



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR
REUNIÃO
21/06/2021 - 3ª - Comissão de Transparência, Governança,
Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Declaro aberta a 3ª Reunião Extraordinária da Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor da 3ª Sessão Legislativa Ordinária da 56ª Legislatura.

A presente reunião tem por finalidade debater a saúde suplementar no Brasil, com foco no regime jurídico dos planos de saúde oferecidos pelas operadoras. Esta reunião objetiva discutir toda a questão envolvendo planos de saúde hoje no nosso País, desde os preços que são oferecidos aos consumidores, como o reajuste dos preços se dá, o serviço oferecido, a relação dos planos de saúde com os prestadores de serviços, tanto do ponto de vista médico como também do ponto de vista odontológico, e as garantias dos consumidores.

Eu sou autor de um projeto aqui, o PLS 133, de 2015, que visa dar tratamento jurídico de plano individual aos planos coletivos com menos de cem vidas. Hoje já é muito difícil se achar um plano individual no mercado. O consumidor, muitas vezes, tem que adquirir planos coletivos, e aquilo pode simplesmente ser rescindido e o contrato não ser renovado anualmente caso esteja dando prejuízo para a operadora.

Muitas vezes, hoje, no Brasil, são feitos planos com seis vidas, sete vidas, oito vidas, em que não se tem nenhuma garantia para aquele consumidor. Então, isso deve ser objeto, sim, de reflexão de todos nós, inclusive da Agência Nacional de Saúde Suplementar. E todos fazermos uma discussão de como podemos melhorar isso para todos os lados, para que tenhamos segurança jurídica, mas que tenhamos também uma proteção para o consumidor, que muitas vezes com muita luta consegue adquirir um plano de saúde e, quando ele precisa desse plano, às vezes ele não consegue que o plano dê a contrapartida devida.

Então, é importante que tudo isso seja debatido democraticamente. Para isso, foram convidados todos aqui. Esta é uma primeira reunião, que não deve se esgotar hoje, mas é uma primeira audiência pública que nós vamos fazer aqui no âmbito desta Comissão. Será a primeira audiência pública desta Comissão e, por isso, é um tema muito importante.

Quero também avisar os telespectadores que nós, na semana que vem, faremos uma audiência pública sobre a questão dos combustíveis, sobre o preço dos combustíveis no Brasil. E, na outra semana, daqui a 15 dias, uma audiência pública sobre a questão do desmatamento.

Esta é a primeira audiência pública que nós estamos fazendo. Para ela foram convidados os seguintes palestrantes: Sr. Rogério Scarabel Barbosa, Diretor-Presidente Substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar; Sr. Gustavo de Barros Macieira, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial; Sra. Carla de Figueiredo Soares, da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos; Sr. Pedro da Silveira Villela, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial; e o Sr. Frederico Villela Cortez, da Diretoria de Fiscalização, também da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Além dos convidados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, também serão palestrantes e também foram convidados: Sr. Alexander Jorge Saliba, Presidente da Associação Brasileira de Auditores em Saúde; Sra. Daniela de Assis Moya Yokomizo, 1ª Secretária da Associação Brasileira de Odontologia Seção Distrito Federal; Sr. Mateus Zuliane Falcão, analista do Programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor; Sra. Vera Valente, Diretora Executiva da

Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde); Sr. Marco Aurélio Ferreira, Diretor de Relações Governamentais da Associação Nacional de Hospitais Privados; Sr. Frederico Moesch, Coordenador-geral de Estudos e Monitoramento de Mercado da Secretaria Nacional de Defesa do Consumidor do Ministério da Justiça; e Sr. César Eduardo Fernandes, Presidente da Associação Médica Brasileira.

Eu darei, tentando respeitar o tempo previsto aqui pela TV Senado, 30 minutos para os convidados da Agência Nacional de Saúde Suplementar poderem colocar suas visões aqui. Após isso, eu darei 8 minutos para cada um dos demais - 30 minutos somados para a Agência Nacional de Saúde Suplementar - depois, mais 8 minutos para cada um dos demais convidados. No final, cada um terá mais 2 minutos para fazer uma réplica, a Agência Nacional de Saúde Suplementar e também cada um dos convidados, um breve comentário final.

Convido a falar, em primeiro lugar, o Sr. Rogério Scarabel Barbosa e a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Com a palavra o Sr. Rogério.

O SR. ROGÉRIO SCARABEL BARBOSA (Para expor.) - Boa tarde, Senador, boa tarde a todos. Quero cumprimentar todos da Mesa, todos os convidados.

Senador, como são muitos temas, todos eles muito complexos, então, nós trouxemos membros de quase toda a agência, de quase todas as diretorias. Nós temos aqui a Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos e vamos, então, assistir a uma apresentação da nossa Gerente Daniele Rodrigues.

Nós temos também, de outra diretoria, da Diretoria de Fiscalização, penso que o Frederico vai fazer uma apresentação também, e também, depois, com o Pedro Villela e com o Gustavo Macieira, a apresentação da Diretoria de Desenvolvimento.

Então, como o tempo é muito curto, eu já vou aqui, sem delongas, mas desde já agradecendo o convite. Eu acho que este é um local adequado, é um local muito bom para nós debatermos sobre esses temas e ver se todos juntos conseguimos ter sempre uma saúde suplementar melhor no nosso País.

Então, eu já vou passar aqui rapidamente para fazer nossa apresentação e fico aqui à disposição para nós debatermos, se ficar um ponto relevante, para vocês poderem entender, para que nós assim o façamos.

Daniele, por gentileza.

A SRA. DANIELE RODRIGUES CAMPOS - Oi, Dr. Rogério, boa tarde. Boa tarde, Senador, boa tarde a todos os integrantes da Mesa. Vocês estão me ouvindo?

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Perfeitamente.

A SRA. DANIELE RODRIGUES CAMPOS - Tá.

Dr. Rogério, a gente esquematizou a apresentação com a Fabrícia iniciando com todo o panorama da saúde suplementar, e depois eu começo a falar sobre os reajustes. Está bom?

Então, eu vou passar para a Fabrícia. *(Pausa.)*

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Acho que deu algum probleminha no áudio.

A SRA. FABRÍCIA GOLTARA (Para expor.) - Boa tarde. Boa tarde a todos. Eu não estava habilitada aqui para poder compartilhar.

Cumprimento todos os participantes desta audiência pública. Meu nome é Fabrícia, eu sou servidora da casa, da ANS, há 15 anos. E estou como Gerente-Geral de Estrutura e Produtos atualmente.

Eu vou compartilhar a minha tela aqui, para não demorar. *(Pausa.)*

Os senhores conseguem ver o compartilhamento?

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Não. Não está dando para ver, não.

A SRA. FABRÍCIA GOLTARA - Só um minutinho.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Sua conexão...

A SRA. FABRÍCIA GOLTARA - Foi?

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Entrou. Agora parece que entrou.

A SRA. FABRÍCIA GOLTARA - Entrou. Então, está bom. Vocês me ouvem bem?

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Sim, estamos ouvindo perfeitamente.

A SRA. FABRÍCIA GOLTARA - Então, vamos começar.

Eu trago aqui primeiro o panorama do setor de saúde suplementar e, posteriormente, algumas regras de contratação de planos de saúde. *(Pausa.)*

Então, trazendo um panorama do setor de saúde suplementar, hoje temos 93% dos beneficiários em planos regulamentados, ou seja, pela Lei 9.656, de 1998, ou seja, por todo o arcabouço regulatório da agência, e apenas 6,8% dos beneficiários do mercado hoje encontram-se em planos anteriores à Lei 9.656 e, portanto, não estão submetidos à regulamentação da Agência.

O mercado conta, ainda, com 699 operadoras com beneficiários ativos, 17.962 planos disponíveis para a comercialização e, em relação à distribuição dos beneficiários por tipo de contratação, temos 19% nos planos individuais familiares, 13% nos planos coletivos por adesão e 68% dos beneficiários encontram-se nos planos coletivos e empresariais. Totalizando dados de maio de 2021, 48,1 milhões de beneficiários, é a maior marca do setor desde 2015.

Os beneficiários de planos de saúde estão distribuídos, por modalidade de operadora, da seguinte forma: as medicinas de grupo contêm 40% desses beneficiários; as cooperativas médicas 36%; as seguradoras 13%, as autogestões 9% e as filantrópicas apenas 2%. O quadro ao lado indica a quantidade de beneficiários em milhões. Então, com dados de abril de 2021, temos 19 milhões de beneficiários vinculados às medicinas de grupo, em 275 operadoras; 17,5 milhões nas cooperativas médicas; 6 milhões de beneficiários vinculados a 8 operadoras; 4 milhões em autogestões e menos de 1 milhão em filantropia. O quadro apresenta uma constância dos beneficiários por modalidade de operadoras, apenas ocorrendo, em 2016, que as medicinas de grupo superaram as cooperativas médicas.

Já na distribuição por tipos de plano - esses dados do lado esquerdo, de beneficiários por tipo de contratação, eu já passei aos senhores -, eu trouxe esse eslaide aqui para trazer o crescimento anual de beneficiários na saúde suplementar. O ano de 2020, que é o ano do início da pandemia, trouxe um aumento, um acréscimo de beneficiários para o mercado de saúde suplementar num total de 1,2% e houve um incremento de beneficiários em todos os tipos de contratação, sendo o coletivo por adesão o que teve mais adesões.

Já em relação à distribuição dos beneficiários por cobertura assistencial, há uma grande concentração nos produtos que possuem a cobertura completa, que é a ambulatorial e a hospitalar. Nos planos ambulatoriais, que são os que concedem apenas consultas, exames e alguns tratamentos, mas não incluem a internação, temos só 4% dos beneficiários vinculados, e nos planos exclusivamente hospitalares, apenas 1%. Em quantidade de milhões de beneficiários, hoje, há a concentração de 46 milhões nos planos de cobertura completa. Apesar do dado ser de 2016 a 2021, essa é uma constância do mercado de saúde suplementar e a preferência, tanto pela oferta das operadoras quando pelo consumo dos beneficiários, é por planos com cobertura total.

Já em relação aos planos disponíveis para a comercialização, hoje, dos 18 mil planos disponíveis, 53% dos planos são empresariais, 22% são individuais e 25% são coletivos por adesão. Em relação à cobertura, 90% dos planos são ambulatoriais e hospitalares, 7% ambulatoriais e 3% apenas exclusivamente hospitalares.

Esse gráfico mostra, de 2010 a 2021, a quantidade de planos ofertada no mercado. No ano de 2010 eram 18.700. Houve uma queda, em meados de 2014 e 2015. Hoje, em 2021, estamos quase no mesmo patamar da quantidade de produtos comercializados em 2010.

Sobre a quantidade de planos disponíveis por contratação, temos 9,4 mil planos empresariais, 4,6 mil coletivos por adesão e 3,9 mil planos individuais. Também há uma constância da maior oferta relacionada ao plano empresarial. O plano individual foi o segundo até meados de 2016, quando foi superado pelo plano coletivo por adesão, e, a partir dessa linha aqui de 2019, há um incremento da oferta de planos em todas as segmentações, sendo mais acentuado no plano empresarial, mas também seguido pela adesão e pelo individual.

Sobre o número de operadoras que disponibilizam esses planos por tipo de contratação, das 699, hoje temos 618 que vendem planos empresariais, 550 que comercializam planos coletivos por adesão e 479 operadoras que comercializam planos individuais.

Agora, eu vou passar para as regras de contratação de planos de saúde.

A Lei nº 9.656, de 1998, estabelece toda a estrutura do setor de saúde suplementar, mas, especificamente em relação à comercialização e aos planos de saúde, ela traz, no seu art. 10, o plano referência, que é um plano de cobertura ambulatorial hospitalar com obstetrícia, de acomodação em enfermaria e é de oferecimento obrigatório a todos os consumidores de saúde suplementar. Hoje, de acordo com os dados da agência, apenas 6% dos beneficiários da saúde suplementar são vinculados ao plano referência.

O art. 12 faculta a oferta de planos de saúde nas segmentações previstas em lei, indicando assim que as operadoras são livres para ofertar os planos de acordo com o seu modelo negocial.

O art. 16 prevê as características que os produtos de planos de saúde devem ter e prevê os seguintes tipos de contratação: individual/familiar, coletivo por adesão e coletivo empresarial. A partir dessas premissas, a agência elabora a sua regulamentação e traz as regras específicas para cada tipo de contratação.

Então, hoje a gente tem o plano individual/familiar, regulamentado pela RN nº 195. Ele é um plano de livre adesão a qualquer beneficiário, não se exigindo qualquer qualificação para que ele faça parte de um plano individual. É possível a imputação de carência de acordo com os prazos máximos estabelecidos em lei. O índice de reajuste é o autorizado pela ANS, mas, tendo em vista o tempo curto e como a Daniele vai fazer uma apresentação específica sobre reajuste, eu vou passar. Em relação à rescisão unilateral, ela é vedada pela lei, salvo nos casos de fraude, inadimplência superior a 60 dias e desde que previamente seja notificado o consumidor. A exclusão do beneficiário só pode ocorrer a pedido do titular.

O plano empresarial contratado por empresário individual foi o último a ser regulamentado, foi regulamentado em 2017. Ele permite que todo empresário que exerça uma atividade economicamente organizada possa contratar um plano empresarial. Nesse plano, pode ser imputada a carência. Ele tem umas regras específicas sobre reajuste. Em relação à rescisão unilateral desse contrato, ela só pode ocorrer uma vez ao ano, no mês de aniversário do contrato e com prévia notificação de 60 dias desse empresário. A exclusão do beneficiário também só pode ocorrer a pedido do empresário individual. Já o plano empresarial contratado por pessoa jurídica, para que o beneficiário possa aderir a esse tipo de contratação, ele tem que ter um vínculo ou empregatício, ou estatutário com a pessoa jurídica contratante da operadora - estatutário, leia-se servidor público - e tem regras diferenciadas por quantidade de vínculos de vidas nesses contratos. Então, se ele tem menos de 30 vidas, é possível a imputação de carência; e, se ele tem mais de 30 vidas, os beneficiários são isentos de carência, desde que eles entrem em até 30 dias da celebração do contrato da pessoa jurídica contratante com a operadora ou que eles entrem a partir do seu vínculo com a pessoa jurídica contratante. Então, se eles assinam contrato de trabalho, se já existe um contrato em vigor, eles têm 30 dias para optar se vão fazer parte ou não desse contrato.

Em relação à rescisão unilateral entre a pessoa jurídica contratante e a operadora, ela vai ocorrer da forma estabelecida em contrato. Isso é diferente da exclusão de beneficiário de um plano coletivo. A exclusão de beneficiário de plano coletivo só pode ocorrer a pedido da pessoa jurídica contratante, sendo vedado à operadora a exclusão desses beneficiários, salvo nos casos de fraude ou perda de elegibilidade do titular ou do dependente e desde que prevista em contrato.

O plano coletivo por adesão é aquele em que se solicita do beneficiário uma vinculação com uma associação e tem que ter caráter profissional classista ou setorial. Normalmente são associações profissionais, entidades de classe que são as pessoas jurídicas contratantes desses planos. Não é possível a imputação de carência, independentemente do número de vidas, se a adesão ocorre no mês de celebração do contrato ou no aniversário, e as regras relacionadas à rescisão unilateral e à exclusão do beneficiário são idênticas às regras que eu acabei de explicar sobre os planos empresariais.

Em relação a todos os beneficiários de todos os tipos de contratação, todos eles têm direito, hoje garantido, de portabilidade, sendo que os planos individuais a têm desde 2009; os coletivos por adesão, desde 2011 e os coletivos empresariais foram incluídos na RN nº 438, de 2018.

Aqui eu trago só uma linha do tempo de algumas regulamentações específicas da agência relacionadas à contratação de plano de saúde, pois a agência trabalha monitorando o mercado, com os dados que são fornecidos, e pauta o seu atuar de acordo com a dinâmica do mercado.

Então, por exemplo, em 2009, nós implementamos a portabilidade de carência pela primeira vez no setor, regulamentamos o tipo de contratação e o papel das administradoras de benefícios; em 2011, nós regulamentamos os prazos máximos de atendimento aos beneficiários e também o direito dos aposentados e dos demitidos, previstos nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656; em 2012, regulamentamos o agrupamento de contratos para um reajuste único; em 2016, regulamentamos a contratação *on-line* e o cancelamento de contrato a pedido do beneficiário; em 2017, a possibilidade de o empresário individual contratar o plano empresarial; em 2018, aprimoramos as regras de portabilidade para incluir todo o setor e conceder a todos os beneficiários o direito à portabilidade; e, por último, em 2019, alteramos a metodologia do reajuste individual, que a Daniele vai trazer de maneira mais específica, e também publicamos a agenda regulatória que está em

vigor de 2019 a 2021, que, dentre os vários projetos que estão contemplados nessa agenda, no eixo equilíbrio da saúde suplementar, nós prestigiamos o tema 3, que é o acesso a planos privados de assistência e saúde, para debater com toda a sociedade como a agência pode ampliar o acesso de beneficiários aos planos de saúde, no intuito de aumentar o mutualismo desse setor, aumentando a base de beneficiários da saúde suplementar e estimulando a concorrência para que as operadoras possam entregar cada vez mais aos beneficiários uma assistência à saúde de qualidade.

Era isso que eu queria trazer para os senhores e, tendo em vista o tempo, eu já vou passar a palavra à Daniele Rodrigues. Muito obrigada.

A SRA. DANIELE RODRIGUES CAMPOS - Boa tarde.

Estão me ouvindo, por favor?

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Perfeitamente.

A SRA. DANIELE RODRIGUES CAMPOS - Estou também compartilhando a minha tela. Vocês estão conseguindo ver?

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Perfeitamente pelo menos o início dela.

A SRA. DANIELE RODRIGUES CAMPOS - Agência pública, reajustes.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Exatamente.

A SRA. DANIELE RODRIGUES CAMPOS (Para expor.) - Então, boa tarde a todos, cumprimento o Senador e agradeço a oportunidade de participar dessa audiência, podendo trazer o olhar da ANS e todas as regras que definem como se darão os reajustes nos planos de saúde.

Também sou servidora da casa desde 2005 e estou há seis anos na Gerência Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos, que é a gerência que tem a responsabilidade de estabelecer a política de reajuste de preços dado o arcabouço legal sobre o assunto.

A ideia é trazer para vocês, para os senhores, toda a regulamentação de uma forma bastante ampla, assim, como um panorama da regulamentação, explicando o porquê da especificidade de cada regra para cada tipo de contratação.

Bem, a primeira ideia que eu gostaria de trazer para os senhores são os princípios básicos que permeiam o setor de saúde suplementar, e o princípio básico, inclusive, do setor de seguros, é o mutualismo, que é uma associação entre membros de um grupo, da qual as suas contribuições são utilizadas para propor e garantir benefícios aos seus participantes.

Então, o setor de saúde suplementar está baseado no mutualismo em que muitas pessoas contribuam para garantir a utilização e o pagamento da assistência à saúde de poucos ou de alguns que a utilizam. Então, ela é baseada num sistema em que muitos contribuem para a utilização de alguns.

E um outro princípio básico do setor de saúde suplementar é o pacto intergeracional. Todos conhecem algumas regras. Com o passar da idade, aumenta o risco da assistência à saúde e, conseqüentemente, maiores são as despesas assistenciais.

No setor de saúde, existe o pacto intergeracional. O que ele prega? Ele prega que os beneficiários que são mais jovens subsidiem as mensalidades dos beneficiários mais idosos, de modo que o plano não fique nem tão barato para que seja atrativo para os idosos e nem tão caro, que repulse e que impeça a entrada dos beneficiários mais jovens.

Outros princípios que são básicos do setor é que se busca a manutenção do equilíbrio econômico entre as partes. Esse pacto entre as operadoras e os beneficiários tem que visar ao equilíbrio econômico desse contrato, de modo que os beneficiários, ao repassarem o seu risco de assistência à saúde para as operadoras de saúde, possam ter a garantia de que, no momento da necessidade daquela assistência médico-hospitalar, a operadora estará lá e entregará o que foi contratado.

Um outro princípio do setor é a estabilidade das regras regulatórias. Isso dá previsibilidade para todos os atores do setor - digo prestadores, digo operadoras e digo beneficiários -, de modo que eles tenham a certeza de que o beneficiário que contratou o plano terá a sua assistência garantida, o prestador será remunerado ao prestar o serviço à operadora e a operadora receberá o pagamento dos beneficiários.

Um outro princípio é a preservação da relação contratual. Tudo isso é para garantir a assistência médico-hospitalar.

Bem, como foi colocado, o setor de saúde tem como se fossem alguns mundos diferenciados entre eles. Então, nós temos a Lei 9.656, que foi o marco regulatório que dividiu o setor de saúde em dois grandes mundos: os planos antes da lei e os planos pós-lei. Como colocado, a gente tem 94%, praticamente, dos beneficiários nos planos pós-lei e são esses beneficiários, esses planos que seguem a regulamentação específica da ANS.

Nós temos várias modalidades de operadoras, totalizando aquelas quase 700 operadoras, que têm, cada uma, a sua regra de negócio, o seu nicho de mercado. Então, são operadoras que atuam baseadas numa regra geral única, mas elas têm muitas especificidades no seu negócio.

E temos as contratações também diferenciadas, que são: as individuais, as coletivas por adesão e as coletivas empresariais. Tudo isso somado - planos antes da lei, planos depois da lei, operadoras com modalidades e gestão de negócios diferentes, planos também com contratação diferentes - faz com que a ANS precise ter regras específicas para cada um desses, para cada ente, para cada especificidade desse setor. Por isso, nós temos regras de preços e regras de reajustes diferentes para cada tipo de contratação: se é um plano antes ou se é um plano após a lei, se é uma operadora odontológica ou se é uma operadora médico-hospitalar.

Eu entro agora nos tipos de reajuste e na forma como as mensalidades contratadas pelos beneficiários podem mudar. Então, o beneficiário, quando contrata um plano de saúde, tem um preço de entrada. Esse preço de entrada varia de acordo com a faixa etária com que o beneficiário ingressa no plano e corresponde ao risco assumido pela operadora para que essa dê a assistência médico-hospitalar quando o beneficiário precisar.

Feita a entrada do beneficiário no plano de saúde, como é que essa mensalidade vai variar ao longo dessa relação contratual entre o beneficiário e a operadora? Então, ele pode ter dois tipos de variação de mensalidade. Um é quando ele mudar de faixa etária. Essa variação de mensalidade por faixa etária visa garantir o pacto intergeracional, visa evitar uma seleção de risco. Ela é um reconhecimento de que o risco do beneficiário varia de acordo com a sua idade. Então, uma forma é a variação da mensalidade por mudança de faixa etária e a outra é um reajuste anual dessa mensalidade por variação de custos.

Por que existe essa variação anual por variação de custos? Para que o preço da mensalidade acompanhe o aumento dos custos e o aumento da quantidade de eventos realizados, para garantir a continuidade do serviço médico-hospitalar. Caso contrário, o beneficiário entraria no plano, os preços dos insumos aumentariam, e não seria possível que a operadora continuasse arcando com esses custos médico-hospitalares.

Esses dois tipos de aumento, tanto a variação de mensalidade por faixa etária quanto o reajuste anual por variação de custos, precisam estar previstos no contrato. E essas regras dependem tanto do tipo de contratação do plano quanto da época da contratação do plano.

Então, a variação por mudança de faixa etária é um aumento aplicado em razão da mudança de faixa etária do beneficiário, quando ele muda de faixa etária. Ela ocorre cada vez que o beneficiário atinge uma idade que represente o início de nova faixa etária.

Desde o Estatuto do Idoso, que data de 2003, desde 1º de janeiro de 2004, a regra é que nós tenhamos dez faixas etárias, sendo que o reajuste da última faixa etária para a primeira pode ser, no máximo, seis vezes. E também há uma regra de transição entre a primeira e a sétima faixa e a sétima e a décima, de modo a impedir, no caso, que as operadoras carreguem os preços nas últimas faixas etárias. Ela visa garantir o pacto entre gerações.

Não há necessidade de autorização prévia da ANS, desde que a cláusula esteja de acordo com a norma vigente à época de contratação. E as regras são diferenciadas em função da data de contratação do plano. Então, aqueles planos que foram contratados até 1998 devem seguir as faixas etárias e as regras de reajuste por faixa etária do contrato; os que foram contratados entre 1998 e 31/12/2003, antes da vigência do Estatuto do Idoso, são aqueles planos com sete faixas etárias; e os planos contratados a partir de janeiro de 2004 até o momento seguem tanto as regras da 9.656 quanto do Estatuto do Idoso, sendo a última faixa etária com mais de 59 anos. Então, o Estatuto do Idoso fez com que a ANS adaptasse as regras do reajuste por faixa etária, trazendo a última faixa etária, que era de mais 70 anos, para mais de 59 anos.

Bem, o reajuste anual por variação de custos é o aumento - eu já expliquei - aplicado em razão da variação dos custos médico-hospitalares. Ele só pode ocorrer uma vez a cada 12 meses e no aniversário do contrato. Visa garantir a sustentabilidade do plano e tem regras específicas em função da data e do tipo de contratação do plano.

É possível que o beneficiário tenha, em determinado ano, tanto a variação por mudança de faixa etária quanto o reajuste anual com variação de custos. Se for um ano em que ele esteja mudando de faixa etária, ele terá os dois tipos de reajuste.

Eu entro, agora, no reajuste anual por variação de custos. A primeira ideia que eu gostaria de trazer é que os reajustes anuais por variação de custo não são índices de preço, eles são índices de valor. E qual é a grande diferença entre o índice de preço e o índice de valor? O índice de preço varia de um período para o outro em função da variação do custo, do preço daquele produto. Então, se eu estiver falando de um artigo específico, por exemplo: um lápis, num ano, custou um valor; no outro ano, ele vai custar outro valor. Vai ter ali os custos para fabricar aquele produto. O que é um índice de valor? O índice de valor mede a variação tanto do preço quanto da quantidade. Por que o reajuste anual da ANS é um índice de valor? Porque ele leva em conta o aumento dos custos daquele produto e da quantidade daquele produto. Um exemplo

que eu posso trazer é o seguinte: o preço de uma consulta médica. Se uma consulta médica, de um ano para outro, custava R\$100, num ano, e custou R\$150 no ano seguinte, a variação não seria só de 50%. Se num ano foram realizadas duas consultas e, no outro ano, quatro consultas, isso também será levado em conta. Então, é tanto o aumento do valor daquele procedimento quanto da quantidade de procedimento.

Bem, o reajuste anual dos planos coletivos também tem algumas regras que são únicas para o plano coletivo. Então, ele reflete o aumento dos custos médico-hospitalares; ocorre a cada doze meses, no aniversário do contrato; ele é negociado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora. Então, a ANS entende... Existe uma previsão legal de que a autorização de reajuste dos planos individuais é feita pelo órgão regulador. No caso dos planos coletivos, não existe essa autorização do órgão regulador. Então, para os planos coletivos, existem outros tipos de monitoramento, de regulação. São regras específicas de acordo com o tamanho do contrato. É um monitoramento que é feito com os reajustes que são informados. A comunicação do reajuste à ANS é obrigatória. Então, todo ano, no aniversário do contrato, as operadoras têm a obrigatoriedade de informar para cada contrato reajustado qual foi o reajuste praticado. E existe também uma regra de transparência, desde 2015, segundo a qual a operadora precisa informar à pessoa jurídica contratante qual foi a metodologia de cálculo e a base de cálculo, avisar toda a memória de cálculo utilizada no reajuste dos planos coletivos para a pessoa jurídica contratante. Essa regra também é obrigatório ser informada ao beneficiário se este solicitar.

E nós fazemos, como monitoramento, pesquisa de agrupamento de contratos e a visita técnica, que ainda não entrou em prática, porque o primeiro ano dela seria 2020, e, em função da pandemia, a gente vai começar no segundo semestre a visita técnica de forma remota.

Bem, os contratos com até 29 vidas precisam ser agrupados. Isso é uma proteção que a ANS encontrou para garantir o mutualismo dos contratos, para diluir o risco e promover estabilidade nesses contratos menores, fazendo com que o reajuste não fosse um motivo de expulsão de um contrato pequeno da operadora. Como é que foi feita essa regra? Todos os contratos da operadora com até 29 vidas precisam ser juntados, precisam ser agrupados para a aplicação de um único reajuste nesses contratos. Então, aqui eu tenho um exemplo. Se a gente tem três contratos - A, B e C -: um com 29 vidas, um com cinco e um com 80, o que o agrupamento de contratos fez? Quais são as regras que estão valendo desde 2012 - o primeiro ano foi 2013? Esses dois contratos, com 29 vidas e com cinco vidas, devem ser agrupados para fins de um único reajuste. Então, neste exemplo anterior, em vez de o contrato com 29 vidas receber 10% e o com cinco vidas receber 18%, eles, agrupados, receberiam 11% de reajuste, e o contrato C, que tem mais de 30 vidas, tem um reajuste que é próprio. Essa regra não se aplica a planos exclusivamente odontológicos; a planos exclusivos para ex-empregados, pois estão regulamentados por uma RN específica; a planos com formação de pressupostos estabelecidos, porque os planos pós-estabelecidos não têm reajuste; e aos planos firmados antes da Lei 9.656, ou seja, a planos não regulamentados. Por exceção, toda essa regra do 309 se aplica a todos os outros planos. Então, independentemente de a contratação coletiva ser adesão ou empresarial, tendo menos do que 29 vidas, eles precisam ser agrupados. E por que o número foi de 29 vidas na ocasião? Para se obedecer à regra de carência. Na regra de carência, todos os planos com mais de 30 vidas não estão sujeitos à carência e os com até 30 vidas estão sujeitos à carência. Então, para que se protegessem esses contratos de que, por um reajuste mais alto, o contratante precisasse romper o seu contrato e ter que procurar uma nova operadora e cumprir uma nova regra de carência, o número definido à época foi 30 vidas.

Bem, para os reajustes com mais de 30 vidas, o órgão entende que há uma livre negociação entre as partes. Existe uma pessoa jurídica defendendo aqueles beneficiários que estão ali protegidos por ela, há um maior poder de negociação com a operadora, inclusive porque muitos contratantes financiam parte desse contrato, faz parte da negociação do reajuste alterar fator moderador, se o plano tiver fator moderador, e o reajuste segue as condições estabelecidas no contrato. Então, existe uma regra, uma cláusula de reajuste que é negociada entre a operadora e a pessoa jurídica contratante, e aquela regra é a que vale no momento do reajuste.

Eu trago aqui a composição dos beneficiários por porte de contrato. Então, nós temos hoje mais de 80% em contratos com mais de 30 vidas e temos 19% em contratos com até 29 vidas.

Trago aqui, à direita, o comportamento dos reajustes, desde 2016, dos planos com até 29 vidas e dos planos com mais de 30 vidas e, aqui, no meio, o reajuste médio para todos os tipos de contrato. Então, nós temos que o reajuste dos contratos com até 29 vidas é de mais de quatro pontos percentuais do que o reajuste com mais de 30 vidas, e, em média, os reajustes dos planos coletivos são de 7,9% no ano de 2020. Esse número vem caindo desde 2016. E essa diferença do reajuste dos planos com mais de 30 vidas e dos planos com até 29 vidas já foi menor em 2016, logo depois, em seguida à regulamentação da 309, mas ela vem se afastando, novamente, nos últimos anos. Esse eslaide mostra, esse gráfico mostra...

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Dra. Daniele, um minuto para concluir para a gente tentar aqui respeitar o tempo.

A SRA. DANIELE RODRIGUES CAMPOS - Sim.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Eu dei alguns minutinhos de tolerância, mas, só para a gente poder cumprir o tempo, inclusive por causa da TV Senado, um minuto para concluir.

A SRA. DANIELE RODRIGUES CAMPOS - Tudo bem. Eu concluo em um minuto. Está bom.

Esse gráfico mostra os reajustes ao longo do tempo por contratação e por porte de contrato, mostrando que todos eles caem, mas que a adesão com até 29 vidas é a que mais oscila. Ela é a que mais tem esse sobe e desce dos reajustes.

O reajuste anual individual ou familiar tem uma regra vigente desde 2019. Nós estamos no terceiro ano dessa regra de reajuste. É uma regra que utiliza especificamente o valor das despesas assistenciais da contratação individual. Até 2018, nós usamos as regras dos contratos coletivos, dos reajustes dos contratos coletivos para reajustar os planos individuais. Então, desde 2019, a regra leva em conta a despesa dos planos individuais e também leva em conta o IPCA expurgado. Então, ela é composta... É o valor Cap ponderado. Ele considera 80% da variação das despesas e 20% do IPCA expurgado do ano anterior. Essa regra é totalmente... Ela tem um avanço porque todos os dados utilizados nela são públicos e auditados. São dados do próprio mercado de planos individuais. E há uma transferência também de ganhos de eficiência para os consumidores, porque do valor das despesas assistenciais é descontado ainda um fator de ganho de eficiência e de variação de faixa etária.

Ano passado nós tivemos a suspensão de reajuste de setembro a dezembro, e foi permitida a recomposição a partir de janeiro de 2021. As regras de 2021, o reajuste já foi calculado, a nota foi enviada para o Ministério da Economia e estamos no aguardo do retorno dessa nota para a aprovação do reajuste de 2021 agora para os planos individuais familiares.

Então, era isso que eu gostaria de apresentar e agradecer.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Muito obrigado a todos da Agência Nacional de Saúde Suplementar. *(Pausa.)*

Caiu aí o...

Bom, muito obrigado a todos os membros da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Eu vou aqui fazer um modelo de audiência diferente do normal, em que cada um fala e depois não fala mais, porque eu penso que o correto é a pessoa poder falar e, no final, ter direito a uma réplica, a um comentário. É muito importante que, no final, as pessoas possam falar também sobre o que os outros falaram para que a gente possa encaminhar para algum resultado prático para a população. Então, cada um vai ter essa fala inicial e depois, no final, terá mais um minuto de réplica.

Apenas quero fazer uma consideração: considero muito importante que se faça uma reflexão sobre esse modelo atual, porque hoje é muito difícil um consumidor conseguir adquirir um plano de saúde individual. Então, ele, muitas vezes, é obrigado a consumir um plano de saúde coletivo, em que ele não tem a garantia, por exemplo, sequer da renovação desse contrato.

Então, existem planos coletivos com poucas vidas. Então, muitas vezes, quando um desses membros contrai, por exemplo, um câncer, muitas vezes, esse contrato não é renovado no final do ano. E o consumidor, quando adquire um plano de saúde, quer ter uma garantia, quer estar seguro para sua vida.

Então, é importante que a Agência Nacional de Saúde Suplementar faça uma reflexão sobre essa questão, já que hoje é muito difícil conseguir ver planos de saúde individuais no mercado, e o consumidor - coitado! - muitas vezes, às vezes até por desinformação, é obrigado a consumir planos coletivos em que não tem uma garantia de que aquele plano vai ficar com ele quando ele tiver uma doença grave. Este é um problema da vida real de muitas pessoas e que precisa ser objeto, sim, de uma análise e de uma reflexão por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Eu apresentei, aqui, nesta Casa, o Projeto de Lei do Senado nº 133, de 2015, que dá tratamento jurídico de plano individual aos planos coletivos com menos de cem vidas.

Passo a palavra agora ao Sr. Alexander Jorge Saliba, Presidente da Associação Brasileira de Auditores em Saúde.

V. Sa. tem oito minutos. *(Pausa.)*

Sr. Alexander.

O SR. ALEXANDER JORGE SALIBA - Está me ouvindo?

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Agora, sim. Perfeitamente.

O SR. ALEXANDER JORGE SALIBA (Para expor.) - Estou cumprimentando a todos, de um modo geral, porque eu tenho pouco tempo.

Eu gostaria de me ater a algumas coisas.

Em primeiro lugar, nas minhas críticas e nos meus modelos, quando falo sobre a ANS, parece que sou contra, mas não sou. A ANS é uma entidade que, se não tivesse acontecido, nós estaríamos ainda sob a égide de modelos absolutamente cruéis de relação entre tomadores de serviços dos planos de saúde e esses planos, que não cumpriam coisa nenhuma. Era uma bagunça danada antes da ANS e cada um fazia o que bem queria. A ANS botou norma no mercado, botou ordem. As NIPs são fundamentais para fazer com que as coisas aconteçam.

Contudo, a ANS tem algumas atitudes que eu tenho dificuldade em compreender. Por exemplo, uma delas é o fato de a ANS, a meu ver, não ter competência legal para controlar, normatizar e fiscalizar prestadoras de serviços e fornecedores de equipamentos, medicamentos, OPMEs e demais insumos. Não há como atuar como reguladora no mercado de saúde suplementar, que é imperfeito, atuando apenas em relação a um ator econômico, o que é, ainda, uma visão equivocada ou intencionalmente incorreta.

O modelo da ANS resultou numa concentração de mercado; ou seja, quando a ANS foi criada, nós tínhamos mais de 4 mil seguros de saúde. Hoje nós temos 717, e cada vez concentrando mais. Essa concentração vai levar, com certeza, a um número cada vez maior de beneficiários presos a um número menor de administradoras de planos de saúde, o que é uma formação de oligopólio no setor bastante ruim para o consumidor.

Outra coisa que eu tenho a questionar em relação à ANS é por que ela utiliza o modelo nas autogestões, como se as autogestões fossem uma empresa de mercado, quando ela não é. Ela não pode atuar livremente no mercado consumidor, não tem finalidade lucrativa, apresenta dificuldade para a construção de reservas financeiras e outras obrigações estabelecidas pela ANS que exige delas um comportamento junto à agência como se elas fossem operadoras do mercado de saúde e elas não são.

Autogestões têm um papel de alívio muito importante na saúde pública, e devem, na minha opinião, ter um tratamento diferenciado; entre elas, algo que eu considero incompreensível: as autogestões, pelo que a ANS normatiza, com menos de 20 mil beneficiários, se não conseguirem 20 mil beneficiários até um determinado período, terão que encerrar as suas atividades. Contudo, elas não podem ir ao mercado para conseguir isso e nem podem se associar a outras autogestões que não sejam do mesmo segmento. Ora, se no segmento dela ela não conseguiu fazer 20 mil, onde é que ela vai arrumar esse resto?

Outra coisa importante é quanto aos reajustes de preço. Hoje o que acontece? Nós temos um problema muito complicado, que é como compatibilizar a utilização com o pagamento dessa utilização. Então, por isso, os valores que hoje são reajustados nos planos coletivos são muito altos - muito altos. Basta a gente ver o que a imprensa fala todo dia. Mas por quê? Porque as operadoras precisam melhorar o seu ganho para poder pagar o que está sendo utilizado.

Não existe almoço de graça no mercado. Se tem que pagar, tem que arrecadar, elas ainda têm que ter lucros. Só que nesse meio nós temos um problema. Nós temos as administradoras de benefícios, que ficam com mais ou menos 15% dos valores desses contratos. E elas não têm função nenhuma, porque elas, na verdade, não oferecem nada além do intermediário. Elas não têm nenhum fator econômico que as justifique.

Isso precisaria ser revisto. Isso vai diminuir o custo e vai gerar um modelo melhor; porque o que acontece? A administradora é que acaba fazendo a tal negociação com as pessoas jurídicas. Ora, essas pessoas jurídicas às vezes são duas ou três pessoas de uma pequena empresa. Não tem a menor condição de negociar nada. Então, elas vão ser submetidas a um aumento de custo ou vão ser retiradas do plano porque os planos, de forma unilateral e no meu modo de ver ilegal, porque ferem o art. 422 do Código Civil, que impede que em relações comerciais tenha que haver boa-fé; ou seja, quem compra o seguro age de boa-fé, mas quem vende não, porque ele encerra o seguro quando qualquer cálculo atuarial demonstrar que se gastou mais do que eles gostariam que gastasse. Essa é uma coisa complicada.

E a outra coisa é, assim, eu não sei como é que está meu tempo, mas eu estou tentando ser o mais rápido possível. Existem algumas soluções que precisariam ser estudadas como, por exemplo, ofertas de planos de seguro de saúde com capitalização, que seria a formação que poderia ser transferida de operadora para operadora, uma certa portabilidade, e utilizada pelo consumidor após determinado tempo, especialmente por uma pessoa idosa.

Atenção primária. A ANS já normatizou isso, mas eu não conheço quem tenha instalado até agora fazer Medicina preventiva, porque eu gosto de chamar de preventiva, e não primária; ou seja, tratar as pessoas enquanto elas têm saúde

porque, depois, vão ter que tratá-las para curar e isso é muito caro. Medicina é uma coisa muito cara, além de ser extremamente valorizada no Brasil.

Eu sempre digo: o Brasil tem uma Medicina de primeiro mundo, mas tem uma economia de terceiro mundo. Essa conta não vai fechar; ela não está fechando porque o que vai resultar disso é que um grupo pequeno de seguradoras vai dominar o mercado, aí vai determinar as regras, independentemente de quais sejam, e quem não puder pagar esse novo modelo vai para o Governo, vai para o SUS. Será mais um problema - não é?

E entre isso, eu gostaria também, se tivesse mais tempo, de falar sobre a incorporação de novas tecnologias.

O rol da ANS determina que o que deve ser incorporado não deveria ser um objeto único e exclusivo das eventuais investigações e modelos que a ANS coloca, mas deveria ser objeto de um estudo muito apurado que envolvesse uma grande área da sociedade, que envolvesse a ANS, a Anvisa, a Conitec, sociedades médicas, auditores médicos e de enfermagem, fornecedores de medicamentos e materiais, prestadores, para julgar o que realmente tem custo-benefício e o que não é só, vamos dizer, maquiagem.

Uma coisa que às vezes acontece na Medicina é que se coloca um novo produto ou uma nova atitude, ela não é nada. Eu tenho um colega que é um grande auditor no Brasil, Dr. Stephen Doral Stefani, que escreveu um artigo para um jornal na internet e ele foi claro. Ele disse que esse tipo de inovação não passa de incorporação de algo mais caro, mas que faz a mesma coisa que outro produto ou serviço mais barato e consagrado faz; ou seja, vai se pagar mais caro, vai se gastar um monte de dinheiro e depois se chega à conclusão de que não se fez nada.

Eu sou presidente de uma associação de auditores médicos do Brasil todo, que pega todo o Brasil, e faço parte do Instituto Ética Saúde. A nossa última reunião, no dia 16 de junho, foi única e exclusivamente sobre o modelo hoje de corrupção na pandemia. E, senhores, 91% dos presentes nessa reunião disse que a percepção de corrupção aumentou. Então, um dos problemas da saúde no Brasil é como combater essa corrupção, porque ela também é um fator de crescimento de valores do que está sendo cobrado.

Finalizando, sou muito a favor de que a remuneração correta para médicos, para prestadores, com a devida fiscalização, pode gerar uma melhoria do processo, isso acrescido de um sistema compreensível de como é montada a precificação. Porque hoje os dados que nós recebemos não explicam, por exemplo, de onde saiu determinado custo. Eles dizem que houve o custo, mas quem auditou esse custo? Esse custo, na minha opinião, não foi auditado.

Isso é basicamente o que eu gostaria de colocar aqui. Espero que não tenha sido extremamente cansativo.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Muito obrigado, Dr. Alexander.

Convido agora para fazer uso da palavra a Dra. Daniela de Assis Moya Yokomizo.

V. Sa. tem oito minutos.

A SRA. DANIELA DE ASSIS MOYA YOKOMIZO (Para expor.) - Boa tarde, Senador.

Cumprimento o Exmo. Senador e estendo a todos os meus cumprimentos.

Vou ser breve. Eu não sei se é do conhecimento de todos, mas a Odontologia no Brasil é uma das poucas profissões que está no topo das três melhores do mundo. Então, isso quer dizer que nós temos profissionais qualificados o suficiente para participar da saúde suplementar de forma eficaz.

A saúde suplementar é composta pelos planos, pelos prestadores de serviço e pelos usuários. E, na saúde suplementar, é imprescindível que se tenha sempre em mente os interesses de todos os segmentos que o compõem, mas um grande desequilíbrio acontece na Odontologia. Eu vou falar sobre a relação dos planos odontológicos com os prestadores de serviço da Odontologia. E é nesse âmbito que acontece um grande desequilíbrio na Odontologia.

O que ocorre, que é o mais grave, é que os planos determinam toda a forma de pagamento que deve ser realizada aos prestadores de serviço. Os prestadores da Odontologia não fazem parte da formação de valores dos preços que os planos pagam ao dentista. E esses valores repassados pelos planos estão bem abaixo do custo que os prestadores têm para realizar os procedimentos. Os valores repassados não cobrem sequer os custos para a biossegurança. Na Odontologia, o valor repassado pelo plano serve para pagar o material usado para executar o serviço, o pró-labore do dentista e os custos de manutenção de todo o consultório ou clínica dele.

Para você ter uma ideia, por que é que eu estou falando sobre os valores repassados, por que isso é tão importante? Porque realmente é um absurdo o que acontece. Eu vou dar um exemplo: um dos planos odontológicos repassa ao cirurgião dentista, pela aplicação tópica de flúor, o valor de um centavo. Isso. O plano repassa ao dentista um centavo para fazer o procedimento de aplicação tópica de flúor. E o plano acredita que esse valor é adequado para o prestador atender o seu

paciente de forma qualificada. Só o material, só o material que se gasta para fazer esse procedimento gira em torno de R\$16. Só a luva de procedimento hoje, com a grande alta dos EPIs, por causa da pandemia, só um par de luvas custa hoje, para a gente, R\$2,40. Então, nem a nossa luva paga. A Medicina eu acredito que tenha valores mais qualificados - desculpa se não tiver -, mas a Odontologia... Um centavo é algo aviltante, é algo abusivo.

O que nós profissionais percebemos é que não existe uma formação de preços a serem repassados aos profissionais da Odontologia que tenha sido construída de forma a levar em consideração os custos dos materiais, o pró-labore do profissional, o custo da sua hora clínica. Simplesmente o plano determina que um centavo está bom para o dentista receber, e assim é feito.

Em contrapartida, nós vemos lucros dos planos de saúde odontológicos, trimestralmente, na casa de bilhões. Eles lucram bilhões a cada três meses. Então, é claro que existe um desequilíbrio nessa relação, que gera um problema de saúde pública. Na realidade, o cirurgião-dentista está patrocinando a saúde suplementar na Odontologia. E está patrocinando o lucro exorbitante dos planos, recebendo valores aviltantes e que não pagam seus custos. Eles acabam pagando do próprio bolso para realizar os tratamentos que os usuários precisam.

Isso é comprovado quando, por exemplo, nós vemos os planos pagando mais ou menos R\$17 por uma restauração, e o custo dessa restauração gira em torno de R\$50. Só para termos de comparação, o SIS Senado, paga para o prestador em torno de R\$110 por essa mesma restauração, mas é um plano de autogestão. Os planos privados pagam R\$17 por uma restauração, sendo que só o custo do material é em torno de R\$50.

Mas existem outras formas de que os planos dispõem para diminuir ainda mais os valores repassados aos profissionais de Odontologia. São glosas, ou seja, eles não pagam os tratamentos autorizados por eles mesmos para serem executados nos pacientes sob o pretexto de falha no procedimento. O cirurgião-dentista faz o procedimento, usa o seu material, o seu tempo, e não recebe por isso. Isso não é uma exceção, é corriqueiro.

Os planos criam uma dificuldade enorme para realizar o reajuste anual aos prestados de serviço, o que é obrigatório por lei. E, quando o praticam, praticam valores de 10% do IPCA, ou seja, 0,5% de atualização financeira para os prestados anualmente.

Os planos interferem no planejamento do profissional, ditando o que deve e o que não deve ser executado no usuário. Eles atrasam o pagamento, não negociam os valores das tabelas deles com a gente, descredenciam um profissional que denuncia o plano, não pagam a nossa consulta. É isso. Para nós dentistas a grande maioria dos planos não paga consulta. Eles alegam que a consulta será paga, porque estará incluída nos procedimentos que os pacientes irão realizar posteriormente.

O absurdo mais recente foi o plano proibir os dentistas de enviarem os seus pacientes para fazer exame radiográfico em clínicas odontológicas especializadas em radiologia. Então, está proibido; o dentista tem que fazer no próprio consultório a radiografia. Por quê? Porque para o dentista o plano paga menos do que para a clínica radiológica. Só que não existe comparação: a clínica radiológica consegue fazer um trabalho muito melhor, por conta dos equipamentos, do que a gente. E isso é primordial para a gente avaliar e dar o diagnóstico do paciente. Então, o paciente sai perdendo com isso.

Há diversas outras coisas que eu poderia estar citando aqui.

Todos esses problemas foram apresentados na Catec, em 2018, mas, quando foram para a votação da diretoria colegiada, nós perdemos todas as mudanças que nós fizemos durante um ano, por 4 votos a 1.

Então, a gente precisa que essa relação tenha um mínimo de equilíbrio. Com os lucros dos planos, é óbvio que dá para pagar um pouco mais ao prestador, sem mudar o valor pago pelo usuário. Quando a gente vê o usuário pagando R\$29 por um plano odontológico, a gente gosta, porque vai dar mais acesso à população. A gente sabe que o Brasil tem uma quantidade grande de população com baixa renda, e nós queremos fazer isso. Nós não somos contra os planos, mas, para que a saúde suplementar possa existir de maneira adequada e que o usuário seja bem atendido, precisa haver um equilíbrio entre o prestador de saúde e os planos odontológicos.

A Odontologia é muito bem-conceituada. Então, a gente está aqui falando sobre a saúde do prestador, do brasileiro. Não há como atender por esses valores. Eu trago esse questionamento aqui, nesta audiência pública, porque já foi levado para diversos órgãos, e ninguém consegue resolver isso. Ninguém quer falar sobre valores. Enquanto ninguém fala sobre valores, os únicos que impõem os valores são os planos. E a gente vê que os planos têm um valor igual, muito próximo em todo o Território nacional sobre um determinado procedimento, havendo apenas um pouco de variação. Por exemplo, a restauração varia de R\$15 a R\$20 em todo o Território nacional. É isso o que o Dr. Alexander falou. Será que não é caracterizado cartel? Por que os planos impõem os valores? Por que não existe uma construção de valores entre ANS, prestadores e planos, para que seja, cada vez mais, ofertado um serviço de qualidade à população brasileira? Porque é isso que eles merecem.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Obrigado, Dra. Daniela. No final, todos terão, também, direito a uma réplica. Acho que esse é o modelo correto de uma audiência pública. Então, eu vou voltar a palavra, inclusive, para a ANS no final, depois de ouvir todos.

Agora, com a palavra...

Aqui todos terão voz, aqui todos são convidados e todos têm voz.

Convido aqui, também, para fazer uso da palavra, o Sr. Matheus Zuliane Falcão, que é do Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor).

O SR. MATHEUS ZULIANE FALCÃO (Para expor.) - Boa tarde a todas e a todos.

Gostaria de dizer muito obrigado, Sr. Presidente, pelo convite, pela palavra. E na sua pessoa, Sr. Senador Reguffe, gostaria de cumprimentar todos os presentes.

Sei que meu tempo é um tanto curto. Eu vou me ater a ele, mas eu pergunto se eu poderia compartilhar minha tela, apenas para que eu possa mostrar alguns dados aqui que acho que interessam ao nosso debate. Será que seria possível?

Eu vejo aqui que eu não tenho possibilidade de compartilhar. Se não der, tudo bem. Eu também posso fazer sem ela.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - O pessoal está tentando aqui. A técnica está tentando ver se consegue também compartilhar a tela.

O SR. MATHEUS ZULIANE FALCÃO - Bom, tudo bem. Eu agradeço aí pela atenção. De qualquer forma, eu posso ir começando já, em favor aí de nós mantermos o nosso horário e, assim que possível, eu compartilho os principais pontos.

O que eu gostaria de trazer aqui... Eu falo, como já foi anunciado, em nome do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec). Nós somos uma associação com mais de 30 anos na defesa do direito dos consumidores. Temos absoluta independência de partidos políticos, governos, empresas e buscamos, justamente, proporcionar e defender um ambiente mais justo nas relações de consumo, o que inclui as relações de consumo no campo da saúde, tanto no de consumo de medicamentos quanto de serviços de saúde e também, claro, na defesa dos direitos e interesses dos usuários da saúde suplementar no Brasil.

E, quando nós pensamos na saúde suplementar no Brasil, é importante ter em mente alguns pontos - a apresentação da ANS, muito elucidativa, já nos trouxe alguns desses pontos, e eu queria apenas destacar alguns tópicos específicos.

Nós temos essa divisão importante, também destacada pelo Senador, entre planos individuais e planos coletivos. Os planos individuais têm um reajuste anual máximo estabelecido pela ANS, enquanto os planos coletivos não têm. Apesar da previsão legal - a lei faculta à ANS a possibilidade de também estabelecer essa regulação dos coletivos -, a ANS não o faz, em torno dessa premissa que também nos foi apresentada, de que existiria um chamado poder de barganha entre os contratantes, ou seja, entre as pessoas jurídicas, operadores de plano de saúde de um lado e contratantes do plano coletivo de outro, por exemplo, uma empresa empregadora ou, então, uma associação.

O que eu gostaria de trazer aqui é que existem muitas evidências, existe um mosaico de evidências cada vez maior de que esse poder de barganha não existe. E é isso que eu gostaria de discutir um pouco. Nós temos evidências muito nítidas, para começar o nosso debate, de que os reajustes são muito mais elevados no mercado de coletivos do que no de individuais. Uma pesquisa do Idec agora, em 2020, de alguns planos de saúde, encontrava uma média ali, entre as empresas pesquisadas, entre os usuários que se reportaram, de 20% a 25% do reajuste médio dos coletivos, só pra citar um pequeno exemplo de como se distorce, de como é maior o reajuste nos coletivos. Isso também fica muito nítido nas reclamações de consumidores.

É muito urgente abordar essa questão dos altíssimos reajustes no mercado de planos coletivos. Existe um acórdão do Tribunal de Contas da União que tenta tratar um pouco dessa questão; um acórdão recente que retoma um outro acórdão um pouco mais antigo, de cinco anos atrás - eu estou falando desse mais recente, o Acórdão 1.007, de 2020, que, inclusive, demanda ainda à agência que se atenha a certos pontos sobre esse mercado de coletivos. Estou falando especificamente de analisar a fidedignidade dos dados sobre reajustes enviados à ANS pelas operadoras e também considerar ampliar um pouco da transparência dos índices de sinistralidade entre operadoras e contratante de planos coletivos.

Há alguns exemplos que nós podemos discutir aqui no campo da regulação, muito bem elencados pelo TCU, que também converge com essa conclusão acerca dos altíssimos reajustes nos planos coletivos.

Importante destacar uma pesquisa do Ipea, de 2019, que nos mostra que, num período de 18 anos, a inflação acumulada dos planos de saúde é de 382%, muito superior à de outros índices, inclusive do IPCA Saúde, quando se expurgam planos de saúde e cuidados especiais, que era de 180%.

O que isso nos mostra? A inflação acumulada dos planos de saúde não é só maior que a inflação, como sempre se diz, mas é maior, inclusive, que o IPCA Saúde e outros índices, mostrando aí uma alta que não é ultrapassada por nenhum outro índice, evidenciando a urgência de que o Congresso Nacional, de que o Poder Executivo deem uma resposta eficaz a essa questão que aflige tantos consumidores.

Nós temos um *ranking*, no Idec, de reclamações sobre problemas de consumo. Importante destacar que, nos últimos três anos, a questão de saúde, especialmente de planos de saúde, surge, aparece com bastante importância, sendo o item mais reclamado. Apenas agora, em 2020, ficou um pouco abaixo de serviços financeiros, muito em torno da questão do superendividamento.

Durante a pandemia de Covid-19 - também é importante destacar esse dado -, nós temos um aumento dos ganhos no setor, ou seja, as operadoras lucram mais, a receita triplica na comparação do segundo trimestre de 2019 com o segundo trimestre de 2020. Isso apresenta, também, como o setor tem uma saúde financeira boa - pelo menos nos sugere essa informação.

O Idec também fez uma pesquisa, agora no final de 2020, em que analisava, a partir do período de agosto, nos últimos cinco anos, os reajustes das cinco empresas mais reclamadas nas outras pesquisas do Idec.

São empresas, inclusive, que são objeto, que estão no conteúdo de uma ação recente do Procon de São Paulo acerca do tema.

E o que essa pesquisa conclui, olhando os reajustes médios dessas empresas, é que o reajuste médio é sempre muito maior do que reajuste dos planos individuais. Era esse dado que eu gostaria de mostrar. O reajuste médio aplicado por essas cinco operadoras nesses cinco anos estava em 11,28%, especialmente pegando o ano de 2020 - desculpe, corrigindo aqui, pegando o ano de 2020. Então, 11,28% no mercado de coletivos.

Quando a gente compara pelo reajuste máximo dos individuais, nós temos aí 8,14%. O que eu estou querendo dizer com isso, o que essa evidência nos sugere é que mais uma vez os reajustes dos planos coletivos são mais elevados do que o dos individuais. Em outras palavras, o mercado com uma regulação mais fraca, mais permissiva permite maiores reajustes, implicando num desembolso muito maior de recursos por parte do consumidor, que fica numa situação frágil, de vulnerabilidade econômica ao não conseguir pagar por esse plano de saúde. Por isso é tão urgente alguma resposta institucional para essa questão dos altos reajustes dos planos coletivos.

E o que essas evidências nos sugerem é que o poder de barganha que orienta a regulação atual não é uma realidade, ou seja, os contratantes de bancos coletivos não têm esse poder de barganha frente às operadoras e acabam ficando reféns, por falta de informação, por falta de capacidade de negociação para alcançar reajustes menos elevados. Isso é um ponto também destacado naquele acordão do TCU que eu mencionava há pouco, que também critica muito essa inexistência do poder de barganha.

Frente a esse cenário, é essencial que a resposta institucional passe por todo um conjunto de medidas que abordem essa questão. Por exemplo, uma recomendação que estava, inclusive, num relatório técnico de uma gerência da ANS, a Gefap, numa nota técnica de 2013, aponta, por exemplo, para a necessidade do aumento do agrupamento dos contratos de 29 vidas para cem vidas nos planos coletivos empresariais. Interessante porque essa proposta, inclusive, converge com o projeto de lei do Senador, o PLS 133, de 2015.

É fundamental nesse momento que a ANS se debruce sobre essa questão e passe a definir limites máximos para reajustes também nos planos coletivos. Por exemplo, estabelecendo um índice anual máximo, como faz com os individuais; homogenizando o reajuste, por exemplo, nos planos corretivos por adesão; um reajuste único por operadora, no caso dos coletivos por adesão, ou, então, mesmo aumentando esse número de vidas no agrupamento de contratos, que atualmente está no número de 30 e ir para o número de cem; aumentando a transparência, o que também seria uma medida importante.

Nós temos aí todo um conjunto de medidas que poderiam melhorar e são fundamentais, e extremamente necessárias nesse momento, em que nós notamos que a população brasileira vai perdendo renda, dada a crise econômica e sanitária que nós vivemos; as operadoras têm uma boa saúde financeira e essa conta não fecha. O consumidor fica vulnerável e cada vez menos tem acesso dentro do setor de saúde suplementar.

Muito obrigado.

Fico à disposição para seguirmos no debate.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Muito obrigado ao Matheus.

Quero apenas fazer o acréscimo de que muitas vezes existem também consumidores que não fazem parte de nenhum coletivo. Então, eles não conseguem simplesmente ter um plano de saúde, porque não fazem parte de nenhum coletivo.

As operadoras de planos de saúde para ter o registro também deveriam colocar à disposição dos consumidores planos individuais, ainda que fossem até mais caros, mas planos para que aqueles consumidores que não fizeram parte de nenhum coletivo possam também ter o plano de saúde, se assim o desejarem.

Convido agora, para fazer uso da palavra, a Sra. Vera Valente, que é Diretora-Executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)

Volto a dizer que, no final, todos voltarão a ter direito a fazer um comentário final, uma réplica final, dentro do ambiente democrático aqui, nesta Comissão.

Passo a palavra à Sra. Vera Valente.

A SRA. VERA VALENTE (Para expor.) - Senador Reguffe, Presidente da Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e de Defesa do Consumidor, eu o cumprimento e agradeço a oportunidade de participar desta importante audiência pública para falarmos da regulação dos planos de saúde. Cumprimento também os Srs. e Sras. Senadores e também os senhores e as senhoras palestrantes, que estão aqui dividindo comigo essa audiência pública.

Eu vou tentar também dividir aqui o meu... Podem me autorizar, por favor? É só ela autorizar que eu consigo, porque é importante seguir aqui o PPT. Eu vi que é possível com a ANS.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - A técnica aqui parece que conseguiu agora.

A SRA. VERA VALENTE - Isso, vamos ver. Isso. Deixa eu colocar aqui no primeiro eslaide. Pronto. Modo apresentação. Todos estão vendo?

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Perfeitamente.

A SRA. VERA VALENTE - Então, tá. *(Pausa.)*

Desculpe, esses recursos tecnológicos estão sempre deixando a gente meio confusa.

Então, inicialmente - e já agradeço o convite -, eu gostaria de me apresentar muito rapidamente. Sou Vera Valente. Tenho 25 anos de experiência no setor saúde, tanto no setor público quanto no privado. Fui do Ministério da Saúde, responsável pela implantação do Cartão Nacional de Saúde. Depois disso, fui gerente-geral da Anvisa, responsável por liderar a implantação da política dos medicamentos genéricos no Brasil, importante política que gerou em torno de 170 bilhões de economia para os consumidores, desde a sua criação, ao substituir os produtos de marca pelos genéricos. Já fui Presidente da Associação das Indústrias de Genéricos, diretora da Interfarma e estou na FenaSaúde desde 2019.

Então, apresentando um pouco a FenaSaúde, a Federação Nacional de Saúde Suplementar representa 15 grupos econômicos de planos e seguros privados de assistência à saúde e planos odontológicos e representa 41% dos beneficiários da saúde suplementar. Somando os planos de assistência médico-odontológica, cuidamos de 31,1 milhões de beneficiários.

São as nossas associadas...

Eu vou passar rapidamente alguns números, porque já foram muito bem explorados pela ANS.

Então, como a ANS falou, nós temos aí quase 700 planos de saúde no Brasil, com 48,1 milhões de vidas, ou seja, um em cada quatro brasileiros são cuidados pelos planos de saúde, uma população semelhante à da Espanha.

Por que eu gosto de mostrar esse número? Porque muitas vezes a gente fala de algumas medidas, pensando nas grandes operadoras do setor, nas que sempre estão na mídia, mas a maioria das operadoras são de pequeno porte - 56% das operadoras são de pequeno porte. E, dessas de pequeno porte, 80% estão no interior do Brasil, que são regiões locais em que, normalmente, elas são a única opção de atendimento alternativa ao SUS. Então, é muito importante olhar esse universo quando a gente discute medidas muito impactantes, porque essas operadoras serão as primeiras a serem impactadas.

Aqui, um número interessante. A saúde suplementar vinha perdendo usuários, e, pela primeira vez, ela ganhou um número, uma massa de usuários expressiva, durante o período da pandemia: 1,4 milhão de brasileiros, neste período de junho de 2020 para cá, entraram na saúde suplementar, uma demonstração, na nossa opinião, de que as pessoas estão buscando essa alternativa do plano de saúde, valorizando ainda mais o plano de saúde.

E isso é reforçado por uma pesquisa de opinião feita pelo Iess, ainda não divulgada. Vai ser divulgada recentemente. Essa pesquisa é repetida a cada dois anos. Começou 2015. Em 2021, nós tivemos o maior índice geral de satisfação dos

consumidores da saúde suplementar, atingindo 84% de satisfação geral. E o motivo dessa satisfação é o atendimento. O principal motivo dessa satisfação é o atendimento, a qualidade do atendimento, a cobertura, a abrangência de cobertura. E também, uma coisa interessante: desde que essa pesquisa se iniciou, foi o ano em que nós tivemos o menor índice, o menor percentual de insatisfação - 14% está mais ou menos satisfeito ou insatisfeito. Então, você tem 14%, menor índice da série, e observem que apenas 5% cita preço e mensalidade como motivo de insatisfação.

Essa pesquisa foi conduzida pelo Vox Populi.

Isto já foi mostrado com bastante detalhe pela ANS, que é a composição dos planos de saúde. Hoje, você tem na modalidade coletivo 82% dos planos, sendo 70% coletivo empresarial, 12% coletivos por adesão e 18% individual familiar.

E outro número bem interessante, neste momento de pandemia, é que, normalmente, quando você tem uma ampliação da taxa de desemprego, você tem uma queda do número de usuários, dos beneficiários. Agora, vocês podem ver que essas duas curvas estão paralelas. Ou seja, apesar do crescimento da taxa de desemprego, nós tivemos uma ampliação do número de beneficiários.

E aí há um número bem interessante, que eu gostaria de chamar atenção: existem atualmente 20,7 milhões de titulares de planos coletivos, enquanto as estatísticas mostram que temos pouco mais de 90 milhões de pessoas contratadas. Ou seja, quando você pensa que 20 milhões de beneficiários têm planos de saúde empresarial e você tem 90 milhões de pessoas contratadas, com carteira de trabalho ou não, você tem um universo interessante de crescimento neste ambiente empresarial, porque, hoje em dia, se fala muito de ESG, de sustentabilidade, de ações de responsabilidade social, e a empresa fornecer um plano de saúde para o seu funcionário é uma forma de retenção desse funcionário, de valorização desse funcionário e também acaba sendo uma atitude de cidadania, porque, ao você tirar o beneficiário, levar essa pessoa para a saúde suplementar, levar para o mercado privado, você está desonerando o SUS para aquelas pessoas que só precisam do SUS, que dependem exclusivamente do SUS.

A saúde suplementar é muito importante para a economia do País. Ela gera entre empregos diretos e indiretos 3,4 milhões de empregos. Ela é responsável por 3% do PIB. Então, os planos de saúde movimentam a economia, garantem renda e geram empregos no País.

A receita assistencial, dados de 2020, do setor foi de 227 bilhões, no ano passado. Mas é muito importante enfatizar que as operadoras funcionam como uma grande caixa d'água. Elas irrigam toda a saúde privada do País - 85% dessa arrecadação vai diretamente para pagar o que a gente chama de custos assistenciais, sinistralidades, que são os hospitais, as clínicas, médicos, dentistas, enfermeiros, ou seja, a saúde suplementar funciona como uma grande caixa d'água irrigando essa cadeia de prestadores. Então, qualquer medida que afete a saúde suplementar, que afete as operadoras, corre o risco de cortar essas veias de irrigação. E você compromete não só as operadoras, mas também todo esse sistema, essa cadeia de prestadores da saúde suplementar. Para dar uma ideia, um bilhão é repassado a cada dois dias pelas operadoras de planos de saúde aos prestadores.

Como é calculado o reajuste, também já foi falado. Como já foi muito bem explicado e o meu tempo está terminando, o que é importante colocar aqui é que se cumprem regras. A ANS definiu regras: para os planos até 29 vidas, regras para diluir o risco. E o que as operadoras fazem é cumprir regras. E, quando você tem uma relação contratual com empresas, essa relação está protegida dentro de um mercado livre em que as empresas podem concorrer. E existe o mecanismo da portabilidade, que também foi mencionado, em que quem não está satisfeito com determinada operadora pode migrar, sem nenhum ônus, para outra operadora que atende melhor às suas necessidades.

Aqui é para mostrar que nos últimos cinco anos a inflação da saúde foi bem superior ao IPCA. Ela normalmente é três vezes o IPCA, porque ela considera não só a inflação dos custos médicos, mas também o uso. Então, a frequência de uso. E isso é no Brasil e em todo lugar do mundo. Agora, o que é interessante observar é que, quando você olha os reajustes dos planos individuais, coletivos até 29 vidas ou com mais de 30 vidas, você percebe que a variação de reajuste entre eles não foi tão expressiva e eles estão sempre acima da inflação médica, que é essa variação do custo médico-hospitalar, que é o verde escuro, a primeira linha. O IPCA está sempre abaixo, como expliquei, porque o VCMH avalia variação de preços médicos e também a frequência de uso.

Nós hoje falamos que a gente tem aí a caminho, está montada uma tempestade perfeita. Por quê? Porque nós tivemos um crescimento muito grande das cirurgias eletivas no primeiro trimestre deste ano. Vocês observaram que não há um *pointer* para mostrar. Mas nós tivemos aí, atingimos 80 mil cirurgias, internações eletivas, superior até a 2019, no período em que nem se falava de pandemia, e tivemos aí um custo, um aumento dos custos, recordes de internação da Covid. Eram 59 por 100 mil beneficiários. No início, em março de 2020, nós atingimos 114 por 100 mil beneficiários em 2021. Então a soma das internações eletivas com as internações Covid. Uma inflação enorme dos insumos hospitalares. Isso está sendo falado. Então, a gente teve - vamos pegar o midazolam - uma variação de 524% no preço unitário e um aumento no consumo de

762%. Quando você fala dos equipamentos de proteção individual - vamos pegar o avental -, uma variação no custo de 595% e um aumento de 726% no uso. O custo do paciente Covid era da ordem de R\$54.797, no início da pandemia, e, por todos esses custos envolvidos que eu mencionei, ele hoje está na ordem de R\$100 mil, praticamente dobrou.

Então, que desafios nós temos? Na verdade, esses desafios não são só do Brasil. Você ter de um lado recursos finitos e custos cada vez maiores nos sistemas de saúde, essa pressão sobre os sistemas de saúde acontece no Brasil e em qualquer lugar do mundo, independentemente de o financiamento ser público ou privado.

Falando do Brasil, mas também é uma realidade em muitos lugares, você tem idade média da população cada vez mais alta, uma população mais velha, uma maior expectativa de vida, as pessoas vivendo mais, o que é ótimo. Houve uma mudança do perfil das doenças, de doenças transmissíveis para doenças crônicas. Consequentemente, os tratamentos agudos - aquele "medicou e curou" - não são mais os mesmos. Você tem, em função do perfil das doenças, tratamentos contínuos e longos, como para diabetes e para câncer. Antes eram tecnologias mais simples, normalmente medicamentos simples, e hoje você tem muitas tecnologias inovadoras. No caso da saúde, a tecnologia vem para revolucionar muitas vezes, mas ela traz um custo muito maior do que a tecnologia que ela substitui. Este é o grande desafio, não só no Brasil como no mundo: como escolher essas tecnologias que, muitas vezes, salvam vidas, mas que trazem um impacto enorme para os sistemas. Então, os brasileiros estão vivendo mais e o que muda é como a gente usar esse sistema da melhor forma possível.

Há mudanças culturais importantes.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Dra. Vera...

A SRA. VERA VALENTE - Estou terminando. Um minuto.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Agradeço.

A SRA. VERA VALENTE - Sair de um excesso de uso do hospital - o modelo *fee for service*, que é a remuneração por procedimento -, que leva a um excesso de uso e a um desperdício. Temos hoje um excesso de judicialização. São aspectos culturais que precisam melhorar.

E aí, qual é o desafio? A FenaSaúde defende que - até respondendo aí, Senador Reguffe - precisamos trazer coberturas mais flexíveis para que existam mais opções para as pessoas entrarem na saúde suplementar. Podemos vender mais planos individuais, mas as regras têm que ser mais flexíveis; elas vão continuar sendo controladas e auditadas pela ANS, mas cada operadora tem o seu modelo de custo. É preciso trazer mais competição para esse mercado, novos modelos de franquia e coparticipação; a atenção primária, que se mostrou superimportante neste momento de prevenção, neste momento de pandemia; e um maior rigor na entrada dessas novas tecnologias - e aí os novos modelos de remuneração para que você tenha um maior controle dos custos - e valorizar o desfecho do paciente, e não o excesso de uso das tecnologias.

Então, fica o nosso desafio.

Hoje a gente tem no Congresso Nacional em discussão - foi criada uma Comissão Especial na Câmara porque nós temos o que é chamado de bloco - quase 300 projetos de lei para mudar a 9.656. Então, uma lei, que é objeto de quase 300 projetos de lei, precisa ser modernizada e modernizada por tudo que eu comentei na mudança do perfil da saúde, na mudança do perfil do usuário. Então, é muito importante que esses marcos regulatórios sejam revistos, mas que isso seja feito ouvindo a sociedade, com muita objetividade, realmente buscando ampliar esse setor e, com essa ampliação, desafogar o SUS, sem ideologia, com praticidade, buscando, efetivamente, um crescimento da saúde suplementar para aqueles que podem aderir à saúde suplementar e desafogando o SUS para aqueles que são totalmente dependentes. E aí o melhor momento é passado esse agravamento da pandemia. Teremos muitos aprendizados desse período e podemos, sim, construir um sistema melhor de saúde para todos os brasileiros, explorando essa conexão, essa interconectividade entre a saúde privada e a saúde pública.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Muito obrigado, Dra. Vera.

Passo a palavra agora ao Sr. Marco Aurélio Ferreira, Diretor de Relações Governamentais da Associação Nacional de Hospitais Privados. V. Sa. tem oito minutos.

O SR. MARCO AURÉLIO FERREIRA - Boa tarde a todos.

Senador, eu poderia compartilhar também uma apresentação?

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Acredito que sim.

A técnica consegue aí?

O SR. MARCO AURÉLIO FERREIRA - Acho que conseguiu aqui.

Vocês estão vendo a minha apresentação?

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Perfeitamente.

O SR. MARCO AURÉLIO FERREIRA (Para expor.) - Bom, eu vou levar por aqui mesmo.

Bom, Senador, primeiro, muito obrigado pela oportunidade. Eu gostaria de agradecer ao senhor e a todos os participantes a oportunidade de estarmos aqui dialogando sobre esse tema tão importante.

Eu hoje represento a Anahp, Senador. A Anahp é uma associação que nasceu há 20 anos e teve sempre como um dos seus principais objetivos a melhoria da saúde suplementar, da saúde como um todo, favorecendo a todos os brasileiros. A Anahp é uma instituição que preza pela qualidade, é uma instituição que preza pelo bom atendimento, que coloca sempre o paciente, o cidadão em primeiro lugar. Nós trabalhamos com hospitais, os grandes hospitais brasileiros. Hoje são 118 associados espalhados em 17 Estados, são hospitais privados com e sem fins lucrativos. O que eles têm em comum? São hospitais que buscam as creditações, sejam creditações nacionais, de qualidade, ou sejam creditações internacionais. Grandes hospitais como a Santa Casa de Porto Alegre, Santa Casa de São Paulo, Hospital Sírio-Libanês e Albert Einstein têm em comum o atendimento e as creditações.

Só para os senhores terem uma ideia da representatividade da Anahp, no último ano, os nossos hospitais faturaram 38,76 milhões, isso corresponde a 21,46% das despesas assistenciais; representamos 10,58% do total de leitos privados no Brasil; e os nossos hospitais respondem por 24,38% das creditações nacionais e 81% das creditações internacionais.

Trazendo um pouco dos dados do setor, nós passamos um ano muito difícil, muito difícil desde que a pandemia começou, porque eu digo para os senhores: a pandemia aconteceu dentro dos nossos hospitais. Foram detectados os primeiros casos da Covid-19 nos nossos hospitais, nós sentimos ali todas as questões de mudanças de protocolos, novas portas de entrada, tivemos que resignar nossos centros de diagnósticos, nossos centros cirúrgicos, tivemos que fazer todo um trabalho novo nas nossas áreas de hospitalidade, criar áreas Covid, áreas não Covid, e passamos, no ano passado, toda uma série de enfrentamentos dessa pandemia.

Vimos que a economia, o PIB caiu estrondosamente, 4,6%, vimos aumentar o número de pessoas desocupadas, o desemprego cresceu no País, sim, mas um dado que a gente traz e coloca para vocês é que no setor de saúde se empregaram muito mais pessoas. Em 2020, o setor de saúde empregou 111 mil pessoas a mais com carteiras assinadas e o setor hospitalar foi responsável por 78 mil novos empregos. Entre demissões e admissões, nós tivemos 78 mil novos colaboradores nos hospitais brasileiros. E aí a gente vê que esses 78 mil novos empregos foram para suprir as necessidades, o enfrentamento de tudo aquilo que a pandemia trazia.

Passamos, como eu já disse, uma série de dificuldades no ano passado. Mas eu quero trazer aqui também para os senhores um número que diverge um pouco, talvez, de dados apresentados por outras entidades.

A Anahp fez, em 2019, um estudo de custos sobre a nossa prestação de serviços entre 2013 e 2018. As taxas de prestação de serviço cresceram, em média, 6,7% ao ano - vou repetir: 6,7% ao ano -, em linha com a inflação, que foi de 5,9%. Esse estudo foi realizado pela Compass, que é uma importante consultoria, e o levantamento apontou que o gasto total do sistema teve um aumento de R\$83,6 bilhões, em 2013, para... Um crescimento de 12,1% ao ano até 2018. O fator que mais contribuiu para esse crescimento da saúde suplementar foi a frequência de uso, como já foi dito, que passou de 22,8 para 29,6 eventos por beneficiário. Muitos são os exames, as pessoas estão se cuidando muito mais, estão buscando muito mais novas terapias, e seguido por outros atendimentos ambulatoriais. Consultas e internações, essa variação foi marginal, de acordo com nosso estudo.

E volto, então, ao número de 6, 7% ao ano, em linha com a inflação. Quando a gente compara isso com outros números do setor, a gente verifica que há uma disparidade entre essas informações. Como já foi apresentado, a média do VCMH, apresentado pelo IESS, é de 17,6%, o RPC, que é da ANS, é de 11,6%, a variação dos custos unitários em serviços de saúde foi de 6,7% e a variação dos custos unitários de serviços hospitalares foi de 6%. Quando você pega a média do IPCA, de 5,9%, e do IPCA de serviços, de 6,1%, nós vemos que os serviços de saúde não são, certamente, os principais vetores de aumentos ou de qualquer outra possibilidade de impacto tão grande como muitas vezes são colocados em números.

Aí, chegando para o ano de 2019 e 2020, nós trazemos aqui alguns números para os senhores. Uma queda de 9,37% das taxas de ocupação em 2020.

Quero colocar aqui para os senhores para ficar bem claro. Todos esses números que a Anahp traz são provenientes dos nossos sistemas de indicadores Anahp, é o Sinha. Os nossos hospitais compartilham, através de 250 indicadores, mais de

350 variáveis. E anualmente a Anahp publica, ela dá transparência a esses dados numa publicação chamada Observatório. Todos esses dados, anualmente, estão disponibilizados no nosso site.

A cada três meses, nós lançamos uma nota técnica em que nós explicamos um pouquinho de tudo isso sobre esses dados. Aqueles que mais tiveram impacto, aqueles que mais trouxeram impacto para o setor hospitalar brasileiro. Vejam bem, uma queda de 9,37% nas taxas de ocupação. Muitas vezes a gente fala: os hospitais estão lotados. Eram leitos Covid e nós tivemos aí durante muito tempo, até pela suspensão das eletivas, nós tivemos aí hospitais esvaziados durante a epidemia. Um aumento de 13,6% da média de permanência dos pacientes em 2020. O paciente Covid, diferente de um paciente eletivo, fica mais tempo no hospital. Uma redução de 19% do índice de giro. Os pacientes permanecem mais tempo internados, aquilo que eu já disse. Queda de 20% nas internações. Uma mudança muito forte desse perfil de internações. Um aumento aí de 7,9% nas internações relacionadas às doenças infecciosas, por conta da Covid, e uma queda de 3,7% das internações relacionadas às doenças crônicas dos aparelhos digestivo e circulatório.

Queda de 36, vou repetir, queda de 36% em atendimentos nos prontos-socorros e de 11,14% nas realizações de exames só em 2020. Uma redução na nossa receita líquida de 6,9%. Os hospitais faturaram muito menos em 2020 e uma redução de 4,36% na margem de Ebitda. Um aumento nas despesas com materiais e medicamentos. Sofremos com requisições, com falta de medicamentos.

Nós presenciamos o desespero. Muitas vezes a gente pensa no médico, na enfermeira, no técnico em enfermagem no hospital. Nós presenciamos aí o desespero das pessoas que faziam compras, que eram responsáveis pelos insumos. Nós passamos momentos muito difíceis. Requisições por parte da União de medicamentos acabaram aí causando um dano muito grande a toda a cadeia. Um aumento nas despesas...

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Para concluir, Sr. Marco Aurélio.

O SR. MARCO AURÉLIO FERREIRA - ... com materiais e medicamentos e um aumento muito grande na taxa do absenteísmo. Nós tivemos que afastar todas as gestantes, por lei, foi-nos solicitado isso.

Então, foi um ano muito difícil para os hospitais e nós estamos aí lutando. Alguns Estados aumentaram impostos consideravelmente, como o Estado de São Paulo, que retirou benefícios ali e isenções para vários medicamentos, cadeiras de rodas e outros insumos hospitalares.

Então, esse é o quadro, Senador, que eu trago. E aqui eu estou falando dos grandes hospitais. Agora, vocês imaginem os pequenos e médios hospitais. Eu já presidi um pequeno hospital no interior e as dificuldades são muito maiores. Então, trago isso para vocês terem uma visão da realidade que os prestadores de serviço vivem hoje no Brasil.

Muito obrigado. Parabéns por debater esse assunto tão importante nesta Comissão do Senado!

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Muito obrigado, Sr. Marco Aurélio.

O objetivo desta audiência pública é justamente este: ouvir todas as partes, para que nós possamos melhorar a vida nesse setor que é muito importante, principalmente para os consumidores, já que é uma Comissão de defesa do consumidor, mas nós estamos ouvindo aqui os consumidores, estamos ouvindo aqui o Idec, estamos ouvindo aqui os representantes dos médicos e dos dentistas, estamos ouvindo aqui os representantes do Governo, através da ANS e do Ministério da Justiça, e vamos ouvir agora também os representantes dos planos de saúde e dos hospitais privados.

O objetivo desta Comissão é fazer um debate democrático sobre essa questão que envolve os planos de saúde. Eu penso que deve ser uma obrigação do Parlamento debater essa questão, já que é uma questão muitas vezes encarada como um grande problema por parte dos consumidores deste País.

E aí eu queria pedir as minhas escusas, as minhas desculpas ao Matheus, porque não conseguimos compartilhar os seus eslaides, e também à Agência Nacional de Saúde Suplementar, porque ficaram faltando dois eslaides. No final eu vou dar um tempo para que vocês todos possam fazer uma conclusão.

Passo agora a palavra ao Sr. Frederico Moesch, Coordenador-Geral de Estudos e Monitoramento de Mercado da Secretaria Nacional de Defesa do Consumidor do Ministério da Justiça.

V. Sa. tem oito minutos.

O SR. FREDERICO MOESCH - Muito obrigado, Senador Reguffe. Quero parabenizá-lo pela organização desta audiência pública sobre um tema de grande importância para os consumidores, que possivelmente se tornou ainda mais importante durante a pandemia.

Se possível, eu posso compartilhar aqui na tela? Vou ver se consigo aqui.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Pode sim. Acredito que a técnica vai conseguir. Já está passando.

O SR. FREDERICO MOESCH (Para expor.) - Muito obrigado.

Eu estou representando hoje a Secretaria Nacional de Defesa do Consumidor, órgão do Ministério da Justiça e Segurança Pública.

Então, a pandemia de Covid-19 nós sabemos que teve efeitos não apenas sanitários, mas também econômicos e sociais. Ela impôs uma série de dificuldades aos consumidores e também às empresas: o distanciamento social, as medidas de prevenção, muitos consumidores tiveram perda de renda, perda de emprego, o que gerou maior endividamento, e claro que permanecem os gastos com medicamentos, cuidados médicos e planos de saúde.

Nós podemos dizer, Senador, nós vamos ver que a inadimplência no setor de saúde suplementar se manteve estável, até caiu em alguns momentos, isso no contexto, como eu disse, de consumidores que tiveram perda de emprego e de renda. Diversos setores da economia foram fortemente afetados. O setor de saúde suplementar a gente pode dizer que foi escolhido pelo consumidor como uma prioridade durante a pandemia. Então, o consumidor brasileiro fez um esforço muito grande para manter o seu plano de saúde, manter o pagamento das prestações. Portanto, há aí uma expectativa de que as operadoras também façam o esforço para contribuir durante a pandemia.

Na atuação da Senacon nesse setor, nós, recentemente, em fevereiro de 2021, notificamos as principais operadoras dos planos de saúde para prestar algumas informações sobre situação econômico-financeira, índice de sinistralidade, ou seja, aquela relação entre despesas e receitas dos planos de saúde, os gastos por beneficiários e os recursos obtidos junto aos beneficiários. Também perguntamos sobre reajustes de planos individuais e coletivos e também sobre os testes de Covid-19, muito importantes para a prevenção e o tratamento da Covid-19.

Quais foram as evidências que nós obtivemos por meio das respostas oferecidas pelas operadoras de plano de saúde? Em primeiro lugar, uma situação econômico-financeira bastante estável nos últimos cinco anos. A rentabilidade, na maior parte das operadoras, aumentou, e houve uma estabilização da participação no mercado das operadoras e do número de beneficiários.

Portanto, nós podemos dizer que mesmo nesse contexto de pandemia, com suas repercussões econômicas, o setor de saúde suplementar, em termos econômico-financeiros, conseguiu manter uma estabilidade. E a gente vai ver que, durante um período de 2020, houve até uma queda da sinistralidade, ou seja, sinistralidade aqui, lembrando, é a faixa, a coluna em azul ou cinza, não sei que cor está aparecendo, que são os recursos obtidos pelas operadoras, e, a coluna em laranja, os gastos, justamente os pagamentos feitos para atendimento dos beneficiários. Então, a relação entre esses elementos gera justamente o índice de sinistralidade, que é considerado pela ANS por diversas razões, inclusive para fins de reajustes, para calcular o reajuste dos planos individuais. Então, vejam que, segundo dados da ANS, houve ali, em alguns meses do ano de 2020, uma queda desse índice de sinistralidade, que historicamente fica entre 70% a 80%; baixou ali, chegou a 62%, 63%. Por quê? Porque, durante a pandemia, o foco foi justamente a prevenção e o tratamento da Covid-19. Diversos procedimentos médicos foram adiados, suspensos ou mesmo cancelados, seja por escolha do médico e do paciente, seja porque, em determinados momentos, houve essa determinação de que o atendimento de saúde focasse na questão da Covid. Então houve aí esse contexto.

Com relação à inadimplência, o que a gente vê é certa estabilização ao longo do tempo. A pandemia de Covid não trouxe um aumento grande de inadimplência, como aconteceu em diversos outros setores. Não. Houve ali uma estabilidade, e, em alguns momentos, até uma queda na inadimplência. Por isso que nós dizemos que o consumidor brasileiro fez um esforço muito grande em manter o pagamento dos seus planos de saúde, elegeu o setor de saúde suplementar como uma prioridade no seu orçamento.

Então, a análise que a gente fez, também considerando ali os reajustes, as informações das operadoras sobre o reajuste de planos individuais, cujo teto foi, no ano passado, de 8,14%, e aí você pegava a média do reajuste de planos coletivos, que, em algumas operadoras, chegou a 15%, considerando também que, mesmo entre os planos coletivos, há uma variação muito significativa - segundo informações prestadas pelas operadoras, a variação nos planos coletivos chegava a zero, ou seja, sem reajuste, a até 46% de reajuste -, então, isso nos leva a crer que o atual conjunto de regras regulatórias cria um subsídio implícito entre os diferentes planos de saúde, ou seja, um subsídio cruzado, de modo que, considerando planos individuais e planos coletivos, o reajuste que é tabelado, do plano individual, pode ser, de certa forma, recompensado - tabelado não, perdão, há um teto, há um *cap*; não é tabelamento, é um teto. Pode ser recompensado nos reajustes dos planos coletivos. E mesmo considerando apenas os planos coletivos com mais de 30 vidas, que são aqueles em que existe um maior espaço que a regulação concede para a negociação entre as partes, vejam que há uma variação muito significativa, de zero a 46%, segundo informações das próprias operadoras.

As operadoras, ao responderem à notificação da Senacon, não trouxeram maiores informações sobre suas estruturas de custo, ou seja, por que, na mesma operadora, planos coletivos variam tanto, de zero a 46%. Nós, realmente, não recebemos informações detalhadas com relação a isso. Então, justamente, na ausência de informações, é que nós fomos levados a crer que existe aí, sim, um subsídio cruzado, que teria uma lógica o ajuste global feito. O problema, Senador, é que seria um subsídio cruzado não de inclusão, como acontece em diversas políticas públicas. No setor de saneamento, de energia elétrica, há um subsídio para que aqueles consumidores mais vulneráveis, com menor renda, realmente paguem proporcionalmente menos para ter, justamente, acesso ao serviço. Nesse caso, se realmente for comprovada essa lógica do subsídio cruzado no setor de saúde suplementar, seria um subsídio cruzado de exclusão. Justamente os consumidores que têm menor poder de negociação estariam arcando com uma parcela maior do ônus para a manutenção do setor. Isso é ruim para os consumidores e é ruim para a própria sustentabilidade do setor, porque, pouco a pouco, se os consumidores mais vulneráveis são aqueles que estão arcando com a maior parcela dos custos, eles vão saindo do setor de saúde suplementar e vão ficar contando com o atendimento do Sistema Único de Saúde. Então, isso causa preocupação para a Senacon.

Por fim, só gostaria de registrar que nós entendemos que é importante pensar como enfrentar o problema e também a questão da judicialização da saúde, que é um problema muito sério. O próprio CNJ tem informações comparando. Ele diz que, de 2008 a 2017, houve um aumento de 130% no número de demandas do direito à saúde em primeira instância e 85% em segunda instância. Considerando todos os setores, o aumento foi de 50% e 40%. Então, o setor de saúde suplementar teve um aumento na judicialização muito maior do que os demais setores. E, no setor de saúde, os principais assuntos demandados foram planos de saúde e seguro. Então, essa é uma preocupação muito grande que nós temos.

Como sugestões de encaminhamento: primeiro, a transparência. A ANS tem feito um esforço para dar maior transparência ao setor. É louvável e nós devemos criar espaço para aperfeiçoá-la, para o consumidor ter informação sobre quais são os reajustes feitos pelos diferentes planos e uma informação em formato amigável, não apenas o dado bruto, mas uma informação trabalhada e que, realmente, o consumidor possa utilizar para fazer a negociação. E também entendemos que é importante, sim, você analisar, realmente, os incentivos dessa regulação, o que, pela análise que nós temos até o momento, indica que realmente você pode ter consumidores mais vulneráveis suportando custos maiores, o que é ruim, como eu disse, para os consumidores e também para a sustentabilidade do setor.

Muito obrigado.

Nós seguimos à disposição, posteriormente, para novas contribuições.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Muito obrigado, Sr. Frederico.

Passo a palavra, agora, ao Sr. César Eduardo Fernandes, que é Presidente da Associação Médica Brasileira.

V. Sa. tem oito minutos.

O SR. CÉSAR EDUARDO FERNANDES (Para expor.) - Boa tarde a todos.

Como dito, eu represento o movimento associativo médico, represento a Associação Médica Brasileira.

Quero agradecer a oportunidade, parabenizar o Senador Reguffe por essa iniciativa de fazer esta audiência pública sobre um assunto tão relevante e sobre um problema que nós devemos admitir que existe. O problema existe, e diz respeito à capacidade de pagamento que os beneficiários, através das suas diferentes formas de associação, previstas pela ANS para os planos, têm para fazer suporte a esses aumentos que vêm acontecendo. Isso é fato.

Vale lembrar, é do conhecimento de todos, que o plano de saúde é quase um sonho de consumo da imensa maioria dos brasileiros, com a ideia de que, com o plano de saúde, ele terá uma assistência médica melhor qualificada. E, uma vez que ele atinge esse *status* de ter o seu plano de saúde, ele fará de tudo para não perder o plano de saúde e mesmo irá suportando, progressivamente, até quando possível, em detrimento de outras prioridades que ele poderia ter ao longo da sua vida.

Veja que, mesmo numa condição de tragédia sanitária como a que nós vivemos, o índice de inadimplência, curiosamente e paradoxalmente, não caiu. Esse é um dado que nos promove uma enorme reflexão a esse respeito. Será que, durante a pandemia, aumentou a capacidade de pagamento dos beneficiários, através dos diferentes planos por meio dos quais eles têm acesso ao plano de saúde? Será que aumentou a sua capacidade de pagamento? Certamente, não. Ela diminuiu - ela diminuiu! -, mas, ainda assim, os índices de inadimplência são baixos, o que mostra um esforço quase que sobre-humano das pessoas para fazerem frente aos elevados custos, progressivamente cada vez maiores.

Quando você coloca o IPCA contra os reajustes, o IPCA sempre caminha na linha de baixo. Ainda que se advogue que nunca se dá o reajuste completo em relação aos índices que demonstram o aumento do custo assistencial médico, isso não tira a pressão sobre o pagamento dos beneficiários.

Dito isso, eu queria voltar a algo que é básico, que é fundamental, que já foi dito aqui: que o sistema dos planos de saúde, o sistema de saúde suplementar tem três *players*, por assim dizer: ele tem as operadoras; ele tem os prestadores de serviço, aqui incluídos médicos, dentistas, hospitais, laboratórios, enfim, todos os prestadores de serviço; e tem - e só existe por essa razão - beneficiários. Se não houvesse beneficiários, não haveria plano de saúde, não haveria prestadores.

E me parece, salvo melhor juízo, que a pressão se faz maior em cima dos beneficiários. Não que nós - agora falando como médico - estejamos ficando com a fatia maior. Não! Os nossos honorários, e aqui eu quero corrigir a Dra. Daniela, que falou pelos dentistas, as nossas tabelas de procedimento, Dra. Daniela, também são péssimas. Nós não estamos ficando com a parte do leão aqui. E vejo que os hospitais também não. Eu vi os números da Anahp, que me chamaram atenção. Quando a Anahp traz aqui, para compartilhar conosco, que os seus índices de custo correm muito próximos ao IPCA, que é o desejável, que é o desejável, porque, quando você vai para o aumento da capacidade de pagamento das pessoas, o aumento da capacidade de pagamento das pessoas jamais atinge, jamais segue próximo desses índices inflacionários e jamais atinge os valores elevados.

Portanto, não que a gente defenda que as operadoras têm que operar com prejuízo - jamais! Ninguém consegue operar com prejuízo - não é? Mas eu acho que as regras, tão propaladas, precisam ser mudadas. São muitas regras, são muitas regras! Basta você olhar um quadro que nos foi compartilhado aqui - e eu estou com ele na minha tela aqui, eu coleí da tela da apresentação - sobre os tipos de planos.

Quando você olha os planos - plano individual, plano empresarial, plano por adesão coletiva -, você vê que o plano empresarial e a negociação coletiva têm livre negociação, aqueles que têm menos de 30 beneficiários fazem por agrupamento de contratos. E, quando é livre negociação, parece-me que a livre negociação que se faz entre as partes... Eu nunca vi um plano de saúde fazer uma livre negociação para baixar custos. A livre negociação, em algumas situações, pela sinistralidade específica de um eventual plano empresarial ou de um plano coletivo, poderia eventualmente até dizer: "A sinistralidade aqui é baixa e, portanto, nessa negociação, nós temos espaço para reduzir custos".

Então, eu acho que se tem de procurar regras únicas, regras únicas. Por que tantas regras? Não é? Regras únicas; metodologia que seja compreensível por todos; metodologia que seja perfeitamente auditável, porque não adianta apresentar o número, essa metodologia precisa ficar clara, precisa explodir todos esses números e deixar claro pra todos. Eu acho que a palavra correta aqui é redução de regras, metodologia clara e transparente, a transparência na apresentação desses números e a simplificação de tudo isso. Está muito complicado - não é? Quando tem muitas regras, é porque nenhuma delas é boa.

Então, eu imagino que a ANS tem um... Eu vejo que a ANS... Louve-se a boa vontade da ANS, a competência dos técnicos da ANS. Eu tenho tido oportunidade de me reunir com a ANS em situações específicas e vejo que a ANS, hoje, traz competência, mas eu tenho uma crítica a fazer: a ANS, não de agora, de há muito, se vê afastada de todas as negociações. As negociações são feitas entre as partes, entre a operadora e entre os beneficiários, através dos seus planos, dos planos de saúde contratados. Eu acho que a ANS tem que arbitrar isso. Ela tem que entrar nisso para, efetivamente, ter metodologia própria - não é? Parece-me que essa complexidade só traz confusão ao processo.

Com isso, para não ser mais repetitivo, eu gostaria de encerrar a minha fala dizendo que esta audiência é uma audiência pública que tem como finalidade o controle e a defesa do consumidor - não é? E o consumidor me parece ser a parte frágil aí. E todos nós, sejamos operadoras, sejamos prestadores de serviços, temos que olhar com mais atenção para o consumidor e fazer o mea-culpa, o juízo próprio sobre se não há exacerbação de nenhuma das nossas partes. Eu tenho absoluta certeza de que dos médicos, não; pelo que eu vi dos dentistas, não. E me parece que dos hospitais, também não. Então, nós temos que fazer um mea-culpa - não é? Enxugar custos - eu não sei onde estão esses custos elevados -, enxugar custos para tornar esse sistema viável.

No mais, agradeço pela oportunidade de estar aqui. Foi muito importante ouvir todas essas vozes e todos os envolvidos com essa questão.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Muito obrigado, Dr. César Eduardo.

Antes de passar a palavra a todos, de novo, para as réplicas e para as considerações finais, eu passo a palavra agora ao meu colega de bancada, ao meu amigo, Senador Izalci, que está acompanhando aqui também esta audiência pública. *(Pausa.)*

O Senador Izalci está acompanhando, mas no momento está... Eu vou chamá-lo em sequência.

O objetivo desta audiência é ouvir todos os lados: ouvir o lado dos consumidores, ouvir o lado dos planos de saúde, ouvir o lado dos hospitais privados, ouvir o lado dos médicos, dos dentistas e também o lado da agência reguladora, a ANS, e também da Secretaria de Defesa do Consumidor, do Ministério da Justiça, do Governo. É isso que esta Comissão pretende fazer aqui durante a minha presidência: este será um amplo espaço de debate democrático sobre os diversos temas, tanto na área de fiscalização e controle, como também na área de defesa do consumidor.

A questão dos planos de saúde é uma questão muito grave, e é muito importante que a primeira audiência esteja sendo feita sobre esse tema. Infelizmente, hoje, muitos consumidores se sentem desassistidos. Há uma dificuldade muito grande a se pagar o valor dos planos e, muitas vezes, quando a pessoa precisa dos planos, ela não tem, às vezes, o tratamento devido, e é preciso melhorar essa regulação. Então, o objetivo dessa audiência, mais do que uma crítica, é uma questão propositiva, no sentido de melhorar a regulação.

Hoje, eu falei aqui já diversas vezes, o consumidor não consegue adquirir um plano individual; é obrigado a adquirir um plano coletivo em que ele não tem nenhuma garantia de que aquele plano será mantido quando ele tiver uma doença grave e precisar usufruir desse plano.

Então, isso é um problema grave, é um problema real na vida de milhares de pessoas e que deve ser objeto de atenção por parte do Parlamento, o qual eu represento, mas também da ANS, da agência reguladora e de todos os órgãos que estão aqui participando desta audiência.

O Senador já está já está *online* de novo.

Passo a palavra ao meu colega de bancada, ao meu amigo, Senador Izalci Lucas.

O SR. IZALCI LUCAS (Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PSDB - DF. Para interpelar.) - Bem, primeiro, Reguffe, quero parabenizá-lo pela sua iniciativa.

É um tema importante e que está sempre sendo discutido, questionado, ainda mais neste período de pandemia.

Eu vou fazer aqui algumas perguntas. Eu sei que alguns já falaram sobre isso, mas vou fazer umas perguntas e, depois, quem se sentir à vontade responda de acordo com a pergunta de cada tema de vocês.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) define o percentual máximo de reajuste anual dos planos individuais e familiares, enquanto os reajustes de planos coletivos são estipulados por livre negociação entre operadoras e empresas, como foi colocado aí na apresentação, que eu acompanhei.

Eu pergunto: qual é a avaliação dos senhores sobre a atual sistemática de definição dos reajustes anuais dos preços de plano de saúde, tanto individuais quanto coletivos?

Segundo: que alterações precisam ser feitas nessa sistemática, para que não haja aumentos abusivos ou que não ocorram aumentos abusivos?

Terceiro: há justificativa para a ANS fixar somente o percentual máximo em reajuste de planos individuais e familiares, ou seja, não tem com relação aos coletivos? Seria oportuna alguma intervenção legislativa nessa matéria? O mercado de saúde suplementar deve ser mais regulação ou mais livre?

Bem, no ano passado, o reajuste médio para o plano de saúde coletivo foi de 11,28%, mais de três pontos percentuais acima do máximo estabelecido pela ANS com os planos individuais, que era de 8,14. A conclusão é de pesquisa realizada pelo Idec, considerando as cinco operadoras com mais reclamações junto à entidade.

Pergunto: qual a razão dessa diferença? Os senhores concordam com os critérios e a metodologia adotada pela ANS para esses reajustes? É justificável o reajuste de mensalidade de plano de saúde maior que a inflação medida pelo IPCA?

É lógico que tem que ver a situação de cada momento. Talvez neste período de pandemia, apesar que nós temos aprovada muita coisa limitando, mas é o período em que houve mais consumo e mais utilização das UTIs e dos hospitais, de um modo geral.

Para finalizar: as relações entre prestadoras de serviço de saúde e as operadoras de planos de saúde são reguladas e fiscalizadas pela ANS.

Os reajustes aplicados às mensalidades do plano de saúde são integralmente repassados aos prestadores? Como ocorrem esses reajustes atualmente? E qual é o papel da ANS nesta questão? A agência vem desempenhando suas atribuições de forma adequada neste tema? De que forma a pandemia afetou a relação entre prestadores e operadoras?

E, para finalizar... Aliás, ainda tem um pouquinho.

Em 2018, o Idec solicitou o seu desligamento da Câmara de Saúde Suplementar da ANS. O instituto justificava estar decepcionado e descrente da atuação da agência, devido à falta de compromisso de seus gestores com os consumidores. Pelo menos, é a justificativa. O que os senhores têm a dizer a este respeito? De lá para cá, a situação mudou, de 2018

para cá? Os interesses dos consumidores prevalecem, hoje em dia, na Câmara de Saúde Suplementar? Eles prevalecem, os interesses dos consumidores?

No plano de saúde com coparticipação, o beneficiário paga uma parte, um valor do percentual pela realização dos procedimentos ou eventos. Já nos planos de saúde com franquia, é estabelecido um valor fixo no contrato, que é sempre pago pelo beneficiário para ter direito à cobertura pela operadora do valor restante do procedimento, seja no caso de reembolso, seja nos casos de pagamento de rede credenciada, referenciada ou cooperada.

Como os senhores avaliam a proposta de proibir cláusulas de coparticipação e franquia nos contratos de plano de saúde? Esses mecanismos de regulação na utilização de plano de saúde são utilizados de forma ética pelas operadoras?

O que a ANS tem feito a esse respeito?

Em meados de 2018, em uma entrevista ao Instituto Unisinos, o Carlos Octavio Ocké-Reis, atual Vice-Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde, afirmou que o poder econômico capturou a ANS. O que os senhores têm a dizer sobre essa afirmação?

A ANS defende, primordialmente, as operadoras ou o consumidor?

Que me desculpe o representante da ANS, mas estou perguntando aqui porque eu recebi esses dados. Então, eu estou só repassando a informação do Instituto Unisinos.

Para finalizar, mais recentemente, em 18 de maio de 2021, o artigo intitulado "As operadoras de saúde capturaram o rol da ANS", redigido por membros do Idec e publicado no *site* Jota, discutia as negativas de cobertura com base no rol de procedimentos.

A sistemática adotada pela ANS para a elaboração do rol de procedimentos é adequada? E a periodicidade de edição desse rol tem acompanhado a rápida evolução das tecnologias médicas?

Era isso.

Como foram vários expositores, também fiz várias perguntas.

Então, Reguffe, eram essas as minhas perguntas.

Obrigado.

Desculpe-me, ANS, em especial. Eu só traduzi aqui o que o Idec colocou. Então, tenho o maior respeito pelas agências, mas é um grande momento de vocês terem a oportunidade de esclarecer todas essas indagações.

Obrigado, Reguffe.

Parabéns pela audiência.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Obrigado, Senador Izalci.

Como nós já estamos no adiantado da hora, e eu vou abrir a palavra para todos falarem ainda, nós vamos combinar o seguinte: como a ANS foi muito citada, inclusive, houve vários questionamentos da minha parte, também de alguns dos convidados para participar desta audiência e, agora, do Senador Izalci, eu vou dar um tempo maior para a ANS agora.

Depois, vou dar um tempo para cada um poder fazer a sua consideração final também.

Eu vou dar oito minutos para a ANS poder responder isso. Depois, vou dar 1,5 minuto para cada um poder fazer uma fala final, uma consideração final.

Quero dizer, a quem está nos assistindo pela TV Senado, que, se também quiser fazer questionamentos aos convidados, pode mandar - não vai dar tempo de passar aos convidados agora, mas, posteriormente, eu encaminharei - para ctfc@senado.leg.br.

CTFC de "Comissão de Transparência, Fiscalização e Controle". Repito: ctfc@senado.leg.br.

Quero agradecer a presença de todos.

Passo a palavra ao Presidente da Agência Nacional Suplementar, agradecendo a sua presença e também dando esse tempo maior para que V. Sa. possa responder aos meus questionamento e aos questionamentos também de alguns dos convidados.

V. Sa. tem oito minutos.

Muito obrigado.

O SR. ROGÉRIO SCARABEL BARBOSA (Para expor.) - Senador Reguffe, obrigado mais uma vez.

Obrigado também ao Senador Izalci pelos questionamentos.

Primeiro, eu quero só lembrá-los de que nós tínhamos muitos temas. Nós precisaríamos de várias audiências públicas para aprofundarmos tanto na explicação como nas respostas. Então, dois temas que V. Exa. colocou na pauta, que são a questão da fiscalização e a questão da contratualização entre operadoras e prestadores, ainda não foram apresentados. Não sei se o senhor quer apresentá-los, e eu deixo de falar... E posso responder, inclusive, por escrito, caso V. Exa. queira, ou na próxima... Ou faço a apresentação, ou não faço a apresentação e respondo por escrito os dois temas.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Eu preferia, como nós já estamos no adiantado... Eu dei para a ANS, inclusive, um maior tempo...

O SR. ROGÉRIO SCARABEL BARBOSA - Sem dúvida.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - ... do que eu dei para todos poderem falar. Eu dei para a ANS 30 minutos iniciais, o que foi, inclusive, um tempo maior, já que os questionamentos são à postura da ANS. Então, a ANS teve um tempo maior do que todos os outros convidados.

O SR. ROGÉRIO SCARABEL BARBOSA - Claro.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Eu preferia que V. Sa. respondesse os questionamentos. Já que foram feitos, é importante que as pessoas que estejam nos assistindo ouçam a resposta de V. Sa.

O SR. ROGÉRIO SCARABEL BARBOSA - Está bom. Eu vou tentar aqui...

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Obrigado pela participação.

O SR. ROGÉRIO SCARABEL BARBOSA - Imagina! Nós estamos à disposição de V. Exa.

Eu anotei alguns temas aqui. Foram muitas perguntas, mas eu vou respondendo aqui.

Vou começar de trás para frente. Vou falar a respeito do rol que o Senador Izalci acabou de colocar, a questão do rol. O Senador Izalci citou o ano de 2018, e nós estamos em 2021. Então, muitas mudanças, vários aperfeiçoamentos foram feitos. Várias das discussões que foram apresentadas por ele constam na nossa agenda regulatória, e já houve, inclusive, medidas tomadas, já no ano de 2018, como a aprovação da nova metodologia do reajuste, a nova metodologia da incorporação de tecnologia também com comunicação da RN 439 e RN 441, do ano de 2018.

Em relação ao rol, nós fizemos a entrega agora, recente, do ciclo 2019-2020. E nós estamos neste momento finalizando a apuração da consulta pública que visa alterar o normativo para a diminuição do prazo, do período de tempo de análise pela agência da incorporação das tecnologias. A nossa proposta, que já foi pautada para a apreciação dos diretores da agência, visa fazer uma análise... Não ter janela, ou seja, não ter ciclo, não ter janela de submissão, ou seja, a qualquer momento se pode fazer a submissão de uma tecnologia. Por exemplo, se fosse aprovada pela Anvisa hoje, amanhã já estaria apta; uma vez publicada e confirmada, já estaria apta para ser a tecnologia submetida à agência. E ela corre individualmente - cada tecnologia tem o seu tempo de análise -, ou seja, não vai depender de um bloco. E, assim que a análise for concluída, as inclusões serão feitas. Nós definimos inclusões a cada seis meses, ou seja, em janeiro e em julho, nós teríamos aquelas tecnologias que foram analisadas nesse período. Então, a cada seis meses, haveria inclusão de tecnologia. Isso dá bastante agilidade às análises. Nós não perderíamos em nada a qualidade na análise, na comparabilidade das tecnologias, ou seja, nós continuaríamos fazendo a análise como ela é hoje: analisando a sua acurácia, a sua segurança, o seu custo-benefício e o seu custo-efetividade, de tal sorte que apenas as tecnologias que realmente trouxessem benefício, tanto econômico-financeiro como em saúde, é que seriam incorporadas pela agência.

Eu fiz aqui um histórico muito breve.

Em relação à coparticipação, Senador Izalci - não sei se o senhor se recorda -, em 2018, foi aprovado pela agência um normativo sobre coparticipação e franquia, que depois acabou por ser revogado, no ano de 2018, e estão agora em estudo para ela ser colocada novamente. A alegação é de que a sociedade não tinha se apropriado das informações, que faltava debate com a sociedade. Então, ela voltou para a rua, como a gente fala aqui na agência, para que a população desse as suas contribuições. E, assim, ela está na sua análise final para que seja, então, debatida dentro da agência.

Nós entendemos - e isso é um entendimento internacional - que, sim, a coparticipação, em alguma medida, auxilia na formação do preço e na sua utilização. Nós compreendemos que o uso racional da saúde - de todos os instrumentos de saúde, dos prestadores e das tecnologias - é importante, uma vez que o dinheiro é finito, mas as demandas têm prioridades e são infinitas. Então, é importante, sim, que haja uma racionalização, e, em alguma medida, a coparticipação, sim, é importante para a sustentabilidade do setor.

Em relação à Câmara de Saúde Suplementar, a nossa câmara é composta por 47 instituições. Perdoem-me eu não lembrar corretamente, mas nós temos, se eu não me engano, sete instituições de defesa de pacientes e cinco ou seis de defesa do consumidor, inclusive a Senacon, de que faz parte o Frederico Moesch, que está aqui presente e tem acompanhado todo o debate. A câmara é muito plural: há o sindicato; o CNS; o CNSaúde, dos prestadores; a Anahp, do Sr. Marco Aurélio, também aqui presente - também faz parte e pode acompanhar.

Eu não tenho como julgar a fala do Idec, mas, em verdade, o Idec saiu da Câmara de Saúde Suplementar porque acabou o mandato. A cada dois anos, são trocadas as instituições. Então, eu desconheço a fala que V. Exa. disse que ele pronunciou. Em relação ao IPCA - a por que, dentro de um estudo que foi feito, os preços dos planos de saúde são muito maiores do que o IPCA -, penso que a nossa servidora Daniele, nossa gerente, explicou, fez essa explicação pontual sobre o porquê de um plano de saúde não ter o seu preço baseado no IPCA, uma vez que o IPCA é um índice de preços e a correção do plano de saúde é um índice de valor. Além da variação de preço da mercadoria, de preço do produto, de preço da prestação de serviço, também é incorporada a frequência de utilização. Então, a quantidade de utilização é incorporada no cálculo do preço. Então, se nós pegarmos aqui, na média - estou falando aqui de uma média -, desde 2015, se minha memória não estiver muito errada, a variação foi sempre em torno de 5% positivo, um ano um pouco mais, um ano um pouco menos. Eu não tenho esses dados exatamente para dizer, mas, na média, sempre aumenta a questão da utilização.

E é importante lembrar também aqui um posicionamento feito por vários representantes e também, salvo engano, pelo Senador Reguffe, a respeito do reajuste de 2021. Então, é importante nós termos uma compreensão de que o reajuste, sim, captura a sua utilização, ou seja, essa utilização do ano de 2020, quando houve, entre os meses de março a junho, um decréscimo de utilização, está, sim, sendo capturada. Ocorre que a captura desse percentual do reajuste ocorre ano a ano. Em 2021, nós estamos falando daquilo que vai se refletir em 2021 do que houve em 2020, e o reajuste do ano de 2020 é aquilo que foi reflexo do ano de 2019. Então, como demonstrou aqui a Daniele na sua apresentação, os reajustes capturam essa utilização, capturam essa sinistralidade. Então, nós estamos aqui em vias de ter a devolução do reajuste que foi para - estou dizendo do individual e familiar - o Ministério da Economia, e, assim que retornar, será votado para que a gente possa fazer essa divulgação o mais rápido possível.

Eu continuo, Senador? Porque já acabou o meu tempo.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Eu vou lhe dar mais um minuto para encerrar, porque nós estamos realmente aqui com o tempo bem avançado.

O SR. ROGÉRIO SCARABEL BARBOSA - Eu vou tentar. Eu peço desculpas aqui, mas são bem complexos os assuntos.

Sim, para que não ocorram os preços abusivos. Na agência, como também foi apresentado, nós fazemos todo o monitoramento das informações, ou seja, todos os reajustes apresentados, cobrados são informados para a agência. Então, nós fazemos o monitoramento.

Nós temos aí uma questão que eu acho bastante importante. Nós fizemos todo um investimento ainda maior para que houvesse ainda mais transparência. Então, todos os dados da agência estão nos dados abertos, e nós estamos transformando esses dados em informações mais simples para a sociedade. Nós estamos transformando todas as nossas informações em BIs, em forma amigável de se conduzir, de se analisarem os dados. Então, nós já colocamos na rua o Mapa Assistencial em formato de BI, o Atlas, o Anuário, a precificação... Qualquer cidadão pode entrar na nossa página, porque estão lá todos os mapas; pode acessar, fazer combinação por ano, por segmentação, por tipo de contrato, por utilização... E vamos lançar agora, já no começo do próximo mês também, um mapa desse, um BI desse para os reajustes. Vai ser possível fazer toda a análise de reajuste pela sua contratação, pelo seu ano, pelo seu mês, por tipo de modalidade. Então, o que eu acho que nós podemos fazer para contribuir, em relação a esse abuso lá na ponta - além de fazer o monitoramento, além de fazer as visitas técnicas, que estão sendo agendadas -, é também dar maior transparência e informação; transformar dados em informações para a sociedade. E é isso que a agência vem fazendo a todo momento.

Eu até digo a V. Exas. que, lá na nossa página, nós temos uma página específica sobre o Covid, sobre este tempo de pandemia, com todas as decisões da agência, com tudo que foi tomado de decisão, com todos os vídeos... Todas as nossas reuniões são transmitidas ao vivo. Tanto as de incorporação de tecnologia como as colegiadas são transmitidas ao vivo e estão lá na nossa página.

Bom, há vários outros itens aqui. Eu não tenho como falar isso em poucos segundos, Senador, mas fico aqui à disposição, caso queira.

Eu só quero elogiar aqui a realização desta importante audiência, porque nós sabemos que, às vezes, no intuito de querer produzir uma norma, de querer produzir uma lei, no intuito de proteger, a gente acaba, às vezes, não conseguindo chegar a

esse objetivo. Então, quero deixar aqui a agência - nós temos nosso corpo técnico altamente capacitado, nós temos todos os dados, todas as informações - à disposição de V. Exa., para sua Comissão, para o Senado, para que, querendo, nos chame. Com o maior prazer do mundo, nós vamos fazer as apresentações e debater ponto a ponto o que o senhor quiser debater. Muitíssimo obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Muito obrigado, Dr. Rogério.

Obrigado a todos da Agência Nacional de Saúde Suplementar que participaram.

Vou, agora, dar um minuto e meio para cada um dos outros convidados. Peço que todos sejam rigorosos no tempo, disciplinados, porque nós estamos realmente tendo que encerrar aqui, já com pressão para encerrar.

Quero agradecer a presença do Dr. Alexander Jorge Saliba, Presidente da Associação Brasileira de Auditores em Saúde. Muito obrigado pela presença, Dr. Alexander.

O SR. ALEXANDER JORGE SALIBA - Está me ouvindo, Senador?

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Perfeitamente. Muito obrigado pela presença.

O SR. ALEXANDER JORGE SALIBA (Para expor.) - Muito obrigado.

Eu, representando alguns auditores no Brasil, é que tenho a agradecer por esta oportunidade, que é ímpar, de poder colocar a nossa visão de um fenômeno que é muito complexo, que é a questão da saúde suplementar no Brasil.

Eu não vou me estender porque gosto muito de resumir aquilo que falo.

Na minha visão, o que nós precisamos hoje, no Brasil, além de algumas mudanças setoriais na ANS, no modelo que hoje é aplicado, de um pacto entre todos os atores desse cenário da saúde suplementar, começando pela ANS e terminando no mais simples, no final da cadeia. Por quê? Porque, no modelo em que hoje nós estamos vivendo, eu não consigo ver onde vai terminar isso. Ou nós vamos excluir todos aqueles que não podem pagar os seus planos, quer sejam individuais, quer sejam coletivos por adesão ou não, como nós também, se modificarmos muito essa maneira como é calculado o valor da mensalidade, nós vamos tirar do cenário nacional as empresas que prestam serviços.

Então, assim, é preciso que a gente envolva todos esses pedaços, todos esses modelos para que a gente ache algo melhor, mais factível, mais barato, com melhor eficiência. E, volto a dizer, se nós não começarmos a focar na saúde preventiva, a coisa não vai dar muito certo.

Uma boa noite a todos e muito obrigado pela oportunidade.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Muito obrigado, Dr. Alexander, muito obrigado pela sua presença, pela sua participação.

Agradeço também à Dra. Daniela Moya, a quem passo a palavra agora e que traz aqui uma importante demanda dos dentistas, que têm reclamações recorrentes nos repasses dos planos de saúde para os dentistas. Dra. Daniela, muito obrigado pela sua presença.

A SRA. DANIELA DE ASSIS MOYA YOKOMIZO (Para expor.) - Eu que agradeço, Senador. Muito obrigada por dar ouvido à classe odontológica.

Então, eu vou pedir encarecidamente aos Senadores que ajudem a gente a reequilibrar a relação entre os três pilares da saúde suplementar, que são os prestadores, os planos e o usuário. Em relação ao que o Senador Izalci perguntou, sobre o repasse do reajuste, não há repasse do reajuste que a ANS faz para os planos a nós, prestadores. Na Odontologia, gira em torno de 0,5% ao ano.

Durante a pandemia, as mudanças que houve na Odontologia foram que os pacientes deixaram de ir ao consultório odontológico e os profissionais dentistas absorveram totalmente os custos com os EPIs, que aumentaram de valor e de quantidade, sem nenhuma remuneração a mais por parte do plano para a gente, apesar da nossa solicitação.

Só mais uma coisa para eu finalizar sobre a sinistralidade na Odontologia, que foi falado agora há pouco que seria 80%, mas na verdade na Odontologia a sinistralidade, o repasse aos prestadores na verdade gira em torno de 40%. Por isso, pode ser uma das explicações dos lucros bilionários dos planos.

Senador, muito obrigada, obrigada a todos. Tenham uma boa noite e agradeço demais a oportunidade.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Muito obrigado, Dra. Daniela. Muito obrigado pela presença.

Passo a palavra agora ao Sr. Matheus, a quem também agradeço a presença aqui, agradeço a participação e parablenizo também o importante trabalho que o Idec, que o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor faz. Muito obrigado, Matheus.

O SR. MATHEUS ZULIANE FALCÃO (Para expor.) - Nós que agradecemos, Senador Reguffe. Obrigado por este convite que muito nos honra e que nos permite contribuir com um espaço tão profícuo, tão importante e tão frutífero de debates.

Meu comentário final vai se endereçar a três questões muito breves dentro deste mar, deste oceano de tópicos que poderemos discutir aqui. Achamos que um dos pontos que ficam desta discussão é que não existe o chamado poder de barganha, o chamado poder de negociação no mercado de planos coletivos, especialmente quando nós pensamos nos planos pequenos, com poucas vidas, como os planos dos microempresários ou planos de adesão com poucas vidas. Essa questão precisa ser endereçada seja pelo Congresso, seja pela própria agência reguladora. Esse nos parece um ponto fundamental.

Um segundo ponto que nos chama atenção é que, nesse debate maior sobre saúde suplementar, surgem propostas perigosas, que têm um potencial destrutivo, especialmente para o direito do consumidor. Uma das propostas que muito nos preocupa é a flexibilização de coberturas, uma proposta que se aparenta como boa, mas, na verdade, é extremamente maléfica e acaba reduzindo o direito dos consumidores e jogando mais usuários para o SUS, que já está sobrecarregado e cumprindo um papel imenso, hercúleo nessa pandemia de Covid-19, em todo o acesso à saúde dos brasileiros. Então, a flexibilização de coberturas se mostra uma proposta extremamente perigosa.

Por fim, nós aqui do Idec que temos esse compromisso único com a defesa do consumidor, com a defesa do usuário, que estamos na ponta e vemos os problemas de falta de cobertura, muitas vezes, do usuário que não consegue arcar com os custos elevadíssimos dos seus planos, especialmente frente a reajustes descontrolados, temos esse senso de urgência. Senso de urgência que se revela em debates como este, no GT da Câmara dos Deputados, que foi anunciado na semana passada, ou mesmo na ação que o Procon de São Paulo ingressou, há algumas semanas, para tentar endereçar essa questão. Esse senso de urgência nos guia neste momento em relação à temática da saúde suplementar. É preciso defender esse interesse dos consumidores, esse direito dos consumidores, que está tão comprometido frente à situação atual.

Muito obrigado e uma boa noite.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Muito obrigado, Matheus. Obrigado pela sua participação, por ter participado deste debate também e ter aceitado o meu convite.

Quero agradecer também ao Dr. César Eduardo Fernandes, Presidente da Associação Médica Brasileira, que participou também deste debate, mas que não pôde ficar para este final.

Agradeço à Dra. Vera Valente, a quem passo a palavra agora. Muito obrigado pela sua participação.

A SRA. VERA VALENTE (Para expor.) - Boa noite, Senador.

Rapidamente, eu acho que ficaram alguns temas centrais na discussão. Todos nós falamos muito de custos e eu acho que um bom entendimento dos custos desse sistema, o que é um desafio não só do Brasil como do mundo inteiro, é muito importante ser mais bem debatido, é um desafio global. Nós defendemos uma agenda com relação ao controle desses custos, como mudar os modelos de remuneração e ter uma saúde mais voltada para o paciente, colocando o paciente no centro da atenção.

Agora, todas essas discussões eu acho que são importantes serem feitas dessa forma, num debate amplo e olhando a 9.656 como uma lei que precisa ser modernizada. Então, quando a gente fala modernizar existem resistências. Quando eu falei de flexibilização, em nenhum momento a gente está falando de tirar nenhum direito; na verdade, nós estamos falando de consumidores que hoje dependem exclusivamente do SUS e que não podem pagar um plano completo, ou seja, ter a possibilidade de ele não ser obrigado a isso, ele ter isso como uma possibilidade, ou seja, um caminho de desafogar o SUS e ter acesso a algo que ele possa pagar. Hoje você tem aí um movimento do consumidor buscando essas clínicas populares, e isso não é assistência à saúde.

Então, eu acho que existe ambiente para um debate saudável, um debate em que todos coloquem as suas preocupações. E que a gente busque um momento adequado - a gente precisa esperar passar essa pandemia - para a gente colocar todas essas considerações e debater buscando o melhor para a população brasileira, seja a população que pode estar na saúde suplementar, seja a população que depende do SUS e que vai ser privilegiada, vai ser beneficiada quando você desonera, levando consumidores para a saúde suplementar.

Eu lhe agradeço e o parablenizo pela sua liderança, neste momento, na preocupação com um tema tão importante.

Coloco a FenaSaúde e me coloco à disposição para contribuir para esse debate daqui para frente.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Muito obrigado, Dra. Vera. Obrigado pela sua participação.

Agradeço também ao Dr. Marco Aurélio Ferreira. Muito obrigado pela participação.

O SR. MARCO AURÉLIO FERREIRA (Para expor.) - Senador, muito obrigado pela oportunidade.

Respondendo talvez um pouco das perguntas que o Senador Izalci trouxe, primeiramente, quero dizer que o ambiente da Camss na ANS é um dos ambientes melhores que todo o setor de saúde tem para se encontrar, debater, dialogar, colocar suas dificuldades e ali buscar soluções de uma forma conjunta. A Anahp participa da Camss, e nós acreditamos que ele é, sim, um dos melhores locais para esses grandes debates.

É preciso aqui destacar também o trabalho do Presidente da ANS, Dr. Rogério Scarabel, que sempre foi uma porta aberta para o diálogo. Nós tivemos, desde que ele assumiu a Presidência da ANS, um bom diálogo com ele, um trabalho... Muitas vezes divergimos em muitas coisas, mas ele estava aberto também para essa divergência, e toda a equipe da ANS que faz esse trabalho.

Quero destacar que, quando a gente fala do setor de saúde brasileira, nós precisamos entender que a saúde brasileira é uma só. Nós comemoramos, sim, o aumento de vidas na saúde suplementar. Entendemos que, quanto mais pessoas tiverem planos, mais nós vamos desafogar o SUS, trabalhando pelo acesso. E nós entendemos que, se todos nós construirmos mais debates como este, poderemos colaborar, contribuir e melhorar a saúde como um todo.

Muito obrigado a todos pela oportunidade.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Muito obrigado, Marco Aurélio. Obrigado pela sua participação.

Agradeço também ao Frederico Moesch, da Secretaria Nacional de Defesa do Consumidor do Ministério da Justiça.

Muito obrigado, Frederico.

O SR. FREDERICO MOESCH (Para expor.) - Muito obrigado pelo convite, Senador.

A Senacon busca aperfeiçoar o sistema de saúde suplementar. É um desafio buscar o equilíbrio e o desenvolvimento sustentável do setor. E a proteção do consumidor se insere nesse contexto.

A Senacon acredita muito no aperfeiçoamento regulatório. Há outros instrumentos disponíveis para a proteção dos consumidores, inclusive procedimentos sancionatórios, mas nós realmente acreditamos que você ter regras previsíveis e que consigam dar esse equilíbrio para o setor é a forma melhor de contribuir para o seu desenvolvimento. Por isso este espaço é tão importante, no Congresso Nacional, em uma audiência pública. E por isso que a ANS tem um papel fundamental.

Então, já deixamos aqui os nossos elogios ao trabalho feito pela agência. A regulação do setor de saúde suplementar evoluiu muito desde a legislação de 1998 e da criação da ANS posteriormente. Então, o nosso trabalho é muito de sugerir aperfeiçoamentos regulatórios.

E, por fim, eu também gostaria de registrar que nós sabemos que não é simples a busca desse equilíbrio. É um setor que, por um lado, é essencial para o consumidor. E, nesses momentos de pandemia, ele, se é que é possível, se torna ainda mais essencial. E nós sabemos que o trabalho do legislador, do regulador, de buscar o equilíbrio, que não é simples, ou seja, diferentes atores envolvidos - as operadoras, os hospitais, os profissionais de saúde, o consumidor. Então, apenas quero reiterar aqui a nossa mensagem de crença no aperfeiçoamento regulatório, por meio das instituições competentes. A Senacon está à disposição para contribuir, e esse tem sido o nosso trabalho

Muito obrigado e boa noite.

O SR. PRESIDENTE (Reguffe. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - DF) - Muito obrigado, Frederico, pela participação também, por ter aceitado o meu convite. Queria agradecer do fundo do coração a cada um dos participantes.

O objetivo dessa audiência é justamente este: fazer desta Comissão um espaço de debate democrático, abrindo voz, dando voz para todas as partes, para que a gente possa melhorar isso para a população. Essa questão dos planos de saúde é uma questão que é recorrente de reclamação por parte do usuário e isso precisa ser objeto de uma grande reflexão.

E queria voltar a dizer que é preciso que a Agência Nacional de Saúde Suplementar se preocupe com a questão do plano individual. Hoje há uma artimanha das operadoras de planos de saúde, diante dos quadros, de que não vendem, não

colocam à disposição do consumidor planos individuais, obrigando os consumidores a terem que adquirir planos coletivos, em que os consumidores não têm a garantia, por exemplo, de renovação automática do contrato no ano. Isso pode ser rescindido unilateralmente pela operadora, não renovando anualmente esse vínculo.

Então, isso pode ocorrer num plano de poucas vidas. Uma pessoa contrai um câncer, por exemplo, aquele plano passa a dar prejuízo e é simplesmente cancelado. E alguém, quando consome um plano de saúde, quando contrata um plano de saúde, quando adquire um plano de saúde, a pessoa imagina que ela está coberta, está defendida, se um dia acontecer alguma coisa na vida dela.

Então, isso precisa ser um objeto de reflexão por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Isso é algo grave, algo que mexe com a vida de muita gente neste País. Nós precisamos melhorar o setor público. Eu, por exemplo, aqui no meu mandato, sempre priorizo as minhas emendas ao orçamento para a saúde pública do Distrito Federal, destino recursos, inclusive, para custeio da saúde pública. Esse ano, destinei para a compra de equipamentos para a rede pública do Distrito Federal. Foram comprados tomógrafos, ventiladores mecânicos, oxímetros para vários hospitais públicos do Distrito Federal com emendas minhas ao Orçamento da União.

Agora, nós precisamos também melhorar a regulação dos planos de saúde. Os planos hoje não vendem planos individuais, obrigam os consumidores a adquirirem planos coletivos, nos quais os consumidores não têm uma defesa, o reajuste é muito maior e não têm a garantia de que, se ocorrer uma doença grave, eles vão continuar tendo o usufruto desses planos que eles pagaram.

Então, é muito importante que a Agência Nacional de Saúde Suplementar, que é uma agência reguladora, cumpra o papel de regular esse sistema, já que há muitos consumidores desassistidos.

E aqui, no Senado, eu apresentei o PLS, o Projeto de Lei do Senado nº 133, de 2015, que dá tratamento jurídico de plano individual aos planos coletivos com menos de cem vidas, o que eu acho que é uma forma de tentar melhorar isso.

Agora, acho importante que a ANS se debruce sobre esse tema, já que há muitos consumidores também que não fazem parte de uma categoria profissional, de um sindicato, ou de uma empresa, e eles também gostariam de poder, se quisessem, adquirir um plano de saúde. Então, é importante que os planos individuais sejam colocados também à disposição do mercado.

Agradeço a cada um de vocês a presença, eu me coloco à disposição. E agradeço a todos os telespectadores da TV Senado que acompanharam durante esse período de mais de três horas esta audiência pública aqui, tentando fazer do Parlamento um lugar de debate democrático dos grandes temas.

Muito obrigado.

(Iniciada às 16 horas e 39 minutos, a reunião é encerrada às 19 horas e 32 minutos.)