nesse sentido —, é porque está havendo reclamações de consumidores no dia-a-dia; é porque, de fato, tem uma relevância, esses consumidores estão sendo lesados e estão levando a público a sua insatisfação. De outro lado, também ouvi, nas ponderações do Deputado Silas, e me lembro um pouco dessa fala. Dizem que, quando se tem um contrato entre duas pessoas extremamente desconfiadas, tem-se um contrato muito extenso, porque se deseja cobrir exatamente todas as brechas. É verdade. Quando se trata de uma relação bilateral, eu contratando com outro. Deputado, minha preocupação é a de que a nossa língua brasileira, a nossa forma comunicacional permite várias interpretações. Quando se tem uma lei que procura descrever vários eventos, ainda que tenha essa preocupação que V.Exa. apontou, ela talvez cause uma dificuldade interpretativa. E, quando estamos diante de um fato interpretativo, uma interpretação jurídica, já nos lembravam inúmeros mestres que a interpretação não é um juízo da ciência, mas, um juízo político. E o resultado desse juízo político no dia-a-dia são as insatisfações dos consumidores, as reclamações e toda a fragilidade em que eles se encontram. De outro lado, não penso que nós estejamos preocupados em construir um mundo ideal, mas queremos que, no mundo real, no dia-a-dia dos consumidores, daqueles que pagam, daqueles que são lesados, haja uma forma de reparar, uma forma de não serem mais lesados. Já concluindo, a gente já está um pouco cansado, também. Mas, Deputado Henrique Fontana, Presidente desta Comissão, de fato, estou convicto de que essa categorização, essa segmentação talvez possa trazer muito mais prejuízo ao nosso consumidor do que propriamente benefícios. E também houve aqui uma proposta do Deputado Silas com relação à contribuição que poderíamos estar dando com relação ao credenciamento e ao reajuste por faixa etária. Com relação a isso, Deputado, eu vou consultar o sistema e acho que o sistema vai se manifestar e



a gente vai poder contribuir com esse debate, porque talvez um dos pontos mais relevantes desta CPI seja trazer a público esse debate, trazer transparência e possibilitar que a sociedade se manifeste. Isso porque, talvez, uma das formas mais institucionalizadas de controle social que temos, talvez as únicas relativas ao consumo, sejam os PROCONs, os órgãos de defesa do consumidor. Não importando a quantidade, mas, ainda que seja o único registro, é uma forma de manifestação de um controle social da sociedade com relação a determinado tema. Então, deixo registrada essa relevância. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Agradeço ao Dr. Ricardo e passo a palavra ao Dr. Gustavo.

O SR. GUSTAVO JOSÉ MARRONE DE CASTRO SAMPAIO - Vou tentar ser sucinto. Com relação aos números, acho que o Dr. Ricardo já disse, o que vale na nossa atuação diária como órgãos de defesa do consumidor é a visualização de uma conduta que lese o consumidor. A conduta é repetida, causa o impacto, e a trouxemos para uma melhora. Não que a lei seja benéfica ou não ao consumidor, não é essa a questão. A questão é que esses pontos foram trazidos e esperamos que sejam regulamentados para que o consumidor tenha segurança na hora de contratar. Não como hoje acontece que não se tem a segurança de que o serviço vai ou não ser realizado. Com relação à ANS, temos o problema de que não sabemos quais são seus critérios de fiscalização. Encaminhamos as reclamações fundamentadas à ANS, mas não temos contato nem interferência perante sua rotina de fiscalização na aplicação de multas às operadoras de serviço. É uma questão que também acho deveria ser vista e vocês vão ter a possibilidade de ter aqui o Presidente da ANS, que vai explicar como é feita a política de fiscalização da agência. Gostaria de falar duas coisas rápidas. Uma é com relação aos contratos coletivos. As operadoras forçam essas entradas nos contratos coletivos por dois motivos: um, o contrato coletivo possibilita a rescisão contratual unilateral, o que é inviabilizado no contrato individual. Por quê? Porque, nesse contrato coletivo — justificativa das operadoras —, você não precisa da autorização para aumento no caso das rescisões técnicas. A agência apenas monitora. Então, eles aumentam e, se o consumidor não pagar, eles rescindem unilateralmente. Não tem muita dificuldade nisso. Esse é um dos motivos que os fazem forçar a entrada em planos



coletivos. Com relação à revisão técnica, quando se fala em aumento de planos de saúde, esses 9%, na verdade, não refletem a realidade do que é concedido. Porque existe no contrato, nas resoluções da ANS, na lei, a chamada revisão técnica, que pode ser pedida pelas operadoras perante a ANS e ser concedida. Então, nem sempre o que é autorizado, a princípio, como reajuste básico, é o que realmente é repassado ao consumidor. Acho que esses são os aspectos mais importantes. Agradeço, muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Obrigado, Gustavo, pela objetividade.

O SR. DEPUTADO SILAS CÂMARA - Sr. Presidente...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Deputado Silas Câmara.

O SR. DEPUTADO SILAS CÂMARA - Sr. Presidente, só para esclarecer. Quando eu quis falar da forma em que a lei está preocupada em minuciar algumas questões sobre planos de saúde, a questão que quis me referir foi justamente ao que o Dr. Ricardo falou: que a preocupação, e essa lei foi tão discutida aqui, mas nela foram inseridos pontos que, com certeza, por conta dessa riqueza do português, ela beneficiou muito mais os planos de saúde do que as pessoas que os utilizam.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Vamos, então, ouvir nosso Relator, para encerrar nossa audiência pública de hoje.

O SR. RIBAMAR ALVES - Obrigado, Sr. Presidente. Quero parabenizar os 2 pleiteiros pelas magníficas exposições apresentadas. Minhas perguntas foram praticamente contempladas por todos os colegas que me antecederam, e fiz questão de ficar por último justamente por saber que seria contemplado. Gostaria de aproveitar a experiência acumulada pelos 2 expositores para que nos ajudassem nessa relatoria e à Presidência com as sugestões que possam vir a qualificar melhor a lei dos planos de saúde, que será nosso diagnóstico final. Aos colegas que me antecederam, Max Rosenman, Jamil Murad, Roberto Jefferson, gostaria de dizer que um dos nossos pensamentos enquanto Relatores é fazer nessa CPI o que fazemos no diagnóstico médico: ouvir as queixas do doente, fazer o exame do doente, solicitar exames complementares para fazermos um diagnóstico preciso e, aí, propormos uma terapêutica. Acho que, com esse relacionamento, estaremos



contemplando todos os que me antecederam na busca da perfeição, porque o homem busca a perfeição no dia-a-dia, no cotidiano da sua vida. Se ele não a alcança, é porque perfeito só Deus, e, ainda assim, seu filho morreu na cruz para que pudéssemos ser salvos na Terra. Então, esta CPI vai buscar, sim, diagnosticar todos os erros possíveis e imagináveis que pudermos ter. Portanto, acredito muito em nossos pares. Acho que foi muito relevante esta audiência de hoje. E espero que todas venham a contribuir como hoje, para que possamos fazer um diagnóstico preciso e termos um tratamento adequado para esse mal que está assolando nosso País.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Muito obrigado, então. Agradeço a presença de todos.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Ouço, antes, o Deputado Arlindo Chinaglia.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Não sei se contraria o Regimento, creio que não, se V.Exa. concordasse, creio que os nossos 2 convidados poderiam dar uma boa contribuição, porque se estabeleceu uma polêmica e, a meu juízo, cada um de nós interpreta, inclusive, as palavras de acordo com aquilo que já pensávamos antes. Mas, que sugestões eles teriam de alteração ou alterações na atual lei que regulamenta os planos de seguros de saúde.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - O Relator acabou de solicitar isso.

O SR. DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA - Pois é. Eu ouvi, mas ele sugeriu a colaboração nos trabalhos, mas talvez para ficar registrado como próprio da CPI, sem prejuízo do trabalho continuado, até porque acabei de ser perguntado por uma jornalista se o PROCON estava ou não defendendo que os planos de saúde funcionam bem, tal a interpretação que é dada aqui no debate. É democrático? É normal? Mas como dei a interpretação de que o PROCON foi convidado exatamente porque, através dos seus relatórios, é que surgiu a CPI, penso que era oportuno, caso eles queiram, que pudessem nos dar a opinião de se acham que a atual legislação é suficiente em defesa daquilo que se denomina consumidor — prefiro cidadão — ou não. Parto do pressuposto de que são necessários profundos ajustes



nessa lei, profundas alterações. Se o Presidente achar que deve, eles poderiam nos responder que pontos acham deveriam ser mudados nessa lei que regulamenta.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - Com certeza. Acolho a sugestão e a solicitação do nobre Deputado Arlindo, que complementa a solicitação já feita pelo Relator, e pedimos formalmente aos nossos 2 convidados, na verdade, às instituições que eles representam aqui, as sugestões que essas instituições querem apresentar à CPI de alterações na atual legislação que possam torná-la mais eficaz no sentido de defender o interesse do usuário, cidadão, consumidor ou paciente, também prefiro cidadão. Deputado Jamil Murad.

O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD - Fiquei preocupado com o que o Deputado Arlindo e outros colegas já pronunciaram: o problema do uso da estatística. Por exemplo, num bairro onde a cada fim de semana 10 jovens são assassinados, alguém fala: *“Mas são 500 mil que saem para se divertir no fim de semana e só 10 são assassinados”*. Quer dizer, numericamente parece insignificante, mas...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Henrique Fontana) - A Presidência entende que ocorreu um debate democrático e incluiu, entre outros temas, como interpretar esses resultados de pesquisa, que, aliás, devem nos acompanhar durante toda a CPI. Então, antes de encerrar nossa sessão de hoje, convoco a próxima para quinta-feira, às 9h30min. Está encerrada a sessão.