



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR

REUNIÃO

04/06/2024 - 15ª - Comissão de Assuntos Sociais

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF. Fala da Presidência.) - Bom dia.

Havendo número regimental, declaro aberta a 15ª Reunião, Extraordinária, da Comissão de Assuntos Sociais da 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 57ª Legislatura.

A presente reunião atende aos Requerimentos nºs 54, 56, 57 e 58, de 2024, da Comissão de Assuntos Sociais, inclusive um de minha autoria, outros da autoria de Senadora Zenaide Maia e dos Senadores Humberto Costa e Flávio Arns, para a realização de audiência pública destinada a debater, discutir e buscar soluções para o cancelamento unilateral de contratos coletivos de planos de saúde, notadamente quando atinge diretamente pessoas vulneráveis, com doenças raras e crianças autistas.

Informo que a audiência tem a cobertura da TV Senado, da Agência Senado, do *Jornal do Senado*, da Rádio Senado e contará com os serviços de interatividade com o cidadão: Ouvidoria, por meio do telefone 0800 0612211, e e-Cidadania, por meio do portal www.senado.leg.br/ecidadania.

Com certeza, a audiência está grande, porque havia uma grande expectativa com relação a este nosso encontro hoje, com relação a este nosso debate. *(Pausa.)*

Olhem a informação: até as 9h20, já chegaram, pelo e-Cidadania, 389 perguntas. As famílias do Brasil estão acompanhando este encontro, e eu tenho certeza de que a gente vai responder às expectativas das famílias. Continuem mandando perguntas. Nós vamos tentar responder todas elas. Aquelas que não forem respondidas aqui nós vamos enviar aos planos de saúde, e eles responderão, com certeza - eu já estou dando "sim" por eles -, responderão por *e-mail* aos cidadãos.

A audiência será transmitida ao vivo e possibilitará o recebimento de perguntas e participação.

Já estão confirmados os seguintes expositores... Nós vamos dividir a audiência em duas mesas.

Na primeira mesa, como convidado, está Marcos Novais, o Diretor Executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde. Eu já o convido para ocupar a mesa.

Na sequência, Cesar Sergio Cardim Junior, Superintendente de Regulação da Federação Nacional de Saúde Suplementar. Sr. Sergio, muito obrigada por ter aceitado o convite. Pode se sentar conosco.

Na sequência, Anderson Antônio Monteiro Mendes. Bem-vindo, Sr. Anderson. Ele é o Presidente da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde no Distrito Federal (Unidas-DF).

Renê Patriota está presente ou vai ser *online*? *(Pausa.)*

Essa vai ser de forma remota.

Seja bem-vinda, Rêne Patriota, Coordenadora Executiva da Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde. Muito bem-vinda.

Carolina Godoy Leite está a caminho. Nós vamos começar esta mesa mesmo sem a presença dela, enquanto ela chega. A Dra. Carolina é Defensora Pública Federal e, com certeza, tem muito a colaborar com a nossa audiência.

Nós teremos uma segunda mesa com: Lucas Andrietta, Coordenador do Programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Direito do Consumidor; Letícia Fantinatti de Mello, Sócia-Fundadora da Associação Vítimas a Mil; Fabiane Alexandre Simão, Presidente da Associação Nenhum Direito a Menos; Liana Cirne, Presidente da Comissão Permanente da Pessoa com Deficiência da Câmara Municipal de Recife; Marlla Mendes de Sousa, Advogada e primeira Presidente da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa com Autismo da OAB Nacional; Arthur de Almeida Medeiros, Coordenador-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde - já é a terceira mesa -; Natan Monsores, Coordenador-Geral de Doenças Raras do Ministério da Saúde; Vitor Hugo do Amaral, Diretor do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor da Secretaria Nacional do Consumidor; Carla Figueiredo Soares, Diretora Adjunta da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Então, eu vou corrigir: nós teremos três mesas.

Os nossos convidados terão dez minutos para a exposição, mais cinco minutos de tolerância, e as apresentações que os senhores trouxeram vão ficar à disposição da sociedade, do Parlamento, dos Senadores, para estudos, pesquisas. E, claro, com o surgimento de novas dúvidas, os Senadores entrarão em contato com os expositores.

Nós gostaríamos muito de agradecer a presença de todos.

Eu chamo a atenção de quem está ao vivo nos acompanhando e de quem for assistir a esta audiência depois para que observem que as mesas estão bem diversas. Nós temos aqui os planos de saúde, nós temos aqui nas mesas a sociedade civil, nós temos aqui na mesa órgãos federais. Então, eu creio que o debate vai ser extremamente interessante e que dúvidas serão sanadas com certeza.

Deixo bem claro aos nossos convidados que, por semanas, os Senadores estão nesta Comissão discutindo o assunto. Por semanas, senhores, as nossas caixas de *e-mails* estão lotadas. A sociedade está vindo aos nossos gabinetes por meio de *e-mails*, das nossas redes sociais, está vindo de forma física bater em nosso gabinete. O assunto está inquietando a sociedade, e esta Comissão precisava dar essa resposta. Talvez não sejam as respostas que a sociedade esperava, mas a Comissão está cumprindo o seu papel de atender o pedido da sociedade e, claro, de todos os Senadores, que estão com dúvidas sobre o que, de fato, está acontecendo.

Vamos aproveitar bem o nosso tempo aqui. Muito obrigada por estarem presentes.

Nós vamos começar as nossas exposições aqui, na primeira mesa, com o Marcos Novais, Diretor Executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde.

Os nossos convidados... Como nós estamos com um número muito grande de convidados, esta audiência vai ser longa. Se algum dos convidados precisar sair depois da exposição, nos avise, mas entendendo que, se vier uma pergunta direcionada a ele, nós vamos encaminhá-la para que seja respondida. Gostaríamos muito que todos os convidados ficassem até o final, porque os Parlamentares vão entrando na Comissão, vão fazendo perguntas. Esta é uma outra dinâmica que eu preciso explicar: estão acontecendo várias reuniões ao mesmo tempo, Senadores vão entrar e, à medida que eles entram, têm o direito de fazer a pergunta imediatamente e não esperar a exposição de todos os convidados.

Todos sejam bem-vindos!

Dr. Marcos Novais, Diretor Executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde, por dez minutos e mais cinco minutos para completar, se for necessário.

O SR. MARCOS NOVAIS (Para expor.) - Olá! Muito bom dia. Bom dia, Senadora Damares.

Queria, primeiro, agradecer aqui, em sua pessoa, a todos os que estão presentes e dizer o quão importante para a gente o tema é também, quer dizer, operar, organizar, gerir planos de saúde no Brasil e para os brasileiros não é simples, mas é a tarefa que escolhemos e é a tarefa que nos dá prazer, nos dá vontade de acordar todos os dias, buscando ampliar o volume de pessoas com acesso a planos de saúde - esse é o nosso objetivo maior -, e um acesso de qualidade e eficiente, porque, quando a gente também tem desperdícios, desorganização de sistemas, a gente percebe o quão ruim isso é, pois a gente está, no fundo, no fundo, gerindo recursos de outrem, de outras pessoas, de contratos.

Um ponto que eu queria, talvez, até colocar aqui para vocês, já dentro dos nossos números de setor, é lembrar-lhes que a gente está tratando aqui de um sistema muito diferente de sistema público. É um sistema privado que é baseado no mutualismo, no modelo de repartição simples. O que significa isso? Isso é importante; isso molda toda a organização de planos de saúde. Isso significa que, quando a gente tem um contrato com 4 mil pessoas, aquilo é como se fosse um condomínio. Aquelas 4 mil pessoas, ao aderirem a um plano de saúde, estão pagando mensalidades e ajudando, no final de cada mês, a gente a honrar os custos, a assistência daquelas pessoas, dentro daquelas 4 mil, que precisaram utilizar o plano de saúde, para uma terapia, para uma internação ou para uma cirurgia. Esse é o modelo. Hoje, por exemplo, se a gente fizer

um corte hoje, provavelmente, a gente deve ter 125 mil pessoas internadas em todo o Brasil, cobertas por planos de saúde. O sistema, a sociedade, quer dizer, os contratos em que elas estão estão mantendo, dando estrutura financeira para isso.

Quando que a gente pode chegar a um momento em que isso não se sustenta? Quando esse contrato de 4 mil pessoas, quando esse condomínio - e isso está acontecendo; não vou dizer que é a regra, que é na maioria dos contratos, mas isso está acontecendo e com mais frequência - não consegue mais fazer com que o valor dos condomínios, das mensalidades paguem as despesas como um todo. E, aí, a gente tem um problema maior - e este problema está se agravando -: é quando a gente começa a subir a taxa do condomínio, e as pessoas começam a se mudar, a sair das suas residências, porque começa a ficar muito caro.

Isso faz com que a gente desestruture ainda mais o sistema. E isso está acontecendo quando a gente fala, inclusive, nos planos coletivos por adesão de forma mais intensa. Você tem custos crescentes, seja porque incorporamos tecnologias de forma desorganizada também - incorporar tecnologia é positivo, mas, se a gente fizer desorganizado, é ruim -, seja porque a gente, na verdade, tem um aumento da frequência de utilização, porque a gente está no circuito pós-pandemia... Os custos crescem, as mensalidades desse condomínio precisam crescer junto, só que, quando elas crescem, pessoas vão saindo desse sistema e deixam de financiá-lo.

A gente tem que olhar para isso tudo para tentar solucionar essa questão. E a gente tem que olhar o quê, para ter um equilíbrio nesse sistema para que a gente consiga dar assistência para 51 milhões de brasileiros? Esse é o ponto. Na verdade, nosso risco maior é a gente chegar a um momento em que a gente não consiga dar sustentabilidade para esse setor. E, de novo, a sustentabilidade é o nosso cunho maior, é o nosso objetivo maior, que vai nos possibilitar dar atenção para esses 51 milhões de brasileiros.

São mais de 600 operadoras, e a gente tem tecnologia hoje... Este é um drama vivido rotineiramente pelas empresas, mas a gente tem incorporação de tecnologia hoje em que uma única tecnologia, uma única aplicação é maior do que o faturamento mensal de mais da metade das operadoras de plano de saúde no Brasil. Então, se eu pegar lá na minha cidade natal - eu sou de Cataguases, Minas Gerais, próximo ali a Juiz de Fora -, a operadora da cidade de Cataguases não conseguiria bancar o acesso a uma única tecnologia sem deixar de atender todo mundo por alguns meses, porque ela fatura menos por mês do que uma aplicação de Zolgensma, por exemplo, que está na cobertura obrigatória de plano de saúde. Então, se por acaso acontecer o evento, a gente tem um problema gigante para essa operadora resolver.

Foram mais de 70 novas tecnologias incorporadas.

E, só para vocês terem também uma noção da dinâmica desse setor, quando a gente fala em contratos coletivos por adesão... E aqui eu não estou falando de cancelamento de contrato, eu estou dizendo que pessoas foram lá e decidiram sair do contrato: 1,5 milhão de beneficiários saíram dos seus contratos coletivos por adesão nos últimos 12 meses, por decisão própria. Eles tomaram a decisão própria de sair, seja por portabilidade, seja porque deixaram o sistema. Isso todos os dias a gente tem pedidos de saída das pessoas.

E, via de regra, no nosso setor, a gente tem esta dificuldade maior: um componente de antisseleção muito grande. Muito provavelmente, eu consigo falar para todos os senhores e senhoras, com quase 100% de certeza, que esse 1,5 milhão de pessoas não tinha nenhuma utilização de saúde. Aquelas pessoas que estão mais carentes não cancelam o plano, mas esse 1,5 milhão desistiu desse contrato por algum motivo, seja porque perderam renda, seja porque foram buscar um plano de saúde mais barato via portabilidade. Eles saíram; eles tomaram a decisão de deixar o seu plano coletivo por adesão. Esse é um número importante também.

Para onde que eu tenho que apontar? Para onde que é? *(Pausa.)*

É? *(Pausa.)*

Se vocês quiserem passar aí, para mim tudo bem. Então, aqui já trazendo... Já está funcionando? *(Pausa.)*

Obrigado.

Já trago aqui também um número que é muito inquietante. No dia a dia, a gente pode discutir o que é falha de gestão, e falhas de gestão são cometidas. A gente eventualmente pode precificar de forma equivocada ou pode ter uma organização do ponto de vista de sistema de atendimento de saúde equivocada. Agora, o que mais nos preocupa neste momento é: a gente chegou a um ponto, em 2023 - e vocês podem ver ali que ele é muito fora do padrão -, em que 55% das operadoras de plano de saúde do Brasil estão operando no negativo. É mais da metade do mercado, são mais de 300 empresas.

Olhando aqui - economista como sou - essa estatística, quando eu vejo que mais de 300 operadoras estão operando no negativo, eu já falo assim: "Olhe, gente, a gente não tem problema de gestão aqui; a gente tem problema sistêmico". E a

gente tem que tentar entender a causa, a raiz desse problema sistêmico, sob o risco de que, se não entendermos, daqui a pouco, não vão ser 300 empresas, vão ser 400, depois vão ser 500, e aí a gente vai ter todo um sistema insolvente.

São 55% das empresas que estão operando no negativo. Essas empresas, hoje, dão assistência para 23 milhões de beneficiários. Se a gente não olhar para esses 23 milhões, a gente está aqui correndo o risco de que eventualmente fiquem sem assistência, porque essas empresas vão sair do mercado. O que é operar no negativo? Significa que a mensalidade do plano de saúde já não banca as despesas nessas operações. Esse é um risco bastante grande.

E qual é a saída? A saída é liquidar a empresa, porque a gente também não tem recuperação judicial, a gente não tem outras ferramentas aqui. Liquida. A ANS liquidou 138 empresas nos últimos dez anos. Isso já é o dia a dia; todos os anos, a gente tem liquidação de algumas operações.

Aqui, eu trouxe para vocês um exemplo do que seria - para pensar aqui, para colocar para todos vocês - um contrato coletivo por adesão na prática e de como ele pode se desequilibrar. Vamos imaginar que um contrato... Eu sou economista, e, então, vamos imaginar que um contrato do Conselho Regional de Economia - vou pegar um exemplo próprio - lá do meu estado tem planos de adesão vinculados a ele. Como economista que sou, eu posso aderir a esse contrato, e vamos supor que eu aderi junto com outros mil economistas. Eu tenho mil beneficiários nesse contrato do Corecon, e estou lá, eu, Marcos, junto com todos eles. Mensalidade média de R\$500, despesa média de R\$550, sinistralidade média de 110%. Esse contrato está muito desequilibrado. Ele não consegue bancar nem os impostos que incidem sobre o plano de saúde, quanto menos todo o *call center*, a despesa administrativa... Ele não está bancando nem a assistencial. Nós precisamos equilibrá-lo. Para equilibrá-lo, vamos fazer uma conta aqui. Vamos tentar trazer a sinistralidade para algo mais razoável, em torno de 85%, o que significa que sobriam 15% para bancar as despesas administrativas...

(Soa a campanha.)

O SR. MARCOS NOVAIS - ... comerciais e impostos. Ele precisaria de um reajuste de 29,4%. Com muito custo se aplica um reajuste de 29,4%; não é simples, mas vamos aplicar, porque a gente vai trazer isso para o equilíbrio. O problema é que, aonde a gente chegou, nesse desequilíbrio sistêmico, a gente aplica 29%, e 300 economistas saem desse contrato. Eu talvez saia; eu falo: "Olhem, eu vou sair". Eu vou deixar de ter o plano ou eu vou migrar para outro, porque eu estou entendendo que está muito caro para os meus níveis de utilização. Quando esses 300 economistas saem - e saem aqueles que estão tendo baixos níveis de utilização -, ficam os 700 que têm níveis de utilização maiores do que o meu. Então, a despesa, que antes era R\$550, vai para R\$786, em média. A gente vai precisar de um outro índice de reajuste para equilibrar, porque agora esse grupo já não se equilibra de novo. E aí o novo índice de reajuste é 42%. Esse é o ponto a que chegamos. Quando a gente vê esse contrato... Vamos aplicar 42%. O que vai acontecer no próximo ano? Vai ser necessário ir a 50% se mais pessoas saírem.

É quando a gente tem o fenômeno em que as pessoas optam por sair, e talvez a gente tenha uma baixa entrada de novas pessoas para oxigenar o contrato. Eu estou tendo uma baixa entrada. A gente chega a um momento em que o cancelamento do contrato é a última opção, e ela tem que se dar. E aí é importante: como se dá o cancelamento aqui, o que é o cancelamento do contrato coletivo por adesão? É o cancelamento de todo o contrato. Você não vai pegar os 700 economistas e escolher aqueles que têm maiores níveis de utilização. Isso não é permitido na nossa legislação.

Então, aqui, a ferramenta é: se você rescindir um contrato com o Corecon (Conselho Regional de Economia), aquelas 700 pessoas que lá estavam vão ter o seu plano descontinuado, vão poder fazer a portabilidade de carência e vão ter outras ferramentas; aqueles que estão internados continuarão na internação até a alta; e tem essas ferramentas protetivas ali também para essas situações como um todo. Mas, de novo, não pode ter seleção; todas as vidas daquele contrato rescindido vão descontinuar o plano de saúde, vão ter o seu plano descontinuado.

Por favor.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Deixe-me só explicar.

Nós temos um cronômetro lá que acho que dá para ajudá-lo.

O SR. MARCOS NOVAIS - Ótimo!

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Nós o tocamos com cinco minutos. Você vai ter mais cinco minutos. Se precisar completar, a gente vai até a 15 minutos. O.k.?

O SR. MARCOS NOVAIS - Está bom!

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Então, pode continuar olhando para lá. Não temos pressa.

Acreditem: nós queremos ouvir todos os senhores.

Pode continuar.

O SR. MARCOS NOVAIS - Obrigado, Senadora.

Então, nós temos hoje 89 operadoras de planos de saúde com sinistralidade acima de 100%; ou seja, as mensalidades não conseguem custear as despesas assistenciais de cobertura - isso nos planos individuais. Ali, o que eu estou mostrando para vocês é este recorte: percebam que 89 empresas já estão com seus planos individuais totalmente desequilibrados e 1,7 milhão de pessoas estão nessas empresas.

O plano individual é um grande mutualismo. Ele é como se fosse um contrato, porque ali todos os beneficiários de plano individual estão dentro de um grande mútuo. A bem da verdade, esse mútuo não é, necessariamente, equilibrado, porque, por conta da regra de regulação de reajuste, o reajuste nem sempre é ou, na maioria das vezes, não é o necessário para equilibrar a conta. Por isso, a gente tem várias operações deficitárias no plano individual.

No plano coletivo por adesão, a gente tem 75 empresas com desequilíbrios latentes, sinistralidade em mais de 100% também. São empresas que já estão caminhando para um processo de insolvência bastante acelerado - muitas delas não continuarão no mercado - e têm 734 mil vidas hoje vinculadas.

Podemos passar.

Bom, aí é o exercício que a gente quer fazer e, muito, trazendo o ponto do debate da audiência: debater e discutir soluções, tentando trazer isso para o nosso dia a dia.

Estamos pensando em soluções. Nós temos um grupo de trabalho instaurado para poder pensar a sustentabilidade, a reorganização, o que a gente precisa solucionar, o que dá para fazer do ponto de vista de gestão e o que dá para melhorar do ponto de vista assistencial, para a gente trazer uma racionalidade melhor, ganhar eficiência e reduzir desperdícios. Isso tudo a gente está discutindo nos nossos grupos de trabalho, mas o que nos preocupa é aquilo que está fora da operação, porque aí a gente não consegue mudar, pois é a estrutura em que o mercado está montado.

Quando a gente olha essa estrutura - e, de novo, eu queria voltar no tempo, em 2019, a gente não tinha esse volume de operadoras em desequilíbrio -, a gente aumentou, a gente fez com que mais da metade do mercado estivesse em desequilíbrio financeiro em 2023. O que mudou, em três anos? Porque alguma coisa mudou nessa estrutura que nos levou ao ponto em que estamos. E aí eu vou colocar aqui alguns dos pontos.

A gente implementou, nos últimos três anos...

(Soa a campanha.)

O SR. MARCOS NOVAIS - ... o mais rápido processo de incorporação de tecnologia do mundo, a gente incorporou tecnologia em seis meses.

A gente incorpora medicamentos a qualquer custo, porque a legislação determinou a incorporação, mas não determinou nenhum tipo de regulação de preço. Então, caso se protocole um medicamento de R\$10 milhões, a R\$10 milhões ele vai ser incorporado, ainda que o SUS consiga comprá-lo por R\$5 milhões ou que a gente saiba que o Governo inglês o compra por R\$1 milhão, ainda melhor do que o Governo brasileiro, eventualmente. Então, a gente não tem nenhum tipo de regulação de preço, e precisamos pensar nisso. A gente precisa incorporar tecnologia, não há dúvida, com um processo de avaliação, mas também com um preço razoável, com alguma regulação de preço.

A gente também não tem nenhum tipo de diretriz de utilização, e aqui pegou muito o nosso debate das terapias continuadas, nenhum tipo de diretriz. Então, a gente tem desde muitos pedidos de 40 horas semanais de terapias - e a gente tem pedido de ozonioterapia para uma criança que tem autismo - e por via... A operadora, naturalmente, fala: "não, não cabe ozonioterapia". Apesar de não ter um protocolo diretriz, nós temos médicos do lado de cá avaliando o que faz sentido ou não. Mas, por decisão liminar, cabe ozonioterapia, cabe hidroterapia, equoterapia, cabem várias terapias que eventualmente ainda não está comprovado que vão gerar algum tipo de resultado assistencial para aquela criança. Então, falta protocolo de diretriz. E não precisa ser feito pela operadora; poderia ser feito pela sociedade organizada, por profissionais técnicos gabaritados para tanto. A dificuldade que a gente tem hoje é que não há, de nenhuma forma, nenhum interesse social ainda em estabelecer esse protocolo diretriz, nem mesmo das próprias clínicas, que eu acho que é onde deveríamos ter esse debate mais aprofundado.

A gente tem também um problema, uma dificuldade muito grande de adesão ao plano de saúde. A adesão se dá para a utilização de algo, para a utilização de uma cobertura. E isso - todos vocês, a gente compartilha -, na verdade, corrói as bases do sistema. A partir do momento em que as pessoas aderirem ou tomarem a decisão de aderir a um plano de saúde para usar uma terapia ou uma cirurgia, isso virar uma realidade, virar comum, aí a gente corrói as bases do sistema, porque o nosso modelo é de mutualismo: somos nós, que estamos dentro de um contrato, todos, que financiamos o sistema. Se muitas pessoas entrarem nesse contrato para usar uma terapia e depois, inclusive, saírem dele, essas pessoas - que entram

somente para a utilização - vão deixando esses débitos todos para serem custeados por quem está lá, e vai ficando cada vez mais cara essa conta. A gente tem cada vez mais uma adesão ao plano em uma segunda-feira, com uma solicitação de procedimento cirúrgico na mesma semana - isso é muito comum -, bariátrico ou oncológico. Isso corrói a base do sistema. Então, caminhando aqui para o meu encerramento, eu queria colocar para todos vocês... Por favor. *(Pausa.)*

Só para dar alguns exemplos de aonde a gente chegou: Lei 14.307. A Lei 14.307, dentre outras coisas, inclusive do processo de avaliação de tecnologia, que ela muito bem determinou, delimitou o seguinte: se incorporar a Conitec para o SUS, incorpora-se a tecnologia automaticamente na saúde suplementar. E aí a gente tem a situação em que o Brineura, por exemplo, um medicamento de alto custo - um dos dez mais caros do mundo -, foi incorporado pela Conitec. No momento da incorporação, inclusive, não se avaliou se naquele momento tinha comercialização no Brasil, mas, incorporou-se na Conitec, incorpora-se automaticamente, hoje é coberto pelo plano de saúde, mas não tem comercialização no Brasil. Então, a operadora precisa fazer a importação direta do medicamento e nem conseguirá fazer isso em 21 dias úteis. Eu tenho um medicamento incorporado que não tem comercialização no Brasil. A gente chegou a esse ponto.

A gente tem Zolgensma a R\$10 milhões no plano de saúde, mas a R\$5 milhões para o SUS. Por que dois pesos e duas medidas? Quer dizer, a R\$5 milhões os resultados já não são satisfatórios? Por que cobrar o dobro do outro mercado, do mercado de plano de saúde? A gente não tem dois brasileiros, a gente tem um só, e, no final, é o brasileiro que está pagando a conta, seja no plano de saúde, seja por meio dos impostos e taxas também, quando a gente fala do nosso sistema público. O Risanquizumabe entrou no SUS, um medicamento razoável. Aqui, comparado ao de R\$10 milhões, a um preço razoável: R\$3.395, mas, na saúde suplementar, R\$18 mil. Já com os reajustes da tabela Cmed, está R\$22 mil. Então, a gente está falando aqui que pagamos quase oito, sete vezes mais.

E, aí, caminhando aqui, acho, já para o encerramento, agora sim, quero trazer para todos vocês o comunicado que nós fizemos para as operadoras assim que terminou uma reunião para que fomos convocados pelo Presidente Arthur Lira. Nessa reunião, o Presidente externou - assim como todos os demais Parlamentares, Senadores, Deputados - essa preocupação em relação àqueles contratos que foram rescindidos unilateralmente por motivo de desequilíbrio econômico. Passamos para o Presidente Arthur, assim como passamos para todos vocês, que foi a rescisão de um contrato inteiro, que não há nenhum tipo de seleção, nesses contratos, de pessoas. Também saímos daquela reunião com um compromisso, que a gente levou para as operadoras, ainda que a dificuldade de equilíbrio seja muito grande. A gente sabe que temos uma dificuldade de sustentabilidade de longo prazo aqui. Levamos para as operadoras, para suspenderem os cancelamentos de contratos coletivos por adesão. Para aqueles que estavam já agendados e tinham sido rescindidos, que tivessem um olhar diferente com as pessoas, em especial, as do tratamento diferenciado, para retorná-las ao plano até que pudéssemos discutir, em conjunto, soluções estruturais para esse setor. Quer dizer, o entendimento é: o que é insustentável onde estamos? O.k, mas, no curto prazo, é possível que a gente componha algo para que a gente pense no longo prazo.

Então, a gente está com o nosso grupo de trabalho discutindo. As operadoras já foram comunicadas como um todo, várias delas estão tirando dúvidas para saber como é que se operacionaliza isso. A gente sabe que não é simples, porque, eventualmente, algum beneficiário já tinha saído do sistema, mas elas estão retornando o beneficiário para os sistemas das operadoras, para o sistema de gestão, para voltar tudo ao normal, como eu diria, seja do ponto de vista de carteirinhas que vão funcionar, etc.

As operadoras estão fazendo um grande esforço, mas a gente precisa pensar, e eu queria reforçar, em algo estrutural. A gente precisa pensar em uma sustentabilidade de longo prazo, porque a saúde suplementar é gerida por operadoras, por vários tipos de operadoras, sejam com fins lucrativos, sejam - temos operadoras - sem fins lucrativos, temos autogestões. O nosso Presidente da Unidas, Anderson, vai estar aqui para falar um pouco. Temos vários tipos de operadoras, mas, a bem da verdade, é uma saúde suplementar de 51 milhões de brasileiros e de outros tantos que gostariam de ter. A gente só precisa criar condições nesse sistema para chegarmos a um maior acesso e a uma situação de bem-estar social maior. Obrigado, Senadora Damares. Obrigado a todos.

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Obrigada, Sr. Marcos. Para quem está ligando a TV agora ou entrou agora nas redes, esta audiência pública é para discutir e buscar soluções para o cancelamento unilateral de contratos coletivos de planos de saúde, especialmente que envolvem crianças com autismo e idosos.

Já estão no Plenário conosco a Senadora Soraya, a Senadora Teresa e também o Senador Humberto, para quem eu vou passar a Presidência.

(Intervenção fora do microfone.)

A SRA. PRESIDENTE (Damares Alves. Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Posso continuar?

Eu gostaria muito que fosse o senhor porque eu não tenho nenhuma isenção de ânimo para estar aqui. O senhor é mais diplomata, o senhor tem mais serenidade. Eu gostaria muito que o senhor assumisse.

Acabou de falar o Sr. Marcos Novais, Diretor Executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde.

O SR. PRESIDENTE (Humberto Costa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Vou passar a palavra à Dra. Carolina Godoy Leite, que vai dispor de dez minutos para a sua colocação.

Quero pedir, inclusive, um cumprimento rigoroso do tempo, porque são muitas pessoas participando desta sessão. Inclusive, são três mesas. Se não formos muito rígidos no tempo, vamos sair daqui lá para as 3h da tarde e não vamos nem conseguir fazer a audiência, porque todos nós temos outras pautas, agendas e reuniões que dependem de nós.

Então, Dra. Carolina - peço que o pessoal controle o tempo -, fique à vontade.

A SRA. CAROLINA GODOY LEITE (Para expor.) - Obrigada, Senador Humberto Costa.

Queria agradecer a oportunidade.

O SR. PRESIDENTE (Humberto Costa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Só um minuto.

Quero agradecer aqui à Senadora Damares, que, muito gentilmente, iniciou o processo e conduziu a audiência durante um bom período.

Pode seguir.

A SRA. CAROLINA GODOY LEITE - Obrigada, Senador.

Queria cumprimentar a todos e todas.

Não posso deixar de começar falando do tanto que esse tema é caro para nós, da Defensoria Pública da União. Na semana passada, inclusive, nós expedimos uma recomendação para a ANS, na segunda-feira, Recomendação 7140359, expressando a nossa preocupação, porque nós, enquanto Defensoria Pública, recebemos os relatos e denúncias, em especial da população mais vulnerável.

Então, quando a gente fala do público atendido pela Defensoria Pública da União, a gente está tratando aqui de famílias que estão realmente em situação de necessidade econômica e que fazem um esforço significativo, financeiro, para conseguir custear os seus planos de saúde. Não é fácil para essas famílias, também, ter esse equilíbrio financeiro para conseguir pagar esse plano. E eles pagam com a expectativa de que, no momento em que precisarem, vão poder usar e vão conseguir realizar aqueles tratamentos com maior facilidade e maior eficiência. Então, quando chega a notícia do cancelamento de um plano de saúde, para essas famílias, isso significa uma grave violação de direitos, porque eles realmente não têm outra alternativa, eles não conseguem fazer aquele custeio de forma particular e, se eles estão ali custeando um plano de saúde, é porque, de fato, eles preferem usar o serviço privado do que o serviço público, e, nesse momento, eles se veem completamente desamparados.

Recebemos relatos de mães de crianças com autismo que tiveram o plano cancelado e, mesmo após a reunião na semana passada, continuam várias crianças com o plano suspenso quando elas acessam o aplicativo do plano de saúde; pessoas idosas que estavam em tratamento, porém, não internadas, então, em tratamento domiciliar, mas em tratamento - queria deixar bem claro que essas pessoas estavam em tratamento -, e tiveram também os seus planos cancelados. Os relatos que nós recebemos são dramáticos.

Imaginem, para entender o que essas pessoas estão passando, um exercício simples de empatia: nós pararmos para pensar: o que nós faríamos se os nossos planos fossem cancelados? Como reagiríamos nessa situação? Potencializem isso para uma pessoa que não tem outra alternativa.

Então, é realmente uma situação desesperadora para essas famílias, e, hoje, aqui, espero trazer a voz delas, tentar falar sobre esses direitos delas que estão sendo violados. Eu não preciso...

Acho que, pelo fato de ser jurista, eu tenho que trazer: o direito à saúde é um direito fundamental. Ele está sedimentado na Constituição, é corolário do direito à vida, à dignidade. Então, quem está trabalhando com produtos e serviços de saúde tem que ter isso em mente. Não se pode desconsiderar a relevância do direito à saúde quando a gente está tratando de algo tão elementar à vida humana.

A nossa atuação aqui visa garantir que esse direito à saúde seja respeitado, mas é mais do que isso. A gente tem que lembrar aqui que a gente está tratando, também, de uma questão de boa-fé, que a pessoa que contrata o plano quer usar aquele plano; a gente está tratando de segurança jurídica, porque você tem um contrato e tinha expectativa de que ele entrasse na sua vida e garantisse o acesso a serviços básicos; e a gente também está falando de função social dos contratos.

É nesse sentido, inclusive, a decisão do STJ no Tema 1.082; e a gente vê que, nesse caso concreto, quando a gente só limita a manutenção de planos a pessoas que estão internadas, ele não está sendo respeitado, porque o tratamento não se limita a um tratamento hospitalar; ele pode ser realizado de forma domiciliar, e tem pessoas nessa situação que têm o plano cancelado e estão sofrendo essa violação de direitos.

Chama muito a atenção, porque nós temos a expectativa de buscar soluções, e é por isso também que estamos aqui. Eu acho que, na fala que me precedeu, do Dr. Marcos, algo muito importante é buscar soluções. Então, o que tem que ser feito? Nós já temos um problema, aqui, muito grande. Aparentemente, salvo engano, segundo a notícia do *O Globo*, foram 40 mil contratos cancelados na Amil e na Unimed; depois da reunião com o Presidente da Câmara dos Deputados, 6 mil foram reativados na Unimed, 5 mil teriam sido reativados na Amil, e a gente ainda vê um grupo enorme de pessoas em situação de vulnerabilidade que foram deixadas, que ainda não entraram. Então, o que nós vamos fazer para essas pessoas? É isso que a gente tem que buscar aqui.

Nós temos diversos caminhos, que passam pela assunção de compromisso das operadoras e gestoras de saúde, que precisam entender a relevância desses planos para determinados grupos e que a rescisão unilateral, sem oferecer para eles um plano equivalente, um plano cuja alternativa seja informada de forma clara, com todas as novas regras de forma estabelecida... Porque tem famílias que estão chegando até nós e falando: "Olha, eu tinha um plano sem coparticipação, mas agora o meu plano é com coparticipação, e eu não entendi que era essa a mudança que teria no nosso plano substituto". Então, tem uma desinformação muito grande também. Além de todo o desamparo em que essas pessoas ficam, quando elas aderem ao plano substituto, há uma sensação de falta, de carência de informações, que precisa ser suprida.

Então, além desse compromisso das operadoras e gestoras de plano de saúde com relação às pessoas em situação de vulnerabilidade, a gente também precisa de que a ANS reforce a sua fiscalização, a sua regulação, porque, certamente, a forma como os planos coletivos estão regulamentados no momento não tem sido suficiente para garantir nem o direito à saúde da população que contrata esses planos, nem a sustentabilidade dos planos, porque, se a gente está ouvindo aqui que os planos estão insustentáveis, e, ao mesmo tempo, nós temos pessoas que fazem um sacrifício gigantesco para pagar um plano que representa um percentual muito alto da renda delas, e isso não está sendo suficiente, a gente tem um problema estrutural e vai precisar que os órgãos de regulação atuem nesse sentido para garantir que também o direito dessas pessoas seja respeitado.

Além disso, fica também um chamado para o Parlamento de mudar essa legislação, porque a gente tem a oportunidade de construir uma legislação que seja mais eficaz e que consiga garantir o direito dos usuários e das pessoas que contratam planos de saúde de forma coletiva. Esse diagnóstico é importante. Agora, de forma emergencial, se não vai ser solucionado, se a alteração legislativa não é feita de forma célere, então a gente tem aqui que pensar, de forma emergencial, como vamos garantir os direitos, promover o direito à saúde dos milhares de famílias que têm pessoas em situação de vulnerabilidade e que continuam com seus planos cancelados ou suspensos. Esse aqui é o desafio que a gente tem hoje nesta audiência pública, para o qual a gente precisa buscar uma solução.

Precisamos ter um retrato e, ainda que não se possa escolher pessoas quando se faz um cancelamento de um plano coletivo, nós precisamos olhar para as pessoas que estão dentro daquele plano coletivo, porque, se nós não olharmos para aquelas pessoas, haverá, sem dúvida, cancelamento e suspensão de planos de forma ilegal, porque ali, naquela coletividade, naquele grupo, existirão pessoas que demandam a manutenção do plano. Então, você não pode escolher para cancelar, mas você pode escolher para manter, porque aquela pessoa tem o direito de ter aquele plano mantido até ela terminar o tratamento, lembrando que tratamento não é apenas internação. Então, precisamos aqui...

Queria pedir novamente aqui o compromisso das operadoras e gestoras para olhar para essas pessoas...

(Soa a campainha.)

A SRA. CAROLINA GODOY LEITE - ... e não só para o grupo.

Meu tempo se esgotou. Pelo meu compromisso aqui com o Senador Humberto Costa, vou encerrar minha fala e agradeço. Espero ouvir respostas para as minhas perguntas.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Humberto Costa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Obrigado, Dra. Carolina. Obrigado também pela observação do tempo.

Eu quero passar a palavra ao Dr. Cesar Sergio Cardim Junior, Superintendente de Regulação da Federação Nacional de Saúde Suplementar, FenaSaúde.

O SR. CESAR SERGIO CARDIM JUNIOR (Para expor.) - Bom dia, Exmo. Senador. Bom dia a todos e a todas.

Eu represento aqui a FenaSaúde. Então, quero primeiro agradecer a gente ter sido convidado para participar deste debate deste importante tema, que é o cancelamento unilateral de contratos de planos de saúde.

Vou passar por aqui.

Bem, a FenaSaúde, só para dar alguns números, é uma federação que representa 11 principais grupos de operadoras de saúde e planos exclusivamente odontológicos, e 100% das seguradoras especializadas em saúde são nossas associadas.

É importante, quando a gente fala de saúde suplementar, a gente ter noção do universo que a gente está tratando. A gente está falando de um mercado muito grande. Estamos falando de 51 milhões de brasileiros que possuem plano de saúde - isso é do tamanho de um país, por exemplo, a Espanha tem população desse tamanho - e, além desses beneficiários que possuem planos de saúde, em torno de 32 milhões de pessoas que possuem planos exclusivamente odontológicos, então, aí nós estamos falando de mais de 80 milhões de vínculos a algum determinado produto.

Existem hoje 676 operadoras de plano de saúde com registro na ANS, e mais da metade dessas operadoras são de pequeno porte. Pequeno porte, para aqueles que não sabem, são operadoras que possuem até 20 mil beneficiários, ou seja, são pequenas operadoras regionais, muitas vezes, que não estão nas capitais. A grande maioria delas estão em municípios pequenos. *(Pausa.)*

Não estou conseguindo passar. *(Pausa.)*

Agora foi.

Ainda sobre grandes números, é importante a gente dar a dimensão desse mercado. A saúde privada gera em torno de 5 milhões de empregos e 420 mil médicos atuam para a saúde privada. Alguns deles, obviamente, dividem o seu tempo entre a saúde pública e a saúde privada.

Segundo dados da Anahp, 80% da receita dos principais hospitais privados vêm das operadoras. Quando você olha para os grandes laboratórios de medicina diagnóstica, segundo dados da Abramed, 88% desses laboratórios dependem dos recursos das operadoras. Você tem, dentro dessa grande rede privada de saúde, em torno de 176 mil estabelecimentos que convergem para atender essa população de 51 milhões de brasileiros.

O Mapa Assistencial é um documento que a ANS produz e publica a cada ano. O deste ano, com dados de 2023, ainda não foi publicado, sai no meio do ano. Então, esses dados aqui são do Mapa Assistencial de 2022. Só para vocês terem noção, em 2022, foram realizados 1,8 bilhão de procedimentos em saúde. Aí nós estamos falando de terapias, cirurgias, consultas, exames etc.

Aqueles ali são números do que ocorre durante um dia de atendimento. O Marcos falou que, hoje, estariam sendo 135 mil pessoas internadas. Esse é o número de atendimentos, por dia, que a saúde suplementar realiza, só para vocês terem noção do universo a que a gente está se referindo.

É importante a gente frisar também que a saúde suplementar foi muito importante durante a pandemia. O Governo Federal procurou as operadoras para que elas participassem e cuidassem das suas populações, dos seus beneficiários. Aqui, para se ter uma ideia, das associadas da FenaSaúde, especificamente - os círculos em vermelho são a soma dos três -, então, os custos da saúde suplementar das associadas da Fena com a covid foi na faixa de 30 bilhões. Eu destaquei ali as internações relacionadas à covid, com ou sem UTI, e os exames do PCR. Além disso, obviamente, a saúde suplementar também não parou de atender pacientes que tinham outras comorbidades e precisavam de atendimento, então, tinham outras internações de não covid, cirurgias eletivas e outros tipos de atendimentos que eram feitos durante esse período. Esse levantamento é do período de março de 2020 a junho de 2022.

Ainda assim, é importante dizer que a saúde suplementar é considerada o terceiro maior desejo do brasileiro. Embora a gente saiba que está em um momento de uma situação urgente que a gente tem que discutir, que é a questão dos cancelamentos, ela ainda é, conforme a pesquisa Iess/Ibope, o terceiro maior desejo do brasileiro. E, quando essa pesquisa foi feita, quando se fala em: por que é o desejo, na verdade, a percepção dele é de qualidade, porque entende que a saúde suplementar, de alguma forma, tem mais qualidade do que o SUS, por exemplo. E, nesse momento, o que ele entende como qualidade? Facilidade de acesso e disponibilidade de tecnologia médica mais recente, essa tecnologia que faz parte de todo esse processo que o próprio Marcos explicou, que é o que hoje tem encarecido bastante.

Este passador não está muito bom.

A pesquisa do Senacon, pesquisa recente, com dados do Boletim Consumidor.gov.br, dados de 2023, pesquisa bem recente, demonstra que, do volume de reclamações recebidas na Senacon, o grupo de operadoras de planos e administradoras tem apenas 1,4% das reclamações recebidas no Senacon - dados recentes, de 2023. E o grupo Operadoras de Planos de Saúde

e Administradoras de Benefícios foi o 13º mais reclamado em 2023. Reparem que, num conjunto de grupos econômicos, o segmento das operadoras está lá embaixo.

Pode passar.

Bem, agora falando... Então, eu trouxe um panorama para os senhores para a gente ter noção do que a gente está tratando. A audiência pública de hoje fala, basicamente, do cancelamento unilateral dos planos coletivos por adesão. E o plano coletivo por adesão é aquele que é um vínculo coletivo, mas é um vínculo voltado para uma associação, de caráter profissional, caráter associativo. É diferente do plano de saúde coletivo empresarial, cujo vínculo é um vínculo empregatício, então, depende de uma relação de contrato de trabalho.

Isto aqui é um recorte do art. 15 da RN 557, que regula, que define o conceito do plano coletivo por adesão.

Pode passar.

Bem, quais são as situações previstas na regulação da ANS sobre rescisão contratual e exclusão de beneficiários?

Bem, a rescisão e a suspensão, e, no caso, essa regra segue para os dois coletivos, tanto por adesão quanto empresarial, deve obedecer, essencialmente, ao que está previsto no contrato. Então, é o contrato de plano de saúde, de uma certa forma, naquela relação entre a operadora e a pessoa jurídica contratante, que tem que prever todas as condições de rescisão e exclusão de beneficiários. Então, quando há uma rescisão, que é o que a gente está discutindo aqui, ou um cancelamento, é o contrato como um todo que é rescindido ou cancelado, e não uma escolha de um beneficiário ou uma pessoa, que você esteja fazendo alguma seleção. Não há essa seleção. Então, não há suspensão ou exclusão individual em contratos coletivos. Quando você encerra aquela relação, encerra a relação com o contrato, que, obviamente, tem que ter esse olhar, e é sobre isso que a gente fez essa discussão com o Presidente Arthur Lira, e a gente vai falar ao final.

Então, as operadoras... Nessa relação contratual, o único poder que a operadora tem para cancelar ou rescindir algum beneficiário sem a anuência da pessoa jurídica contratante, ou seja, sem que você tenha que intervir junto à pessoa jurídica contratante, é em situações de fraude ou perda de vínculo daquele titular. Então, por exemplo, você tem o caso de uma associação de que você faz parte e você perde o direito àquela associação, deixa de pertencer àquela associação ou sindicato, o que for, aí, por consequência, você perde o direito. Então, essa seria uma forma de você poder ser excluído daquele contrato.

(Soa a campainha.)

O SR. CESAR SERGIO CARDIM JUNIOR - Pode passar.

Estou terminando.

Aqui, como a colega já falou, para os planos coletivos, tem um tema repetitivo, do 1.082 do STJ, que define que a operadora deve garantir a qualidade de assistência ao beneficiário internado, e o internado tem o mesmo regramento do plano individual, mas estendeu para um tratamento de doença grave. Agora, no momento em que define isso, o cancelamento, tem que permitir para esse beneficiário que ele migre para outro contrato e que ele arque com o valor das mensalidades desse novo contrato para que for.

Essa tese fixada dos termos repetitivos deve se aplicar aos juízes e tribunais de todo o país, como é um tema repetitivo.

Pode passar.

E aqui, já me encaminhando para o final da minha fala - preocupado com o tempo, com o horário, Senador -, no dia 28 de março, como todos sabem, a FenaSaúde também foi convidada para essa reunião com o Presidente Arthur Lira. Ele estava muito preocupado com a repercussão na imprensa, com os apelos da sociedade, e aí essa reunião foi com representantes de operadoras e das entidades. As operadoras, as associadas da FenaSaúde, aquelas que demonstrei lá no primeiro eslaide, se comprometeram a manter todos os contratos coletivos por adesão vigentes. Então não vai ter mais cancelamento após essa data que foi definida, e também foi acordado que as associadas da FenaSaúde irão reverter - e já têm sido feito isso - eventuais cancelamentos realizados em contratos coletivos por adesão, que tenham pessoas vulneráveis, com doenças raras ou crianças autistas, que é o tema desta audiência.

Acho que era isso.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Humberto Costa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Obrigado, Dr. Cesar Sergio Cardim.

Passo a palavra agora ao Dr. Anderson Antônio Monteiro Mendes, Presidente da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, no Distrito Federal (Unidas-DF).

Com a palavra por dez minutos.

O SR. ANDERSON ANTÔNIO MONTEIRO MENDES (Para expor.) - Bom dia a todos e a todas.

É um prazer enorme estar aqui, participando deste momento. Queria agradecer e cumprimentar o Senador Humberto Costa - já estivemos em outras frentes - e parabenizá-lo pelo trabalho à frente desta Casa. Também, em nome da Senadora Damares, cumprimento a todos da plateia.

Eu preciso, rapidamente aqui, pedir licença a vocês para contextualizar um pouquinho o que é autogestão, porque acho que tem uma característica um pouco diferente, e é preciso entender um pouco o funcionamento desses segmentos de plano de saúde. Eu só queria fazer uma pequena correção: a nossa instituição, a Unidas, representa as autogestões do Brasil. Está aqui, no Distrito Federal, mas é uma instituição nacional que representa 110 filiadas hoje. São 110 operadoras de autogestão, e temos a característica de não ter fins lucrativos. Isso não quer dizer que temos que ter superávit, que temos que ter também a solvência exigida até pela própria agência reguladora. Então, também precisamos de um resultado positivo, como qualquer instituição, como qualquer empresa. Mas não temos fins lucrativos, essa é uma característica muito importante, e estamos presentes nas 27 unidades federativas, inclusive as autogestões estão presentes, muitas vezes, onde o mercado não está. Nós não temos essa escolha, muitas vezes. No interior do nosso Brasil profundo, como a gente gosta de falar, Senador, se tem uma agência dos Correios, se tem uma agência do Banco do Brasil, nós temos que ter uma autogestão lá para cuidar dessas pessoas, independentemente se lá existe uma estrutura de saúde ou não.

Pode passar, por favor.

Então essas são as nossas filiadas, nomes conhecidos por muitos de vocês. Eu queria passar para a próxima tela.

Pode passar. Volta, por favor.

Eu quero destacar que nós temos como filiada e também como autogestão o Sistema Integrado de Saúde, o SIS-Saúde, que é aqui dos servidores da própria Casa, do próprio Senado. É uma autogestão que cuida da saúde de todos os servidores do Senado, assim como temos também no STF, como temos também na Câmara e em outros locais.

Pode passar.

É um modelo muito interessante de saúde, não só no Brasil - isso tem crescido no mundo todo -, mas, só para registrar, no Brasil as cinco maiores contratantes de funcionários, que são as empresas com maior número de funcionários no Brasil, empresas privadas inclusive, como BRF, como Bradesco, todas elas... O Bradesco não possui autogestão, desculpa, mas outras empresas, o Itaú, por exemplo, tem autogestão. Então, são empresas que têm um grande número de empregados e possuem a autogestão como sua escolha para prestar saúde para os seus colaboradores e familiares.

Pode passar, por favor.

No entanto, a gente vem sofrendo uma queda muito grande. Então, a exclusão de contrato não é perfil das autogestões - nós não temos contratos individuais ou até mesmo nós temos contratos coletivos empresariais -, mas temos perdido ao longo dos anos uma força muito grande de beneficiários. A autogestão já representou 15% do mercado de saúde suplementar, em 2001, e hoje está abaixo de 9% a representação das autogestões, uma perda de vidas... Foi o único segmento que perdeu vidas dentro desse cenário nos últimos anos.

Pode passar, por favor.

Queria contextualizar aqui também - acho que isso é muito importante - aquela pirâmide etária da saúde suplementar. Nós estamos falando aqui só quanto a quem tem plano de saúde. Vejam que, em 2001, as pirâmides etárias eram muito semelhantes, dos planos exceto autogestão *versus* os planos exclusivamente de autogestão. Nós tínhamos uma pirâmide etária muito similar. Agora, em 2023, nós apresentamos que os idosos ficaram na autogestão. A gente pode ver que a pirâmide etária dos planos de saúde exceto autogestão tem uma característica muito similar ali à de 2001, em que você tem o topo da pirâmide, onde estão as pessoas acima de 59 anos, os idosos, ainda não pertencentes a esse grupo, dada a dificuldade que essas pessoas têm em manterem o seu plano de saúde, em terem o seu plano de saúde. E, quando a gente olha para a autogestão, a gente vê que há na verdade hoje quase que uma equanimidade entre jovens e idosos participantes do plano. Essa é uma característica muito importante. É o segmento que tem a maior participação de idosos: hoje em torno de 30% ou mais de 30% das pessoas que pertencem ao grupo de autogestão têm acima de 59 anos de idade. Isso demonstra a preocupação em não exclusão de nenhuma faixa etária, de nenhum grupo; todos estão pertencentes à mesma classe.

Pode passar.

Aqui, para vocês terem ideia do que isso traz de impacto: na linha azul, nós estamos falando da frequência de utilização, ou seja, quanto mais vezes a gente vai ao médico, quanto mais a gente faz exame, quanto mais a gente vai usar os serviços de saúde, a partir da idade; e quanto é o custo médio por pessoa através desse uso. Então, é notório que, ao atingir a maior idade, ao atingir os idosos, a gente tem uma utilização maior do sistema de saúde e, conseqüentemente, um custo

per capita maior. Por isso, muitas vezes, essas mensalidades são mais caras, e isso dificulta a permanência desse público dentro do nosso plano de saúde privado.

Pode passar, por favor.

Aqui, quero mostrar para os senhores que, mesmo tendo essa participação pequena, em torno de 9% do mercado, as autogestões são a segunda maior fonte de receita dos hospitais privados do Brasil. Isso representa que é um público pequeno, mas que utiliza muito o serviço, por conta daquela característica de se manterem os idosos no sistema. Então, as autogestões... Como já foi falado aqui, 82% do que temos como receita nos hospitais privados são através de convênios; e, desses 83%, 26% são exclusivamente de autogestão, o que demonstra um investimento muito grande em saúde dessa população.

Pode passar por favor.

Aqui a gente mostra um pouquinho... Eu queria chamar a atenção para o último eslaide da direita, que fala sobre terapias. Então, vejam a frequência de terapias no grupo de autogestão *versus* outras modalidades, o que traduz num custo maior para esse segmento.

Pode passar.

Aqui há também um pouco de dados que podem ficar para consulta depois. Não vou entrar em detalhes, para a gente se ater ao tempo.

Aqui eu queria chamar a atenção para os reajustes. Apesar de todas essas características, do desafio que tem o plano de autogestão, esse é o segmento com o menor reajuste acumulado nos últimos anos, em torno de 37%. É o reajuste acumulado médio - isso são dados da própria agência -, enquanto, em outras modalidades, a gente tem um reajuste, às vezes, de quase o dobro das autogestões.

Então, a gente consegue manter esse atendimento ao idoso, manter esse atendimento com maior uso, maior frequência de utilização e, ainda assim, ter esse reajuste menor. Isso tem a ver com a característica de não ter fins lucrativos - a gente pode investir mais em saúde, todo o dinheiro arrecadado.

Então, pode passar por favor.

Esse é o nosso desafio: achar essa equidade, porque mesmo não tendo os fins a gente tem que ser sustentável. Qual é a qualidade mínima desejável? Qual é o custo máximo suportável? Qual é o acesso com o mínimo de restrição? Não é fácil achar essa equação.

Eu estou aqui como gestor, gestor Presidente da Unidas, mas eu sou gestor da Cassi, que é o plano de saúde dos funcionários do Banco do Brasil. Eu sou funcionário do Banco do Brasil. Há 27 anos fui designado pelo banco para ajudar a caixa. Então, em algum momento eu estou gerindo a Cassi, mas em algum momento eu estou lá como beneficiário, com o meu boné... Então, é difícil a gente achar essa equação, e não há como encontrar aqui um culpado. Não há como dizer quem é o culpado.

Passa, por favor, o eslaide.

Eu queria chamar a atenção para alguns dados que eu acho que são...

Pode passar.

Contra fatos não há argumentos. Nós temos um desperdício muito grande hoje de utilização em serviços de saúde na saúde. Aqui não há um culpado. O culpado não é o beneficiário, não é o hospital, não é a clínica; é o nosso sistema como ele foi montado.

Vejam os números, por favor: 162 exames de ressonância magnética para cada mil habitantes no Brasil, contra 40 na Inglaterra, contra 52 nos países mais ricos da OCDE e 13 no Chile. Alguma coisa está errada. Isso tem muito a ver com a falta de integração: o exame que você faz em um serviço não é reconhecido no outro; se você vai lá participar do outro serviço, você tem que repetir o exame, porque o médico não consegue ter acesso àquilo que você já realizou.

Isso vem gerando um desperdício que vem aumentando a conta; e a conta vai excluir pessoas, seja por um contrato, pela exclusão de um contrato, seja pela condição de pagamento. Essa conta mais alta vai, com certeza, excluir pessoas. E esse é um desafio que a gente precisa encontrar...

Eu gostei muito quando a colega Carolina falou sobre procurar alternativas. A gente tem que pensar em soluções, talvez algumas imediatas, para essas situações que estão colocadas aqui, mas se a gente não estiver pensando também em situações mais a médio e a longo prazo, vamos ter uma dificuldade muito grande de sustentabilidade desse setor, seja ele com qualquer ideia.

Pode passar, por favor.

Um ponto importante que eu queria trazer aqui, pessoal, é que hoje o maior recurso ganha...

(Soa a campanha.)

O SR. ANDERSON ANTÔNIO MONTEIRO MENDES - ... quem trata a doença.

Eu estou finalizando.

Ganha dinheiro no Brasil quem trata a doença e não quem trata a saúde. Por isso, a gente fala de plano de doença. A gente tem que analisar todo o sistema. Muitas vezes os planos de saúde são vistos como vilões, mas há muita gente ganhando dinheiro com saúde no Brasil. Tem grupos hospitalares apresentando 30% de Ebitda, mas sempre o plano de saúde é o grande vilão.

Acho que a gente tem que olhar o sistema como um todo. Essa ineficiência de outro setor, do setor de prestação de serviços, vai cair no bolso de todo mundo. Se tem uma manchete de jornal que eu acho extremamente equivocada, é a que diz assim: "plano de saúde é obrigado a pagar o tratamento tal". Não é o plano de saúde, nós pagamos - nós! Todos nós pagamos. E se a minha empresa paga uma parte do meu plano de saúde - hoje, no Banco do Brasil, a gente tem 50% custeado pelo funcionário, descontado no salário, e 50% custeado pelo banco - isso é feito em troca da minha hora de trabalho, é um benefício à saúde.

Muitas vezes, se você perde o emprego, você perde o plano de saúde. Então, quem paga somos nós. Se o governo paga, através de um SUS, é através de impostos que nós pagamos. Então, quando a gente pensa assim: "O plano de saúde é obrigado a pagar"; não, nós somos obrigados a pagar. E, se a gente tem contratos deficientes, essa deficiência vai ser repartida por todos; não só por aqueles daqueles contratos, todo mundo vai pagar essa conta.

Nós precisamos pensar em encontrar alternativas de ter um sistema mais eficiente, que entregue a melhor qualidade de saúde, porque a gente ainda tem resultados muito ruins de saúde. Mesmo tendo planos de saúde muito caros, o nosso resultado de saúde não é favorável, não é bom. A gente perde para muitos países do mundo. Então, a gente tem uma saúde cara e ineficiente. Tornar essa saúde eficiente é o nosso desafio, para que a gente não tenha as exclusões, como aconteceram agora - legítimas, dentro do processo legal - ou, então, exclusões futuras, onde a gente não consiga pagar mais o plano de saúde porque esse custo vai ser rateado por todo mundo. A gente tem que ter esse desafio enorme.

Pode passar.

Eu acho que eu concluí.

Eu queria, então, agradecer, mais uma vez, o convite; dizer que a Unidas está à disposição para fazer esse debate. A gente tem total interesse em construir alternativas e pontes para soluções que sejam sustentáveis, porque não faz sentido, o plano mais antigo do Brasil, que é a Cassi, o plano de saúde dos funcionários do Banco do Brasil, que em janeiro completou 80 anos, não faz sentido, repito, os funcionários se reunirem para criar uma caixa de assistência para restringir acesso a tratamento. Nós criamos a caixa de assistência justamente para dar acesso a tratamento e para dar acesso a um tratamento de qualidade. Não foi o contrário; não faria o menor sentido as caixas serem criadas para não ser assim.

Muito obrigado a todos.

Um bom-dia!

O SR. PRESIDENTE (Humberto Costa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Obrigado, Dr. Anderson.

Agora, com a palavra a Dra. Renê Patriota, Coordenadora Executiva da Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde (Aduseps). Renê foi minha colega de faculdade.

Olá, Renê!

A SRA. RENÊ PATRIOTA (Para expor. *Por videoconferência.*) - Olá, Humberto!

Eu o chamo de Humberto ainda, porque eu me lembro da faculdade, mas, agora, é o Senador Humberto Costa, Presidente da nossa reunião. Muito prazer, Humberto, Dr. Humberto, Senador Humberto Costa, jornalista Humberto Costa ainda - não é, Humberto?

Então, é com muito prazer que estou aqui, com vocês, neste momento tão importante. É um prazer poder participar e, com isso, nós sentimos que o nosso trabalho é também reconhecido dentro dessa discussão.

É lastimável, é lamentável o comportamento das operadoras com as administradoras. Existe aí um... Eu ia dizer o nome, mas não vou dizer não, para não ser deselegante. Existe um grupo, uma organização, uma pretensão de exclusão. Lógico, os idosos estão sendo excluídos, por quê? Esses idosos, que estão sendo excluídos agora, de uma forma unilateral, foram os jovens de ontem, como nós também fomos bem jovens na época da universidade. Somos formados já há 43 anos, nem

tínhamos cabelos brancos, nada, a gente era bem jovem e, agora, estamos todos velhos mesmo, somos idosos. Então, nós somos agora uma presa fácil para sermos excluídos no mercado. É descartável! E a falta de respeito está no contrato, está na permissividade.

Quando as administradoras cresceram no mercado... Para mim, a administrador é o intermediário. Foi na época em que Humberto era, Dr. Humberto, Senador Humberto Costa, era Presidente da ANS. Se não me falha a memória, à época, era Presidente da ANS quando a Qualicorp cresceu muito. Naquela época... Não estou aqui com palavras pejorativas; estou dizendo que, na época, as administradoras... A ANS, à época e atualmente, permite... A ANS precisa, na minha opinião - se eu estiver errada, depois os senhores me corrijam -, ser impositiva; precisa regular o mercado.

Tudo isso está atormentando o consumidor, mas não começou hoje, começou ontem; começou ontem e antes de ontem. Então, ao longo do tempo, a gente vem sofrendo com essa exclusão que começa no contrato.

A Qualicorp, por exemplo, a Allcare e outras administradoras poderiam não existir porque elas são meramente organizações que juntam pessoas, que aglomeram pessoas, como se os corretores que vendiam antigamente não pudessem fazer mais isso. Não precisam de administradora; administradora é mais um custo para o consumidor.

Nós temos uma associada que recebeu uma carta ontem da Qualicorp, no dia 3 de junho, dizendo que o contrato dela está cancelado pela Amil, mas quem mandou a carta foi a Qualicorp.

Neste momento aqui, nós temos várias cartas da Amil com a Allcare, da Amil com a Qualicorp, que estão dizendo que o contrato está sendo cancelado unilateralmente. Mas está lá no contrato; o contrato diz que pode ser cancelado unilateralmente. O contrato diz... *(Falha no áudio.)*

... que são extremamente abusivos. Quem já viu uma pessoa que completa 59 anos, que está entrando na fase da aposentadoria, ter um reajuste de 90% ao completar 59 anos? Isso é uma exclusão!

O contrato das administradoras precisa ser reanalisado por este Senado, pelo Congresso Nacional, pela ANS. Esses contratos não podem continuar circulando como estão. Existem ainda esses contratos das pessoas com as associações de classe, com os órgãos de classe - OAB, Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Crea - e todos esses órgãos que congregam os associados, que começam a se transferir dos seus contratos individuais para contratos coletivos. Se observarmos os contratos, está escrito: o dependente daquele que é advogado, por exemplo, ou daquele que é médico pela Associação Médica Brasileira, em caso de falecimento, vai estar excluído; o dependente pode estar excluído, como eu disse, no caso de morte do titular.

Nesse caso da nossa associada que recebemos hoje, que recebeu a carta ontem, ela é viúva de uma pessoa que foi delegado da Polícia Federal num estado daqui, do Brasil, e ele tinha um contrato, através do Ministério da Justiça, com a Amil; ele faleceu, e ela foi excluída. Nós conseguimos a manutenção do contrato, e ontem ela recebeu a carta dizendo que está cancelado. Vamos entrar com uma nova ação na Justiça. Agora, por que isso é permitido? Porque a ANS deixa - essa é a minha opinião. Porque o Congresso precisa tomar uma atitude... Eu acho que é muito importante este debate de hoje para todo mundo ficar consciente, para que vejamos o contrato de plano de saúde, como funciona o contrato dos magistrados, dos Parlamentares, dos promotores, dos servidores da Justiça. Essas pessoas, esses profissionais, não estão passando por esse problema que o consumidor passa hoje.

O consumidor é a pessoa comum, que também não se preparou para ir ao SUS, mas tem que se preparar, porque o SUS, quando a pessoa tem acesso, é bom; a questão é ter o acesso.

O sonho de consumo, de que o palestrante anterior falou, de o brasileiro querer um plano de saúde, é porque nós somos fracos; nós choramos se não formos atendidos na hora certa; nós não temos a paciência e a tolerância do pobre, que fica no chão, numa maca sem colchão, no hospital público. O pobre, que não pode pagar o plano de saúde, está lá, habituado a sofrer, mas nós, de classe média, não; nós pagamos plano de saúde. E hoje o trabalhador, o cidadão prefere ter o plano de saúde à casa própria. Por quê? Ele precisa saber que, no futuro, ele terá que vender a casa própria para poder pagar sua conta de plano de saúde.

Vejamos: eu tenho 68 anos, meu plano de saúde hoje é R\$4 mil. Se eu viver mais 30 anos pagando R\$4 mil e não houver aumento, eu terei pagado R\$1,5 milhão de plano de saúde. Então, cada um de nós terá que se preparar para vender o apartamento. A classe média hoje poderá pensar em continuar vivendo no seu apartamento bom - mas se prepare, cidadão; prepare-se: se não houver uma reforma quanto aos reajustes do plano de saúde, quanto à regulamentação do plano de saúde, todos nós teremos que ter o prazer de usar o SUS, que foi feito para nós, não foi feito só para o pobre.

Portanto, eu sempre digo que os Parlamentares, magistrados, médicos, as pessoas bem esclarecidas deveriam usar o SUS, porque aí, sim, vai começar a melhorar, porque o nível de consciência vai ser um pouco melhor do que o daquele pobre que às vezes nem fala, nem reclama, e fica ali, no chão.

Esse cancelamento unilateral, que deverá ser combatido não só pelas ações judiciais que nós impetramos aqui, que a Defensoria Pública faz... O Brasil inteiro está lotando os tribunais para acabar com esse comportamento abusivo das administradoras e das operadoras, que colocaram o consumidor como nada! O consumidor, na relação contratual com Qualicorp, Allcare, operadoras, nem consumidor se chama: o consumidor se chama beneficiário, e beneficiário, ali, pode ser excluído, ele pode ser... A operadora e administradora, ao seu bel-prazer, poderão trocar de operadora. O meu contrato hoje é Qualicorp e SulAmérica OAB. Amanhã, a Qualicorp e a SulAmérica poderão dizer: "Esse contrato não interessa mais, essa turma está muito velha". E vamos trocar para Hapvida, para NotreDame, para outras tantas.

O consumidor precisa se conscientizar de que, nessa relação contratual, ele não é nada; ele perdeu a sua força de consumidor. O próprio STJ permite que os contratos sejam cancelados de forma unilateral, porque administradora e operadora são pessoas jurídicas do mesmo nível de consciência, do mesmo nível intelectual - mas o consumidor, não; o consumidor é vulnerável.

O grande problema está na proibição falsa: a falsa proibição das operadoras em comercializar os contratos individuais. Sem falar que agora se vende contrato coletivo que deveria ser individual - contrato coletivo empresarial para família; duas, três pessoas podem ter um PME e ter um contrato coletivo, quando ... coletivo.

Então, diante de 15 segundos, eu quero agradecer o tempo e quero dizer que o consumidor precisa ter força e precisa que esta Casa, o Senado, proteja o consumidor como ele merece, porque esses cancelamentos unilaterais são práticas abusivas, desonestas, desleais e desumanas com o consumidor idoso.

Eu quero lhe agradecer a oportunidade e dizer que estou às ordens.

Muito obrigada. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Humberto Costa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Muito obrigado. Obrigado à Dra. Renê Patriota.

Só fazendo uma pequena correção: eu nunca fui dirigente da ANS, mas também não teria problema se tivesse sido, não. Bom, vamos formar a segunda mesa.

Eu peço que as pessoas que aqui estão neste momento - a quem eu agradeço muito penhoradamente pelo seu comparecimento, pela sua contribuição, pela importância da sua participação - possam tomar assento à bancada.

Quero chamar aqui a próxima mesa, começando pela Dra. Liana Cirne, Presidente da Comissão Permanente da Pessoa com Deficiência da Câmara Municipal do Recife. Ela é Vereadora e especialista em transtorno do espectro autista.

Quero convidar também o Dr. Lucas Andrietta, Coordenador do Programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa de Consumidores (Idec); a Dra. Letícia Fantinatti de Mello, Sócia-Fundadora da Associação Vítimas a Mil; também a Dra. Fabiane Alexandre Simão, Presidente da Associação Nenhum Direito a Menos; e, finalmente, a Dra. Marília Mendes de Souza, Advogada e Primeira Presidente da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa com Autismo da OAB Nacional.

Então, com a palavra, a Dra. Liana Cirne. A senhora tem dez minutos.

A SRA. LIANA CIRNE (Para expor.) - Obrigada, Senador Humberto Costa.

Eu quero cumprimentar a Profa. Senadora Teresa Leitão, a Senadora Soraya, a Senadora Damares, todas e todos presentes e também os que nos acompanham pelas redes sociais.

Quero especialmente saudar as famílias atípicas que acompanham esta importante audiência pública.

Vou pedir para passar o primeiro eslaide.

O título que eu dei é: "Autismo e Planos de Saúde: Rescisão unilateral dos contratos como ato discriminatório".

Início a minha fala configurando o marco jurídico, a partir do qual eu falo, a partir do direito antidiscriminatório como um direito fundamental da sociedade. A gente tem que entender isso, porque me parece que é um argumento, por parte dos planos de saúde, falacioso.

E eu quero já invocar um exemplo que nós utilizamos muito, que é o exemplo do condomínio. Eu moro num condomínio. No meu condomínio tem uma escadaria; é um prédio dos anos 50 - não se falava em acessibilidade naquela época -, mas no meu condomínio também há pessoas idosas e também há pessoas cadeirantes. Nós temos uma escolha: ou nós vamos colocar uma rampa de acessibilidade que será custeada por todos os condôminos, ou nós vamos obrigar as pessoas idosas e cadeirantes a não terem acesso livre ao ir e vir a qualquer lugar, porque entendemos que nós, demais condôminos, não temos que arcar com o custo de uma sociedade livre, inclusiva e que respeite a dignidade humana de todos os nossos vizinhos.

Esse é o dilema do condomínio, que é utilizado como paradigma para os planos de saúde, que se arvoram o direito de rescindir unilateralmente e discriminatoriamente os contratos de assistência à saúde de pessoas autistas e idosas. O exemplo do condomínio reforça o nosso argumento. Uma sociedade em que não haja eugenia, uma sociedade verdadeiramente democrática, uma sociedade em que todas as pessoas têm o direito de ir e vir e em que não haja o pressuposto de que as pessoas podem ser arbitrariamente discriminadas, essa é uma sociedade que arca com os custos da sua democracia.

Então, o direito antidiscriminatório não é um direito das pessoas com deficiência, dentre as quais as pessoas autistas se incluem. O direito antidiscriminatório é o direito que nós temos a uma sociedade justa e democrática, é um direito de todo mundo que está aqui. E o capacitismo é também um conceito fundante para nós travarmos esse debate. Ainda não ouvi essa palavra, mas nós precisamos falar em capacitismo. E para falarmos em capacitismo, eu preciso que as pessoas entendam que uma pessoa com deficiência tem deficiência numa sociedade capacitista, numa sociedade que foi planejada para a exclusão, e não para a inclusão.

E aqui eu vou pedir para que passem o filme O Mundo Adaptado e eu gostaria de que todo mundo assistisse e refletisse.

(Procede-se à exibição de vídeo.)

A SRA. LIANA CIRNE - O mundo é mais cruel quando ele não foi concebido para você. É isso que o capacitismo nos faz pensar, que a deficiência não é o que fica à frente da pessoa, é a pessoa que vem à frente; a deficiência vem depois. Mas, se a gente está num mundo capacitista em que tudo foi feito para pessoas neurotípicas, para pessoas sem deficiência, esse não é um mundo inclusivo.

E essa lógica vale para os planos de saúde, porque a gente está partindo do pressuposto de que a gente pode excluir aqueles clientes que são indesejáveis, porque eles têm um custo maior.

Vou pedir para passar... Já passou.

Bom, eu vou... Só passou um? *(Pausa.)*

Você pode voltar, por gentileza? Passar mais um? *(Pausa.)*

O direito à saúde suplementar foi assegurado pelo art. 5º da Lei Berenice Piana, a Lei 12.764, de 2012, e isso aqui já mostra como a relação entre as famílias atípicas e os planos de saúde é tortuosa. Essa relação é uma relação dura, a ponto de precisar-se colocar na Lei Berenice Piana que as pessoas autistas têm direito a um plano de saúde. Se isso fosse uma coisa simples, não seria necessário colocar no art. 5º da lei. O art. 5º, um dos primeiros artigos da lei, é dizer que os autistas têm direito a um plano de saúde.

Então, vejam que relação de violência!

Vou pedir para passar.

Esse histórico de violência precisa chegar a um ponto final. Basta! Basta de nós naturalizarmos esse tipo de comportamento, que é inaceitável em uma sociedade democrática!

Vou pedir para passar.

Também quero invocar novamente o exemplo do condomínio.

O exemplo do condomínio já foi utilizado pelas escolas particulares na ADI 5357, em que o Supremo Tribunal Federal discutiu se as escolas particulares teriam ou não teriam o direito de serem excluídas do Estatuto da Pessoa com Deficiência. As escolas particulares diziam que, como elas não eram serviço público, elas poderiam não aplicar todos os direitos das pessoas com deficiência, porque aquilo era muito custoso, e quem iria arcar com os custos eram os estudantes típicos, sem deficiência.

E aí o Ministro Edson Fachin, Relator da ADI, decide da seguinte forma: "Sobre a magnitude dos custos, alardeada pela autora, vale dizer que a vida em coletividade pressupõe a diluição dos gastos necessários à concretização do bem comum, notadamente em se tratando de despesas imprescindíveis à realização de um direito fundamental [...]".

Parece-me que a similitude dos argumentos fáticos e jurídicos da Abramge e outras entidades representativas dos planos de saúde, com os argumentos da Confenem, que foi a entidade proponente dessa ADI, é notória e me parece...

(Soa a campanha.)

A SRA. LIANA CIRNE - ... que a matéria já foi decidida.

Vou pedir para passar o eslaide, por favor.

Eu vou pedir para passar esses da ANS.

Pode passar.

Também vou pedir para passar o do STJ, porque já foi citado duas vezes.

Aqui eu quero trazer um ponto importante, Senador Humberto e demais Senadores, porque aqui foi falado por três membros da mesa e eu acho que esse é um tema extremamente relevante.

Esse eslaide é o anterior. Eu mudei esse eslaide. É da apresentação anterior, acredito.

Pode passar ao próximo? *(Pausa.)*

Não; o anterior.

Então está com erro.

Bom, então, deixem-me dizer qual é o argumento aqui.

Está se falando em desperdício...

Vou pedir um minutinho a mais, Senador.

Está se falando em desperdício de tratamentos, e os autistas estão sendo punidos por um desperdício de tratamentos.

Foi colocado aqui pela Abrange que falta um protocolo de atendimentos, e eu quero manifestar, pessoalmente, minha posição...

(Soa a campanha.)

A SRA. LIANA CIRNE - ... favorável a esse protocolo, porque - e aqui é fundamental dizer - não se trata apenas de ônus de custos para os planos de saúde, mas a gente também tem que falar de ônus de custo de tempo para as famílias, em especial, as mães. Porque, se existe algum tipo de conluio para que clínicas estabeleçam 40 horas de tratamento, de um determinado tratamento, para uma pessoa autista, ele está convertendo aquela mãe em uma pessoa que vive exclusivamente... Porque eu sou mãe atípica e eu sei que, se o meu médico mandar fazer 60, 90, 120 horas de tratamento, eu vou largar a vereança, eu vou parar a minha vida, para dar ao meu filho o que o meu filho precisa - e todas as mães são assim!

Então, a questão do protocolo de tratamentos não é apenas uma questão de interesse dos planos de saúde; é de interesse das famílias atípicas também, porque há, sim, suspeita de fraude! Isso não foi falado, mas há.

(Soa a campanha.)

A SRA. LIANA CIRNE - Então, concluindo, nós precisamos avançar nesse sentido, também para garantir qualidade de vida para os autistas, que precisam brincar, que precisam ter lazer, e para as mães.

Finalmente, Senador, eu queria concluir com uma proposta de projeto de lei.

Pode passar o próximo eslaide?

O SR. PRESIDENTE (Humberto Costa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Conclua, por favor.

A SRA. LIANA CIRNE - Eu gostaria de propor que o art. 5º da Lei 12.764, que é a Lei Berenice Piana, fosse acrescido dos §§1º, 2º e 3º.

§1º. É vedada a rescisão ou suspensão discriminatória do plano privado de assistência à saúde para pessoas autistas, enquanto não houver alta na internação ou tratamento médico prescrito.

§2º. Considera-se discriminatória a rescisão...

Esse texto já foi alterado inclusive. Esse eslaide é anterior.

§2º. Considera-se discriminatória a rescisão ou suspensão unilateral por iniciativa da operadora, fundada na seleção de riscos envolvendo os altos custos para tratamento das pessoas autistas.

E, finalmente: "§3º. A vedação de que trata o §1º se aplica a planos de saúde individuais e coletivos".

Muito obrigada. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Humberto Costa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Obrigado, Dra. Liana, pela sua contribuição.

Eu passo a palavra agora ao Dr. Lucas Andrietta, Coordenador do Programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Direito do Consumidor, o Idec.

V. Sa. tem dez minutos para a sua apresentação.

O SR. LUCAS ANDRIETTA (Para expor.) - Obrigado, Sr. Presidente.

Eu queria começar saudando a todas as pessoas presentes, em nome do Idec.

Queria agradecer pelo convite da Comissão. Para o Idec, é sempre uma honra ocupar espaços como este, trazer as nossas propostas.

Eu quero saudar também a todas as pessoas associadas e apoiadoras do Idec.

Eu quero saudar as pessoas, famílias, grupos e entidades de pacientes, cuja mobilização trouxe visibilidade para a relevância desse tema que nós estamos discutindo hoje e para dramas de vidas reais, dramas que foram provocados por práticas das operadoras e pela omissão do poder público.

Queria lembrar aqui, nesse sentido, que esta audiência foi convocada para discutir o problema do cancelamento como um problema das pessoas que sofrem com o cancelamento. Esta audiência não foi convocada para discutir, por exemplo, o problema da sustentabilidade financeira das operadoras, embora isso seja um elemento que deve constar, obviamente, em todas as discussões que perpassam esse setor, tanto em termos econômicos quanto em outras dimensões.

Portanto, fomos provocados a pensar em soluções, e as soluções que nós estamos buscando aqui são soluções para as pessoas que sofrem com os cancelamentos unilaterais.

Bom, o Idec tem um histórico bastante longo e de muitos anos já defendendo a regulação desse setor. Vale lembrar que nós participamos da própria criação da lei dos planos de saúde. Vale lembrar que, na lei dos planos de saúde, o tema do cancelamento é totalmente vedado para planos individuais, por entender que essa é uma prática abusiva, uma prática que lesa beneficiários de planos de saúde, consumidores e pacientes, sem exceções. Nós estamos falando aqui de casos excepcionais, de pessoas em tratamento, de pessoas internadas, temas igualmente relevantes, mas que já são coibidos pela lei, embora ainda praticados.

O que nós estamos defendendo aqui, portanto - e fica a nossa proposta de solução -, é a proibição do cancelamento unilateral para todos os tipos de planos de saúde, particularmente por entender que o principal problema da regulação do setor é o duplo padrão regulatório entre planos individuais e planos coletivos. Esse é um problema que não foi sanado pela lei, em 1998, nunca foi equacionado, e seguimos hoje aqui ainda discutindo desdobramentos e problemas gerados por lacunas regulatórias em relação aos planos coletivos.

Podemos lembrar também que, hoje mesmo, agora há pouco, a ANS divulgou o teto de reajustes para os planos individuais. Ora, essa é uma notícia muito comentada, vai repercutir bastante, mas temos que lembrar que ela atinge e protege apenas, hoje, 18% desse mercado, porque mais de 80% das pessoas com planos de saúde, hoje, estão em planos coletivos, inclusive planos falsos coletivos. Então, talvez fosse mais adequado dizer que, hoje, a ANS divulgou o mínimo do reajuste, não o teto, divulgou o piso do reajuste, porque nós sabemos que todas as pessoas em planos coletivos podem esperar reajustes de dois dígitos, que nós sabemos que estão acontecendo, inclusive foi um tema já comentado aqui.

Eu quero aproveitar que outros colegas já exploraram alguns argumentos e focar a minha fala na ideia de que a grande mobilização de pessoas, de grupos, de famílias e de entidades trouxe a gente até aqui, trouxe esse tema para essa exposição e essa repercussão. Dito isso, nós discutimos hoje, por exemplo, a possibilidade de uma CPI dos planos de saúde, para discutir o exato tema que nós estamos discutindo hoje, uma CPI para discutir cancelamentos.

A partir do momento em que essa notícia ganhou destaque, o Presidente da Câmara, Arthur Lira, convocou uma reunião com as operadoras - e foi, inclusive, comentado aqui o resultado dessa reunião -, mas não convocou, por exemplo, representantes da sociedade civil, não convocou entidades de proteção ao direito do consumidor. Então, eu queria registrar aqui que o Idec está pedindo ao Arthur Lira que receba essas entidades, que receba esses grupos, para também ouvir os nossos argumentos; afinal de contas, este é o nosso interesse: encontrar soluções para esse problema.

Quero explorar também a ideia de que nessa reunião foi realizada uma espécie de acordo verbal. Nós soubemos disso por informações fragmentadas das pessoas que estavam ali, inclusive algumas informações que foram trazidas para cá hoje, e o que a gente depreende dessas informações um pouco desconstruídas é que querem dar a entender que o problema se reduz criando pequenas modificações na legislação, criando pequenas exceções para conter e restringir esse problema, por exemplo, abre aspas, "a algumas doenças"; por exemplo, "a algumas condições de saúde".

Não é isso que nós defendemos. Repito, nós defendemos a proibição do cancelamento no unilateral para todos os planos de saúde, porque esta é uma prática abusiva.

Querem dar a entender, por exemplo, que esse problema afeta só planos por adesão; querem dar a entender que esse problema afeta apenas os grupos e entidades mais organizados, que trouxeram visibilidade, por exemplo, para o tema das crianças no espectro autista.

Mas aí eu pergunto para todas as pessoas aqui presentes, não apenas aos Senadores, mas também a todo mundo que está nos assistindo, se cada um aqui sabe dizer, por exemplo, quais doenças vai ter nos próximos dois anos; quando, por quanto tempo essas doenças vão precisar de cuidados. Cada um aqui de nós sabe responder essa pergunta?

Nós sabemos dizer, nos próximos, digamos, dois, cinco, dez anos, quantas consultas teremos que fazer, quantos exames, quantas terapias, quais especialistas, quais profissionais nós vamos precisar? Nos próximos dez anos, quantos dias a gente vai ter que passar internado num hospital? A gente sabe responder a essa pergunta? Quais medicamentos teremos que receber, em qual dose, em qual quantidade e assim por diante?

Mais do que isso, nós aqui somos capazes de escrever num papel uma lista definitiva com o nome de todos os procedimentos, de todos os cuidados, de todos os medicamentos que nós podemos precisar em termos técnicos bem definidos? Não. Por quê? Porque esse tipo de evento, da perspectiva individual, é um evento com altíssima incerteza, e é exatamente desse tipo de evento que os contratos de planos de saúde tentam proteger as pessoas.

Então, o que nós estamos discutindo aqui, a prática do cancelamento, é uma ameaça a mais, porque, além das pessoas terem que se perguntar se vão ficar doentes, se receberão os cuidados que precisam, se esses cuidados serão feitos no momento certo, na qualidade adequada, elas também terão que se perguntar: "Será que a operadora vai cancelar o meu plano de saúde?"; "será que, porque no meu contrato tem muitas pessoas idosas, esse contrato será cancelado?"; "será que a sinistralidade do meu contrato vai ser elevada demais?". São termos que estão completamente fora do alcance de uma pessoa comum que contrata um plano de saúde.

Então, eu pergunto para vocês, nesse caso: no que se fundamenta a boa-fé objetiva de um contrato de plano de saúde? Ela se fundamenta exatamente na segurança de que, em caso de necessidade, a pessoa receberá os cuidados necessários. Esse é o fundamento dos contratos que nós estamos discutindo aqui e que estão sendo cancelados.

Vejam que isso que eu acabei de dizer é diferente para as empresas, porque, do ponto de vista populacional, esses riscos são calculáveis. É papel dessas empresas exatamente gerenciar esses riscos.

Foi dito aqui sobre o princípio do mutualismo. Tudo bem, mas por que não se oferecem mais planos individuais e familiares, então, que compõem um grande fundo mútuo que poderia oferecer a intermediação financeira de serviços de saúde para todas as pessoas que fazem parte desse setor que nós estamos discutindo? Não.

Portanto, não faz sentido discutir sustentabilidade de contratos que têm pouquíssimas pessoas. Isso não faz sentido algum. Inclusive, nós temos regulações específicas sobre isso, que parecem não ser suficientes.

(Soa a campanha.)

O SR. LUCAS ANDRIETTA - Então, eu queria encaminhar aqui o fim da minha fala, apenas dizendo que uma pergunta muito elementar em relação a esse problema não é respondida nem pela ANS, que é: "Quantos cancelamentos unilaterais foram realizados no último ano, em 2023, nos últimos 12 meses?". Nós estamos discutindo um problema de altíssima relevância sobre o qual a agência reguladora do setor não é capaz de divulgar informações precisas, adequadas. Basta checar nos dados abertos que a ANS divulga. Não é possível ter esse número. As operadoras obviamente sabem disso, apresentaram alguns números aqui, inclusive de pessoas que ainda serão canceladas pelas estimativas de sinistralidade que estavam constando aqui da apresentação.

Então, pedindo mais um pouco de tolerância para a minha fala, eu vou encerrar apenas encaminhando essa proposta.

Quero dizer que o Idec tem propostas claras para a regulação de planos coletivos. Os pontos centrais são: a vedação completa da prática do cancelamento unilateral; a regulação dos reajustes; a limitação dos reajustes com critérios claros e transparentes, da mesma forma como já é feito para os planos individuais.

Portanto, o que nós estamos discutindo aqui - convém enfatizar mais uma vez - são parâmetros e aspectos jurídicos que já são vigentes para os planos individuais. Trata-se de reconhecer, equiparar e proteger os consumidores, de maneira homogênea, na extensão toda do mercado de planos de saúde, de forma que esse setor possa funcionar de maneira sustentável, obviamente, mas sobretudo garantir aos consumidores aquilo que está contratado e garantir os cuidados da saúde de todas as pessoas, de todas as idades, e não daquelas inseridas em listas finitas de algumas doenças, algumas condições, rótulos, por exemplo, que podem nos servir, como doenças crônicas, doenças raras.

O que nós estamos defendendo aqui é que a prática do cancelamento unilateral é abusiva e deve ser vedada por propostas legislativas já existentes para todos os tipos de contrato, para todas as pessoas.

Eu agradeço novamente à mesa e encerro a minha fala.

Obrigado. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Soraya Thronicke. Bloco Parlamentar Independência/PODEMOS - MS. Para interpelar.) - Muito obrigada, Lucas.

Eu gostaria só de questioná-lo. Você disse que a ANS não respondeu quantos cancelamentos unilaterais foram feitos em 2023. É isso? O Instituto Brasileiro de Direito do Consumidor, vocês chegaram a oficiá-los?

(Intervenção fora do microfone.)

A SRA. PRESIDENTE (Soraya Thronicke. Bloco Parlamentar Independência/PODEMOS - MS) - O.k.

O SR. LUCAS ANDRIETTA - Nós protocolamos um ofício à ANS na oportunidade da audiência recente que houve também na CDC, na Câmara dos Deputados. Nesse ofício, o que nós pedimos é a realização de uma nova audiência pública no âmbito da ANS, para discutir a regulação dos planos coletivos, nos termos que eu defendi aqui, entre outras coisas, para qualificar as informações produzidas pela própria agência.

Então, essas informações serão solicitadas se esse ofício for atendido.

A SRA. PRESIDENTE (Soraya Thronicke. Bloco Parlamentar Independência/PODEMOS - MS) - O.k., mas não houve resposta até agora para o ofício?

O SR. LUCAS ANDRIETTA - Até agora não.

A SRA. PRESIDENTE (Soraya Thronicke. Bloco Parlamentar Independência/PODEMOS - MS) - Carol, por favor, faça, nesse mesmo sentido, para que a gente ajude a reforçar esse pleito, porque eu também estou com dificuldades de respostas a ofícios na ANS - muita dificuldade. Ficam *ad aeternum* sem resposta, por incrível que pareça. Então, isso precisa ser esclarecido, e nós exigimos respostas.

Próxima oradora, Letícia Fantinatti de Mello, Sócia-Fundadora da Associação Vítimas a Mil.

Letícia, muito obrigada pela sua presença.

Dez minutos para falar, está bom?

Muito obrigada.

A SRA. LETÍCIA FANTINATTI DE MELLO (Para expor.) - Boa tarde a todos.

Eu é que agradeço, Senadora, pela oportunidade de trazer a Associação Vítimas a Mil para colaborar com esse assunto de extrema importância.

Eu não vou ser repetitiva, porque muitos aqui já falaram do cancelamento, dos problemas, de números... Eu vou falar mais da parte como cliente, até porque a gente sabe que teve uma reunião na semana passada, e eu vi que compareceu a Abrange, a Fenasaúde, mas nunca vi ninguém chamar um cliente para falar, ouvir a opinião de um cliente. Hoje, então, eu vou mudar totalmente o que eu tinha pensado em falar, para falar como cliente, uma pessoa que sofreu na pele exatamente o que essas pessoas estão sofrendo hoje.

Eu tive omissão de socorro, eu corri risco de vida. Por quê? Por falta de atendimento. Então, não vamos falar só do cancelamento. Vamos falar de uma estrada paralela com o cancelamento, que são os descredenciamentos. E o descredenciamento, na maioria dos planos de saúde, estão ocorrendo em massa.

E do que adianta eu ter o meu plano ativo se eu não tenho onde tratar? Foi isso que aconteceu comigo.

Em 2021, meu plano estava ativo, normal, e eu fui procurar um atendimento para um problema de saúde, que me coloca em risco de vida. Eu tenho uma perda de potássio espontânea de que ninguém sabe o porquê, então, às vezes, eu tenho uma crise. Eu estava com 2,8mmol/L de potássio. Se eu chegasse a 2,5mmol/L, eu iria a óbito.

Eu fui para o hospital, consegui, no dia 9 de dezembro, o início do tratamento, mas eu piorei e começou a atingir o rim. Dia 20 de dezembro, eu entrei no mesmo hospital, pedindo atendimento, e eu fui colocada para fora do hospital, assim, sem ter o que... "Não questione, Letícia. Saia. Aqui não atendemos mais a seu plano".

Eu, na época, não tinha noção dos meus direitos. Eu saí. E aí eu liguei para Amil e perguntei: "Onde eu posso ser atendida?". A Amil não conseguiu me responder onde eu poderia ser atendida. Ela dizia: "Tente o hospital tal". Eu falei: "Gente, eu estou passando mal. Eu estou em crise de potássio. Eu posso ir a óbito. Vocês estão me mandando tentar? Eu não estou procurando hotel; estou procurando um hospital".

Resumindo, a Amil não conseguiu me fornecer um hospital.

Eu voltei para casa, deitei e me automediquei e eu não sabia se eu iria acordar no dia seguinte.

É uma lembrança que eu gostaria de esquecer, mas não dá, porque Amil continua descredenciando.

Eu continuei tempos sem tratamento e, por isso, nós fundamos a Associação Vítimas a Mil, na tentativa de judicializar uma ação e tentar conseguir uma liminar e pleitear que a gente voltasse a ter a rede credenciada, para que qualquer cliente, não só eu, mas o que tem câncer, o autista, qualquer um possa continuar com seus tratamentos, e isso não é possível.

O que é que aconteceu? Nós ganhamos uma liminar. Eu tenho uma liminar. Hoje eu posso falar: "Nossa, eu vou me tratar"... Só que não. A Amil não cumpre essa liminar, como tantas outras operadoras.

Então, eu tenho a liminar e aí eu falo: "Eu vou marcar um exame num lugar que eu poderia fazer". Eu não consigo.

Então, é desgastante você já ir fazer um exame, chegar ao local e ninguém cumprir a sua liminar. Então, para que eu judicializei? Para que a gente tem... A Amil não respeita. Não só a Amil - eu estou falando da Amil porque eu sou cliente da Amil -, mas as outras operadoras também.

Antigamente, a Amil dizia que iria respeitar somente as limitares dos associados fundadores da Vítimas a Mil. Hoje, nem isso, porque eu sou associada fundadora, e não consegui usar minha liminar, no mês passado, para um exame de rotina. Então, eu me questiono: onde nós podemos recorrer? Se eles não estão respeitando uma liminar, onde eu poderia recorrer? Bom, nós temos a ANS, que, de fato, tem milhares de leis que defendem o consumidor, o cliente. Mas como você chega à ANS? Através de uma NIP, que é a Notificação de Intermediação Preliminar.

A NIP deveria ser - vou usar um termo simples - o "Reclame Aqui" do consumidor, mas acontece que, para você fazer uma NIP, você tem que ser cliente prata ou ouro do Gov.br. Se você for cliente bronze, você não pode fazer uma NIP. Quer dizer, você não tem onde reclamar.

Mas vamos supor que todos os clientes de operadoras sejam prata ou bronze. Você consegue entrar no *site* para fazer a sua reclamação. Quando você entra no *site*, tem um tutorial para você aprender a fazer uma NIP. Se você não for PhD em TI, você não vai conseguir fazer essa NIP.

Aí fica difícil, né? Como é que você vai fazer?

Vamos supor também que todos consigam preencher essa NIP. Aí, olha a desigualdade: é um cliente leigo fazendo uma reclamação, e quem vai responder, pelo lado da operadora, são escritórios de advocacia. Como você vai equilibrar isso? Como?

Então, o cliente está sempre perdendo. Precisamos mudar esse sistema, até para conseguir fazer uma reclamação chegar à ANS.

Digamos que se conseguiu fazer a NIP, conseguiu-se fazer a reclamação. Vem a resposta da operadora. Normalmente, são respostas que as pessoas nem sabem, não estão entendendo.

No meu caso, a operadora disse que eu não tive omissão de socorro, que eu poderia procurar três hospitais, e citaram três hospitais nessa NIP.

Eu gravei ao vivo uma entrevista para um programa, em que eu liguei para esses locais, para mostrar que não, que aquilo não era real. Eles disseram que eu podia ir à Fundação Faculdade de Medicina, que naquela época estava fechada por causa da pandemia. Depois falaram que eu poderia ser atendida na Beneficência Portuguesa. Não é real; eu não poderia ser atendida na Beneficência Portuguesa. Em terceiro lugar, deram-me a opção do Hospital Carlos Chagas, que fica em Guarulhos. Eu moro em São Paulo. Se São Paulo, capital, não tem hospital para me atender, eu vou desacreditar das outras cidades. Como assim? Eu moro em São Paulo, uma cidade que tem inúmeros hospitais, e eles estão me mandando para Guarulhos?

Então, a rede descredenciada prejudica sim. As pessoas não conseguem fazer seus tratamentos. Essa é a realidade.

Então, a gente precisa muito ficar de olho nisso. Não adianta só ter o plano ativo, é preciso ter onde tratar. A operadora tem que dar essa chance de você poder...

Eles estão esmagando tanto... Vou dar um exemplo bem simples: no ano de 2024, agora, a operadora descredenciou - só na cidade de São Paulo e só de hospitais eu vou falar - 124 locais. Desses 124 locais, 27 eles poderiam descredenciar, porque não se precisava de autorização da ANS, porque seria um descredenciamento parcial. Restaram 99. Desses 99, a ANS só recebeu pedido para descredenciamento de 35 locais.

Nós estamos com 64 descredenciados irregularmente, e não tem como fiscalizar. Como a ANS vai chegar a esse descredenciamento se isso foi espontâneo da operadora? Se ninguém denunciar, a ANS não tem como fiscalizar.

E aí a gente continua perdendo locais diariamente, sem chance de atendimento e sem chance de cura.

A alegação da operadora é que os clientes dão muito prejuízo. Se eles não descredenciassem tanto, talvez a gente não desse tanto prejuízo, porque a gente teria locais para poder ser atendido, e locais que eles mesmos indicam. Quer dizer, se eles não sabem escolher os prestadores deles, que estão pedindo exames desnecessários, quem somos nós, os clientes, para podermos questionar? Então, o erro já parte deles, que não sabem escolher os prestadores. E aí, como eles não sabem escolher os prestadores, então vamos tirar os prestadores, e o cliente fica sem o tratamento. Não dá mais para aguentar isso.

Então, eu peço encarecidamente que, quando estiverem olhando para o cancelamento, olhem junto para o descredenciamento, porque uma coisa anda junto com a outra.

Eu sou a prova, como eu estou dizendo, de que eu tinha o plano ativo e eu não pude me tratar. Eu fiquei seis meses sem o tratamento e, por falta do tratamento, eu desmaiei dirigindo um carro, numa rodovia, a 120km/h. Mas eu estou aqui; gostaria de me esquecer de tudo isso, mas eu estou aqui. E eu estou aqui justamente para pedir: olhem pelos clientes, não vejam só os números.

Hoje eu recebo, pelo meu celular, pedidos de socorro de diversos clientes, e é uma situação que não dá para esperar. Vidas não esperam. Nós estamos aqui tomando uma decisão de vidas.

(*Soa a campanha.*)

A SRA. LETÍCIA FANTINATTI DE MELLO - Se a gente não for rápido, vidas vão se perder, como já se perderam. Então, para não passar do tempo, eu vou encerrar agradecendo a oportunidade de trazer a voz, como cliente, de todos esses que depositaram em mim uma esperança de eu poder falar e mostrar o que eles estão sentindo e o que eles estão passando, o que não é fácil. Ver a morte de perto... Só quem viu é que sabe o quanto é difícil.

Obrigada. (*Palmas.*)

A SRA. PRESIDENTE (Soraya Thronicke. Bloco Parlamentar Independência/PODEMOS - MS) - Obrigada, Letícia, por trazer a voz de tantas vítimas hoje.

Mas decisão judicial - está a Doutora aqui que não nos deixa mentir - se cumpre. Se não lhe agrada, você recorre, mas ela deve ser cumprida. E, muitas vezes, eu acredito que, neste caso, é importante pedir a prisão do não cumprimento, justamente porque a multa não adianta. Porque, com a multa, a sua vida já se foi. Então, multa e prisão para o não cumprimento. Tem que avisar o juízo que concedeu a liminar de que eles não estão cumprindo, pedir urgência nisso e prisão.

Obrigada, Letícia.

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Presidente Soraya...

A SRA. PRESIDENTE (Soraya Thronicke. Bloco Parlamentar Independência/PODEMOS - MS) - Olá, Senador. Obrigada pela sua presença.

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR. Pela ordem.) - Bom dia a todos.

Presidente, desculpe-me o meu atraso, mas eu estava com outras agendas, que se superpuseram, mas eu queria dizer que nós estamos aqui com um desafio imenso: saúde suplementar, no nosso país, que abarca cerca de 50 milhões de pessoas, de 50 milhões de usuários, e que eu acredito que é um excelente negócio, porque tem muita gente que disputa esse espaço.

Mas nós temos sempre nos debatido aqui com a questão de que alguns segmentos de prestadores e de usuários não são muito ouvidos para se simetrizar, para se equilibrar essas relações.

Vou dar um exemplo. Ainda há dois anos, nós nos surpreendemos com a decisão do STJ que tornava o rol da ANS não mais exemplificativo, mas taxativo. Àquela época, o Presidente Arthur Lira fez uma reunião com os usuários, principalmente as pessoas portadoras de doenças raras, doenças do espectro autista, enfim, que se sentiram prejudicadas com essa medida. O Arthur nos deu lá uma responsabilidade de criar um projeto de lei para reverter essa questão. Ele nos deu 15 dias e me nomeou Relator. Fizemos um relatório com a participação de todos, que foi aprovado, por unanimidade, na Câmara, veio para o Senado e foi relatado pelo Senador Romário, e nós voltamos a considerar o rol não mais taxativo, mas exemplificativo, na ANS, aliás, garantindo acesso, principalmente, a esses pacientes que têm doenças de difícil tratamento.

Mas queria dizer a vocês que nós temos um desafio muito maior. Nós precisamos criar um novo marco legal, porque essa Lei 9.656, que já é de 1998, foi tão remendada, por tantas decisões infralegais... Nós estamos, Presidente, senhoras e senhores, tentando aperfeiçoar esse marco legal já há mais de oito anos, nesta Casa. Eu já tive a oportunidade de ser Presidente de uma Comissão que teve, como Relator, o Senador, ainda Deputado, Rogerio Marinho, e nós não conseguimos aprovar o relatório muito bem feito, nós não conseguimos ir à frente. Na última, eu fui o Relator e também procurei ouvir, um pouco mais, as entidades e procurei aperfeiçoar o que já era bom do hoje Senador Rogerio Marinho, mas nós não conseguimos ir à frente. Agora, nós temos um outro Relator que está tentando ir à frente com a matéria, mas é muito difícil.

Eu vou dizer uma coisa para vocês, o que me fica claro é que as operadoras tinham um sistema de remuneração para os prestadores, principalmente os médicos e pequenas clínicas, que a gente chama de *fee-for-service*, que era o pagamento por procedimento. Essas operadoras formaram um convencimento, quase uniforme, de que esse tipo de remuneração gerava muitos desperdícios, muitas glosas, e se criou um modelo que chama *captation*. *Captation* é quando você é contratado para atender um determinado número de pessoas: você tem um determinado valor para atender essas pessoas, quando você contratualiza com o usuário, como uma clínica, por exemplo, e você ganha R\$500 mil para atender 2 mil, 3 mil pessoas.

O que vai acontecer com essa relação? Ora, quem está prestando serviço vai indicar o mínimo possível de exames, indicar o mínimo possível de cirurgias mais dispendiosas, para que sobre um pouco de recursos para remunerar essa instituição que está fazendo essa contratualização. Isso é uma relação difícil. Aliás, nós estamos vivendo - eu digo como médico, prestador de serviço - uma verticalização, pelas operadoras, que, também, além de dificultar o acesso dos usuários, remunera muito mal quem presta o serviço.

Então, eu acho que nós precisamos aprofundar essa discussão, e eu vejo que aqui tem tantas pessoas valorosas que vieram fazer parte desta audiência pública, mas uma audiência pública com mais de quatro convidados termina por cercear um pouco a participação de todos, porque o tempo de fala fica muito pequeno e nós não temos tempo para ficar aqui durante muito tempo porque as nossas agendas se superpõem.

Então, eu queria sugerir a V. Exa. que nós pudéssemos ampliar esse debate, chamar mais entes aqui que fazem parte dessa relação, porque esta é uma relação extremamente assimétrica: os usuários terminam sempre ficando para trás, tendo essa dificuldade de acesso, mas a gente vê que tem certos segmentos que crescem muito nessa relação.

Então, fica aqui a minha sugestão, Presidente: que nós possamos realmente ir em frente nessa discussão; e, se eventualmente o projeto de lei que tramita na Câmara vier aqui para o Senado, que a gente possa também aperfeiçoá-lo da melhor maneira, para garantir remuneração a quem presta o serviço e acesso mais adequado a esses 51 milhões de brasileiros que optaram pela saúde suplementar.

Obrigado. Obrigado a todos.

A SRA. PRESIDENTE (Soraya Thronicke. Bloco Parlamentar Independência/PODEMOS - MS) - Obrigada, Senador Dr. Hiran, pela sua participação.

Quero registrar a presença do Deputado Ivan Valente - muito obrigada, Deputado, pela sua presença.

A Senadora Teresa Leitão deseja se manifestar antes da a Marlla falar.

A SRA. TERESA LEITÃO (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE. Pela ordem.) - Eu peço licença porque não queria sair sem me desculpar. Eu tenho que sair porque tenho um compromisso às 13h30 e um intervalozinho para o almoço - nossa obrigação cotidiana, não é, Senador? Até porque tem a ver com a saúde.

Mas, Senadora Soraya, eu não queria sair sem parabenizar a oportunidade deste debate. Eu anotei muita coisa que foi dita aqui: muita coisa que entra em conflito com o direito - o direito do consumidor, o direito da pessoa humana, o direito à saúde; saúde é vida - e também alguns aspectos que foram levantados de como os tratamentos de saúde hoje são feitos no Brasil. Enquanto uma pessoa que usa a rede SUS passa às vezes três meses esperando para fazer um exame, nenhum diagnóstico em plano de saúde é dado sem, no mínimo, uma bateria de quatro, cinco, seis exames.

Eu estou com um processo pós-operatório de uma cirurgia no fêmur - o Senador Hiran já me acompanhou nisso - e já fiz todos os exames possíveis: radiografia, ultrassonografia, ressonância magnética, e quinta-feira passada fiz uma tomografia, doída por um diagnóstico definitivo. Então, essas coisas da modernidade, daquilo que o avanço da ciência nos dá, do ponto de vista dos planos também revelam um desequilíbrio no acesso à saúde.

E acho que aqui foram ditas coisas muito relevantes do ponto de vista do legislador, de uma Casa Legislativa, tanto a proposta de projeto de lei da Vereadora Liana quanto o grito dos usuários, e da leitura que se faz da amplitude do direito, o que vai resguardar as possibilidades de suspensão de planos, que é o que a gente está vendo, tanto para pessoas vulneráveis ou do espectro autista como para qualquer pessoa - qualquer pessoa. Então, o tratamento tem sido muito desrespeitoso, sim.

Quem se preserva de um plano mais elaborado, de um plano mais respeitoso, de um plano mais consistente no mercado, se preserva, mas quem está no mercado, minha gente, independentemente de qualquer coisa, se entrou no mercado, sabe que corre riscos, e os riscos não podem ser unilaterais apenas para quem está pagando, tem que ser também para quem está ganhando dinheiro. É risco, o mercado é cruel. A lei do mercado é essa, enquanto a gente não enfrentar essa lei com outro modelo de sociedade estaremos sempre submetidos a ela, porque a corda sempre rompe do lado do mais fraco.

Então, em se tratando de algumas coisas do mercado, a gente até alivia a crítica, mas em se tratando de saúde é difícil aliviar a crítica. Em se tratando de saúde, a gente está tratando de vidas.

Quero parabenizar a Comissão de Assuntos Sociais, na pessoa da nossa Presidente em exercício, agradecer a presença de todos que vieram, e quero pedir desculpas por não poder assistir à Sra. Marlla e aos outros quatro que ainda virão, mas estarei atenta e com o nosso mandato à disposição dessa grande luta, que é uma luta onde temos todos que dar as mãos, Casa Legislativa, sociedade, todas as instituições que aqui vieram nos brindar com a sua postura, com a sua proposta e com a sua leitura dessa grave situação que o Brasil atravessa.

Muito obrigada.

A SRA. PRESIDENTE (Soraya Thronicke. Bloco Parlamentar Independência/PODEMOS - MS) - Obrigada, Senadora Teresa, pela sua participação.

É o risco do negócio, não é? O risco do negócio deve ser suportado pelo empreendedor.

Vamos ouvir agora a Marlla Mendes de Sousa, advogada, primeira Presidente da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa com Autismo, da OAB Nacional.

Obrigada, Marlla, pela sua presença.

A SRA. MARLLA MENDES DE SOUSA (Para expor.) - Eu gostaria de agradecer a oportunidade de estar aqui, primeiramente ao Senador Flávio Arns, que nos concedeu a oportunidade com a apresentação do requerimento e infelizmente não está aqui presente por conta de um problema de saúde.

Primeiramente, eu gostaria de esclarecer que, além de advogada, eu sou mãe de autista e há alguns anos tive a oportunidade de estar aqui nesta Casa, na Liderança do Governo no Senado, lutando por políticas públicas.

Nós, no Governo anterior, militamos na rua, aqui na Esplanada dos Ministérios, fomos até ao famoso cercadinho do Palácio da Alvorada e lutamos. Estivemos no Palácio do Planalto para a inclusão do autismo no Censo nacional, porque sempre nos disseram que não havia números para a criação de políticas públicas em defesa dos direitos da pessoa com autismo. Então, a nossa luta neste Parlamento aqui já vem há algum tempo, outras mães seguiram e nós conseguimos também, pela luta na frente do STJ, vindo ao Congresso Nacional, o fim do rol taxativo, retornando ao rol exemplificativo, e o fim do número limitado de terapias para as pessoas com autismo. E, agora, nós nos vemos, mais uma vez, no Congresso Nacional, brigando para que tenhamos oportunidade de cuidar da comunidade autista.

Eu costumo dizer que, no Brasil, nós chegamos a pagar a saúde três vezes. Sim, três vezes, porque nós, como contribuintes, que pagamos nossos impostos, pagamos pelo SUS. Porém, até o momento, nós não temos uma política pública que venha atender nossos filhos pelo SUS, efetivamente. São anos de espera para se ter um atendimento por um neurologista, coisa que é rara.

Aqui, em Brasília, capital do nosso país, eu tenho conhecimento, pela médica do meu filho, de que ela não consegue mais atender as pessoas, os pacientes dela, porque eles costumam ficar mais de um ano na fila - e isso depois de terem passado por uma unidade básica de saúde -; depois, têm o encaminhamento para o hospital e são atendidos. Ficam mais de um ano. Imaginem uma criança que espera um ano para ter um atendimento médico, um acompanhamento, e possa receber seu receituário.

Então, nós que temos condições vamos para os planos de saúde e lutamos pelas terapias, que são inúmeras. Realmente é muito difícil e muito caro o tratamento de uma pessoa com autismo, porque é uma equipe multidisciplinar. Nós precisamos de um neuropediatra ou um neurologista, em que a média de consulta, aqui, é em torno de R\$800 a R\$1.200; fora psicoterapeuta, terapeuta ocupacional, enfim, psicomotricista, nutricionista, a análise do comportamento aplicada, que faz o manejo de comportamento, psicopedagogia, porque envolve educação e saúde.

E o que a gente tem presenciado, agora, é que, nessa situação dos planos de saúde, quem conseguiu pagar pela terceira vez, pela saúde, não teve o plano cancelado.

Estamos, aqui, com o caso concreto de uma família que conseguiu entrar com um pedido de liminar. E, aí, sim, como a nossa Defensora falou, conseguiu, com o pedido de liminar... Ou seja, paga o SUS, paga os planos de saúde e teve que pagar um advogado para exercer seu direito de uso ao plano de saúde. E aí vem, como foi comentado, matéria repetitiva do Superior Tribunal de Justiça, que já firmou a seguinte tese, o Tema 1.082, do STJ:

A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos ao usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida.

Aqui a gente tem um grande problema, em relação ao autismo: autista não tem alta. No tratamento da pessoa com autismo, não existe alta. E o autista tem a necessidade de um tratamento contínuo, e a situação é grave, porque, no autismo, a gente está falando de uma deficiência mental, intelectual, que envolve pessoas que não têm muitas vezes uma fala funcional. São pessoas não-verbais. São pessoas que, por dificuldade na comunicação, se tornam agressivas e tornam um caos a vida de uma mãe, que muitas vezes tem que abandonar o seu trabalho para poder cuidar desse filho. Nesse caso aqui houve sucesso: foram pagos os honorários um advogado, para que o seu filho não tivesse o cancelamento do plano. Então a pessoa agiu a tempo, ao invés de procurar a ANS e seguir toda a cartilha.

É uma pena que nós não tenhamos presencialmente aqui nenhum representante da ANS e que os demais representantes da Abrange, dos planos de saúde, muitos tenham saído da sala de audiência aqui, da Comissão. Nós tivemos números o tempo inteiro. Nós não falamos de vidas nas palestras anteriores, na explanação dos nossos representantes dos planos de saúde. Tivemos gente falando aqui que são 23 milhões de assistidos. Só que se esqueceram de falar que, no ano de 2023, o lucro líquido dos planos de saúde foi de R\$3 bilhões, conforme indicado pelo Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, divulgado pela Agência Nacional de Saúde. De acordo com relatórios, administradores de benefícios alcançaram, em 2023, um resultado líquido de R\$406 milhões, enquanto operadoras exclusivas odontológicas e médicos hospitalares obtiveram um lucro líquido de R\$650 milhões e de R\$1,93 bilhões, respectivamente. Nós só vimos números. A saúde suplementar é garantida como suplementação ao SUS. É um dever que é compartilhado, é um dever do Estado. Nós não somos pedintes. Nós estamos pagando.

Pela Constituição Federal, no art. 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Aí nós temos a saúde suplementar, a que se oferece a oportunidade desse lucro estrondoso, absurdo, e que lida com vidas humanas, a dos nossos brasileiros, como números, que são tratados dessa forma.

Eu estou com um caso aqui que a pessoa resolveu atender toda a orientação...

(Soa a campanha.)

A SRA. MARLLA MENDES DE SOUSA - Só um minutinho, para concluir.

... a orientação da ANS. E eu não estou falando de uma mãe leiga, eu estou falando de uma mãe de autista Nível 2 suporte, médica. Ela seguiu toda a orientação. Eu posso narrar. Têm os áudios. Ela estaria aqui presente - inclusive o nome dela está na pauta -, só que está cancelada a presença dela. E o que aconteceu? Desde o dia 3 de maio, ela tenta fazer a portabilidade. Ela pediu três vezes a documentação para a Qualicorp, para as administradoras - três vezes! -; e, por três vezes, o *kit* de portabilidade não chegou. E elas jogam de uma para outra: para a Qualicorp, para a administradora, para a empresa de planos de saúde. E essa mãe não consegue. Ela seguiu tudo, todos os passos que a ANS determina e, inclusive, fala no seu *site*. Ela registrou o NIP, uma notificação. É um absurdo a gente falar aqui que precisa ser cliente ouro ou prata no *site* do Gov.br para registrar uma notificação dessa no *site* da ANS. Gente, isso é uma segregação absurda que o nosso Governo está fazendo conosco, como cidadãos. Isto aqui tem que ficar registrado: se for um cidadão bronze, ele não consegue registrar uma NIP? O que é isso? Eu fiquei abismada.

Ontem, ela me ligou chorando. Fazemos parte da mesma clínica, porque o meu filho também faz tratamento, e ela falou: "Marlla, eu tive que parar meu carro na rua, numa via expressa aqui", quem é de Brasília conhece o Eixão. Ela teve que parar no acostamento porque o filho dela já teve a terceira crise. Ele entende que ele foi excluído do tratamento, da clínica que ele frequentava, ele não tem acesso aos vínculos que ele tinha criado com os seus terapeutas - é um ambiente que faz inclusão, no qual ele tinha vínculos afetivos, tinha amigos -, e ela teve que parar no meio da rua porque ele teve uma crise.

Não sei se ele chegou a agredi-la, não entramos nesses detalhes, mas é muito comum as mães de autistas apanharem dos seus filhos. E ela, a caminho de casa... Graças a Deus, a clínica em que ela estava fazendo tratamento fica no caminho da casa dela, e ela foi socorrida com contenção não violenta por solidariedade, porque o plano de saúde dela já estava cancelado.

Então, aqui está o meu apoio à questão que foi colocada: não devemos segregar, não devemos falar somente das pessoas com autismo, doenças crônicas, doenças raras. É uma questão do direito do cidadão de não ter o seu cancelamento unilateral, uma vez que a portabilidade não se concretiza - isso é fato, entendeu? -, e essas pessoas estão desassistidas e com a iminência de risco de morte, porque a gente não está falando só de autista. Essa mãe, dependendo da situação... Eu tenho conhecimento, inclusive, de mães de autistas que tiveram que comprar carro de padaria, sabe por quê? Porque o filho agressivo tinha que andar no porta-malas.

Então, não existe essa questão de alta para o autismo, o autismo não tem cura, e a nossa assistência deve ser contínua. O autista não pode ficar sem medicamento, a gente não tem como pagar R\$800 ou R\$1.200 em uma consulta com um neurologista, de repente, se o nosso filho ficar sem medicação.

Há iminência de risco de morte sim. Essa mãe teve que parar o carro urgentemente, e, graças a Deus, ela contou com a solidariedade de pessoas humanas que sabem da condição do filho dela e que puderam fazer uma contenção não violenta. Uma coisa que a gente tem visto diariamente nas redes sociais, na TV, são autistas sendo agredidos, sem assistência e sem nenhuma condição humana de tratamento.

É disto que a gente precisa aqui, de saúde. Como, anos atrás, nós fomos atrás do Censo, viemos atrás do fim do rol taxativo... Para tudo isso, a gente precisa de tratamento adequado em respeito à saúde da nossa comunidade autista e de todos os cidadãos que pagam seus planos de saúde e que têm ficado à mercê desse mercado, que só visa ao lucro, que tem sido a saúde suplementar no nosso país.

Muito obrigada. (*Palmas.*)

A SRA. PRESIDENTE (Soraya Thronicke. Bloco Parlamentar Independência/PODEMOS - MS) - Obrigada, Marlla, eu realmente estou chocada com esta informação de que para você registrar o NIP no *site* da ANS você tem que ser o cliente... E como é que você classifica essa pessoa? Ela tem que estar atrelada a uma conta bancária? É isso, Letícia?

A SRA. LETÍCIA FANTINATTI DE MELLO - Não, a conta do Gov.Brasil... Hoje, para muitos serviços que você faz pela internet, você tem que entrar... O *site* da ANS, hoje, para entrar, é pelo Gov.br. Então, quando você se cadastra no Gov.br, você vai recebendo uma conta... Eu também não entendo direito como é que funciona, mas eles vão colocando lá que nível que é a sua conta no cadastro. Se você for bronze, não consegue; só prata ou ouro conseguem fazer.

A SRA. PRESIDENTE (Soraya Thronicke. Bloco Parlamentar Independência/PODEMOS - MS) - Bom, é...

O SR. DR. HIRAN (Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR. Para interpelar.) - Presidente Soraya, a Dra. Marlla falou a respeito... Tudo que ela falou aí é realidade, e isso nos preocupa muito, mas eu não sei, Dra. Marlla... A senhora sabe o valor de uma consulta com um neurologista particular. A senhora falou aí em R\$1.200, R\$1.000. A senhora sabe quanto é que o SUS paga para um neurologista por uma consulta? (*Pausa.*)

Não? R\$10 - R\$10! Então é por isso que a senhora não consegue acesso a neurologista pelo SUS, porque a tabela SUS é algo irreal. É por isso que nós temos que fazer essa discussão muito mais ampla.

No meu estado, Dra. Marlla, nós temos lá que 10% da nossa população é de imigrantes venezuelanos. E lá, quando eles vão para a nossa clínica operar de catarata, pterígio, glaucoma, eles passam na frente dos nacionais por causa disso que a senhora falou aí: porque o SUS é universal, integral e equitativo para todo mundo, não é só para brasileiro. O SUS é uma verdadeira... Não é nem mãe, é avó. Então é por isso que a conta não fecha.

A gente precisa discutir isso com muita profundidade, minha querida amiga Soraya. Por isso, a pertinência desta sua iniciativa e de todos os autores desta audiência pública, para que a gente consiga fazer aqui, realmente, uma discussão muito, muito mais aprofundada desse tema.

A SRA. PRESIDENTE (Soraya Thronicke. Bloco Parlamentar Independência/PODEMOS - MS. Para interpelar.) - E nós teremos, na próxima mesa, Carla Figueiredo Soares, representando a ANS aqui, Marlla. E eu já gostaria... Eu também terei de sair, mas eu vou continuar acompanhando *online*. Então, eu gostaria já que ela nos respondesse sobre a situação dessa classificação para registro do NIP, que já trouxesse uma resposta para todos nós, porque eu estou realmente assim... Eu não imaginei que eu pudesse ficar tão chocada. Eu queria entender se eu estou chocada com razão ou sem razão.

Bom, vamos passar para a próxima pessoa que vai colaborar conosco, a Fabiane Alexandre Simão, Presidente da Associação Nenhum Direito a Menos, por videoconferência.

Seja bem-vinda, Fabiane! Você tem dez minutos.

A SRA. FABIANE ALEXANDRE SIMÃO (Para expor. *Por videoconferência.*) - Muito obrigada, Senadora.

Eu gostaria de saudar a todos os presentes na figura da Senadora Soraya.

Eu vou fazer a minha autodescrição, já que nós estamos falando com uma gama de pessoas, entre elas pessoas com deficiência visual. Eu sou uma mulher de 45 anos, loura; estou com uma blusa amarela, óculos pretos, meu cabelo é na altura do ombro.

Eu vou ser breve. Eu já fui muito contemplada com a fala das pessoas que me precederam, mas eu gostaria de fazer, antes de tudo, um agradecimento também ao Senador Fabiano Contarato por ter nos incluído na lista de convidados para participar deste importante momento.

Eu vou fazer, brevemente, uma linha do tempo. Antes de 1998, antes de existir a Lei dos Planos de Saúde, os planos de saúde colocavam em seu contrato que só fariam uma cobertura mínima. Isso não incluía pessoas com câncer, não incluía pessoas com doenças crônicas, como diabetes, como pressão alta. E aí foi criada a lei de 1998 dos planos de saúde para tentar fazer com que os beneficiários não fossem totalmente afetados e prejudicados pelos mandos e desmandos dos planos de saúde.

Entretanto, de 1998 para 2024, nós tivemos um grande salto dentro da medicina e novos diagnósticos passaram a ser efetuados, passaram a ser feitos, e uma gama de outras deficiências foi surgindo. E essa lei de 1998 não abarca essa gama de deficiências.

Então, os planos acabam achando brechas, várias brechas, para descumprirem o direito da pessoa com deficiência. E aí eu vou chegar até o motivo pelo qual nós chegamos até aqui hoje. Já foi dito sobre o rol taxativo, da tentativa de botar um rol taxativo e a não aprovação, ficando rol exemplificativo. Então, nós compreendemos que os planos de saúde estão dando um jeito de fazer valer o seu próprio rol taxativo. Isso começou no ano passado através do não cumprimento de sentenças de trânsito em julgado e liminares. Isso acabou deixando centenas, milhares de beneficiários sem acesso às suas terapias de reabilitação. Não satisfeitos com isso, eles começaram a fazer exigências absurdas para passar o reembolso para os clientes: coisas como PIS, horário escolar, coisas que nada tinham a ver com a questão da saúde.

Por último, eles começaram esses cancelamentos unilaterais de milhares. Eu falo em nome de crianças, adolescentes e jovens com deficiências diversas, como paralisia cerebral, síndrome de Down, autismo, doenças raras, deficiências ocultas, síndromes diversas.

Esse cancelamento foi prejudicando todos, não só pela falta do acesso a terapias de reabilitação, mas também a falta de acesso a médico. Então, a nossa comunidade, a comunidade de pessoas com deficiência, ficou em risco de morte. Em risco de morte, em situação de vulnerabilidade, como já foi colocada por pessoas que me antecederam em suas falas.

Eu gostaria de apresentar a vocês o meu filho. O meu filho é o Daniel. O Daniel tem nome, sobrenome, CPF e identidade. O Daniel não é um número de carteirinha. E assim como o Daniel não é um número de carteirinha, milhares de outras crianças também não são um número de carteirinha. Elas são pessoas, elas são vidas, que merecem respeito, merecem ter o seu direito ao acesso à saúde respeitados.

Eu fiz algumas anotações aqui relativas às falas dos representantes dos planos de saúde.

O representante da Unidas falou que contra fatos não há argumentos. Isso é real. Eles falaram que não há uma seleção de grupo de pessoas, mas há, sim, seleção de grupo de pessoas. A partir do momento em que eles cancelam unilateralmente contratos coletivos efetuados por entidades estudantis, eles estão selecionando crianças, adolescentes e jovens. A partir do momento em que um dos representantes apresenta as pirâmides etárias e diz que o número de idosos é quase igual ao número de crianças e que eles têm custos maiores, eles, sim, estão demonstrando que têm um corte etário que dá prejuízo, em que eles dizem que dá prejuízo.

E aí fica o questionamento: os planos de saúde são entidades muito altruístas, porque quem, tendo prejuízos gigantes, como eles alegam, continuaria prestando seus serviços e vendendo seus serviços para a sociedade? Então, são diversas questões nesse sentido.

Como a colega colocou antes, a quem nós devemos recorrer? Fica essa dúvida. A quem nós, pais, devemos recorrer, se, quando a gente vai à agência reguladora, a ANS, e abre uma NIP, vai à ouvidoria do plano de saúde e abre uma reclamação, judicializa o processo, ninguém cumpre, não há cumprimento de sentença, não há cumprimento de liminar? A quem nós devemos recorrer? Quem é que pode fazer com que o responsável por colocar a vida de milhares de crianças em risco vá ser preso? Quem é que vai cumprir isso?

Então, acho de extrema importância a gente falar da abertura da CPI, sim, como foi colocado pelo representante do Idec, e bem colocado. Reunião de última hora, fechada, sem representação da sociedade civil organizada, sem representação das maiores entidades interessadas, a quem essa reunião interessa? Reunião que sai com acordo verbal de cancelamento do cancelamento de algumas deficiências e alguns transtornos. Quais deficiências e quais transtornos? Nós não queremos alguns, nós queremos todos. Então, a quem essa reunião interessa? Uma reunião à véspera de se protocolar uma CPI dos planos de saúde. É importante fazer, sim, a CPI dos planos de saúde, porque, se os planos não têm nada a esconder, eles têm que demonstrar o lucro que eles têm ou o prejuízo que eles dizem que têm. Então, como ele colocou, realmente, contra fatos, não há argumentos, e nós queremos trazer à tona esses fatos.

É de suma importância que a CPI dos planos de saúde seja aberta, que o Lira aceite, acate essa CPI, e não apenas reuniões unilaterais - vamos botar assim -, porque só teve a presença dos planos de saúde.

Eu aproveito para registrar que, se a proposta do representante do Idec for acatada, de se fazer uma nova reunião com o Presidente Lira, com os planos de saúde, nós da Associação Nenhum Direito a Menos gostaríamos de ser convidados para ter espaço de voz, porque, na nossa concepção, não há nada sobre nós sem nós, nós queremos tudo sobre nós conosco.

Agradeço a todos pela oportunidade de fala e desejo uma boa tarde.

O SR. PRESIDENTE (Efraim Filho. Bloco Parlamentar Democracia/UNIÃO - PB) - Obrigado, Sra. Fabiane Simão, pela participação. Agradecemos.

Neste momento se encerra a participação desta mesa.

Agradeço à Letícia, ao Lucas, à Liana e à Marlla pela participação.

Imediatamente, fazemos a chamada da terceira mesa, agradecendo aos expositores pela contribuição. Esse é um tema que afeta diretamente a sociedade, se conecta com o cidadão e a cidadã brasileira, porque saúde, em qualquer enquete, em qualquer pesquisa, é sempre o primeiro ponto de demanda do cidadão brasileiro a respeito das políticas públicas.

Sabemos que os planos de saúde hoje fazem parte dessa realidade, estão inseridos dentro desse contexto e é muito importante a contribuição de cada um dos senhores.

Convidamos, para compor a mesa, o Arthur de Almeida Medeiros, Coordenador-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde; o Vitor Hugo do Amaral, Diretor do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon) do MJSP; e, por participação remota, a Carla de Figueiredo Soares, Diretora Adjunta da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Vamos iniciar aqui, conforme a sugestão da Secretaria da Mesa, com a palavra do Vitor Hugo do Amaral.

Você tem o tempo regimental, Vitor, para fazer a sua exposição.

O SR. VITOR HUGO DO AMARAL (Para expor.) - Boa tarde a todos e a todas!

Quero cumprimentar o Senador, agradecer o convite, dizer que é sempre uma honra da Secretaria Nacional do Consumidor participar desses debates que envolvem não só um dos temas prioritários da nossa agenda, mas um dos temas essenciais para todos os consumidores brasileiros.

A minha fala, considerando que nós estamos na terceira mesa e que muito do que foi falado aqui são questões que também poderiam ser repetidas na minha fala, e, principalmente, endosso a fala da Letícia, a fala do Idec... Então, enquanto Secretaria Nacional do Consumidor, acho que é importante trazer uma questão que é muito de ordem técnica, Senador.

Quando se fala de planos de saúde, e aqui eu vou concordar também com os que me antecederam, nós temos que, obrigatoriamente, discutir o setor num todo, porque, se nós temos que partir de uma premissa em que, de um lado, nós temos consumidores insatisfeitos, e a alegação do setor, quando se envolvem as empresas, também é de insatisfação, nós precisamos considerar aqui que plano de saúde envolve planos individuais, planos coletivos, envolve, sim, a importância de se falar do Sistema Único de Saúde (SUS), precisamos considerar uma diversidade de fatores. Se o tema é pela insatisfação com o setor e do setor, precisamos discuti-lo num todo, numa pauta que é muito mais ampla, mas, enquanto esse discurso amplo não vem, nós precisamos olhar para aqueles que são mais vulneráveis, precisamos olhar para aqueles que são mais frágeis nessa relação de consumo, que são os consumidores.

O Código de Defesa do Consumidor surge por uma premissa constitucional, Senador, quando nós temos o art. 5º, inciso XXXII, da Constituição Federal, dizendo que é dever do Estado promover, na forma da lei, a defesa do consumidor. Quando falamos de art. 5º, nós estamos falando de um direito e de uma garantia fundamental. E eu tenho repetido diversas vezes, nas oportunidades que tenho, esta mesma fala, que é uma fala, para quem é do direito do consumidor, óbvia, mas aquilo que é simples, aquilo que nos parece óbvio, infelizmente, precisa ser repetido. Precisa ser repetido para que a gente possa entender que atender consumidores é uma premissa constitucional. E, quando se fala de dever do Estado, é dever do Estado na forma de entendermos que Estado é Poder Executivo, Poder Legislativo e Poder Judiciário.

Nesse sentido, quando se defende que os planos coletivos não estão sob a regulação de uma norma específica, eu gostaria de frisar mais uma vez, Senador, que eles estão, sim. Nós não temos aqui a ausência de regulação. Nós temos planos individuais que regulados são por uma norma pontual, mas, na ausência de uma norma pontual, como é o caso dos planos coletivos, nós não podemos deixar de falar de Constituição Federal e de Código de Defesa do Consumidor, até porque a relação, na sua natureza jurídica de contrato de prestação de serviço de plano de saúde, é uma relação de consumo, é um negócio jurídico de consumo e, por essa razão, sujeita ao Código de Defesa do Consumidor.

E, se assim está, Senador, nós precisamos obrigatoriamente entender que aqui nós temos, entre os princípios da Política Nacional das Relações de Consumo, o reconhecimento da vulnerabilidade dos consumidores, vulnerabilidade num contexto geral de todos os consumidores. Se somos todos consumidores, somos todos vulneráveis.

Agora, não tem situação de maior reconhecimento, de maior clareza do que é vulnerabilidade do que quando nós falamos de saúde, quando nós falamos de vida, quando nós falamos de segurança. Todos aqui presentes e aqueles que nos acompanham sabem o que é estar doente, e, quando doente estamos, nós nos encontramos com a nossa situação de maior vulnerabilidade.

Então, aqui nós não falamos só de um consumidor vulnerável, falamos de um consumidor doente e vulnerável; dependendo da doença que carrega, ele é um hipervulnerável. Ele é um vulnerável que tem, na sua vulnerabilidade de consumidor,

uma vulnerabilidade agravada, uma vulnerabilidade potencializada, e isso não pode ser considerado apenas teoria, isso não pode ser considerado apenas letra de lei; isso precisa ser reconhecido pelo Estado.

E, quando nós estivermos diante de situações que possam ainda vulnerar o consumidor em formas mais potencializadas, é preciso reconhecer que a aplicação desse Código de Defesa do Consumidor traz, entre os direitos básicos do consumidor, no inciso I do art. 6º, a proteção à sua saúde, a proteção à sua segurança, a proteção à sua vida.

Por essa razão, o art. 51 elenca cláusulas que são consideradas abusivas, e, quando abusivas forem, elas são nulas de pleno direito, Letícia. E, entre as cláusulas consideradas nulas, nós temos aquelas que fazem a previsão de alteração unilateral.

Nós não podemos continuar repetindo ou talvez querendo entender que os planos de saúde coletivos não regulados pela ausência de uma norma específica não estão sob o manto do Código de Defesa do Consumidor. Nós temos legislação para isso, e nós não temos qualquer legislação. Nós temos uma legislação com mais de 30 anos, nós temos uma legislação reconhecida em todo o mundo como uma das melhores legislações de defesa do consumidor do mundo. E aí eu pergunto, Senador: por que o Estado brasileiro tem historicamente o hábito de criar excelentes normas, mas nós temos o péssimo hábito de cumprir as normas que nós temos, as normas que nós criamos? Nós estamos diante de um dos melhores Códigos de Defesa do Consumidor do mundo, mas a efetividade desse Código de Defesa do Consumidor é uma das piores.

Eu poderia também trazer aqui números, mas nós precisaríamos de muitas outras horas para discutirmos números, Senador, como outros números aqui foram apresentados. Números descontextualizados eu diria que são a forma ou a melhor forma de consolidar algumas mentiras. Os números precisam ser contextualizados especificamente quando se analisa, por exemplo, demandas do Consumidor.gov, que é uma plataforma *online* de reclamação de consumidores, cuja gestão é feita pela Secretaria Nacional do Consumidor.

Sim, os números reduziram, os consumidores reclamam menos no Consumidor.gov, mas sabe por quê, Senador? Porque eles não têm resposta. E, quando se fala de consumidores que não têm resposta no espaço administrativo, eles aumentam a judicialização, que é um outro grande tema trazido ao setor, a judicialização da saúde.

A judicialização acontece, porque a saúde dos consumidores não tem tempo de espera. O consumidor não raramente precisa judicializar, porque ele precisa ter uma liminar, ele precisa ter uma resposta. E, para que a gente possa diminuir a judicialização, essa atribuição não pode ser dada ao consumidor. Essa atribuição tem que ser dada ao setor, essa atribuição tem que ser dada aos planos de saúde, que precisam investir. Além de atendimento aos consumidores, além de cumprimento das ofertas que são feitas aos consumidores, precisam atender efetivamente o SAC dessas empresas.

Consumidor que procura SAC, consumidor que liga para um 0800 e não é atendido, em matéria de saúde, precisa de prioridade, porque, quando nós falamos de saúde, nós falamos de vida, nós falamos de tratamento que não pode ter a sua continuidade encerrada, nós falamos de tratamentos que não podem ser encerrados.

(Soa a campanha.)

O SR. VITOR HUGO DO AMARAL - Já vou acabar. Apenas mais dois minutos.

O SR. PRESIDENTE (Efraim Filho. Bloco Parlamentar Democracia/UNIÃO - PB) - Eu lhe agradeço, porque o tempo está bem apertado, mas o senhor tem o tempo para concluir, Sr. Vitor.

O SR. VITOR HUGO DO AMARAL - Em relação, então, apenas aos números, eu gostaria de trazer todos os dados de que a Senacon dispõe e colocar também à disposição desta Casa todos os estudos, todos os trabalhos que forem feitos em relação a planos de saúde.

A Senacon notificou os 20 maiores planos de saúde do país. Nós atribuímos o prazo de dez dias para que nos dessem respostas, entre elas, quais os planos e quantos são os consumidores que serão vítimas dessas situações de cancelamentos unilaterais nos próximos meses e os que já foram no período do ano de 2024.

E coloco a Senacon à disposição para que nós possamos também entregar essa documentação à análise desta Casa.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Efraim Filho. Bloco Parlamentar Democracia/UNIÃO - PB) - Agradeço, Sr. Vitor, a sua participação, com importantes contribuições dentro dessa leitura do Código de Defesa do Consumidor brasileiro vinculado à relação com os planos de saúde.

Antes de passar a palavra agora...

Quem está aqui do meu lado é o Arthur.

Então, vamos passar ao Arthur e vamos encerrar com a Diretora Adjunta da ANS, após as demais participações.

Registro aqui a presença da Daniela do Carmo, que é mãe de um filho que tem uma doença de imunidade, teve seu plano cancelado e está aqui trazendo, com a presença, a análise. Depois o pessoal da Agência Nacional de Saúde Suplementar que está presente pode até manter contato com ela. Ela está aqui presente no auditório.

Registro também aqui a presença do meu suplente, o Senador Erik Janson, que está presente, e também a da minha esposa, Flávia Carolina, que também acompanha esta audiência aqui no plenário.

Passo a palavra ao nosso Arthur de Almeida Medeiros, Coordenador-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde.

O SR. ARTHUR DE ALMEIDA MEDEIROS (Para expor.) - Boa tarde a todas e a todos.

Boa tarde, Senador.

É uma satisfação estar aqui para a gente poder coletivamente construir caminhos e estratégias para esse enfrentamento.

Como a colega anterior fez, vou fazer a minha autodescrição, pois sabemos que tem pessoas com baixa visão, pessoas com deficiência visual que nos acompanham *online*.

Eu sou um homem branco, alto, cabeça raspada, uso barba e estou vestindo um terno cinza, uma camisa branca e uma gravata xadrez em tom de azul e cinza.

Na mesa anterior, a Dra. Liana trouxe a questão do capacitismo e do conceito de pessoa com deficiência. Acho que isso reforça muito o discurso que está sendo feito hoje de que nós precisamos entender que a deficiência é uma construção social.

A nossa Lei Brasileira de Inclusão (LBI), Estatuto da Pessoa com Deficiência, traz, em seu art. 1º, a definição, que pessoa com deficiência é aquela que tem um impedimento de longo prazo que, em interação com as barreiras, pode impedir o seu pleno exercício de cidadania, ou seja, a sociedade não acessível pode gerar essa deficiência. Com isso a gente precisa entender, enquanto sociedade, como nós vamos enfrentar tudo isso, por isso o que ela trouxe, a questão do enfrentamento ao capacitismo, capacitismo enquanto violência contra as pessoas com deficiência das mais distintas formas. Então, a gente precisa lembrar isso.

Quando a gente fala dessa ruptura unilateral dos planos de saúde, a gente pode, sim, entender, quando a gente está falando das pessoas com deficiência, sobretudo das pessoas com transtorno do espectro autista, um capacitismo, no qual se pode pensar que algumas vidas valem mais do que outras. Então, a gente precisa romper e fazer esse enfrentamento da melhor forma possível.

Em relação ao cuidado - acho que agora a gente pode trazer um pouco sobre o cuidado das pessoas com transtorno do espectro autista -, como foi dito também pela Dra. Marlla, são pessoas que necessitam de cuidados individualizados. A gente precisa entender que as pessoas são singulares, as pessoas são únicas, portanto o seu cuidado também deve ser pensado dessa maneira.

A gente precisa entender que é uma avaliação multiprofissional, uma avaliação biopsicossocial que vai entender todas as contextualidades dessa pessoa, todas as singularidades e que, a partir disso, a gente pode elaborar, então, um projeto terapêutico singular que leve em consideração a realidade dessa pessoa, dessa família, para que a gente possa ter sucesso no acompanhamento e no cuidado dessa pessoa.

A gente precisa entender que esse processo de construção é eminentemente coletivo e colaborativo: profissionais de saúde, pessoa que vai ser assistida e seus familiares. Como foi muito bem lembrado na mesa anterior, muitas famílias abdicam de suas vidas para cuidar dessas pessoas. Então, esse processo de cuidado precisa ser colaborativo, precisa ser compartilhado, com a corresponsabilidade de todos.

Nesse momento é que serão pensados quais os recursos terapêuticos a serem utilizados, e aí há uma questão importante de se dizer: o que se aplica para determinada pessoa não necessariamente será aplicado para outra pessoa, por conta da singularidade. E isto a gente tem visto hoje, a tentativa de uniformização das terapias e dos tratamentos, tentando que o mesmo tratamento seja aplicado a todas as pessoas, mas a gente não tem tido sucesso, e muitas das judicializações ocorrem por conta disso, por entender que um único tratamento seria viável e aplicável, a exemplo do transtorno do espectro autista.

Nós precisamos lembrar que o cuidado e a terapia são também baseados na evidência e na ciência. E, para isso, a gente precisa levar em consideração as últimas atualidades, os últimos estudos. A gente tem agora, recentemente, uma nota da Associação Americana de Autismo, que retira uma das técnicas que ela havia colocado como padrão ouro no tratamento do autismo, por conta das suas sequelas pós-tratamento, como, por exemplo, o transtorno - desculpa, fugiu agora da mente, daqui a pouco eu lembro - pós-traumático. Desculpa. Então, ela trouxe que determinadas terapias, conforme têm

sido aplicadas, têm gerado transtorno pós-traumático nesses pacientes. Então, isso já mostra a necessidade de estudos, de evidências, para que a gente possa pensar e traçar as diretrizes.

E aí a gente entra numa outra questão, que foi colocada também na mesa anterior, que é sobre os protocolos, as diretrizes terapêuticas. A gente entende que é necessário que se faça a apresentação de todos os recursos, de todos os arsenais possíveis e que, na hora da construção do projeto terapêutico singular, os terapeutas, os profissionais e os familiares possam identificar a melhor aplicação para aquela pessoa que vai ser atendida.

A gente precisa entender também uma necessidade importante. A gente sabe que saúde não é somente a ausência de doença, ela é uma construção social, e que saúde não se faz somente no campo da saúde: é uma ação intersetorial. E aí, nesse campo, a gente precisa lembrar da necessidade da formação de recursos humanos. Foi colocado a respeito das longas filas de espera para diagnóstico, para tratamento. E a gente precisa entender que temos ausência de profissionais no Brasil para atendimento dessas demandas. Então, nesse sentido, a gente tem, enquanto Ministério da Saúde, trabalhado muito fortemente na questão da expansão da formação de profissionais em nível de pós-graduação, de residência - trabalhando, articulando estratégias -, mas também precisamos nos lembrar da necessidade de formação de nível de graduação.

Pensando nas pessoas com transtorno do espectro autista, a Marlla colocou as demandas: fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas. Terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, por exemplo, são profissões escassas hoje no Brasil, com poucas ofertas de graduação. A gente tem, então, pessoas demandando esses profissionais, e a gente não está tendo formação. Consequentemente, essas pessoas estão ficando desassistidas, seja no âmbito privado, seja no âmbito público. Então, a gente precisa trabalhar intersetorialmente, para que possamos ter recursos humanos formados em quantidade e também em qualidade para atender a todas essas demandas. A gente tem que compreender que essa construção coletiva envolve família, gestão e setor privado, para que a gente possa avançar no sentido de garantir o melhor acesso e o melhor cuidado.

Hoje, pensando agora, tratando da questão do autismo, nós temos 309 centros especializados em reabilitação no Brasil, que são os pontos de atenção da atenção especializada para o cuidado dessas pessoas. Realmente ainda é um quantitativo insuficiente para a quantidade de demanda, mas nós temos avançado no sentido de qualificar esses serviços e também na ampliação de novos pontos de atenção desses. Precisamos, é claro, dos recursos humanos, mas também estamos avançando na qualificação daqueles que já existem.

E aí a gente precisa pensar nas diretrizes.

Então, a gente entende que a autonomia do profissional está acima de qualquer coisa, junto da definição da terapia a ser adotada, em contrapartida às suas demandas, compartilhada com esses familiares. Por isso, a gente trabalha com diretrizes. O Ministério da Saúde não prevê técnica A em detrimento da técnica B. A gente faz, através de buscas de evidências científicas e de estudos, a apresentação de possibilidades terapêuticas. Isso compõe o rol das diretrizes terapêuticas, que, no momento, encontra-se em revisão quando a gente está falando do transtorno do espectro autista, para que a gente possa apresentar isso a toda a comunidade científica e à comunidade de uma maneira geral, para que possam ter todos esses conhecimentos na hora de traçar o seu planejamento terapêutico.

Nisso a gente também se coloca, enquanto Ministério da Saúde, numa posição de construção coletiva, para que a gente possa traçar estratégias de como definir caminhos para reduzir essa lacuna na assistência às pessoas, seja às pessoas com transtorno do espectro autista, seja às pessoas com doenças raras ou com outras condições. A gente precisa entender que são pessoas e que precisam de cuidado, e cuidado da melhor forma possível.

(Soa a campanha.)

O SR. ARTHUR DE ALMEIDA MEDEIROS - Então, a gente entende que somente com uma construção coletiva é que a gente vai identificar estratégias que sejam passíveis de aplicação tanto no setor privado quanto no setor público, para que a gente possa garantir todo o cuidado a essas pessoas.

Senador, atendendo ao pedido de respeitar o tempo, a gente agradece, mais uma vez, a oportunidade de estar aqui, de trazer essa questão e de se colocar à disposição para que possamos pensar coletivamente as estratégias futuras.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Humberto Costa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Muito obrigado, Dr. Arthur de Almeida, que aqui vem na condição de Coordenador-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde.

Vamos à última fala, que é da Dra. Carla de Figueiredo Soares, Diretora Adjunta da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). V. Sa. tem dez minutos para a sua manifestação.

A SRA. CARLA DE FIGUEIREDO SOARES (Para expor. *Por videoconferência.*) - Boa tarde a todos.

Senador Efraim Filho, na pessoa de quem eu cumprimento todos os Parlamentares e os demais participantes desta audiência pública, eu vou compartilhar a minha tela com os senhores para uma breve apresentação e já me adianto...

Bom, vamos lá!

Como colocado pela representante da Defensoria Pública - eu estou com um problema aqui, porque não passa -, está sempre no nosso radar a compreensão de que a prestação de serviço se dá em razão de um direito constitucional fundamental, portanto isso não pode estar fora do que se obtém aí.

Também é importante a gente estabelecer...

Bom, o material não está passando - eu peço perdão aos senhores -, mas eu vou falando aqui; enquanto isso, o material já está disponível para esta Comissão.

Então, é importante que a gente possa estabelecer que a Lei 9.656, de forma alguma, permite - ela veda, peremptoriamente - a seleção de risco e também obriga a cobertura para todas as doenças e todas as condições de saúde. A regulação da saúde estabelece as regras para o cancelamento, lembrando que a Lei 9.656 traz a diferença entre plano coletivo, coletivo por adesão e coletivo empresarial.

Temos também que notar que, no caso específico dos planos individuais, a lei estabelece uma regra muito específica sobre o cancelamento, e somente no caso de fraude ou de inadimplência é possível esse cancelamento.

Para os planos coletivos, como já foi dito aqui, não há um regramento específico. Portanto, a agência estabeleceu a RN específica, trazendo algumas regras.

Infelizmente, com relação à regra de cancelamento imotivado, tivemos uma ação direta de inconstitucionalidade que tornou ineficaz esse cancelamento. Portanto, na regulação da ANS, hoje em vigor, só é possível estabelecer regras para esse cancelamento nos planos coletivos. Essas regras têm que estar bem claras e não é possível que as operadoras façam seleção de risco. O cancelamento tem que ser do contrato como um todo.

Realmente, estou tentando compartilhar a tela, mas é impossível. No material que eu deixei disponível para os senhores, trago dados de cancelamento, porque o representante do Idec nos questiona sobre os cancelamentos que já foram feitos.

O que chega do Idec para a ANS é uma carta contextualizando os fatos, solicitando uma audiência pública, mas, em momento algum, nessa carta, é questionado o número de cancelamentos. Entretanto, no material que está disponível - que, infelizmente, não consigo compartilhar -, a gente traz os números de cancelamentos.

Notem, senhores, não temos os dados dos cancelamentos de contratos, mas temos os dados dos cancelamentos por pessoa, dos vínculos específicos. O que temos de observância é que, no último ano, esse comportamento tem sido linear, tem se mantido, os cancelamentos de vínculos têm se mantido ao longo do ano. Então, não notamos, de janeiro de 2023 a abril de 2024, um grande aumento desses cancelamentos. Da mesma forma, nos dados, consta um maior número de adesões do que de cancelamentos.

A agência está sempre atenta a esse ponto, está acompanhando muito de perto, e eu gostaria de, mais uma vez, tentar aqui demonstrar para os senhores esses dados - só um minutinho, é a última tentativa de compartilhamento -, para que os senhores possam ver.

Também, Senador, eu gostaria de solicitar que o meu colega Marcus Braz...

Agora sim, aqui está a tela dos cancelamentos. Então, nós temos aí a quantidade de cancelamentos somente pelo motivo de desligamento da operadora, desligamento da empresa. A razão do cancelamento foi em função da falta de vínculo do contrato coletivo por adesão.

Eu gostaria, Sr. Senador, de compartilhar o meu tempo com o meu colega Marcus Braz, que poderá apresentar os esclarecimentos sobre a forma de se apresentarem reclamações à ANS, uma vez que esse pedido de esclarecimento foi apresentado pela Senadora Soraya.

O SR. PRESIDENTE (Humberto Costa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Pois não, pode falar o Dr. Marcus Braz, que tem três minutos.

O SR. MARCUS TEIXEIRA BRAZ (Para expor. *Por videoconferência.*) - Boa tarde a todos.

Muito obrigado pelo espaço.

É importante frisar que a ANS tem três canais, hoje em dia, para receber reclamações de beneficiários. Existe, sim, um formulário eletrônico, através do *site* da ANS, pelo Gov.br, que exige padrão prata e padrão ouro, mas, das 354 mil reclamações que entraram na ANS, no ano passado, 80% delas entraram através do nosso Disque ANS, cujo número é 0800 7019656. É um atendimento telefônico gratuito, que funciona de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 8h da

manhã até às 20h. E também é possível, se for o caso, o beneficiário agendar um atendimento presencial em um dos 12 núcleos que a ANS tem ao redor das cinco regiões do Brasil.

Então, esse é o acréscimo que eu queria fazer.

Gostaria de enaltecer a NIP, que é uma ferramenta de mediação entre operadores e beneficiários, que continua mantendo, ao longo dos anos, um índice de aproveitamento de 90%, ou seja, a cada dez demandas de reclamação que chegam à agência, nove são resolvidas pela mediação da NIP.

Era só isso, Senador.

Muito obrigado pelo espaço.

Estou à disposição.

O SR. PRESIDENTE (Humberto Costa. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE. Fala da Presidência.)
- Muito obrigado, Dr. Marcus Braz.

Eu gostaria de esclarecer a todos que nos acompanham, às pessoas que estiveram aqui, presentes ou remotamente, que, infelizmente, não vamos ter condição de dar continuidade ao debate, até porque os Senadores estão todos já em outras atividades. A audiência se prolongou bastante. Acho que também tinha um número muito grande de participantes.

Eu quero estabelecer com vocês todos que nos acompanharam um compromisso de organizarmos uma nova audiência para discutir os desdobramentos desta, os temas que foram colocados. Provavelmente, com um número mais amplo de pessoas remotamente, para que a gente possa fazer o debate sobre o que foi dito aqui, sobre saídas, enfim. Então, eu vou, juntamente com os demais Senadores da Comissão, definir o encaminhamento.

Eu gostaria de lembrar que, amanhã, dia 5, às 10h da manhã, teremos reunião extraordinária desta Comissão, destinada à deliberação de proposições e, às 14h, reunião extraordinária em forma de audiência pública, destinada a instruir o Projeto de Lei nº 1.675, de 2023, e o Projeto de Lei nº 1.079, de 2023, que dispõem sobre o exercício da atividade de psicopedagogia.

Nada mais havendo a tratar, declaro encerrada a presente e reunião, agradecendo a todos que dela participaram.

Muito obrigado.

(Iniciada às 10 horas e 13 minutos, a reunião é encerrada às 13 horas e 16 minutos.)