



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

*Versão para registro histórico*

*Não passível de alteração*

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA E CONTROLE		
EVENTO: Audiência Pública	Nº: 0708/13	DATA: 06/06/2013
INÍCIO: 10h43min	TÉRMINO: 12h46min	DURAÇÃO: 02h03min
TEMPO DE GRAVAÇÃO: 02h03min	PÁGINAS: 45	QUARTOS: 25

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO
FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES - Gerente-Geral de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS. MESSIAS ALVES TRINDADE - Diretor da Secretaria de Controle Externo da Saúde — SecexSaúde, do Tribunal de Contas da União.

SUMÁRIO: Debate sobre a demora na análise das denúncias recebidas contra as empresas de Planos de Saúde.
--

OBSERVAÇÕES
Não foi elaborado roteiro da reunião. Houve intervenções fora do microfone. Inaudíveis. Houve intervenções fora do microfone. Ininteligíveis. Houve exibição de imagens.



**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Edinho Bez) - Sob a proteção de Deus e em nome do povo brasileiro declaro abertos os trabalhos desta reunião de audiência pública destinada a debater a demora na análise das denúncias recebidas contra as empresas de Planos de Saúde, objeto do Requerimento nº 424, de 2013, do Deputado Vanderlei Macris.

Convido para tomar assento à mesa — já tomei conhecimento de que se fazem presentes — o Sr. Francisco Teixeira da Silva Telles, Gerente-Geral de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS, e o Sr. Messias Alves Trindade, Diretor da SecexSaúde do Tribunal de Contas da União — TCU.

Gostaria de agradecer, em nome de todos os membros desta Comissão, a presença dos senhores, que prontamente receberam e aceitaram o convite para comparecer a esta reunião e prestar os esclarecimentos necessários.

Antes de iniciar as exposições, quero fazer os seguintes esclarecimentos, de acordo com o Regimento Interno desta Casa: o tempo reservado para cada convidado é de 20 minutos prorrogáveis, não podendo ser aparteado; cada Deputado inscrito para interpelação poderá fazê-lo por 3 minutos; os convidados terão igual tempo para responder, facultadas a réplica e a tréplica pelo mesmo prazo.

Passo, então, a palavra ao primeiro convidado, Francisco Teixeira da Silva Telles, Gerente-Geral de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS. V.Sa. tem até 20 minutos.

**O SR. FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES** - Obrigado, Sr. Presidente. Em nome do Presidente da Agência, Dr. André Longo, eu agradeço aqui o convite. Nós consideramos esta uma excepcional oportunidade para prestar os esclarecimentos solicitados no requerimento que motivou esta audiência pública.

Eu trouxe uma pequena apresentação, que espero conseguir mostrar. Na verdade, nossa intenção é tentar esclarecer e apresentar alguns dados do trabalho realizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar no que diz respeito a problemas decorrentes da relação entre consumidor de plano de saúde e operadora de plano de saúde.

Antes propriamente de iniciar a apresentação, lembro que, como ficou claro no requerimento, o que levou o nobre Deputado a fazer esse convite à Agência foi a



matéria de um jornal que faz menção à questão do tempo excessivo dos processos. Basicamente eu vou focar isso, entre outras questões que, após a apresentação, podemos tentar enfrentar sob outros aspectos para tentar esclarecer.

São poucos eslaides. Vou tentar ser o mais breve possível. Eu tenho um pouco de dificuldade quanto a isso — sou um pouco prolixo — , mas vou tentar falar tudo o que tenho que falar neste tempo que me cabe.

*(Segue-se exibição de imagens.)*

Atividade fiscalizatória da Agência.

A Agência nasce em 2000, com a Lei nº 9.961. São cinco Diretorias. É a Diretoria de Fiscalização que efetivamente recebe as reclamações dos consumidores e as processa na direção de, se for o caso, autuar a operadora por ter cometido alguma infração à legislação e às normas. E aí eu mostro neste quadro que, de 2000 a 2006, ela adotava uma determinada forma de procedimento para esse processo. Eu chamo atenção para o modelo de gestão centralizada porque, apesar de, na época, a Agência ter em torno de nove núcleos espalhados pelo Brasil, os núcleos só recebiam a demanda, faziam a instrução inicial, lavravam o auto e enviavam à sede para a decisão propriamente dita.

Havia uma série de problemas decorrentes disso. Eu não vou aqui entrar em detalhes, mas fundamentalmente foi identificado que havia uma massa grande de processos represada na sede para receber parecer e decisão e havia ainda o problema da distância entre quem tomava a decisão e quem, lá na ponta, fazia o processo de fiscalização *in loco*.

Então, é isso que eu descrevi. Havia, por conta disso, um elevado passivo processual já naquele momento, e aí também havia uma questão da falta de efetividade por parte da Agência no que diz respeito à tentativa de resolução do problema do consumidor.

Isto é uma descrição quase textual. Até 2007 mais ou menos acontecia o seguinte: a pessoa ligava para o 0800 da Agência para reclamar e, depois de passar todos os dados para a atendente, ao final da ligação era comunicada de que, caso quisesse resolver o seu problema, recorresse ao Judiciário, porque a Agência se restringia somente a apurar a suposta infração e aplicar a multa. Então, ela não fazia nenhum trabalho de mediação para a solução do problema daquele consumidor.



Aquele consumidor, então, se tinha alguma esperança de resolver o problema, tinha que recorrer ao Judiciário.

A partir de 2007, no que diz respeito à questão do processo sancionador, o Diretor de Fiscalização que assumiu à época fez a desconcentração administrativa decisória. O que significou isso? Ele delegou o poder de decisão dos sancionadores em primeira instância para os chefes dos núcleos regionais da Agência, que hoje são 12. Com isso, na verdade, nós percebemos, já naquele primeiro momento, uma maior agilidade no processo de instrução daqueles processos, por conta da proximidade com o problema que está ali presente no local em que a coisa se dá.

Agora, o que eu considero mais relevante a partir de 2007... Aqui estou colocando: criação e incremento do método de mediação de conflito. O que aconteceu? A Agência, ao invés de enfrentar o problema através de processo sancionador para uma eventual aplicação de multa... Um breve parêntese: nós entendemos que a multa é o que podemos chamar de patologia da regulação. A multa é a materialização de uma situação em que a regulação não aconteceu, a regulação não funcionou. Então, a multa deve ser evitada. Como a gente consegue evitar a multa? Exatamente o que a gente começou a fazer a partir de 2007 foi a tentativa de fazer a mediação. Desde então, o consumidor liga para a Agência reclamando um problema, e, no primeiro momento, a Agência comunica à operadora e faz uma tentativa de mediação. Eu vou apresentar mais à frente os números.

Em 2012, mais de três quartos dos problemas chegados à Agência foram resolvidos num prazo que eu considero bastante razoável, de até 30 dias, que é o tempo de a reclamação ser inserida no banco de dados, a operadora ser comunicada, ter um prazo para responder e solucionar o problema.

Então, se você tem — vou apresentar os números também — uma quantidade de reclamações e mais de três quartos delas são solucionadas em até 30 dias, eu considero que a gente está fazendo o papel de regulador, que é não só resolver o problema individual daquele sujeito, mas também induzir as operadoras a corrigir seus processos de trabalho.

Muitas vezes as negativas e alguns problemas não necessariamente são por má-fé da operadora. Em muitos casos é erro de procedimento mesmo. O sujeito liga, e a atendente da operadora é uma pessoa eventualmente mal-informada ou trata



aquela coisa de qualquer jeito, e aí, depois, quando a situação vira uma demanda dentro da Agência, a operadora acaba dando o tratamento e resolvendo aquela questão.

Então, como eu estava dizendo, a partir de 2007 foi instituída a Notificação de Investigação Preliminar — NIP, que até agora só cuida de reclamações relacionadas à cobertura assistencial. Houve um aprimoramento da fiscalização proativa. Eu não vou entrar em detalhes, porque o tempo não será suficiente, mas é uma fiscalização que a Agência inicia em cima de determinados operadores, identificando eventuais problemas.

Houve uma articulação e assinatura de termos de cooperação com PROCONs e afins pelo Brasil inteiro, exatamente para tentar fazer com que esses PROCONs também melhorem tecnicamente o atendimento de seus consumidores regionais no tema saúde suplementar, que é um tema com algum grau de complexidade.

Houve articulação, também, com centrais sindicais e com o DIEESE, porque a realidade do plano de saúde no Brasil — talvez muitos dos senhores saibam disso — é que mais de 75% dos vínculos de contrato de plano de saúde advêm de contratos coletivos e, *grosso modo*, coletivos empresariais, devido ao vínculo empregatício. Mais de 75% dos vínculos contratuais são de trabalhadores com vínculo empregatício. Então nada mais razoável do que se aproximar das centrais sindicais.

Fizemos termos de cooperação com as seis centrais sindicais, para aproximar esse contato. E a Agência Nacional de Saúde Suplementar, que no início do contato com as centrais era chamada de ANVISA ou INSS, etc., hoje já faz parte da realidade de diversas dessas centrais. Eles entenderam que era relevante discutir esse tema, para tentar melhorar o problema da questão do plano de saúde.

Bom, agora começamos a lidar com números. De 2007 a 2012, isto são os acessos, as ligações para a Agência Nacional de Saúde Suplementar no famoso 0800. Nós saímos de 68.500 ligações, em 2007, e ano passado passamos a marca de 1 milhão de ligações, de acessos à Agência. Um milhão de acessos significa que o sujeito liga para fazer uma pergunta, uma consulta sobre determinada questão ou



para efetivamente reclamar um problema materializado na sua relação com a operadora.

Não na mesma proporção, mas numa proporção mais ou menos semelhante, em azul é o acesso de ligações, que foi o quadro anterior, e em laranja... Você vê que em 2007 nós tínhamos 7 mil reclamações, e fechamos o ano de 2012 com quase 76 mil reclamações.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Edinho Bez) - O senhor poderia repetir a quantidade?

**O SR. FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES** - Está aqui: pulou de 7 mil, em 2007, para 76 mil reclamações.

Até o ano passado era muito comum dizerem, e ainda muitas pessoas repetem isto: *“Ah, isso, então, reflete uma piora muito grande do setor”*. Eu acho essa afirmativa um pouco arriscada. Na verdade, o que temos aqui é a Agência Nacional passando a ser efetivamente conhecida da população, ainda que muito aquém, quando a gente considera o que efetivamente existe de problema por aí. Mas, na verdade, não acredito que houve uma piora. O que houve, na verdade, é que a Agência passou a ser mais conhecida, as pessoas acessam, e eu reputo muito importante a seguinte situação: a Agência passou a ser conhecida não só como um setor para o qual você liga e reclama e que vai multar, mas também como um setor em que você pode ter — e em grande parte acontece — o seu problema resolvido num prazo determinado. Então, eu acho que isso também atraiu essa maior procura pela Agência.

Obviamente são números, e esses números se alteram dia a dia. Estes aqui são de 17 de abril, porque o banco de dados do sistema da fiscalização, a cada dia em que se insere ou sai processo, vai sendo alterado.

Estas são, na Diretoria de Fiscalização, as demandas em trâmite: um total de 52.600, distribuídas pelos 12 núcleos e por mais setores da sede. Então, em 17 de abril, havia demandas. Eu chamo de “demandas”. Só um breve detalhe: a partir do momento em que o sujeito faz uma reclamação à Agência, ela passa a ser chamada de “demanda”. A partir do momento em que essa demanda não é solucionada e, por conta de haver indício de infração, é lavrado um auto de infração, aí a gente começa a identificar como processo. Isso é uma formalidade processual, porque, com o



perdão do juridiquês, o processo se forma a partir da relação processual formada. A gente entende, por uma questão conceitual, que, a partir do momento em que o auto é lavrado, a operadora, então, é notificada desse auto lavrado.

Então, este número aqui é em tramitação. Daqueles 52 mil em tramitação — aí já um pouco mais atual, em 6 de maio —, estão em tramitação, já com decisão aplicada e em trâmite na Agência, 9.461 processos. O.k.?

Com relação à questão de tempo, que já é mais especificamente o tema desta audiência de hoje, nós fizemos um levantamento, e os dados mais precisos de 2009 para cá referem-se ao tempo entre a data do atendimento da reclamação e a decisão de primeira instância.

Do total de processos de 2009, 13,6% tiveram decisão no próprio ano de 2009; 44,1%, em 2010; e 3,6%, em 2011. Do total de 2010, foram 10% no próprio ano de 2010; 59% e 30%, respectivamente. Em relação a 2010, quase 100% das reclamações, até 2012, já tinham decisão em primeira instância.

Em 2012, na verdade isso aqui é um dado errado. Eu recebi esta tabela e não consegui alterá-la. Isso aqui está errado. Não é para considerar isso.

O que é mais importante, e para isso eu quero chamar a atenção, é, das reclamações, o tempo de aplicação de sanção em primeira instância, que é a parte de instrução, apuração, identificação ou não de problemas. Às vezes os problemas são relacionados, por exemplo, à nomenclatura de procedimento médico. A Agência tem um rol que atualiza a cada 2 anos, e às vezes o requerimento tem determinado nome. E, na hora do rol, quando você verifica que o nome não está batendo, você tem que esclarecer. Em suma, alguns casos são bastante complexos, e isso demanda algum tempo.

Então, esse é o tempo real. Eu, particularmente, considero que é razoável. O sujeito reclama hoje e em até 2 anos, se a reclamação não for solucionada, caberá multa condenatória ou não condenatória. Em até 2 anos, é solucionada a grande maioria.

Ainda em primeira instância — inclusive o representante do TCU está presente —, a partir de um trabalho que o TCU fez com as agências de 2011 para cá, mensalmente a Agência fornece esses dados com detalhes de multas aplicadas pelo TCU.



Isto aqui também: decisão em primeira instância. Ano da publicação da decisão. Isto aqui é uma totalização de dados, como acabei de falar, fornecidos pelo TCU. Esta é a quantidade de decisões proferidas.

Aqui temos o que agrava o problema da questão da velocidade. De todos os processos decididos — vimos aquela quantidade anterior, estão aqui as quantidades —, este levantamento é uma média, não é absoluto, porque às vezes a decisão é proferida no final de 2012, e o recurso só vai acontecer no início de 2013. Então, não é absoluto, mas é aproximado, e a média não está fugindo muito, está vindo numa certa sequência. Ou seja, de 2008 até 2012, podemos dizer que de 65% a 67% das decisões proferidas em primeira instância são atacadas por recurso.

Na hora em que o recurso é interposto, vai para a diretoria colegiada, e em vez de ter 12 núcleos decidindo, você tem um grupo menor para analisar o recurso. Essa é uma questão que faz parte, isso é estrutura processual, a gente não pode inventar, não pode negar o direito ao recurso das operadoras. Isso faz parte da regra processual.

Eu trouxe esses dados só para mostrar que isso repercute fortemente no tempo de tramitação dos processos da Agência, e a gente não tem como escapar dessa situação. Com o crescimento, como eu mostrei, em 5 a 6 anos, exponencial, não só de acessos como também de reclamações que viraram processos, a verdade é que a gente tem 5 anos. Possivelmente, eu não acredito que nem o setor privado conseguirá se estruturar com gente suficiente para absorver esse crescimento do jeito que aconteceu. E, no setor público, é às vezes um pouco mais complicado: concurso público, questão orçamentária, etc. Então, temos que lidar com essa realidade de excesso de processos. Em alguns setores há alguns passivos formados, e dar conta disso às vezes não é uma coisa muito simples.

Em sede de recursos, já na diretoria colegiada, eles também implementaram uma melhoria para tentar incrementar o ritmo de apreciação dos recursos. E eles conseguiram alguns avanços, avanços estes que, devido a uma enxurrada de recursos que chegam lá, eles têm um resultado que não é absoluto. Então, continuam chegando muito recursos. A equipe deles é pequena, mas eles implementaram um sistema de análise de recursos de forma coletiva, agrupada, por





operadora, por tema, etc., e conseguiram com isso incrementar, de forma bastante satisfatória, o tempo de análise dos recursos.

Aquilo que eu falei no início que considero uma das coisas mais importantes dessa mudança da metodologia da fiscalização é o que eu vou tentar mostrar nesses dois próximos *slides*. Já encerrarei. Está no fim.

Do total de reclamações, inserindo questões assistenciais e não assistenciais, estas são a quantidade e o percentual correspondentes de reclamações que a gente conseguiu deixar de transformar em processo sancionador. Se a gente considerar a média, tirando 2009, que está um pouco *outline* — 2013 também é início ainda —, em torno de 60%, 65% do total, o assistencial e não assistencial, são solucionados no início do processo. Isso significa dizer que, se não houvesse essa iniciativa de solução e se tivesse esse número de reclamações, a Agência hoje não estaria vivenciando o problema, que já vivencia, de afogamento de quantidade de processos. A coisa teria explodido.

Isso não é uma bondade, não é uma benevolência, é efetivamente procurar solucionar o problema daquele sujeito que reclamou. Obviamente, esses números todos não são desconsiderados, eles servem de insumo para o monitoramento da *performance* das operadoras. E a Agência dispõe de uma série de instrumentos para, digamos, induzir ou pressionar as operadoras a corrigirem seus procedimentos.

Não sei se todos os senhores já tomaram conhecimento. Acredito que sim, porque a mídia tem publicado isso com alguma frequência. As operadoras tiveram produtos suspensos para comercialização por conta da demora de atendimento quando pedido o procedimento pelo consumidor, entre outros tantos instrumentos que estão à disposição para a Agência utilizar.

A NIP, como eu me referi, se resume ainda hoje exclusivamente à negativa de cobertura. E, na mesma proporção do número de reclamação, de NIP, de reclamação assistencial, de 2009 até 2012, a gente pulou de 5.300 mil para 54 mil NIPs, que são reclamações de negativas de cobertura. E este é o percentual de solução; de solução sem abertura de processo. Em 2012, a gente ultrapassou 75%. Foram mais de três quartos de processos de NIP, de reclamações de cobertura; o sujeito reclama com a Agência que a operadora por acaso ou por alguma razão



negou o procedimento, e a Agência, na intermediação, resolve o problema no prazo para a pessoa poder ser atendida pela operadora de plano de saúde.

Eu agradeço de novo a oportunidade. Na verdade, eu gostaria de deixar claro na minha fala, e, obviamente, no eventual questionamento subsequente, que a Agência Nacional de Saúde — ela não foge à regra, existem outras agências e instituições que também estão em situação semelhante — teve um crescimento de acesso, de procura, muito fora da linha da média nesses últimos 5 anos, 6 anos.

Você não consegue atualizar o quadro de servidores, você não consegue atualizar e aprimorar o sistema de funcionamento da informática. Temos problemas de toda ordem. Mas, enfim, o que nos cabe fazer em termos de melhoria, ou de tentativa de melhoria, de aprimoramento do funcionamento do sistema é isso que tentei expressar para vocês aqui.

Obviamente que isso não resolve 100% dos problemas, e, eventualmente, ficam resíduos de processos que levam tempo fora da média, digamos, do que a gente considera razoável.

Isso faz parte do processo, mas eu acredito que a gente tem conseguido nesse tempo realizar um trabalho, digamos, que eu considero satisfatório para tentar induzir e tentar obviamente pressionar a melhoria desse setor regular de saúde suplementar.

Eu agradeço. Muito obrigado, Sr. Presidente.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Edinho Bez) - Agradecemos ao Sr. Francisco Teixeira da Silva Telles, Gerente de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a exposição.

Passamos a palavra ao nosso convidado Messias Alves Trindade, Diretor da SecexSaúde, do Tribunal de Contas da União. V.Sa. tem a palavra por até 20 minutos.

**O SR. MESSIAS ALVES TRINDADE** - Bom dia a todos.

Agradeço ao Sr. Deputado o convite ao Tribunal. O Tribunal sempre está à disposição. Esta é uma orientação do nosso Presidente, até como órgão auxiliar de V.Exas. no controle externo.

Serei breve na minha apresentação, até porque um dos números que eu trouxe o Sr. Francisco já exibiu. Então, não há necessidade de repetição.



*(Segue-se exibição de imagens.)*

O que acontece? Este é um rápido sumário. Vou abordar uma possível fiscalização que o Tribunal realiza nessa área.

Aproveitando o ensejo, devo dizer que, com a nova gestão assumida pelo Presidente do Tribunal, Ministro Augusto Nardes, houve mudança substancial na estrutura do Tribunal, ocorrida no início do ano.

Fazemos o acompanhamento em prestação de contas. Vou abordar rapidamente alguns trabalhos que o Tribunal realizou. Reputo importantes alguns pontos, por ser esta a Comissão de Fiscalização Financeira e Controle.

Ingressei no Tribunal em 2006, quando o Tribunal tinha um quantitativo de processos muito grande, principalmente na área de licitações. O Tribunal era muito demandado, eram muitas denúncias, muitas representações. Relativamente à prestação de contas, como V.Exas. sabem, qualquer pessoa que recebe recursos federais é obrigado a prestar contas, conforme os ditames constitucionais. Com isso, o Tribunal de Contas tinha demanda muito grande e processos. Por consequência, não havia tanta disponibilidade para fiscalizações. E lógico que as fiscalizações demandas pela Câmara recebem tratamento prioritário no Tribunal, com prazo para atendimento, já que o Congresso Nacional é o titular do Controle Externo.

O que ocorre? Na gestão de 2 anos atrás, o Ministro Ubiratan Aguiar, preocupado com o cenário anterior — S.Exa. foi feliz em sua iniciativa —, estabeleceu metas para o Tribunal reduzir o estoque de processos tal como o CNJ estabelece para o Judiciário. Então, há 1 ano, ou 1 ano e meio, houve uma baixa muito grande. Foi feito um esforço concentrado muito grande por parte do Tribunal, o que gerou a baixa no número de processos. Portanto, o Tribunal passou a ter mais condições de se orientar para as fiscalizações. Isso foi há mais ou menos 1 ano e meio. Agora, o Tribunal tem condições de fazer esse trabalho.

Concomitantemente, ainda na gestão Ubiratan Aguiar, houve a implantação do processo eletrônico, o chamado e-TCU. Isso trouxe ganho enorme. Nós, que estamos no Tribunal, sentimos a diferença. O trâmite é mais rápido. Então, o Tribunal conta com esse novo cenário.

Após a baixa de estoque de processos, houve maior disponibilidade para fiscalizações. Isso é interessante porque dá ao Tribunal tempestividade e



proatividade. Como havia processos com histórico antigo, atuava-se sobre o que ocorreu 3, 4, 5 anos atrás. Então, a atuação, talvez, não tivesse resultado tão satisfatório.

O Tribunal tem várias funções. A Secretaria que represento aqui é a Secex Saúde, do TCU. Anteriormente, essa unidade chamava-se 4ª Secex. Havia, por vezes, a junção de várias funções na mesma Secretaria. A 4ª Secex cuidava da Saúde, do Ministério de Desenvolvimento Social, do Ministério da Integração Nacional e do Ministério do Meio Ambiente.

Então, como a Secretaria contava com no máximo 25 auditores, não tinha tanto campo para fiscalização diante de gama tão grande de funções a exercerem. Com a baixa de processos, uma nova diretriz do Ministro Augusto Nardes foi exatamente no sentido de o Tribunal buscar a especialização das unidades da saúde. Hoje, o tribunal tem a Secex Educação, Secex Saúde, Secex Meio Ambiente, Secex Previdência. Isso vai permitir ao Tribunal focar mais detidamente naquele setor.

A Secretaria em que exerço minha função só cuida de saúde; são duas diretorias desde janeiro. O Tribunal passou a ter condições de fazer trabalhos mais pontuais, mais precisos, buscando especialização e capacitação.

São várias unidades no Tribunal, fora as unidades regionais. Foram estabelecidas quatro Coordenações Gerais: área social, serviços essenciais do Estado, infraestrutura, área de desenvolvimento.

Vemos na imagem mostrada a área social. Vou citar só um exemplo para não alongar a apresentação. Então, na área social estão a Secex Saúde, a Secex Educação e a Secex Previdência. A gente vê uma atuação bem mais funcional com essa nova distribuição do Tribunal.

O que ocorre? O que posso dizer aos senhores? Com relação a denúncias, a atrasos e a possíveis problemas, inicialmente tenho a dizer que o Tribunal não tem fiscalização específica, seja por solicitação desta Casa, seja por iniciativa própria.

O que temos de informação? Como eu disse há pouco, no Tribunal todos os órgãos são obrigados a prestar contas anuais. Então, por meio de relatório de gestão, que depois passa pelo controle da CGU, as contas vão para o Tribunal para fazer o julgamento. Então, no relatório de gestão constam algumas informações: os



indicadores, as metas. Principalmente a ANS, que é uma autarquia especial, está sujeita a um contrato de gestão. Então, ela tem a supervisão do Ministério da Saúde.

O que eu destaquei ali? Nesses indicadores de relatório de gestão, verifiquei que, nos 4, 5 últimos exercícios, é informada a taxa de resolutividade de NIP — conforme o colega que me antecedeu falou —, o percentual do nível de serviço do Disque ANS e o índice de satisfação de beneficiários.

O problema é que, em algumas contas, você vê tudo quanto é assunto e vai ali. Então, naturalmente há destaque para licitações, contratos, problemas de gestão, e talvez fique difícil conferir, fazer uma conferência, fazer um batimento desses indicadores. Fica uma questão muito declaratória, sem que o Tribunal tenha muitos meios de agir. Uma fiscalização específica — é natural — terá mais meios de conferir as contas.

O que foi possível ver em algumas contas? Há problemas de indicadores. Entendemos que há inadequação de alguns, há problemas de confiabilidade. Isso pode ser expresso pelas contas de 2010. Por exemplo, foi estabelecido lá o índice de satisfação dos usuários, dos beneficiários. Foi estabelecida a meta 1, ou seja, 100%, algo que para mim seria uma coisa irreal. Não é possível ter satisfação plena. Determinou-se o alcance de 1. Quando fomos verificar, na verdade o que estavam estabelecendo eram os métodos para se medir. Esses 100% não mediam satisfação. Eles estavam em estágio de implementação de medidas.

Trouxe alguns números, mas penso não seria interessante abordá-los, porque o Sr. Francisco tabulou ali. Trouxemos os relatórios de gestão, cujos dados estão aproximados dos que ele falou, que seriam: taxa de resolubilidade da NIP — Notificação de Investigação Preliminar —, em torno de 75%; pesquisa de satisfação de beneficiários. Estabeleceu-se uma meta de 100%, como eu disse há pouco, e o alcance foi de 65%. Só os mecanismos para medição foram implantados. Então, vimos que havia necessidade de ajuste. Qualquer indicador, segundo a literatura recomendada, tem de ter mensuração correta.

Eu trouxe dois exercícios: 2009 e 2012. Mas eles repetem os números que o Sr. Francisco já apresentou. Farei um adiantamento.

Por que eu me referi um pouco à inadequação de alguns indicadores? A própria auditoria interna da ANS, num relatório de 5/2012, verificou, em relação à



demanda de usuários — isso foi extraído do relatório de gestão —, que não há controle efetivo de quando a operadora tomou ciência da demanda. As respostas das operadoras não ocorreriam pelo SIF, que é o Sistema de Fiscalização, via *web*. Ela detectou também que o beneficiário não acompanha o tratamento de sua demanda durante todo o processo de análise pelo ANS. Segundo ela, existem algumas NIPs represadas que são analisadas pelo fiscal tão somente se o consumidor entrar num segundo contato com a Agência. Aí, ele teria uma resolução.

São pequenos achados. Não vou entrar no mérito se estão corretos ou não. São informações trazidas durante o relatório de gestão. Para o Tribunal poder opinar definitivamente sobre isso, nós teríamos de ir a campo para verificar. Mas como a auditoria interna segue os protocolos de auditoria, a gente crê que essas informações devam estar embasadas.

Eu também procurei olhar a jurisprudência do Tribunal. Apesar de não haver uma fiscalização específica para ver essa demanda de consumidores, eu queria destacar essa auditoria que o Tribunal fez. Foi uma agência de regulação que fez uma auditoria em todos os *call centers* das agências, na ANS inclusive.

Na parte que toca à ANS, o que ela verificou? O Tribunal recomendou, por meio de um acórdão de 2010, que a ANS — olhem bem — adotasse as medidas necessárias para que o serviço de relacionamento da Agência com os usuários de serviços por ela regulados atendam aos requisitos de um decreto — um decreto específico —, especialmente aos de acessibilidade do serviço, acompanhamento e resolução de demandas.

Segundo, adotasse as providências necessárias para a redução do índice de ligações abandonadas no seu *call center*, bem como para reduzir o tempo de espera na fila eletrônica de atendimentos, como, por exemplo, aumentar o número de atendentes nos horários em que há maior demanda pelo serviço.

Foi detectado que havia um percentual significativo de ligações abandonadas. Então, se a gente puder contrapor isso aos índices de satisfação do usuário, a gente vê que as informações não batem. Há um problema de inadequação.

E a terceira recomendação do Tribunal foi que definisse indicadores para aferir o desempenho e a efetividade do serviço de relacionamento prestado pela Agência, especialmente o *call center*, e para verificar o grau de satisfação dos



usuários do serviço por ela reguladas com esse serviço, os quais podem ser aferidos, por exemplo, pela realização de periódicas pesquisas de satisfação, de modo a obter subsídios e fundamentos para a adoção de medidas que visem a melhoria contínua de sua atuação.

Queria destacar que essa auditoria não foi feita pela Secretária da Saúde. Foi feita por uma secretaria nossa específica de regulação. Então, ela fez em conjunto. Todas as agências reguladoras entraram no escopo dessa fiscalização. E, particularmente direcionada à ANS, verificou-se a oportunidade de melhorias.

De antemão digo a V.Exas que, se quiserem o inteiro teor da apresentação, deixaremos à disposição da Assessoria dos senhores. Essa fiscalização foi feita pela Secretaria de Macroavaliação Governamental — SEMAG. Ela fez uma auditoria em seis órgãos, foi às agências reguladoras e a seis outros órgãos. O Tribunal — acho até que em uma acertada decisão — avaliou o próprio TCU também.

O que foi avaliado? A arrecadação de multas administrativas aplicadas por órgãos e entidades federais. Foram verificados baixos percentuais de arrecadação de multas, de inscrição de inadimplentes no CADIN, porque, vencido o prazo para pagamento, ultrapassados 75 dias, há inscrição nesse banco, no CADIN, via SIAFI, e de ajuizamento de cobranças judiciais das multas. Também foi verificado um risco de prescrição dos créditos.

Numa infeliz constatação, na média há um baixo pagamento de multas em todos os órgãos — o Tribunal inclusive. Mas a gente entende que, não havendo pagamento, tem que haver as medidas, porque há certos controles. Por exemplo, com a inscrição no CADIN, a empresa perde a participação em licitação. Há, talvez, uma coerção indireta aí.

Por causa disso, o Tribunal achou essa medida importante. Uma medida que foi determinada é que esses órgãos devem prestar informações detalhadas de cada um desses itens relatados nos relatórios de gestão desde 2012. Então, há informações segmentadas de cada um desses itens. E o Tribunal tem olhado por perto.

Então, eu creio que essa medida do Tribunal já tenha repercussão na ANS, embora essas multas sejam gerais. Ela não está importando se é relativamente à questão de um auto de infração. Pode ser do ressarcimento ao SUS. Esses aí estão



em níveis gerais. Mas eu queria mencionar essa auditoria, porque eu a considero importante. E o Tribunal não se fez de rogado, inclusive incluiu o próprio Tribunal nessa avaliação.

Como não há uma fiscalização específica, eu aproveito o ensejo e quero destacar outra fiscalização do Tribunal. Ela é relativa ao ressarcimento ao SUS. Para quem não sabe, todo mundo que é beneficiário, que tem um contrato com operadora de saúde, havendo o atendimento de qualquer pessoa na rede pública do SUS, e se esse atendimento que ocorreu lá for coberto contratualmente, essas operadoras devem ressarcir ao SUS. Daí o nome ressarcimento ao SUS.

Então, foi feita uma auditoria na ANS em 2008. Eu até queria mencionar, porque já foi integrante da Casa. Essa auditoria do Tribunal começou por iniciativa do saudoso Dr. Pinotti, que foi muito atuante nessa questão. Ele solicitou auditorias, demandou, os números eram baixos. Então, o Tribunal viu que havia problemas nisso aí, havia problemas administrativos, pouco pessoal deslocado para isso. À época da auditoria, a ANS falou que estaria implantando um processo eletrônico de ressarcimento em 6 meses. Com o monitoramento feito recentemente, a gente viu que isso não ocorreu.

Por que esse ressarcimento ao SUS é importante? A gente vê que, comparando relativamente a 2012, houve um incremento. Estou citando de cabeça, mas, mais ou menos, o número de usuários de plano de saúde deve ter passado de 30 milhões para 47 milhões. Então, é de se perguntar: será que na rede de atendimento privado houve esse aumento correspondente? Ou houve estagnação da rede? Portanto, hoje se está falando que você tem como se fosse uma segunda fila do SUS. Há casos de você enfrentar fila para ser atendido, mesmo tendo um plano de saúde.

Por que isso é importante? Porque, havendo ressarcimento — a ANS vem adotando isso aí, cobrando esses valores —, isso pode implicar o quê? Que as operadoras procurem melhorar a sua rede de atendimento para que, mediante as negativas de cobertura, esse usuário do plano de saúde não tenha que acorrer ao SUS para receber esse atendimento.

Isso faz sentido, segundo os dados do Francisco. E eu tenho uns dados aqui levantados. Há um percentual significativo de negativa de cobertura. Então, isso





pode expressar o quê? Talvez, uma necessidade de atuação melhor nas operadoras de que elas não tenham uma estrutura boa de rede e estão indiretamente forçando que os seus usuários direcionem para ter um atendimento no SUS.

Também, se os senhores quiserem, há os acórdãos que o tribunal deliberou a respeito, um de 2009, um de 2011 e, no final de 2012, houve um monitoramento, e o Tribunal está acompanhando de perto essa questão.

É interessante. Vou apresentar uns números para os senhores. Olhem bem, em 2000, de ressarcimento ao SUS só houve 1,52 milhões. Em 2002, houve aumento significativo, mas, depois, em 2003, houve decréscimo, depois uma estagnação. A auditoria foi em 2008. Em 2009, houve uma baixa ali. Isso também foi por causa de problemas operacionais, porque há atendimentos hospitalares e atendimentos ambulatoriais de alto custo.

O que acontece? Houve uma mudança na base do Ministério da Saúde. Então, não foi possível processar alguns atendimentos durante um bom tempo. Mas, em virtude da atuação mais de perto do Tribunal, o que ocorreu? Em 2011, depois dessa auditoria, houve uma elevação de valores para 65 milhões ressarcidos em 2011.

A gente crê que esse valor pode ser bem superior, porque uma das constatações feitas é que a ANS só fazia o batimento das internações hospitalares. E a gente sabe que há procedimentos ambulatoriais, inclusive de alto custo. Então, essa foi uma atuação interessante.

Em 2012, houve recuo, na verdade, porque isso foi até uma atuação do Tribunal, e a gente está acompanhando de perto. Por quê? Como, em 2008, a ANS falou que implantaria o processo eletrônico, ela descontinuou o procedimento manual. Depois, a gente viu que os módulos do sistema não foram completamente desenvolvidos. Ela teve que retomar manualmente. Isso deu um problema, deu uma intercorrência. Mas o certo é que nessa última deliberação do Tribunal, a ANS está obrigada a prestar informações trimestralmente ao Tribunal a respeito do assunto.

Por fim, decorrente já talvez até dessa baixa de processos que eu citei para os senhores há pouco, o que acontece? O que eu posso dizer é que o Tribunal fez um levantamento na ANS em meados de 2011 e que o Tribunal já selecionou possíveis áreas de fiscalizações.



Eu posso até adiantar, embora, nesse levantamento, um tema que é de especial observação para o Tribunal, que ele considera, é essa questão de planos coletivos e planos individuais. A gente acompanha pela mídia, a gente acompanha a atuação do IDEC, órgão de defesa do consumidor, que há uma tendência de se induzir que as pessoas façam planos coletivos. Por quê? Porque há uma discussão de que eles não estariam sujeitos à regulação da ANS, que seria só para os planos individuais. Salvo engano, acho que os planos individuais hoje representam apenas um quarto, se não me engano, desse segmento.

Então, essa é uma área que o Tribunal considera pelo... Na época do levantamento, foi outra Secretaria que fez o trabalho. Mas o Tribunal acha que isso é uma área de atuação e que tanto individuais quanto coletivos estariam sujeitos à regulação. E o pior: a ANS talvez não considere um problema, porque, sendo planos coletivos, acha que teria maior poder de barganha para negociar esses percentuais de aumento. Só que a gente tem notícia — uma colega do Tribunal me falou ontem —, de que existem casos até de microempresários utilizando a figura do CNPJ de microempresários para fazer planos coletivos de duas, três, quatro, cinco pessoas, o que invalida a premissa de poder de barganha.

O pior também é que foi detectado que esse reajuste médio autorizado pela ANS — ela fixa o reajuste que se pode aplicar —, esse percentual acaba sendo utilizado para os planos individuais. Então, é uma possível área de atuação.

E essa área da Central de Relacionamento foi outra que o Tribunal vislumbrou uma atuação. Esse é um levantamento feito em 2011. E isso depende agora de disponibilidade funcional, porque o Tribunal está com muitas fiscalizações em andamento, mas, por certo, atuará nessas questões que estou acabando de relatar aos senhores.

Essas são as considerações. Mantenho-me à disposição.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Edinho Bez) - Agradecemos também ao nosso convidado Messias Alves Trindade, Diretor da SecexSaúde do Tribunal de Contas da União.

Consulto o Deputado Vanderlei Macris se o nosso Deputado Ademir Camilo, atuante nessa Comissão, que tem compromisso e precisa viajar agora, pode falar antes das considerações de S.Exa.



**O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS** - Sem problemas, Sr. Presidente.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Edinho Bez) - Com a palavra o Deputado Ademir Camilo. V.Exa. tem direito a até 3 minutos.

**O SR. DEPUTADO ADEMIR CAMILO** - São só 30 segundos, Sr. Presidente. Eu queria saber do Dr. Messias se o relatório detalhado de 2012 já chegou ao TCU. Refiro-me ao detalhamento de como está sendo o relatório de gestão, que vai incluir multa, processo. Esse relatório de 2012 já chegou ao TCU? E ao Dr. Francisco se se está implantando ou não o ressarcimento ou a queixa eletrônica do ressarcimento ao SUS.

São só duas perguntas. E desde já queria cumprimentar o Deputado Vanderlei Macris, porque esses números, principalmente para mim, Deputado médico, e para o Prefeito Wanderson, de Mantena, que está aqui presente e que é médico, neurologista, despertam interesse muito grande. Quando fui Secretário de Saúde, tive dificuldade à época, em 2001, para cobrar esse ressarcimento das operadoras pelo que a gente fazia e faz atualmente, que é o atendimento ao SUS.

Muito obrigado Sr. Presidente,

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Edinho Bez) - Esta Presidência consulta se V.Exa. gostaria que respondessem agora, ou aguardaria.

*(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)*

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Edinho Bez) - Então o faremos, com a aquiescência do Deputado Vanderlei Macris. Antes, porém, quero fazer o registro da presença do Prefeito de Mantena, Wanderson Elizeu Coelho, principalmente num assunto que tem a ver com a profissão de S.Exa. Seja bem-vindo!

Com a palavra os nossos convidados.

**O SR. MESSIAS ALVES TRINDADE** - A primeira pergunta do Deputado Ademir Camilo foi a mim direcionada. O relatório de gestão já chegou. Tão logo a gente confirmou a presença, eu fui pesquisar. Eu não me detive em números, para saber se houve acréscimo, mas a ANS informou-me que, tal como determinado pelo acordo, o Relatório de Gestão de 2012 já chegou, já está no Tribunal.

*(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)*

**O SR. MESSIAS ALVES TRINDADE** - O.k.



**O SR. FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES** - Deputado Ademir, quanto à questão da queixa eletrônica ao ressarcimento, na verdade, eu não sei em detalhe em que pé está a situação, mas o processo de suplementação está acontecendo. Agora, uma evolução que é inegável no controle da utilização dos usuários de plano de saúde pelo sistema público será quando se conseguir implementar na totalidade dos usuários de planos que todos tenham cartão de saúde. Vai ser um cartão único. Porque uma das dificuldades no processo de ressarcimento é exatamente você fazer o cruzamento entre o usuário do plano de saúde e a pessoa que foi atendida no sistema público.

Às vezes, há muito problema de base de beneficiários das operadoras, e, nessa história, por vezes, as operadoras conseguem ganhar algum tempo nessa confusão, quando não acontece efetivamente a informação incorreta.

Obviamente, não só com esse sistema eletrônico, mas com a implementação do cartão único — isso já está sendo monitorado pelo Ministério da Saúde —, todos os usuários de plano de saúde vão ter um cartão único, vai ser um cadastro único. Então, quando a pessoa utilizar o sistema do SUS e for usuária do plano de saúde, vai bater na base lá. Esse cruzamento vai se dar de forma quase automática. Quando isso vai acontecer? Eu não tenho exatamente a data, mas, segundo a última previsão que eu soube, acho que até o final deste ano ou alguma coisa assim vai-se conseguir implementar na totalidade.

Muita coisa está por fazer ainda. A base de beneficiários hoje da Agência está sendo revista e corrigida. Há muita informação incompleta. A questão toda é por conta de homônimo. A criança não tem obrigação de ter CPF. Então, o titular tem um CPF, mas os dependentes, às vezes, são crianças, e não se consegue ter esse dado de referência. Então, o cartão único vai superar todas essas dificuldades de identificação do usuário.

Isso é um projeto, quer dizer, não é só uma promessa, é um projeto em realização e implementação. Acredito que, quando a implementação da questão do cartão se der, essa situação vai auxiliar muito no processamento das questões de ressarcimento.

**O SR. DEPUTADO ADEMIR CAMILO** - Sr. Presidente, só para a réplica. A nossa sugestão é de que a base de dados do plano de saúde, principalmente do



Município, estivesse lá no Município. Aí, os casos de homônimos poderiam ser resolvidos através da agência, porque o cartão único, o cartão SUS, o cartão para todo usuário, permita-me dizer, pois nós estamos no sistema — não é, Prefeito? —, não vai sair.

**O SR. FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES** - É? Só uma informação, Deputado, para completar. A Fabrícia da ANS me passou que o Presidente da Agência vai fazer uma apresentação, no dia 20 de junho, do relatório de gestão no Senado. Depois a gente pode passar essa informação. O detalhamento do relatório vai ser apresentado pelo Presidente da ANS. O.k.?

Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Edinho Bez) - Com a palavra o autor do requerimento, Deputado Vanderlei Macris. V.Exa. dispõe de até 10 minutos.

**O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS** - Sr. Presidente, nobres Srs. Deputados, convidados, Dr. Francisco Teixeira, é um prazer grande tê-lo aqui para debater conosco este problema. Dr. Messias, também, muito obrigado pela sua presença.

É evidente que não há aqui nenhuma questão pessoal. Há uma questão de interesse público de um Parlamentar, de uma Comissão que tem o objetivo constitucional de fiscalização e de um agente público que tem a responsabilidade de estabelecer respostas aos problemas que são levantados.

Evidentemente, eu fico inconformado com essas notícias da falta de movimento da Agência na direção de cobrar das operadoras de plano de saúde multas aplicadas, até porque essas multas são decorrentes de reclamação de usuários do sistema, principalmente dos planos de saúde, e que precisam ter respostas do poder público capazes de dar credibilidade a demandas que são feitas pelos usuários desses planos, que acabam denunciando, a Agência confirma essa denúncia, e as operadoras acabam se beneficiando de uma legislação que diz que em 3 anos as multas acabam caducando e não são cobradas. Quer dizer, o Estado brasileiro é leniente. O Estado brasileiro não tem capacidade de fazer valer aquela própria decisão do Estado na direção de que o usuário tem razão. É um absurdo isso! É impossível a gente acreditar que o Estado não tenha condições de poder dar cabo dessa situação.



Portanto, fica aqui, para mim, um inconformismo dessas denúncias, inclusive uma em matéria de um jornal. que fala que a Agência faz 2,7 milhões de multas contra planos de saúde e que elas caducaram em 3 anos. Eu, inclusive, estou estudando já com a assessoria e com a consultoria uma alternativa de ampliar de 3 para 5 anos essa possibilidade, porque é impossível se imaginar que uma multa, gerada por uma reclamação de um usuário de um plano de saúde, com o Estado confirmando, em 3 anos ela...

Nós sabemos dos *lobbies* poderosos que existem, dessas empresas, e que, às vezes, foge do controle do dirigentes. Isso existe aqui dentro do Congresso Nacional. Não há por que não existir também dentro da Agência, dentro do Ministério. Existe. E, às vezes, existem denúncias, como a gente andou vendo nessas matérias todas, de fiscais que denunciam até que houve mudança de data, etc. e tal. Quer dizer, são coisas que, na verdade, precisam da atenção do Governo.

Eu entendo que esse prazo de 3 anos tem que ser ampliado para 5 anos. Eu queria até saber a opinião do Dr. Francisco e do Dr. Messias sobre essa questão.

Uma das questões que eu gostaria de saber é, se não foi possível informar, como estão essas multas do ano de 2012. Há uma notícia aqui de que, em 2012, foram 287 milhões de reais de multas aplicadas. Se, em 2011, a Agência aplicou 18 milhões de reais e arrecadou 1,3%, a se manter a mesma regra — e eu queria saber se é isso o que vai acontecer e qual a previsão da Agência —, 287 milhões de reais, com 1,3%, será mais um dano impressionante ao Erário público. Então, eu queria saber como é que estão os números de 2012. Essa pergunta, eu faço ao Dr. Messias e também ao Dr. Francisco. Haverá consequência maior em termos de percentual de realização da arrecadação das multas no que diz respeito a 2011? Essa é uma primeira questão que eu gostaria de deixar.

Outra questão é se a Agência dá retorno aos reclamantes. Eu estava vendo aqui, parece que o próprio Tribunal acabou considerando que não há esse movimento de interação do denunciante dos planos de saúde em relação aos movimentos que se fazem dentro da Agência. Eu queria saber também do Dr. Francisco qual é o movimento que faz a Agência no sentido de estabelecer essa interação maior com a pessoa que denuncia. Por quê? Está escrito ali que, se não houver uma segunda denúncia, o fiscal paralisa esse procedimento de entendimento



e de encaminhamento das denúncias. Então, eu queria saber também sobre esse fato.

A equipe que analisa, Dr. Francisco, recursos é pequena. Só para saber, qual é o número de pessoas que analisa esses recursos? O senhor podia me dar só essa resposta para eu dar seguimento?

**O SR. FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES** - São quatro diretorias e cinco diretores. O diretor de fiscalização, que é quem profere a decisão em primeira instância, não julga, em grau de recurso, o processo sancionador. Então, são quatro diretorias. Olha, não sei exato, mas a gente pode considerar em torno de dois a três assessores da colegiada para cuidar da questão de recurso. Então, eu posso dizer para o senhor que talvez sejam 12, 10, 11, algo dessa ordem.

**O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS** - Pois é, o senhor mesmo menciona essa deficiência funcional. É um absurdo! É um absurdo 12 pessoas para cuidar de tantos recursos de processos que vêm de denúncias do Brasil inteiro. Essa é uma questão que cabe ao dirigente da Agência. Isso não é possível! Se há denúncias nesse sentido, por que não se providenciou o aumento do número de pessoas para poder dar vazão a isso? Até porque, se isso acontecesse, a Agência teria conseguido cobrar das operadoras todo esse passivo e, talvez, garantisse o próprio pagamento de tantos outros funcionários. Na medida em que você amplia o número de funcionários, você garante uma consequência mais rápida do pagamento das multas das operadoras e, portanto, de repente, o Estado pode sair até ganhando com essa história. Com certeza, porque você teria condições de cobrar de maneira mais efetiva, mais consequente, mais responsável e com mais rapidez, e, portanto, o Estado receberia de volta o número de assessores que pudesse estar a mais. Interessa ou não interessa à Agência esse tipo de coisa? Já foi ou não foi avaliado isso? Essa é outra questão.

Aqui, me parece, ficou clara essa da equipe ser pequena e, portanto, fica aí a minha preocupação. Eu queria saber a opinião do Dr. Francisco sobre essa questão. Há ou não entendimentos, há ou não procedimentos internos no sentido de que se aumente o número de pessoas para poder analisar esses recursos e dar mais consequência e rapidez a essas cobranças? Se existem concursos públicos



programados, se já há no orçamento possibilidade real de que se aumente a estrutura para poder dar cabo dessas cobranças.

Há outra questão de que eu também gostaria de saber. O senhor citou os dados de 2012, do atendimento de multas aplicadas em primeira instância, aponta 100%, porém disse que estava errado. Eu queria saber qual é o percentual correto então. O dado correto qual seria, uma vez que o senhor disse que, nessa exposição, que aquele dado da primeira instância apontava 100%...

*(Intervenção fora do microfone. Ininteligível.)*

**O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS** - Pois é, o senhor disse que estava errado o dado lá.

*(Intervenção fora do microfone. Ininteligível.)*

**O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS** - Qual é o dado correto, então?

**O SR. FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES** - Eu posso, depois, mandar para o senhor. Eu não o tenho de cabeça aqui.

**O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS** - Eu gostaria sim. Por favor, se pudesse me mandar.

Bem, essa desconcentração administrativa pressupõe evidentemente que haja mais agilidade. Não é, me parece, o que está acontecendo até agora.

Outra questão que eu gostaria de levantar também, retomando o que eu disse sobre a questão de fiscais, é que a Corregedoria investiga inclusive denúncias de fiscais contra superiores que teriam alterado datas de processo para escapar de punição de prescrição. Se sim, o que pode acontecer com esses superiores nesses casos? Essa é uma indagação que eu gostaria de fazer ao Dr. Francisco.

Uma preocupação que se tem é com a dificuldade e com os intransponíveis obstáculos que as operadoras apresentam para o ingresso de consumidores idosos na sua carteira. Não há evidentemente nenhum impedimento legal; o que há é dificuldade estabelecida pelas operadoras para o ingresso e permanência de consumidores mais idosos.

Nós temos um processo de envelhecimento da população, e as operadoras atuam na direção inversa: quanto mais dificuldades puderem apresentar à presença dos idosos nas suas carteiras, elas assim o fazem. Que tipo de ação toma a Agência nesse sentido? Porque volume de demandas que se faz é tão grande que fica claro





que é uma prática abusiva das operadoras e, mais do que isso, é discriminatória. Evita a contratação de um serviço e evidentemente para as operadoras é muito mais fácil. O sujeito só quer o filé mignon não quer o osso, não é? Essa é a verdade. O sujeito quanto mais idade vai tendo, é claro, vai apresentando mais dificuldades e necessitando de mais atendimento, havendo mais demanda por saúde. E as operadoras fazem um trabalho no sentido diverso: apresentam mais dificuldades para que os idosos se insiram na carteira.

Isso é uma realidade, é uma reclamação permanente. Eu tenho ouvido isso de muitas pessoas na minha atividade política e imagino que a Agência também receba reclamações. Qual é o percentual de reclamações, se é que existe esse dado, de pessoas idosas que reclamam que não conseguem se incorporar a um plano de saúde? Mesmo que eles queiram pagar, as operadoras dificultam ao máximo a entrada dos idosos nessas carteiras. Essa é outra questão que eu gostaria de saber.

Do Dr. Messias eu queria saber o seguinte: uma matéria do jornal *Folha de S.Paulo* informou que o relatório do Tribunal sobre agências reguladoras mostra que, em 2011, havia esses 12 milhões de reais de multas e esse percentual de 1,3% no valor. Esse dado é verdadeiro? O senhor tem dados de 2010 e 2012 também? Eu gostaria de saber se os tem, para poder ser apresentado.

Outra coisa. Essa prescrição se deu — imagino, pela manifestação do Dr. Francisco — por conta dessa falta de estrutura. Eu continuo insistindo nisto, Dr. Francisco: se existe falta de estrutura, qual é o caminho que a Agência está trabalhando para evitar que essa falta de estrutura incorra em prejuízo ao Erário público, como tem acontecido nesses últimos anos.

Bem, Sr. Presidente, eram mais ou menos essas as indagações que eu gostaria de fazer. Eu ia perguntar e pedir os dados. Esses dados, se o Dr. Francisco puder mandar, seria interessante. E os dados e as informações também sobre o ano de 2012, pois seriam muito importantes para a gente estabelecer uma comparação.

Era isso que eu queria falar, Sr. Presidente.

Muito obrigado, Sr. Francisco e Dr. Messias pela paciência em ouvir as minhas indagações.

Muito obrigado.



**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Edinho Bez) - Agradecemos, Deputado, a sua importante participação. Parabenizo a iniciativa do Dr. Vanderlei Macris nesse assunto tão importante. É normal. Nos contatos e nos debates de que participamos por este Brasil afora, sempre há reclamações nesse sentido e, muitas vezes, começam dentro da nossa própria casa. Então, é natural que esta Comissão tenha dado atenção especial ao requerimento de V.Exa.

Consulto o Deputado Hugo Motta se deseja também indagar ou sugerir alguma coisa aos convidados. (*Pausa.*) Tem V.Exa. a palavra.

**O SR. DEPUTADO HUGO MOTTA** - Sr. Presidente, companheiro de partido, Deputado Edinho Bez, quero saudar o Sr. Francisco, gerente-geral de fiscalização da ANS, o Sr. Messias, que aqui representa o Tribunal de Contas da União, Deputados aqui presentes. Quero saudar o autor do requerimento, Deputado Vanderlei Macris, por sua preocupação com um tema importante para o nosso Brasil. Realmente é pertinente e, acima de tudo, é importante que esta Comissão cumpra o seu papel de fiscalizar, que exerça a função para a qual ela foi criada. E o objetivo dos membros que compõem esta Comissão é justamente o de atuar na fiscalização e no acompanhamento principalmente de áreas do Governo Federal, também de situações e de companhias que indiretamente prestam o serviço à população e que têm, de certa forma, no Governo Federal, na alçada do Executivo, o acompanhamento dessas ações. Resta a nós, Deputado Edinho Bez, acompanhar para prezar pelo bom funcionamento e, acima de tudo, para procurar atender a população naquilo que ela mais precisa.

Antes de fazer uma única indagação ao Sr. Francisco, eu gostaria de dizer que acompanhei a sua apresentação, pude dar uma olhada no material que recebi e vi que a ANS vem procurando cumprir com seu papel. Quando, primeiramente, se dispõe a vir participar de uma audiência pública, é um avanço. Isso mostra que quer discutir. Claro que os problemas existem diante da alta demanda, de procura, principalmente nessa área de planos de saúde, já que existem diversos planos de saúde e milhões de brasileiro que usam esses serviços, o que, na verdade gera, sem dúvida alguma, uma demanda de problemas. E a ANS está justamente para regular e punir aqueles que não estão cumprindo o papel de atender a população.



O que eu vejo com alegria, Deputado Edson Santos, é que a ANS vem procurando cumprir o seu papel, dando celeridade, agilizando os processos e procurando dentro das suas possibilidades. Nós sabemos disso. Essa é uma preocupação presente, e o nosso questionamento vai no sentido da falta de uma estrutura de mão-de-obra para acompanhar uma demanda tão grande. E nós sabemos que esse é um problema do serviço público no Brasil, pois existem altas demandas em diversas áreas, mas, infelizmente, não há corpo técnico para dar vazão a elas, muitas vezes, no tempo e no período necessários.

O nosso questionamento é: qual o plano de expansão que a ANS tem com relação a concursos públicos, a aumento do seu quadro para que problemas como esses que a *Folha de S.Paulo* trouxe no último dia 23 de abril não venham a acontecer.

Gostaria, aqui, de ressaltar que é uma porcentagem ínfima, diante de todas as procuras, de todas as denúncias. Enfim, quando a população procura a ANS, o que foi denunciado pela *Folha de S.Paulo* representa apenas 0,2% dos processos de que a Agência tem responsabilidade de tratar.

Além de trazer esse dado, gostaria de dizer também que na ANS existe a Corregedoria, que acompanha esses processos. A Diretoria da Agência Nacional de Saúde não tem nenhum tipo de relação ou controle nessa área. Isso mostra a idoneidade, a imparcialidade e, acima de tudo, a garantia de que a Corregedoria vai agir de acordo com os fatos, com as denúncias, punindo aqueles que têm realmente que punir, levando e cumprindo o papel que a Corregedoria tem, de analisar, repito, com imparcialidade e com idoneidade, o que nos deixa tranquilos com relação à garantia de que a ANS não vai sofrer nenhum tipo de interferência, prejudicando o bom funcionamento da Agência, que é o de garantir a funcionalidade desses planos de saúde que prestam um grande serviço à população.

Então, gostaria, acima de tudo, de dizer que nós precisamos, sim, fortalecer a ANS, precisamos ter concursos públicos, aumentar os nossos quadros. Mas, diante dessa realidade, a ANS vem cumprindo o seu papel de fiscalizar e de garantir o bom funcionamento dos planos de saúde, papel para o qual ela foi criada.

O nosso questionamento é no mesmo sentido do feito pelo Deputado Vanderlei Macris. Eu acredito que a preocupação do Deputado é justamente a de



que a ANS cumpra o seu papel e de saber qual a previsão e qual o plano de expansão existe para que a Agência melhore os seus serviços a cada ano. Registro que isso já vem sendo feito pelo Presidente André Longo e por todos que compõem aquela Agência.

Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Edinho Bez) - Esta Presidência consulta se o Deputado Edson Santos gostaria de se manifestar. *(Pausa.)*

Com a palavra o Deputado Ivan Valente. Registro que esta Comissão muito gostaria de contar com V.Exa., pela brilhante atuação que V.Exa. tem tido nesta Casa. Com certeza seria um grande Parlamentar para nos ajudar aqui nesta Comissão.

Seja bem-vindo a esta Comissão, que não tem medido esforços de representar à altura, através dos nossos Parlamentares. V.Exa. com a palavra.

**O SR. DEPUTADO IVAN VALENTE** - Obrigado, Sr. Presidente. Sempre gentil e solidário, Presidente Edinho Bez, grande amigo e companheiro. Quero cumprimentar todos os Deputados e os nossos convidados também.

Eu vim para fazer uma intervenção. Soube das intervenções dos Parlamentares presentes, bastante atuantes, como o Deputado Vanderlei Macris, velho conhecido e militante, Deputado Estadual comigo desde 1986. A gente se conhece pouco, não é?

Eu acho que esse debate sobre a Agência Nacional de Saúde Suplementar e a questão dos planos de saúde têm sido objeto da nossa intervenção. Nós já fizemos uma audiência pública na Comissão de Defesa do Consumidor, com o Presidente da ANS e também com a federação de entidades de plano de saúde e entidades de defesa do consumidor.

A situação, em minha opinião, é gravíssima porque o nosso Sistema Único de Saúde se tornou precário. É um dos sistemas, em minha opinião, mais bem estruturados, mais bem planejados e universais, com vitórias. Como democratização e cidadania, o SUS deveria ser saudado no mundo todo. Na Constituição de 1988, na Lei 8.080.... Mas ele não é implementado, porque, na minha opinião, os ralos e sangrias da verba pública de Saúde e o sistema econômico brasileiro, Deputado



Edinho, drenam, primeiro 46%, 48% dos recursos da arrecadação fiscal para pagar juros da dívida. Quem paga a conta é Educação, é a Saúde, etc.

Mas, mais do que isso, eu acho que há uma determinação de política pública brasileira de não fortalecer o Sistema Único de Saúde, que eu defendo.

Nesse processo, o sistema privado entrou com muita força e cada vez com mais força. Acho que isso é uma violência contra o povo brasileiro. Na verdade, a saúde pública é um direito do cidadão e um dever do Estado. A saúde pública não pode se transformar em mercadoria. Na minha opinião, a saúde não pode ser fonte de lucro. Esse é um erro gravíssimo.

O que está acontecendo realmente é que as empresas de planos de saúde, agora internacionalizadas, como é o caso da UnitedHealth, e o sistema de concentração de planos de saúde em grandes monopólios, disfarçados às vezes de cooperativas, e também a lógica dos planos individuais e coletivos, tudo isso tem levado a uma grande ilusão aos setores médios da sociedade.

Vou dizer mais: toda essa lógica do Governo Lula — e agora da Dilma também — e a lógica anterior do Governo Fernando Henrique eram lógicas privatizantes. A lógica do Governo Lula continua. Aliás, a lógica criada inclusive para os setores que teoricamente ascendem à classe média é de ter um plano de saúde, ou matricular o filho na escola privada ou ter o carro do ano, parcelado durante 7 ou 8 anos. Essa é a classe média pendurada brasileira. Em vez de defender um sistema público único de saúde, ela vai para as filas dos planos de saúde. Ela não vai para o sistema público, assim como não vai para defender a escola pública. Portanto, ela é conservadora em si, intrinsecamente conservadora, e disso se aproveitam os sistemas privados, com a convivência do sistema público e das determinações de saúde.

Por isso, Deputado Edinho, eu queria dizer o seguinte: 84 bilhões de faturamento é muito dinheiro para girar em torno da saúde privada para quem tem um sistema público único de saúde universal, descentralizado — primeira coisa.

Segunda coisa, estamos cada vez mais criando uma dependência, inclusive a própria imprensa brasileira, que é de alguma forma também financiada por esse setor econômico, que é anunciante, é obrigada a noticiar, dado o impacto enorme na defesa do consumidor, do cidadão.



Foram feitas denúncias sobre o recorrimento à Justiça, sobre o descredenciamento de médicos, sobre o não cumprimento de determinações. Cada dia é um caso. Ontem mesmo estava com um assessor, em São Paulo, que estava precisando de uma cirurgia urgente; ele ficou até ontem à noite para receber a autorização do plano de saúde, que negou o equipamento importado para uma cirurgia extremamente delicada de reparação de um câncer. Não tem jeito, eles passam a caneta mesmo. A questão ali é lucro. Eles recorrem à Justiça, assim por diante.

Deputado Edinho, nessa discussão sobre a ANS, eu teria muito a dizer sobre a porta giratória na ANS — e não só sobre essa Agência, mas sobre todas as agências. As agências reguladoras, para mim — o Deputado Macris, que é do PSDB, sabe —, nunca funcionaram na verdade. Se você for à ANAC, à ANATEL, à ANEEL, é do privado para o público, girando. Você passa por lá, ganha experiência e vai para o setor privado, vai ganhar como executivo. Primeiro, eu acho que a ANS não funciona. Quero dizer francamente: a ANS não funciona; está subordinada aos grandes conglomerados da saúde privada, com a conivência do Governo. A pior notícia que eu pude receber é que o Governo ainda está a fim de transferir de recurso público para o setor privado para criar plano de saúde barato. Esse é o mais trágico que eu acho que pode acontecer.

Por isso, Presidente, eu vim aqui em especial — vai começar a sessão agora — para deixar claro que acabei de coletar número suficiente de assinaturas para uma CPI dos planos de saúde, que, certamente, vai ter como protagonista não só os planos.

Vou dar entrada agora, hoje, com número suficiente de assinaturas para que nós tenhamos a liberdade suficiente para convocar, para abrir sigilos, para obrigar que venham as pessoas aqui.

Eu, particularmente, convoquei o Cechin, Diretor Executivo da FENASAÚDE. Eu fiquei impressionado com a lógica com que ele trabalha: isto aqui está na Constituição — entende? —, a saúde está aberta ao setor privado, e nós ocupamos esse espaço, ninguém é obrigado a ter aquele plano de saúde. É isto que está acontecendo. Agora, as milhões de queixas, os *tops* das reclamações estão aí, e eu acho que isto aqui é uma humilhação com o povo brasileiro.



Então, eu estou entendendo que a ANS certamente vai ser chamada na CPI, porque ela é a responsável pela regulação, pela fiscalização, etc. E os planos de saúde, em particular, nós vamos convocar.

Quero lembrar também que a própria Presidente da República foi financiada por uma das empresas... E três empresas participaram de uma reunião na Casa Civil para tentar deliberar sobre essa questão de uma bolsa, digamos assim, empresa de saúde, para transferência de recursos para o setor privado, o que vem sendo negado pelo Ministério da Saúde. Mas é verdade: a Qualicorp participou. A Qualicorp, por exemplo, é doadora de 1 milhão de reais à atual Presidente da República, doadora de campanha.

Então, são grandes doadores, são influentes, têm incidência, fazem um grande *lobby*. E eu acho que o Congresso Nacional, a Comissão de Fiscalização Financeira e Controle, a Comissão de Defesa do Consumidor da Câmara e, agora, a CPI deveriam tratar questão com maior rigor. Porque aqui também há a discussão do fortalecimento do sistema único e público de saúde. É a moeda reversa, digamos assim, desse grande debate.

Parabéns ao Deputado Edinho Bez e a todos os Deputados, aos quais agradeço pela atenção.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Edinho Bez) - Gostaríamos também de agradecer ao Deputado Ivan Valente a presença. Embora não seja integrante desta Comissão, contribuirá, sem sombra de dúvida. Fica aí o convite para que venha tantas vezes quanto desejar.

Antes de passar a palavra aos nossos convidados, quero aproveitar para fazer algumas considerações e perguntas.

Embora o conteúdo do requerimento do Deputado Vanderlei Macris seja mais sobre a demora na análise das denúncias recebidas contra as empresas de planos de saúde, quero aproveitar a oportunidade para fazer também algumas perguntas e considerações, antes de conceder a palavra a V.Exa., Deputado Vanderlei Macris.

O número de reclamações, se não me falha a memória, em 2002, era da ordem de 7 mil e passou em 2012 para mais de 70 mil reclamações.

Sobre as reclamações de não atendimento, que respostas as empresas credenciadas dão ou dizem nesse sentido?



Quero também cumprimentar o TCU, sempre atento aos trabalhos da nossa Comissão, e perguntar: o TCU tem conhecimento da insatisfação generalizada da atuação dos planos de saúde no Brasil? É a minha pergunta ao TCU.

No relatório de gestão poderá não constar o sentimento do cliente ou dos conveniados, daqueles que precisam de assistência na área de saúde. O que o TCU tem feito a respeito disso?

Quero ainda perguntar aos dois convidados, agradecendo mais uma vez a ambos as presenças, qual o maior número de reclamações, ou quais as principais reclamações?

Estas são as minhas indagações.

Antes de passar a palavra a V.Sas. para suas respostas, vou conceder a palavra ao Deputado Vanderlei Macris.

Tem V.Exa. a palavra.

**O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS** - Sr. Presidente, apenas para complementar uma questão. Existe aqui, por parte do Tribunal de Contas da União, uma série de sugestões e recomendações. Era só para que o Dr. Francisco pudesse também... Algumas dessas questões eu já levantei, mas especificamente o Tribunal de Contas diz que: *“Não há controle efetivo de quando a operadora tomou ciência da demanda. As respostas das operadoras não ocorrem pelo SIBWEB. O beneficiário não acompanha o tratamento de sua demanda durante o processo de análise da ANS. E notificações represadas são analisadas pelo fiscal se o consumidor entrar em contato pela segunda vez”*. Isto eu já havia levantado.

Outra recomendação do Tribunal de Contas é a de que a Agência *“adote as medidas necessárias para que o serviço de relacionamento da Agência com os usuários por ela regulados e que atenda aos requisitos do Decreto nº 6.523, de 2008; adote as providências necessárias para a redução do índice de ligações abandonadas no seu Call Center; e defina indicadores para aferir desempenho e efetividade do serviço de relacionamento prestado pela Agência, especialmente o Call Center”*.

Quero saber então sobre estas recomendações do Tribunal, inclusive o monitoramento efetuado pelo Acórdão nº 482, que trata da arrecadação de multas.





Enfim, que essas perguntas sejam respondidas porque foram recomendações do Tribunal de Contas. Em que ponto está cada uma dessas recomendações, se a Agência tem atendido essas demandas do Tribunal de Contas.

Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Edinho Bez) - Passo a palavra aos dois convidados para responderem às indagações dos Deputados desta Comissão. Fiquem à vontade.

**O SR. FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES** - Muito obrigado, Sr. Presidente. Deputado Vanderlei Macris, muito obrigado pelos questionamentos, todos muito oportunos.

Eu peço antecipadamente perdão por eventual esquecimento ou mal-entendido, mas vou deixar o meu cartão com V.Exa. Sobre qualquer questão que possa na sequência ser interessante que a gente troque *e-mails*.

Anotei uma série de coisas aqui e não sei se vou dar conta, dar cabo de tudo, mas vamos por partes.

Vou começar pelo final, porque V.Exa. falou do TCU, e como eu anotei umas questões que o Messias tinha comentado...

Primeiro, sobre o controle de recebimento de comunicação pelas operadoras. Quando foi afirmado que não há o controle é porque, apesar de já ter sido desenhado o projeto do Sistema *web*, da comunicação *web*, de a operadora entrar no portal da Agência com uma senha e recebe a comunicação... Eu não sou especialista, posso falar alguma besteira, mas, em suma, lá no Sistema *web*. Como não foi implementado ainda... E essa não implementação se deve a uma série de fatores.

O fator mais recente é que, ano passado... É um programa de estrutura da rede da Agência, do *link* da Agência. Ano passado, a Agência implementou um processo de licitação para incremento e aumento do seu *link*. Houve o certame, houve uma empresa vencedora; só que essa empresa vencedora, após a assinatura do contrato, simplesmente não executou o contrato. Administrativamente, as providências foram tomadas, a empresa foi multada, em suma. Mas isto, na verdade... Na prática, a Agência não conseguiu implementar a ampliação do seu *link*.



Eu lembro bem disso porque, em março, abril do ano passado, a gerente do setor de informática foi à sala do nosso diretor para apresentar o cronograma e mostrar qual seria o aumento que constava do processo de licitação, para contratação. E, realmente, resolveria, daria conta dessa questão da implementação seguinte, da questão via *web*, a questão da assinatura digital já estaria resolvida, em suma, toda parte... Agora, a parte do *link* faltava e tal... E pela programação a contratação, a assinatura era para acontecer em junho, se não me engano, do ano passado. Realmente, o certame aconteceu, houve vitorioso, e tivemos essa intercorrência, em que, parece-me, até onde eu sei, posso depois aprofundar essa informação, o segundo colocado seria o convidado, e ele teve um problema de preço. A verdade é que se está fazendo uma nova licitação, e aí a coisa atrasou.

Com isso, o que acontece? Por que nós não temos a garantia do controle do recebimento? Porque a comunicação é enviada por *e-mail*.

Quando eu me referi à NIP, e aí eu já respondo a uma pergunta, se não me engano, do Presidente, sobre as reclamações, como elas são compostas. A maior parte das reclamações, mais de 50%, refere-se à negativa de cobertura. E as reclamações de negativa de cobertura são tratadas na NIP — Notificação de Investigação Preliminar. Ela é toda digital. Não há papel na NIP. A reclamação é recebida no 0800 da Agência, ou via *e-mail*, no Fale com a ANS, ou atendimento presencial nos núcleos — também acontece ainda —, em alguns em maior escala e em outros em menor escala, mas o grosso das reclamações chegam pelo 0800. Isto é inserido no sistema, com todas as informações necessárias para a abertura da demanda... Há a identificação do usuário, da operadora, do tipo de plano, da data da contratação, porque, eventualmente, aquele usuário pode estar cumprido carência... Em suma, com todas as características e elementos para análise, aquela demanda chega a uma base — vou chamar de base — do arquivo das demandas NIP, é acolhida pelo servidor e é encaminhado um *e-mail* para a operadora correspondente, que tem um prazo... É a RN 226, se V.Exas. tiverem a curiosidade de lê-la. A operadora, então, recebe esse *e-mail* e tem 5 dias úteis para responder. E responder não significa que ela tem o mesmo prazo para solucionar o problema. Se for uma situação, por exemplo, de emergência ou de urgência, a operadora pode até ter os 5 dias úteis para responder, mas ela tem o prazo necessário para



atendimento da urgência ou emergência, para solucionar o problema e para não ser aberto o processo sancionador.

Por que a gente afirma... E aí eu ressalto com a nossa absoluta transparência que não há controle do recebimento. Porque o *e-mail* pode chegar na operadora e ser evitado pelo *anti-spam*. Então até a um determinado momento, quando ainda era possível fazer isso, a Agência disparava o *e-mail*, e o servidor ligava para a operadora no final do dia e dizia: “*Olha, você recebeu tantos e-mails de demanda*”. Só que, a partir de um determinado momento e da quantidade de demandas, esse processo de controle por telefone teve que ser deixado de lado.

Como é que a coisa acontece quando acontece um não recebimento? Eu informo a V.Exas. que isto é exceção. São pouquíssimas demandas que não chegam. Quando é identificado algum problema de *anti-spam*, a operadora é comunicada. Porque pela RN que regulamenta a NIP, a operadora é obrigada a criar um *e-mail* institucional para a NIP, um setor específico para atendimento e processamento da NIP. Em suma, há todas as regras, um cadastro, para processamento da NIP. Quando identificado algum problema de *anti-spam*, a operadora é comunicada e ela tem que resolver esse problema tecnológico internamente.

Agora, por conta dessa situação, a gente não pode garantir 100% um controle de recebimento. Quando for implementada a NIPWEB, e todos torcemos e acendemos vela para que seja o mais breve possível, aí acaba totalmente a insegurança do controle, porque a notificação é colocada naquele espaço do portal — não sei como se chama —, e a operadora tem a obrigação, todos os dias, de entrar naquele espaço e verificar as notificações. No dia seguinte ao da notificação colocada no portal, começa a correr o prazo dela.

Então, é ônus da operadora, todos os dias, entrar no portal, no horário que ela resolver fazer, para responder essas demandas.

Portanto, o controle de recebimento é basicamente em cima...

**O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS** - Só uma pergunta, se me permite...

**O SR. FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES** - Pois não, claro.



**O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS** - É evidente que há um grande interesse... São 18 operadoras de planos de saúde...

**O SR. FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES** - Perdão...

**O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS** - ... são 18. É evidente que há um grande interesse dessas operadoras de que esse sistema não seja implementado.

Eu só queria saber a sua opinião sobre isso.

**O SR. FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES** - Olha, Deputado, eu tenho... Eu acho que não; eu acho que há interesse que a coisa funcione bem, sim.

Eu vou tentar, pelo menos, expor o meu ponto de vista.

Com a implementação na NIP, aquilo que antes, como eu disse, chegava na Agência como reclamação inevitavelmente se transformava em processo sancionador, com repercussão na aplicação de multa como consequência.

Com a implementação na NIP, com esse perfil de mediação para solução dos problemas como um todo, o que houve na verdade... E isso nós, inclusive, em encontros, seminários, etc., ouvimos de várias operadoras, não só grandes como pequenas... Eles começaram... Eu cheguei a afirmar na minha apresentação que não necessariamente a negativa se dá em todos os casos por má-fé da operadora. Às vezes, realmente é um processo, e aí as operadoras fizeram efetivamente investimentos — isso não é a regra total — para melhorar esse processo de atendimento do seu usuário, evitando com isso não só multa na Agência, mas também a questão da judicialização.

Algumas operadoras chegaram a afirmar que algumas delas reduziram em 50% a judicialização. Sabemos bem que o usuário do plano de saúde, por força do Código do Consumidor, quando tem qualquer problema em relação a atendimento e plano de saúde, ele vai à justiça. E, em geral, o juiz dá a liminar, considerando aquela situação eventual de drama, a questão da saúde do sujeito. O juiz trabalha muito com esta lógica: ele dá a liminar, manda cobrir.

A questão financeira: *“Ah, o sujeito estava em carência.”* Ele fala: *“Isso se resolve financeiramente depois, porque a questão aqui, a tutela aqui é o bem vida que está em questão”*.

Então, a Justiça trabalha com essa lógica; a Agência não trabalha, obviamente, com essa lógica, mas eles falaram em reduzir em 50%...



Nesse sentido, eu acho que há interesse, sim, das operadoras em que a questão da NIP funcione bem. Essa é, obviamente, uma opinião, não é uma ciência exata. Mas nós percebemos no cotidiano, desde que a NIP foi implementada, no final de 2008, um projeto-piloto a que as operadoras aderiram. Tanto é que a adesão à NIP é voluntária. Praticamente 100% das operadoras que têm beneficiárias ingressaram na NIP voluntariamente. Por que ingressaram? Porque aquela reclamação de negativa que chega à Agência de que, eventualmente, a operadora não esteja na NIP, mesmo que ela autorize aquele procedimento, que era devido, ela não vai ter reconhecido o que chamamos de reparação voluntária eficaz; ou seja, ela vai ter aplicada a multa de qualquer jeito.

Então, obviamente, é assim: *“Olha, você não é obrigada a entrar, mas para você ter essa, digamos, vantagem, você vai ter que aderir à NIP.”* Por isso, houve uma adesão de quase 100%.

*(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)*

**O SR. FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES** - Ah, sim! Perdão. Eu vou tentar, então. Eu vou pedir...

*(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)*

**O SR. FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES** - Está bom.

Eu vou tentar, Deputado Vanderlei Macris, responder sobre a questão da prescrição. A Lei nº 9.873, que regula a questão da prescrição, sofreu algumas alterações *a posteriori*. Mas ela mantém, a grosso modo, no § 1º do art. 1º, que o processo prescreve em 3 anos, o processo parado, pendente de despacho.

Então, basicamente é assim: quando é que acontece a prescrição de 3 anos? Quando o processo fica, podemos dizer no popular, esquecido no canto da mesa. Por quais razões? Enfim, inúmeras, inúmeras razões. Quando houve essa pergunta na matéria do jornal *Folha de S.Paulo*, a resposta foi a seguinte: *“Olha, há inúmeras formas de essas coisas acontecerem”*. E, na época, eu passei, inclusive, para a repórter que foram 23 processos prescritos em 2012, no valor de 2,7 milhões de multa. Em 2012, valores agora, acredito eu, já consolidados, foram aplicadas multas de 226 milhões e 473 mil, no total de 2.480 processos com decisão aplicada.

Eu mostrei, naquela apresentação que tramita na DIFIS, onde correm os sancionadores, alguma coisa em torno de 55 a 60 mil demandas que tramitam



diariamente na Diretoria de Fiscalização. E, a grosso modo, a Agência foca exatamente no que eu me referi, na tentativa de solução do problema, que é o tempo real e que a repercussão nisso é mais de três quartos na solução.

Então, o que se quer falar com isso? Que esses 23 processos, 2,7 milhões, que são processos, em geral, um pouco mais antigos, eles, por alguma razão, possuem falhas inevitavelmente. E podem dizer: “Ah, *mas falha onde?*” Não há como negar, é uma falha. Falhas essas que eu reputo como passíveis de sofrerem algum tipo de melhora no processo do trabalho; mas falhas decorrentes, enfim, de um setor que trata de uma quantidade grande de processos. Os nossos controles de prescrição são bastante rigorosos, só que as falhas acontecem e repercutem da forma como a coisa foi apresentada.

Só uma brevíssima correção com relação ao que saiu na matéria, nobre Deputado: a matéria da *Folha* mencionou — aí eu não sei exatamente qual é a fonte — que, em 2011, a Agência teria aplicado 18 milhões em multa e arrecadado 1,3%. Os dados — e esses dados são mensalmente fornecidos ao TCU pela Agência, como o próprio Messias mencionou, desde 2011 ou 2012, não sei a data exata... Mas, em 2011, multas aplicadas pela ANS, em primeira instância, ainda não passíveis de cobrança imediata, pois podem submeter a recurso, foram em um valor de 307 milhões. Se formos tirar o que foi objeto de recurso e essa coisa toda, eu não tenho o valor exato aqui na minha cabeça, mas posso depois passar para V.Exa., para tentarmos fazer o cálculo desse percentual, o que eu posso afirmar aqui com um grau de certeza bastante grande, porque atualizei isso até o final de abril com o setor financeiro da Agência, é que, até abril, a Agência tinha arrecadado — e esses dados são passados para o TCU — 86 milhões e 170 mil reais em multas aplicadas — multas, fora ressarcimento, etc.; só multas, 86 milhões. É um percentual ainda muito aquém do desejado. Só para o detalhe; o restante está em fase de recurso, ainda não passível de ser cobrado. Mas são 180 milhões e 900 mil reais de multas objeto de inscrição em dívida ativa. E, se a operadora continuar a não pagar, será objeto de ajuizamento de execução fiscal. E são mais 188 milhões passíveis, agora, de inscrição. Então, já passou a fase de cobrança, já se passaram os 75 dias, inscrição de CADIN, inscrição de dívida ativa na sequência. Esses dados são remetidos para o TCU — só estou dando ciência a V.Exas. aqui.



Vou tentar agilizar.

Quanto à questão da prescrição, V.Exa. mencionou a ideia de se pensar num estudo para ampliar em 3 anos o prazo da lei. V.Exa., se não estou enganado, perguntou se eu teria opinião sobre isso. Olha, eu acho que é desnecessário, efetivamente. Eu acho que ampliar o prazo de prescrição é não acreditar no investimento, na eficiência, na melhora do processo pelas agências. E eu acredito sempre que há espaço para melhorar, sim. É o desafio que nós nos colocamos diariamente. E as falhas, na verdade, as críticas, principalmente para nós, são fundamentais, porque as críticas nos constituem, as críticas são sempre muito bem-vindas para nós vermos onde podemos melhorar. Vou fazer referência a isso mais adiante, ao que a agência está projetando pela frente para encontrar, se não propriamente a solução, mas para tentar resolver questões de excesso de demanda.

Na área de recursos por dez pessoas, se há providências... Já há portaria do Ministério da Saúde autorizando a contratação. O concurso já está autorizado, já está contratado, eu não sei em que pé exatamente está, mas também podemos atualizar, não há nenhuma dificuldade.

Contratação de temporários para resolver problemas de passivos processuais na Agência. Eu vou citar um número, eu posso estar enganado, mas são 200 temporários para dar conta do passivo de processos hoje na Agência decorrente desse número que, como eu demonstrei, é excessivo de reclamações que chegaram nesse prazo de 5... Foi um prazo muito curto e um crescimento muito volumoso para absorção por parte não só do corpo dos servidores, mas também da informática.

Concomitante à questão dos temporários, também já está na praça o edital, acho que até já acabou o período de inscrição, de concurso para preenchimento de vagas de servidores efetivos. Hoje, os servidores passam para a Agência e depois passam para outros concursos, etc. Acho que são 82 pessoas, como me informou a minha querida colega. O pessoal da Agência é isso, é só qualidade de trabalho. Os servidores são de ótimo quilate, e eu tenho um grande prazer de trabalhar nessa Agência, de ser gerente de uma equipe tão valiosa.

Seguindo ainda nas questões do nobre Deputado, a questão dos 100%, como eu falei a V.Exa., eu vou tentar corrigir. Só uma brevíssima observação: aquele percentual entre a reclamação e a decisão de primeira instância é de até 2 anos.



Como em 2012 ainda não há 2 anos, eu posso passar para V.Exa. o que foi resolvido em 2012 e agora em 2013. Passo para V.Exa. depois. Eu anotei aqui e vou procurar fazer esse levantamento.

Na sequência, V.Exa. fez menção ao que está na matéria do jornal — a matéria que, pessoalmente, mais me incomodou —, ao fato de que a Corregedoria investiga denúncias de fiscais contra seus superiores. Incomodou-me porque eu sou um possível superior desses fiscais. Na verdade, eu sou da área de fiscalização, sou um gerente-geral. Nós tivemos notícia desse fato pela mídia.

A Agência tem um órgão de corregedoria — eu digo isso porque eu sou um ex-corregedor da Agência, inclusive —, no qual as denúncias que chegam são tratadas com o maior cuidado de sigilo, exatamente para que a coisa não descambe para algum servidor antes de haver efetivamente indícios. Depois, se houver indícios, há instauração de um PAD — Processo Administrativo Disciplinar, regido por lei, em que o acusado, assim chamado pela lei, tem todo o direito de se defender, etc.

A questão é que a gente não sabe a origem dessa denúncia que a repórter publicou. Certamente é de servidor da Agência. Quando aconteceu isso, eu particularmente conversei com o Corregedor e disse: *“Olhe, a gente nunca sabe que tipo de denúncias chegam aí, porque vocês cuidam do sigilo. Mas agora que essa coisa foi para a mídia, nós estamos com a cara na janela”*.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Edinho Bez) - V.Sa. desconhece.

**O SR. FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES** - Eu não sei de nada. Eu desconheço.

Eu nunca alterei dado, e digo isso de forma muito tranquila. Mas eu sei que, se houver alguma coisa, a Corregedoria vai instaurar o processo para apuração. E se por acaso eu for o denunciado, terei, graças a Deus, o direito de responder e de me defender contra esse tipo de situação.

Vamos tentar seguir aqui.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Edinho Bez) - Solicito objetividade, lamentavelmente, porque estamos tendo uma sessão ordinária e estamos sendo chamados ao plenário.





**O SR. FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES** - Vou tentar ser objetivo.

Em relação à questão dos idosos, de dificuldade de acesso, eu confesso que não tenho esse dado sobre a quantidade. Não sei se a gente consegue obter esse corte na pesquisa do banco de dados. Não sei, mas posso tentar. Os idosos têm prioridade no processamento por conta de lei federal. Posso tentar levantar, não sei o número.

Mas havia, até 4 anos atrás, não sei exatamente, uma prática das operadoras, de forma aberta, de não remunerar corretores que vendiam plano para idosos. Isso é uma maldade comercial, e a Agência vetou isso de forma muito intensa, dizendo exatamente: *“A relação comercial com o seu corretor é problema seu, mas isso é discriminatório, é inadmissível”*. Em relação às denúncias que chegaram à Agência, a operadora foi autuada e sofreu sanção.

Do nosso conhecimento, quando há casos assim... Vou dar o exemplo de um caso concreto. Havia um setor de corretagem de plano de operadora que funcionava na casa tal. Para determinadas pessoas, era no prédio tal, onde tinham que subir três ou quatro andares de escada. Maldades, coisa que você vê de mesquinha braba. Obviamente, a gente não tem nem a pretensão nem o poder da onipresença, mas, quando as questões chegam ao nosso conhecimento, a fiscalização age de imediato. E situações como esta, identificadas, são imediatamente punidas. Esse local, esse andar, na verdade, é uma infração escamoteada. Foi determinado de imediato o atendimento a todo usuário e que aquele atendimento fosse fechado e passasse a ser feito todo numa outra sala, numa casa com acesso tranquilo.

As denúncias dessa ordem que nos chegam sofrem intervenção imediata, e, pelo que sabemos, não volta a haver reclamação sobre aquela determinada questão. Na verdade, todos os setores econômicos são muito hábeis em criar situação como esta. O que a gente faz é, em havendo a denúncia, correr atrás.

Um brevíssimo parêntese, Deputado, se me permite, sobre aquele crescimento do número de reclamações. Para a Agência, para nós, apesar de ser muito mais trabalho, é fundamental. É a partir da reclamação que a gente conhece efetivamente esse mercado. A partir das tendências é que realmente... Antes você trabalha com especulação, com hipótese, mas a partir da reclamação material



concreta é que a gente vai saber realmente onde estão os problemas desse mercado. Em cima desse fato é que a gente parte para cima.

Em relação a essa questão da Resolução Normativa nº 259, do final de 2011, sobre o tempo de atendimento, hoje em dia o usuário de plano de saúde tem um prazo para ser atendido — atendido mesmo, não é autorização, é ser atendido. Há esse monitoramento. A cada 3 meses sai a lista das operadoras que têm planos suspensos para comercialização. Isso foge ao aspecto da multa, a todo esse problema de cobrança; é suspensão. As operadoras têm aqueles produtos e, mais do que produtos suspensos, o nome dela fica ali exposto para a mídia jogar pedra em cima.

**O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS** - O senhor me permite, Dr. Francisco? As operadoras estão trocando a não remuneração dos seus agentes de venda, corretores, e o terceiro andar da escada para não atender aos mais idosos pelo excesso de exames, de pedidos que fazem aos idosos. Ou seja, há uma notável discriminação no atendimento aos idosos. Eu entendo que a Agência é a única alternativa que o cidadão tem para poder coibir essa ação das operadoras que discriminam os idosos.

Eu tenho recebido muitas reclamações nesse sentido. Se elas, lá atrás, não remuneravam seus vendedores, criavam escadas para não atender aos velhos, agora, com essa demanda impossível de ser atendida pelos idosos, em termos de exames, para os planos de saúde atenderem, fica claro que as operadoras atuam no sentido de não atender aos idosos. A Agência precisa atuar nesse sentido, e a Fiscalização, a sua gerência é fundamental.

**O SR. FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES** - Eu não mencionei outro aspecto também. Quando a pessoa vai entrar no plano de saúde, a operadora pode fazer uma consulta qualificada. Isso é comum. Todos os senhores certamente devem ter plano de saúde. O corretor entrega aquelas fichas para serem preenchidas perguntando se a pessoa tem algum mal anterior e diz: *“Ah, preenche tudo com ‘não’”* — aquela coisa de corretor que só quer vender. Para idosos e para outras pessoas que tiverem hipertensão ou doenças crônicas, a operadora pode fazer isto que seria uma consulta qualificada. A operadora arca com o custo dessa situação, e o usuário pode inclusive ser acompanhado por seu médico assistente.



Enfim, há todo esse procedimento. Foi também identificado que as operadoras diziam assim: “*Então marcamos para daqui a 15 dias, que é quando eu realizo as consultas*”. Chegava a data, e pediam para remarcar. Chegaram denúncias sobre isso ao nosso conhecimento, e nós estabelecemos um prazo máximo para a realização desse procedimento. Eu não tenho isso de cabeça, posso passar para V.Exa., mas, salvo engano, o prazo máximo entre o pedido de inclusão no plano e a conclusão do processo é de 30 dias. Depois eu posso confirmar para V.Exa., mas isso também foi identificado. Chegou ao nosso conhecimento o problema, vamos enfrentá-lo. A regulação na verdade se dá com a identificação do problema e com a tentativa de solução a partir de normativas.

Eu vou tentar ter agilidade.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Edinho Bez) - Gostaria que em 2 minutos V.Sa. encerrasse.

**O SR. FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES** - Vou tentar fechar em 2 minutos.

Em relação à prescrição, eu já falei. Sobre a contratação e a alteração de data eu já falei também. Não sei se concluí todos os questionamentos feitos por pelo nobre Deputado. Peço perdão antecipadamente, mas depois podemos trocar *e-mail* para complementar. O Deputado Hugo Motta perguntou qual o plano de expansão da ANS, e eu já mencionei a questão dos temporários. O Deputado Ivan Valente não fez nenhum tipo de questionamento.

Deputado Presidente Edinho Bez, acho que também já mencionei... Não, não mencionei. Qual o maior número de reclamações dentro daquelas 75 mil? Tradicionalmente — isso não tem se alterado muito —, de todas as reclamações, de 50% a 55% se referem a negativa de cobertura. Isso é tradicional. Desde quando a gente começou a fazer esse tipo de levantamento, em 2006 ou 2007, tradicionalmente, a maior parte, efetivamente, é negativa de cobertura. Há outras tantas, mas o grosso, com mais de 50%, é relacionado a negativa de cobertura.

Talvez haja outros pontos a serem respondidos, eu peço desculpas pelo tempo. Eu vou deixar meu cartão, Deputado Vanderlei, para podermos trocar *e-mail* e complementar alguma questão que tenha ficado pendente. Colocamo-nos à inteira disposição para questionamentos feitos, inclusive respondendo a ofícios. Em suma,



estamos aqui para isso. O nosso papel aqui é prestar contas a V.Exas., que são representantes do povo. O nosso trabalho cotidiano, quase obsessivo, é tentar melhorar.

Peço um milhão de desculpas, mas peço só mais um minutinho. Há uma questão estrutural, que a Agência também está procurando enfrentar, referente a essa quantidade muito crescente de demandas. Qual é a lógica hoje do modelo de fiscalização? A cada reclamação, a denúncia é identificada como uma infração, que vira um processo. Por esse crescimento, nós já percebemos, e isso já faz mais de ano, que esse modelo está fadado à falência. Não há hipótese, não há gente suficiente para dar conta dessa quantidade e da complexidade dessa situação.

Então, desde janeiro, o Diretor de Fiscalização montou um grupo interno de servidores da Agência para pensar um modelo diferente de fiscalização. É um novo modelo de fiscalização que vai tratar das demandas de forma coletiva. Já tenho alguns relatórios sobre resultados desse trabalho, e depois eu posso remetê-los a V.Exas. Só um pequeno detalhe: esse modelo vai ser objeto dessa resolução e vai à consulta pública. As operadoras, os PROCONs e, enfim, quem quiser participar podem comentar e mandar opinião.

Só para fechar rapidamente, o modelo diz o seguinte: cada reclamação, em vez de virar denúncia, vai ser insumo para a Agência monitorar a *performance* dessas operadoras. Grosso modo, é isso. A gente vai parar de cuidar de demanda a demanda, denúncia a denúncia, infração a infração e de multa. Elas serão tratadas como questões mais globais. A ideia nossa é exatamente...Ninguém vai abdicar do processo sancionador, mas vai ser um tratamento de forma coletiva. Em vez da infração, o tratamento está apontando para condutas infratoras. É claro que a operadora nega, nega, nega. Esse conjunto aqui vai ser tratado de uma forma, e não caso a caso.

Depois, eu posso remeter para V.Exas. esse relatório inicial, que dá uma ideia bastante boa da construção dessa proposta, exatamente para enfrentar essa quantidade interminável, esse crescimento de demandas. Interessa à Agência recebê-las, mas ela tem que realmente inovar para conseguir dar conta dessa situação.



**O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS** - Se puder, eu gostaria, sim, de ter essas informações sobre essa nova proposta.

**O SR. FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES** - Perfeito.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Edinho Bez) - Agradecemos ao Dr. Francisco Teixeira da Silva Telles. Muito obrigado pela presença e por ter fornecido excelentes informações a nós, à Comissão, em especial ao nosso Deputado Vanderlei Macris, autor do requerimento que gerou esta importante audiência pública.

Consulto nosso convidado Messias Alves Trindade, do TCU, se deseja fazer as considerações finais.

**O SR. MESSIAS ALVES TRINDADE** - Rapidamente, Excelência.

Eu queria só apontar alguns detalhes. Primeiro, quero dizer que tudo o que foi reportado nesta audiência praticamente se repetiu na auditoria que a gente fez de ressarcimento ao SUS, todas as variáveis, como, por exemplo, falta de funcionários. Inclusive, saiu um acórdão recomendando à Agência que incorporasse, aumentasse o corpo funcional.

Eu falo agora pessoalmente. Talvez até fosse o caso, se esta Comissão pudesse, de instar o Ministério da Saúde a uma possível autorização de contratação de funcionários. Se é um mercado importante, que regula 47 milhões de pessoas, eu acho que ele tem que ter, no mínimo, uma estrutura funcional para dar resposta a isso. Nós estamos falando de um item que não se pode relegar, deixar de atender. Estamos tratando de saúde. Uma negativa de cobertura, em último caso, pode resultar na morte de uma pessoa que tem urgência de atendimento. Então, isso seria uma consideração interessante.

Quero considerar também essa questão do ressarcimento ou da prescrição. Diferentemente do caso que o Francisco apontou, que é de multa, para o qual há uma lei própria, no caso do ressarcimento ao SUS, houve o entendimento do Tribunal de que os valores do ressarcimento são imprescritíveis. Como a AGU ingressou no feito, o caso está dependente de uma apreciação definitiva do Tribunal, que, eu creio, não deva tardar.

Com relação ao que V.Exa. perguntou, Dr. Vanderlei, se o Tribunal tem informações relativas a 2012, como só nesta semana fui informado de que eu é que viria, eu consegui colher estes dados — o que eu vi é que o relatório de gestão já



aponta para esses valores —, mas não tenho dados para criticar se houve aumento, se foi respeitado. Eu sei que os valores foram informados. Como esse trabalho foi feito por outra Secretaria, eu posso me comprometer com a busca desses dados e com o repasse para a Assessoria do senhor.

Com relação ao questionamento de V.Exa., Dr. Edinho — se o Tribunal tem informações relativas à insatisfação dos usuários de plano de saúde —, nesse levantamento que foi feito em 2011 e foi deliberado pelo Tribunal em 2012, foram mapeadas as áreas em que o Tribunal vai atuar. Inclusive, eu tenho até a informação de que foram tabulados dados de 2008 a 2011, não só da fonte originária, da ANS, mas também do IDEC e do PROCON. Esses dados nem sempre conferem em termos de percentuais, mas eles foram levantados e vão ser considerados pelo Tribunal. Isso depende de disponibilidade, definição de equipe, autorização de Relator, mas eu acho de muita valia. O Tribunal fez um substancioso levantamento na Agência e já mapeou essas áreas. Vão ser “startados” esses processos, e tão logo haja deliberação, a gente as colocará nas deliberações, para que a Comissão seja informada.

É isso. Fico agradecido pela oportunidade de participação. Estamos sempre à disposição.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Edinho Bez) - Agradecemos também ao nosso convidado, Messias Alves Trindade, representando o TCU, a quem peço que transmita nossos agradecimentos ao nosso Presidente, aos Ministros, a todo o corpo do TCU, que tem se colocado à nossa disposição. Queremos fazer justiça agradecendo.

Não havendo mais quem queira fazer uso da palavra, eu gostaria de mais uma vez agradecer aos Deputados e convidados presentes a esta reunião.

Convido a todos a participar da audiência pública conjunta desta Comissão com a Comissão de Desenvolvimento Urbano e com a Comissão de Segurança Pública e Combate ao Crime Organizado, na próxima quarta-feira, dia 12 de junho, neste mesmo plenário, às 10 horas, com a presença também do Exmo. Sr. Aguinaldo Velloso, Ministro de Estado das Cidades.

Está encerrada a reunião.