



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

REUNIÃO

08/05/2025 - 12ª - Comissão de Assuntos Sociais

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS. Fala da Presidência.)
- Havendo número regimental, declaro aberta a 12ª Reunião, Ordinária, da Comissão de Assuntos Sociais da 3ª Sessão Legislativa Ordinária da 57ª Legislatura.

A presente reunião atende aos Requerimentos 4 e 16, de 2025, da nossa autoria, para a realização de audiência pública destinada a debater as recentes decisões da Agência Nacional de Saúde Suplementar que têm gerado grande repercussão e preocupação na sociedade brasileira; a esclarecer, também, as medidas adotadas pela agência; e a discutir eventuais impactos sobre os usuários de planos de saúde.

Informo que teremos uma segunda etapa desta audiência, sobre o mesmo tema, a ser agendada em data oportuna, com os demais convidados aprovados nos requerimentos e que não estão participando da agenda de hoje. Farão eles parte da agenda subsequente.

Informo ainda que a audiência tem a cobertura da TV Senado, da Agência Senado, do *Jornal do Senado* e da Rádio Senado e contará com serviços de interatividade com o cidadão através da nossa Ouvidoria, pelo telefone 0800 0612211, e pelo Portal e-Cidadania, www.senado.leg.br/ecidadania, que transmitirá ao vivo a presente reunião e possibilitará o recebimento de perguntas e comentários aos expositores via internet. *(Pausa.)*

Começo agradecendo a presença de todos aqui nesta audiência pública. É uma honra recebê-los na nossa Casa Alta.

Vivenciamos um momento importante, que exige de nós responsabilidade, equilíbrio e sensibilidade. Estamos aqui para tratar de um tema que mexe diretamente com a vida do povo brasileiro: o funcionamento dos planos de saúde e o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Creio que muitos aqui já devem ter observado que os planos de saúde individuais têm saído do mercado: cada vez menos operadoras de planos de saúde ofertam essa modalidade. Os corretores de planos de saúde já perguntam, de início, se o possível comprador tem CNPJ, e exigem a adesão de pelo menos três pessoas que muito comumente são casais e seus filhos, ou pais.

Isso tem uma razão. A Resolução Normativa 557, de 2022, da ANS, manteve a proibição de cancelamento unilateral do plano por parte da operadora no caso de plano de saúde individual, mas passou a permiti-la nos planos empresariais. Resultado disso: para se ter plano de saúde agora o brasileiro precisa ter também o CNPJ.

Outra questão, está cada vez mais comum ver matérias sobre participantes sendo sumariamente excluídos dos planos de saúde por decisões unilaterais das operadoras. Crianças autistas, pacientes com doenças raras, além de muita gente que precisa muito dos planos de saúde estão sendo desligados.

O STJ, em 2019, decidiu que a rescisão unilateral exige motivação idônea em caso de planos empresariais com menos de 30 participantes. O fato de o paciente custar caro ao plano não constitui um motivo idôneo de acordo com o próprio STJ. Por quê? Porque a razão de ser dos planos de saúde é exatamente distribuir custos e coletivizar os riscos.

Quando alguém precisa de um tratamento ou de uma cirurgia mais cara, e qualquer um de nós pode vir a precisar, esse alguém vai se beneficiar do princípio da solidariedade que está na gênese dessa modalidade de prestação de serviço. Esses cancelamentos unilaterais preocupam, e muito.

Queremos saber: as operadoras estão cumprindo a lei? E a ANS está fiscalizando como deve? Porque, se concluirmos aqui, hoje, que estão cumprindo a legislação, há algo de muito errado na lei que precisa ser corrigido.

Mas nossa discussão vai além. Nos últimos meses, a ANS tem tomado decisões que chamaram a atenção e, em alguns casos, causaram preocupação. Pacientes, profissionais de saúde, entidades de classe, Ministério Público, todos manifestaram inquietações. O plano de saúde, para milhões de brasileiros, é sinônimo de esperança, é onde se busca socorro numa hora difícil. Quando uma regra muda, o reflexo é observado na vida dos brasileiros.

Aí nós, de uma maneira bastante sensata e equilibrada, provocamos primeiro uma reunião com a própria Agência Nacional de Saúde. Uma reunião produtiva, tranquila, sensata. E, dessa reunião, saiu a necessidade de promover esta audiência pública, até para que se possam ter os esclarecimentos devidos aos questionamentos que estão sendo feitos, não só pela sociedade, como pela imprensa e pelos próprios Parlamentares que aqui se encontram.

Basicamente, há dois assuntos que vieram à tona de uma forma mais intensa.

A primeira é a questão de colocar a mamografia permitida a ser realizada pelos planos de saúde, no caso os planos privados, a partir apenas dos 50 anos, das mulheres com 50 anos em diante. Isso foi gerado através de uma análise, de uma consulta pública da ANS, que já gerou repercussões na questão digital, na internet.

Aqui nós temos um canal em que a sociedade se comunica com os Senadores. Isso foi muito carregado, e a gente precisa ouvir exatamente sobre essas questões.

Uma outra é a criação de um plano de saúde que foi apelidado de água com açúcar ou aspirina, que é um plano que só dá direito à consulta, o paciente não pode, através desse plano, fazer nem um hemograma. Então, são assuntos que a gente não sabe se é isso mesmo, e a audiência pública precisa poder esclarecer tudo isso.

O que a gente quer aqui é entrar no campo da sensatez, do equilíbrio, para poder avançar não só sobre o ponto de vista da oferta do bom serviço de saúde para aquele que detém o plano, como também dar condições para que esse plano venha a ser saudável e que venha a cobrir as eventuais situações que um paciente possa vir a precisar.

Dessa forma, vamos já dar início à nossa audiência pública, convidando aqui para a mesa Vitor Hugo do Amaral Ferreira; Nicolao Dino de Castro e Costa Neto, e José Barreto Campello Carvalheira.

Estão todos aí? *(Pausa.)*

O Sr. Subprocurador, Dr. Nicolao... *(Pausa.)*

Seja bem-vindo!

O SR. NICOLAO DINO DE CASTRO E COSTA NETO *(Fora do microfone.)* - Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Ele tem um compromisso, pediu para ser o primeiro, e nós vamos atender.

O SR. NICOLAO DINO DE CASTRO E COSTA NETO *(Fora do microfone.)* - Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Tudo bem? Seja bem-vindo! Fique à vontade.

Então, de pronto, nós já vamos passar a palavra para o Dr. Nicolao.

Como nós temos... São quantos, Samyra? *(Pausa.)*

Como são oito e tem muita gente no virtual, eu vou pedir aos senhores participantes que se atenham aos dez minutos - eu vou prorrogar de acordo com a conveniência da fala e com o meu juízo.

Com a palavra o Dr. Nicolao, Subprocurador-Geral da República, Procurador Federal dos Direitos do Cidadão.

O SR. NICOLAO DINO DE CASTRO E COSTA NETO *(Para expor.)* - Muito obrigado, Senador Nelson Trad, que ora preside esta sessão da Comissão de Assuntos Sociais.

Sendo bem objetivo, penso que a fala de V. Exa. na introdução desta audiência pública bem contextualiza os problemas sobre os quais a Comissão, o Senado e também a Câmara de Deputados se debruçam neste momento.

Eu, para também contextualizar a atuação da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão em relação especificamente a essa temática, gostaria de lembrar que uma das primeiras medidas que adotei quando iniciei o meu mandato, no meio do ano passado, em junho de 2024, foi a instauração de um procedimento administrativo para precisamente examinar a problemática relativa à rescisão abrupta de contratos de planos de saúde e também verificar em que medida a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar se revela satisfatória nessa seara.

E precisamente os principais problemas detectados nesse procedimento aberto em junho do ano passado são dois: primeiro, a rescisão unilateral de contratos num aumento exponencial, contratos de saúde, prestação de serviços de saúde e seguro de saúde, principalmente os relativos a planos coletivos; e também o descredenciamento de estabelecimentos no curso de atendimentos, principalmente envolvendo pessoas com problemas de saúde como transtorno do espectro autista.

Alguns dados revelam bem também essa problemática. Segundo a própria Agência Nacional de Saúde Suplementar, entre 2022 a 2024, 36.179 demandas referentes a negativas de atendimento somente sobre TEA foram registradas naquela agência. Dados do Senacon revelam que, entre abril de 2023 a janeiro de 2024, 5,4 mil reclamações sobre cancelamentos unilaterais de plano de saúde chegaram ao Portal do Consumidor. Por sua vez, o Idec, sistematizando dados do Conselho Nacional de Justiça, Justiça em Números, aponta que, no ano de 2024, 27 mil novos processos judiciais em matéria de saúde suplementar apareceram no Judiciário brasileiro. E esses dados foram registrados - corrigindo - apenas em abril de 2024. No primeiro semestre de 2024, foram contabilizados 164.905 novos processos relacionados à saúde suplementar. Então, são dados que revelam alguma disfuncionalidade em relação à regulação do setor na medida em que há vários registros de reclamações e a avalanche de processos que chegam ao Poder Judiciário brasileiro.

Para devidamente emoldurar, sob o ponto de vista normativo, a problemática ora examinada, é preciso resgatar alguns marcos normativos que são bastante importantes para o enfrentamento da questão. Cito, muito rapidamente, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, a Lei 13.146; a Lei de Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno de Espectro Autista; a Lei 9.656, que regula os planos e seguros privados de saúde; e principalmente a Lei 9.961, que dispõe sobre a competência da ANS para regular o setor de saúde suplementar; e também o Código de Defesa do Consumidor, porque estamos aí, nesse contexto, tratando de relações de consumo.

A visão sistêmica de todos esses diplomas normativos que estão sendo mencionados e que são esmiuçados em uma recomendação conjunta que a PFDC e a Câmara de Defesa dos Direitos do Consumidor do Ministério Público Federal elaboraram no início desse ano evidencia a urgente necessidade de haver uma regulação mais precisa, mais incisiva, mais protetiva sob o ponto de vista do consumidor em relação a planos de saúde suplementar, nomeadamente em relação aos planos coletivos. E por que nós enfatizamos isso? Enfatizamos tendo em vista uma compreensão, a nosso ver, equivocada - para ser eufemístico - no que se refere a uma possibilidade de tratamento díspar em relação a planos de saúde individuais e planos de saúde coletivos.

Vejam, a lei que trata especificamente dos planos de saúde e seguros privados, no art. 14 dispõe... Deixe-me ver aqui exatamente a redação para ficar mais clara a argumentação. Estou tentando localizar aqui na recomendação. Achei, é o art. 13, na realidade.

Dia a Lei 9.656, no art. 13:

Art. 13

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput [que são os produtos aos quais estamos fazendo referência], contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

.....
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de intimação do titular.

E por aí vai.

Veja, a argumentação que é apresentada em relação a isso é que a lei estaria vedando apenas a rescisão unilateral de planos individuais, deixando, portanto, numa situação de uma espécie de *laissez-faire, laissez-passer*, em relação aos contratos, os planos de saúde, os planos coletivos. E aí V. Exa. bem explicitou aqui, Senador, que, especificamente em relação aos planos de saúde coletivos, o que se verifica mais incisivamente hoje em dia é exatamente essa situação de rescisões unilaterais de contratos, transformando o consumidor, colocando-o numa situação vexatória de ser uma pessoa jurídica para poder ter acesso à saúde suplementar.

Essa percepção é, como disse ainda há pouco, absolutamente equivocada, porque o fato de a lei haver explicitado a vedação de rescisão unilateral especificamente em relação a planos coletivos não autoriza que o setor adote essa praxe de rescindir e prever fazer com que conste nos contratos a possibilidade de rescisão unilateral de planos de saúde coletivos.

Esse é o maior problema que se verifica no mercado, e, portanto, é algo que desafia não uma visão ou uma compreensão monocular das disposições normativas que tratam da matéria, mas sim uma compreensão sistêmica de todo o conjunto normativo, como deve ser quando se trata de verificação de diversas disposições legais que tratam do mesmo tema. Então essa visão sistêmica exige uma compreensão conjunta das disposições da lei, especificamente da Lei 9.656, com o Código

de Defesa do Consumidor, que, no art. 51, dispõe quanto à nulidade de pleno direito de cláusulas abusivas, como, por exemplo, a cláusula que preveja a rescisão unilateral de contratos.

(Soa a campanha.)

O SR. NICOLAO DINO DE CASTRO E COSTA NETO - Isso está explicitado no art. 51, nos diversos incisos do art. 51, dos quais resulta o entendimento de que se considera exagerada uma situação contratual, uma relação contratual que preveja uma desvantagem excessiva ou onerosa para o consumidor - explicitamente em relação às cláusulas abusivas, aquela que preveja a rescisão unilateral de contratos que envolvam relações de consumo.

Encaminhando-me para a conclusão, Senador Nelsinho Trad, já que o meu tempo se esvai.

Há urgente necessidade de a Agência Nacional de Saúde Suplementar exercer, de uma forma mais incisiva, mais clara, mais objetiva, no cumprimento da sua competência legal, uma regulação do setor. Isso está devidamente indicado na recomendação que nós encaminhamos, em fevereiro deste ano, à ANS, indicando uma série de providências.

Eu vou indicar apenas uma delas e vou fazer chegar às mãos de V. Exa. o teor desta recomendação.

Há necessidade de adequar sistemas de informação; de garantir aos beneficiários de planos privados, sejam individuais, sejam coletivos, o acesso a contratos com todas as informações; de proibir o cancelamento unilateral dos contratos de beneficiários de planos e seguros coletivos de saúde; e de impedir o descredenciamento imotivado das clínicas credenciadas, especialmente daquelas utilizadas pelos beneficiários dos planos com necessidade de atendimento multidisciplinar, entre outros itens que constam da recomendação que farei chegar às mãos de V. Exa.

Esse documento foi enviado à ANS em fevereiro, como disse, fixando o prazo de 45 dias para que fossem supridas as lacunas indicadas, e ainda não obtivemos uma resposta da agência em relação especificamente a esse tema.

Se a ANS não cumpre a sua missão regulatória nesse aspecto, especificamente nesse ponto de vista de forma satisfatória, penso eu que o Poder Legislativo tem plena competência para dispor e fixar uma regra mais clara, seja suprimindo essa lacuna, seja determinando que a ANS efetivamente exerça em sua plenitude a competência regulatória que lhe cabe.

São essas observações que eu queria trazer à consideração desta Comissão.

Coloco-me à disposição para, nesta oportunidade ou em outras, tratar do assunto de uma forma mais detida e com outros detalhes que porventura sejam do interesse da Comissão.

Muito obrigado, Senador, pela compreensão em relação à extrapolação do tempo.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Agradeço ao Dr. Nicolao.

De pronto, passo a palavra ao Sr. Victor Hugo do Amaral Ferreira e, posteriormente, ao Sr. José Barreto Campello.

Dez minutos, Dr. Victor Hugo.

O SR. VITOR HUGO DO AMARAL FERREIRA (Para expor.) - Bom dia a todas e a todos os presentes.

Agradeço e cumprimento o Senador Nelsinho Trad.

É sempre uma alegria para a Secretaria Nacional do Consumidor, para o Ministério da Justiça. Em todas as oportunidades que temos de aqui sermos chamados, aqui estaremos, ainda mais para trabalhar e tratar de um tema que para nós é muito caro, que é a defesa do consumidor.

Entre todas as suas pautas, uma das pautas que nos chama mais atenção e exige um esforço contínuo, constante é quando se fala de saúde, porque, entre todos os bens que nós preservamos, cuidamos, tratamos, em que nós precisamos exercer a nossa atividade, inclusive como consumidores, temos de ter a nossa saúde assegurada.

Tratamos aqui da prestação de um serviço de saúde suplementar.

Na sua essência, é importante falar que nós estamos, ainda que diante de todas as normas... Quando se fala de plano individual, de uma regulação específica e também do discurso que se observa da ausência de normas pontuais sobre os planos coletivos, nós não podemos esquecer que nós estamos tratando obrigatoriamente, na sua essência, de uma relação de consumo.

E, para relações de consumo, nós temos o Código de Defesa do Consumidor, publicado há 35 anos, em 11 de setembro de 1990. Mais do que isso, nós falamos de um direito e de uma garantia constitucional, porque quis o art. 5º, inciso XXXII, da Constituição Federal, estabelecer que é dever do Estado promover, na forma da lei, a defesa do consumidor.

E aqui estamos como Estado, Estado Executivo, Ministério da Justiça, aqui estamos como Estado Legislativo nesta Casa e também deve o Estado juiz ficar atento a todas as questões que possam de alguma forma violar os direitos dos consumidores.

É nesse sentido que eu quero apresentar, dentro do tempo que me cabe e também das questões que possam surgir para debate posteriormente, a Secretaria Nacional do Consumidor, por meio do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor, faz a gestão da plataforma do Consumidor.gov.br, em que os consumidores direcionam reclamações de todo o país a vários segmentos, a vários setores de mercado de consumo.

Aqui tem um extrato do que aconteceu no ano de 2024 em relação aos planos de saúde.

Nós temos mais de 17 mil reclamações, e eu estou falando de apenas uma plataforma que tem a gestão da Secretaria Nacional do Consumidor. Também poderíamos trazer para este debate os dados do Proconsumidor, no qual tem reclamações formalizadas em todos os PROCONs do país, municipais e estaduais.

Eu queria chamar a atenção e também depois disponibilizo para esta Comissão, mas nós temos... Queria chamar a atenção para o quadro que fica representando os problemas mais reclamados pelos consumidores.

Aqui nós temos uma situação que tem aparecido, que tem evoluído nesse contexto; o segundo item mais reclamado pelos consumidores é justamente o serviço de atendimento ao consumidor. Esse dado comprova que o consumidor procura, no primeiro momento, o seu fornecedor. Ele se dirige à operadora para resolver o problema e, quando não tem esse problema resolvido, ele vai a uma plataforma reclamar justamente do espaço no qual deveria ter diálogo.

Esse dado corrobora para que a gente possa falar de uma outra questão que acaba sendo também uma falácia da forma, como vem sendo dita, quando a gente fala de uma judicialização excessiva, em que muitas vezes o consumidor que precisa tratar da saúde não tem outro meio que não seja judicializar. E a prova que o consumidor reclama do serviço de atendimento é porque ele procura, no primeiro momento, essa empresa para que possa resolver, ainda que o índice de solução seja razoável, é acima de 60%, mas muitos desses dados são consumidores que não retornam para fazer a avaliação do atendimento.

Então, nós não temos aqui, de fato, uma informação plena, um relatório pleno de todas as reclamações feitas pelos consumidores nesse setor, em razão de que muitos consumidores não podem esperar; diferentemente de outros produtos que podem esperar uma resposta, quando se trata de saúde, nós não temos esse tempo, nós falamos de urgência, nós falamos de emergência.

Vou trazer para vocês também os dados de 2023. Comparando os dados de 2023 com 2025, vejam que o índice de reclamação de solução de 2024 caiu para 60%, um pouquinho mais de 60% de solução, quando, em 2023, o índice era superior a 75%.

Da mesma forma, o segundo item mais reclamado, e eu chamo a atenção novamente sobre isso, é o serviço de atendimento aos consumidores. Então, tenho dito e repetido, e isso é uma premissa da Secretaria Nacional do Consumidor, que quem gera o problema ao consumidor, quem gera a dúvida ao consumidor, quem tem que atender o consumidor é aquele com quem ele estabeleceu a relação de consumo. O primeiro grau de solução da demanda do consumidor deve ser o próprio fornecedor. E, quando esse consumidor se dirige ao fornecedor e não tem essa solução, ele precisa buscar outros meios. Aqui nós temos um meio, mas não podemos também, diante dessa circunstância, dizer que o consumidor ajuíza ações de forma excessiva. Temos que verificar qual é a necessidade do ajuizamento dessas ações e talvez a necessidade e a razão delas não seja só no motivo, numa razão encontrada pelo consumidor, mas também por uma causa gerada pelo fornecedor. Precisamos inverter a lógica do pensamento para não se falar de uma judicialização excessiva, mas talvez de uma resistência excessiva em atender direitos aos consumidores.

Dentro dessas questões, e principalmente desde o ano passado, quando nós tivemos, a partir da análise dos registros na Secretaria Nacional do Consumidor, um número crescente de reclamações de consumidores em relação à rescisão unilateral de planos de saúde. Vejam os picos de reclamações, principalmente no mês de abril e mês de maio, fazendo uma correção ali no mês de abril. Diante disso, nós notificamos 15 operadoras no país, num processo de monitoramento de mercado. Então, a secretaria - de forma responsável, Senador, eu diria isso - poderia já ter aberto um processo administrativo sancionatório, mas, antes disso, fez um monitoramento de mercado, notificando 15 operadoras, para que apresentassem informações e relatórios sobre as denúncias de rescisões unilaterais, de segmentação, de identificação de um perfil de consumidores que tinham os seus contratos rescindidos de forma unilateral. Essas foram as operadoras notificadas. E as principais alegações que vieram ao processo é que houve o cancelamento unilateral apenas em contratos de planos coletivos e empresariais, não executado de forma discriminatória ou direcionada a uma população específica.

Dizem, ainda, que observam as disposições contidas na Lei 9.656, de 1998, e nas resoluções normativas da própria ANS, citando a 438.

Fizemos uma segunda notificação a todas as operadoras que tinham sido notificadas no primeiro momento, pedindo uma complementação...

(Soa a campanha.)

O SR. VITOR HUGO DO AMARAL FERREIRA - O senhor me concede, só para concluir, mais cinco minutos?

Fizemos uma segunda notificação, com aumento significativo nas reclamações sobre descredenciamento de prestadoras de serviços de atenção à saúde hospitalares e não hospitalares no ano de 2023 e 2024. Das respostas que vieram às notificações, foi dito que as modificações nas redes hospitalares são permitidas pela legislação, e se atendeu, em observância às disposições contidas na Lei 9.656, de 1998, e nas Resoluções Normativas da ANS 567 e 568, ambas de 2022.

Diante dessas notificações, diante do processo de monitoramento de mercado, essas foram as conclusões da Secretaria Nacional do Consumidor, que aqui eu compartilho com vocês.

Encontramos: insuficiência de comprovação na transparência de informação; insuficiência de comprovação sobre a comunicação eficaz aos consumidores nas rescisões e cancelamentos unilaterais; insuficiência na comprovação de disponibilização de informação sobre assistência; insuficiência de comprovação sobre o não cancelamento unilateral; insuficiência de comprovação se as modificações nas redes hospitalares aconteceram, de fato; e brechas na legislação da agência reguladora do setor.

Diante disso, encontramos e apontamos possíveis violações ao Código de Defesa do Consumidor, e o processo de monitoramento de mercado concluiu pela abertura de um processo administrativo sancionatório. Esse processo administrativo sancionatório, entre as suas ações, no dia 10 de dezembro de 2024, se reuniu com todas as operadoras que estão no processo administrativo, e concluímos, por ora, pela suspensão do processo administrativo para criação de um grupo de trabalho com um cronograma definido de desenvolvimento, de que nós fazemos parte.

A Secretaria Nacional do Consumidor conduz esse grupo de trabalho, tendo como membros a Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor, o Instituto de Defesa de Consumidores, a Federação Nacional de Saúde Suplementar, a Associação Brasileira de Planos de Saúde, o Conselho Nacional das Defensoras e Defensores Públicos-Gerais, o Bradesco Saúde e a Hapvida.

Qual é o objetivo desse grupo de trabalho? Colaboração entre os setores, proposta de solução definitiva para os problemas levantados no monitoramento de mercado, revisão normativa e transparência quanto aos direitos dos beneficiários.

Então, dessa forma, eu quero agradecer o tempo concedido, Senador, e dizer mais uma vez que a premissa da existência...

(Soa a campanha.)

O SR. VITOR HUGO DO AMARAL FERREIRA - ... da relação de consumo, a premissa da existência do Código de Defesa do Consumidor é o reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor diante dessa relação de consumo. E, quando nós falamos de vulnerabilidade no âmbito da saúde, é mais do que isso, nós falamos de uma vulnerabilidade potencializada, uma vulnerabilidade agravada, uma hipervulnerabilidade.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Agradeço ao Dr. Vitor Hugo e, de pronto, passo a palavra ao Sr. José Barreto Campello Carvalheira, Coordenador-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, do Ministério da Saúde.

Leve o nosso abraço ao Ministro Padilha.

O SR. JOSÉ BARRETO CAMPELLO CARVALHEIRA (Para expor.) - Bom dia, Senador. Bom dia aos demais membros da mesa. Bom dia, pessoal.

Eu gostaria de fazer minha apresentação, trazendo para cá um debate que seria sobre a mamografia, que é um debate que está bastante vivo. Eu vou colocar, aqui, as Políticas Nacionais de Enfrentamento ao Câncer em Mulheres, rapidamente, para se ter toda a questão geral da situação.

Só para se ter uma ideia da mortalidade por câncer no país, a gente tem um aumento e o Brasil, atualmente, é o segundo em mortalidade em causa prematura de câncer, com os indivíduos com menos de 70 anos; e o câncer em mulheres no Brasil vem aumentando proporcionalmente.

É o primeiro tipo de câncer que mais mata entre as mulheres, com 73 mil internações e R\$174 milhões de gastos com internação. E a mortalidade prematura - abaixo de 70 anos - está de acordo com esse gráfico que a gente vê aí, à direita; a mortalidade prematura está aumentando por câncer de mama no Brasil. O câncer de mama, pelas estatísticas do Inca, representa 30,1% dos casos de câncer, com 73,6 mil casos/ano.

Aqui, a gente tem, então, ações em todas as faixas, em todas as linhas de cuidado do câncer, da promoção de saúde, e as ações coordenadas envolvendo todas as nossas secretarias - fatores de risco, alimentação saudável, principalmente para o câncer de mama -, e teria essa principal condição.

Aqui, eu gostaria de ficar um pouco mais de tempo. Este aqui é o dado da Pesquisa Nacional de Saúde, em relação ao rastreamento nacional de câncer. O que a gente vê é que apenas 58,3% das mulheres fazem rastreamento - de 50 a 69 anos. Mas vale dizer que, no Brasil, este é o grande problema que a gente enfrenta hoje: só 35% das mulheres fazem o rastreamento. Então, isso aqui é só na capital. Quando você vai para todo o Brasil, são 35%; 6,7% em Roraima. Então, chega a 6,7% só de mamografia. E pasmem! A gente tem 6.758 mamógrafos, que seriam suficientes para fazer cobertura completa, e a gente só tem 4,3 milhões de exames.

Então, no rastreamento de câncer de mama, é importante deixar claro que o número de mamógrafos é adequado. E o que acontece é que não há a realização dos exames na faixa com a maior efetividade, que seria dos 50 aos 69 anos. Então, esse é um ponto de que a gente teria que falar mais alguma coisa em relação a isso: a gente tem condições de fazer mamografias fora da faixa etária também, por procedimento específico, de acordo com a intenção do médico. Para vocês terem uma ideia, no rastreamento do colo uterino, a gente tem 6 milhões, de 25 a 64 anos; e 3 milhões, fora da faixa de recomendação. Então, existe condição de se fazer a mamografia por procedimento solicitado diretamente pelo mamógrafo.

A gente tem uma recomendação e uma diretriz de 2015, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, que coloca que o rastreamento por mamografia deve ser de 50 a 69 anos. Mas essa é uma diretriz de 2015, em que se foi recomendado, mas é possível entrarem novas solicitações à medida que for necessário revisão da portaria.

Então, só para continuar a contextualização, o grande problema nosso não está no rastreamento, está muito mais no diagnóstico precoce, que é o Mais Acesso a Especialistas, em que a gente tenta reduzir fila, uma estratégia para reorganizar a atenção à saúde, e ter mais cuidado especializado, mais cirurgia prioritária, mais inovação no SUS.

Aqui, a gente faz com que não se tenha essa ida e volta à UBS. A paciente chega à unidade básica de saúde, vai à policlínica, pede um ultrassom de mama, volta à UBS para pedir a mamografia, que veio positiva, precisa de um ultrassom - e ela fica indo e voltando -, precisa de biópsia - vai e volta. Esse é o nosso grande gargalo e o grande problema na hora de uma alta suspeição.

Então, o Mais Acesso a Especialistas tem toda essa organização do cuidado. A gente tem duas linhas de cuidados específicas: o diagnóstico de câncer de mama, com o mastologista, o ultrassom de mama e a biópsia; e a mastologia - a gente coloca dentro do programa esse retorno dentro de 30 dias. Esse é o ponto mais importante. A gente tem duas condições em oncologia: a avaliação diagnóstica inicial do câncer de mama e a progressão da avaliação diagnóstica do câncer de mama, que são os maiores gargalos.

A gente vê que a gente tem problema no rastreamento, mas o problema do rastreamento é muito mais por ausência de procura para fazer a mamografia do que pela condição da presença da mamografia, e ela funciona fora da faixa etária.

Então, a gente tem essa oferta de cuidados integrados à oncologia. Dentro do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica, por exemplo, para a mama especificamente, foram 455 projetos aprovados, totalizando R\$1,418 bilhão; 90 projetos em 2024, com R\$379.661.789 para os três campos de atuação do programa.

Aqui são os investidos relacionados ao câncer de mama; foram R\$12.251.323 em todos esses locais que a gente está vendo.

Aqui é uma outra estratégia em que a gente estava com muito problema. Aumentamos em sete vezes o número de reconstruções mamárias no SUS, com uma portaria que aumenta o valor agregado à reconstrução mamária. Foi um investimento de R\$43,332 milhões. Isso melhorou essa condição.

E a gente tem o Plano de Expansão da Radioterapia, que também fez com que aumentasse o número de novos serviços em radioterapia. O aumento da radioterapia de câncer de mama já é visível com esse programa.

Então, a Coordenação-Geral do Câncer ataca em todos os pontos da linha de cuidado. O grande problema, o grande gargalo do Sistema Único de Saúde - está na atenção secundária. Temos problemas no rastreamento, que é uma questão de organização do sistema. Quer dizer, o sistema nosso é oportunístico, mas, ele... Quando a pessoa procura a mamografia e não é convocada para fazer a mamografia, daí os números são baixos. Esse é um problema que deve realmente ser transformado.

É isso que eu teria aqui para colocar para a gente, principalmente em relação ao rastreamento, frisando a condição de a gente ter procedimento que vai desde os dez anos de idade, a critério médico, e a partir de 50 a 75 anos. Abaixo dos 50 anos, em qualquer diretriz internacional, isso é uma *shared decision*, uma decisão dividida com a paciente - só deixando mais claro então o ponto da mamografia, que é possível fazer pelo SUS.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Agradeço ao José Barreto Campelo Carvalheira, que veio aqui falar em nome do Ministério da Saúde.

Vamos inaugurar as participações virtuais.

Aqui na tela, de pronto, aparecendo o Dr. Charles, Dr. Rafael e o Dr. Marcos. Os três estão em ponto de bala... E a Dra. Ana Paula apareceu agora.

Então, vamos começar com a Dra. Ana Paula para a gente colocar uma presença feminina, para poder dar um toque todo especial à nossa audiência pública.

Com muito prazer, passo a palavra à Dra. Ana Paula Silva Cavalcante, Representante da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Dez minutos, por videoconferência.

Posteriormente, ao Dr. Charles, ao Rafael e ao Marcos Novais. Esse bloco termina com ele. Depois vêm o Dr. Cesar e a Dra. Marina.

Com a palavra, a Dra. Ana Paula.

A SRA. ANA PAULA SILVA CAVALCANTE (Para expor. *Por videoconferência.*) - Obrigada.

Muito obrigada pelo convite. Agradeço a oportunidade, Senador Nelsinho, de esclarecermos para a sociedade a questão da mamografia na saúde suplementar.

Gostaria de saber se a minha apresentação está disponibilizada.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Sim, por aqui está tudo certo: seu áudio, seu vídeo e sua apresentação. Pode ir.

A SRA. ANA PAULA SILVA CAVALCANTE (*Por videoconferência.*) - Então, vou me apresentar. Meu nome é Ana Paula Cavalcante, atualmente sou Gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial na ANS. Sou servidora de carreira da agência, trabalho na agência há 20 anos e sou médica de formação.

Bem, todos aqui sabem, mas não custa lembrar, a ANS é uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, que tem como finalidade promover a defesa do interesse público na assistência suplementar, regulando as operadoras de planos de saúde e contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país. A nossa Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial trabalha exatamente com a indução da qualidade da atenção à saúde no setor.

Agradeço já a participação do colega do Ministério da Saúde que colocou - eu não coloquei porque eu tenho pouco tempo -, mas colocou o nosso contexto. Então, dado o crescimento tanto de mortalidade como de incidência do câncer, a ANS propôs - esse estudo vem sendo feito desde 2019, e não foi lançada a consulta pública antes porque houve um atraso por conta da pandemia - uma certificação em boas práticas na atenção oncológica.

O que vem a ser isso? A proposta submetida à consulta pública prevê um selo de qualidade. Uma certificação é a outorga de um certificado por uma entidade avaliadora a uma operadora que atesta o cumprimento de pré-requisitos preestabelecidos. No caso da nossa certificação, esses pré-requisitos são estabelecidos no manual de certificação elaborado pela ANS com a finalidade de induzir a melhoria da qualidade da atenção à saúde no setor por meio da adesão das operadoras às boas práticas estabelecidas.

Então, já para tirar qualquer dúvida, a proposta apresentada na consulta pública não tem relação e não altera a cobertura assistencial garantida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. Não existia nem nunca existiu essa proposta, até porque a área da qual nós falamos não trabalha com as coberturas, trabalha com a qualificação do setor.

Então, o rol garante e já garantia a mamografia bilateral para mulheres de qualquer idade mediante solicitação médica. Como foi dito aqui, no Brasil a mamografia é realizada de modo oportunístico; a pessoa vai, e o médico pede, não existe uma cultura de buscar essa mulher. E há a mamografia digital para mulheres entre 40 e 69 anos, também mediante solicitação médica. Isso já é garantido, sempre foi garantido.

O rol, como todos sabem, é uma lista que os planos de saúde são obrigados a cobrir de acordo com a segmentação contratada; atualmente, ambulatorial ou hospitalar, com ou sem obstetrícia. Então, a lista inclui consultas, exames, cirurgias, tratamentos e outros serviços, e sua cobertura mínima é garantida por lei.

Eu deixei aqui o *link* para que os senhores possam consultar o rol da ANS, e já tem lá essa cobertura garantida.

Bem, para ir além do rol, nós propomos, então, uma certificação de adesão voluntária pelas operadoras, que seria dar um selo de qualidade para aquelas operadoras que cumprissem as boas práticas estabelecidas pela ANS no manual de certificação. Essa seria uma ação para além dos normativos comuns para a atuação da operadora no setor. É de adesão voluntária. E quem avalia se a operadora está cumprindo ou não? Entidades acreditadoras, independentes, imparciais, reconhecidas pela ANS e reconhecidas, inicialmente, pelo Inmetro. A ANS tem uma parceria com o Inmetro: o Inmetro reconhece essas entidades e a ANS homologa essas entidades. Essa certificação faz parte de um programa maior, um programa guarda-chuva instituído pela ANS em 2018, que é o Programa de Certificação em Atenção Primária à Saúde. A atenção oncológica será a terceira certificação a ser instituída.

Esse Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde é de dezembro de 2018 e tem como objetivo induzir a melhoria da qualidade, a reorganização da rede e o aprimoramento da prestação de serviços no setor. A metodologia foi inspirada num programa que nós já temos desde 2011, que é o de Acreditação de Operadoras, e nas certificações de planos de saúde existentes nos Estados Unidos de uma instituição chamada NCQA.

Então, nós temos três certificações: a Certificação em Atenção Primária à Saúde, que já está em vigor; a Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal, Certificação em Parto Adequado, também já em vigor; e a certificação em atenção oncológica, em elaboração. Estamos elaborando também a certificação do cuidado integral à saúde da pessoa idosa.

O objetivo da certificação oncológica, a OncoRede, é induzir a melhoria da qualidade na atenção oncológica, reorganizar o modelo de atenção oncológica no setor suplementar, visando à adoção das melhores práticas baseadas em evidências pelas operadoras para melhorar a resolutividade, a celeridade do tratamento oncológico na saúde suplementar.

Como é praxe, toda resolução normativa é submetida à consulta pública. Inclusive isso se tornou lei pela nova Lei das Agências, mas a ANS já tinha essa prática de submeter seus normativos à consulta pública. Então, foi isto que nós fizemos: nós colocamos em consulta pública uma minuta de manual de certificação, e, nessa minuta, para além da cobertura normal, comum, que é aquela em que a pessoa chega, e o médico pede a mamografia, nós colocamos como uma boa prática a busca ativa dessa mulher, que foi o que o nosso colega do Ministério da Saúde acabou de mencionar que não é comum no Brasil e não existe na saúde suplementar, que é você buscar, por meio de mensagens de texto, internet, telefonemas, lembretes, redes sociais, ou buscar pessoalmente aquela mulher, entrar em contato com ela e dizer "Olhe, você que está entre 50 e 69 anos venha fazer sua mamografia", sem, no entanto, retirar a cobertura de todas as mulheres, de qualquer idade, conforme solicitado pelo médico assistente. Então, a busca ativa deveria ser realizada proativamente pelas operadoras de planos de saúde, e o rastreamento por meio da busca ativa é uma inovação no setor, que tradicionalmente tem como foco a saúde individual dos beneficiários, que buscam assistência voluntariamente - a demanda espontânea, como a gente chama. Então, a pessoa vai ao consultório e lá o médico prescreve, pede a mamografia. Na maior parte do mundo, entre 50 e 69 anos, a mamografia é indicada por, nessa faixa etária, esse exame de rastreamento ser mais efetivo, e, fora dessa faixa etária, é de compartilhamento de decisão entre o médico e o paciente.

Como eu só tenho 15 segundos, eu peço a V. Exa. mais dois minutos.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Pode tocar.

A SRA. ANA PAULA SILVA CAVALCANTE (Por videoconferência.) - Essa certificação não aborda só o câncer de mama, mas aborda os cinco principais cânceres de maior incidência e maior mortalidade no Brasil, que são: o câncer de mama, o câncer de colo de útero, o câncer de próstata, o câncer de pulmão e o câncer colorretal, e nós temos quatro níveis de certificação propostos.

Em cada uma dessas linhas de cuidado, para cada um desses cânceres, nós temos módulos em que você tem itens relativos à estruturação da operadora e da rede, à prevenção do câncer, às estratégias de detecção precoce, de rastreamento e diagnóstico precoce, à comprovação diagnóstica por meio da biópsia - o anatomopatológico -, ao tratamento e aos cuidados paliativos. Nesses itens, inclui-se a maior celeridade na autorização, inclusive, dos procedimentos para câncer: em vez de cair na mesma, digamos assim, "árvore de decisão" da operadora de todos os procedimentos, para o câncer nós estabelecemos, entre as boas práticas, uma via rápida, ou *fast track*, para que esse pedido ande mais celeremente em uma via separada.

Aí fizemos a consulta pública, no período de 10 de dezembro de 2024 a 24 de janeiro de 2025, exatamente para receber contribuições de mulheres, especialistas, operadoras, órgãos de defesa do consumidor e da sociedade em geral, e essa consulta pública teve uma participação bem acima do comum, para a ANS até, e, nos últimos dias da consulta pública,

como vocês podem ver aqui, existiu um aumento exponencial. Nós recebemos 63.840 contribuições. Houve um equívoco entre o que nós estávamos propondo e o rol, e nós vamos avaliar todas as sugestões.

Esse relatório com todas as sugestões será publicado no rol da ANS, com posicionamento para cada uma das contribuições, acatada, acatada parcialmente ou não acatada, com as respectivas justificativas, sendo que 63.840 foi muito mais do que nós imaginávamos. Então ainda não concluímos essa análise.

E os dados refletem alguns pontos importantes: a relevância do tema do câncer de mama para a sociedade, o que só reafirma a importância do nosso projeto; o equívoco gerado nas redes sociais...

(Soa a campanha.)

A SRA. ANA PAULA SILVA CAVALCANTE - ... que originou a confusão entre a cobertura obrigatória da mamografia, que não estava em pauta naquele momento, e a proposta da busca ativa das mulheres para a realização da mamografia como item do manual de boas práticas; a busca ativa como estratégia de saúde populacional, como uma inovação no setor; e que as coberturas são voltadas para os indivíduos e a busca ativa é voltada para uma população geral, mas ambas estão contempladas no setor.

Fizemos reuniões com as entidades médicas, que, de forma legítima, ficaram preocupadas com a comoção nas redes sociais. Fizemos, no dia 27/1, uma reunião *online* entre a ANS e as entidades; e, no dia 24/3, uma reunião presencial na ANS, para a discussão da proposta, com a participação do Colégio Brasileiro de Radiologia, da Sociedade Brasileira de Mastologia, da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, da Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama, da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina.

E aí, no final da reunião, tivemos um consenso. Tiramos aí essa foto, demonstrando que o grupo chegou a uma decisão conjunta, elaborando critérios para esses itens no manual.

Quais foram os pontos importantes? Que não há alteração no rol, a mamografia está garantida; a nova proposta do manual foi construída em consenso com as entidades médicas, em 24/3/2025; e o resumo da nova proposta, para ficar bem mais claro do que nós estávamos falando: rastreamento individualizado de beneficiárias com idade entre 40 e 74 anos para o câncer de mama e periodicidade conforme indicação médica (mediante decisão compartilhada do médico com a mulher e consentimento livre e esclarecido) e a busca ativa realizada pelas operadoras para o rastreamento do câncer de mama de beneficiárias entre 50 e 69 anos, a cada dois anos; o rastreamento individualizado de beneficiárias com risco aumentado de qualquer idade para o câncer de mama, conforme indicação médica (periodicidade a critério médico já estava, mas nós deixamos mais claro ainda); e deixar mais evidente ainda, na proposta, que nenhuma operadora, certificada ou não, poderá negar a cobertura da mamografia, em qualquer idade, em qualquer periodicidade, mediante solicitação médica.

Obrigada. Desculpe-me V. Exa. por ter me estendido.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Agradeço à Dra. Ana Paula Cavalcante.

De pronto, vamos passar para o Dr. Charles, por dez minutos.

O SR. CHARLES FRAJDENBERG (Para expor. *Por videoconferência.*) - Bom dia a todos.

Exmo. Senador Nelsinho Trad, em nome da Defensoria Pública do Brasil, da Defensoria Pública da União, especificamente, agradecemos pelo convite e pela oportunidade de participar desta audiência pública.

Cumprimento também os demais presentes, seja presencialmente ou virtualmente.

Aqui já foi amplamente debatida a questão dos cancelamentos unilaterais pelos planos de saúde, a questão da Consulta Pública 144, e a das mamografias, mas eu acho que a gente ainda não debateu o assunto levantado pelo Senador no terceiro item, que são esses planos de saúde de cobertura reduzida e de baixo custo.

Então, eu vou começar por essa questão, porque não foi aventada, o tempo é curto, e eu acho que é muito importante, aqui, na qualidade de Defensor Público Federal, que atende os hipervulneráveis da sociedade e aqueles que têm menos acesso a recursos privados. Quero falar desses planos, dessa proposta desses planos, que vai afetar diretamente as camadas mais pobres da população, as que são atendidas pela Defensoria Pública, e também a classe média, que, com muito esforço, paga um plano de saúde e poderá ver sua cobertura extremamente reduzida.

E aqui, nesse ponto, eu acho interessante, porque isso se aplica de forma muito parecida com a questão dos planos individuais e coletivos. Os planos individuais acabaram não sendo comercializados na prática, porque eles garantem mais

direitos, têm mais impeditivos para uma rescisão unilateral e têm mais impeditivos também em questões de reajuste. Então, na prática, não são comercializados.

E a grande preocupação é: a partir do momento em que a gente permitir planos com baixíssima cobertura, teoricamente reduzidos, os preços atuais praticados pelos planos vão ser, nesses novos planos, reduzidos, e, na prática, vão ficar inacessíveis os planos de ampla cobertura, porque esses planos de cobertura reduzida serão mais interessantes economicamente para as operadoras de saúde.

Então, sobre essa proposta de criação de planos de saúde de baixo custo e de cobertura reduzida, manifestamos profunda preocupação com o que consideramos um retrocesso histórico na regulação do setor. Permitir essa comercialização de planos que excluem atendimentos essenciais, como emergência, é uma porta de entrada para o retorno de práticas abusivas que a regulação já havia combatido.

Essa proposta não apenas viola princípios constitucionais fundamentais como representa uma discriminação socioeconômica inaceitável. Os mais pobres seriam forçados a contratar planos inadequados, criando uma cidadania de segunda classe no acesso ao serviço de saúde privado. A ANS não pode cancelar um sistema que permita que o poder aquisitivo determine a qualidade e a extensão do direito fundamental à saúde.

Outrossim, a referida proposta tem por finalidade a introdução de planos de saúde com cobertura restrita a atendimentos de consulta - dos seus contratantes - e exames, o que afronta os termos da lei do plano de saúde, visto que o art. 35-C da Lei 9.656 preceitua como obrigatória a cobertura de atendimento em casos de urgência, emergência e planejamento familiar, ou seja, além de afrontar o direito fundamental à saúde e à vida, a iniciativa proposta é flagrantemente ilegal e desproporcional.

Incumbe ao Poder Legislativo fazer, eventualmente, tal mudança, numa questão tão drástica, por meio de lei, e não à ANS, dentro do seu poder regulamentar. O poder regulamentar atribuído à ANS, pela força do disposto no parágrafo único do referido art. 35-C, não a chancela a retroceder em direitos fundamentais e constitucionalmente garantidos.

Trata-se de uma proposta que visa a beneficiar exclusivamente as operadoras, ao passo que os atendimentos, em casos de maior emergência ou urgência, pelos usuários, serão obstados na rede privada, de modo que deverão recorrer ao SUS, necessariamente.

Então, esta é a posição da Defensoria: totalmente contra esses planos simplificados, entendendo, basicamente, que não cabe à ANS, dentro do poder regulamentar e dentro do seu poder normativo, permitir que existam esses planos. Acho que tem que ter uma alteração, por meio de lei, do art. 35-C, e isso caberia ao Poder Legislativo.

Para fins de conclusão, nesta fala curta aqui, a Defensoria entende, de um modo geral, que a ANS deve adotar e aperfeiçoar medidas dentro do poder regulamentar e sancionatório para evitar rescisões unilaterais por operadoras de saúde, para assegurar os planos coletivos ou empresariais, principalmente para os segurados que estejam internados ou em tratamento de saúde de alto custo. Já para os demais segurados, a rescisão unilateral deve ser, no mínimo, caso ocorra, acompanhada sempre de oferta de plano de saúde com preço similar, mesma cobertura e sem carência, além das medidas sancionatórias da ANS contra as operadoras de saúde que se utilizam de tal prática, tanto com a finalidade preventiva quanto pedagógica.

Em relação à questão da mamografia, a ANS deve aprimorar a forma de se comunicar com a sociedade, utilizando-se de ferramentas como as redes sociais, por exemplo, justamente para promover campanhas esclarecedoras de combate a *fake news* e a informações errôneas, principalmente acerca dos direitos das mulheres ao rastreamento mamográfico.

Por fim, que a ANS abandone, definitivamente, a proposta de planos de baixo custo com cobertura reduzida, por ser considerada inconstitucional, contrária ao interesse público e violadora do princípio da razoabilidade.

A regulação do setor de saúde suplementar deve ser pautada pela proteção integral dos direitos dos usuários, especialmente dos mais vulneráveis, não podendo ceder à pressão do mercado que pretenda mercantilizar, ainda mais, um direito fundamental humano.

A Defensoria Pública está e estará atenta a todas as decisões da ANS e não hesitará em utilizar todos os meios legais e constitucionais necessários para defender os direitos dos usuários de planos de saúde, especialmente daqueles em situação de maior vulnerabilidade.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Agradeço ao Dr. Charles.

De pronto, vamos passar ao Dr. Cesar Cardim, por dez minutos.

O SR. CESAR SERGIO CARDIM JUNIOR (Para expor. *Por videoconferência.*) - Bom dia a todos.

Na verdade, eu gostaria de parabenizar pela realização dessa audiência pública e saudar o Sr. Presidente dessa Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal e proponente dessa audiência, o Senador Nelsinho Trad.

Saúdo as Sras. e os Srs. Senadores presentes, aqueles que também nos acompanham remotamente, as senhoras e os senhores que nos assistem aí presencialmente e pelos canais de comunicação do Senado Federal.

Eu vou me ater aqui aos pontos apresentados na requisição.

Inicialmente, é importante dizer que a FenaSaúde representa dez grupos de operadoras de planos de saúde, algumas delas entre as maiores do setor, com cobertura total de 27,7% de todo o mercado de saúde suplementar. As operadoras associadas à FenaSaúde cumprem toda a regulamentação e legislação da saúde suplementar e exceções, quando existem, são prontamente apuradas e corrigidas.

Toda reclamação é tratada com a devida relevância, mas vale aqui trazer alguns dados iniciais a esse respeito. Segundo os dados oficiais da própria Senacon, apresentados, inclusive, pelo Vitor Hugo, que está aí na mesa, o setor de operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios foi o 13º colocado no *ranking* nacional de reclamações de 2023, dado mais recente disponível. O setor, então, foi alvo de 1,4 milhão de reclamações registradas na plataforma oficial do consumidor.gov.br.

Nas reclamações registradas na ANS, para cada mil beneficiados de planos médico-hospitalares, 7,2 reclamações são registradas, ou seja, menos de uma reclamação para cada cem beneficiários. E, além disso, quando se considera o total de procedimentos que foram realizados na saúde suplementar em 2023 - um total de 1,9 bilhão de procedimentos, dado mais recente disponível pela ANS -, a média de reclamações é de menos de duas reclamações para cada 10 milhões de procedimentos realizados.

Então, feita essa pequena introdução, vou falar sobre os itens, os três temas, rapidamente, colocados dentro da requisição desta audiência pública.

Sobre os critérios de mamografia, que foram muito bem apresentados, obviamente, pela ANS, pela Ana Paula Cavalcante, eu não tenho muito mais a acrescentar, a não ser dizer que todas as coberturas e exames da saúde suplementar seguem o estabelecido pela RN 465, que define o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura obrigatória para todas as operadoras. A mamografia bilateral convencional consta no rol sem nenhuma restrição de cobertura, ou seja, pode ser feita em qualquer idade ou periodicidade.

Com relação à mamografia digital, ela possui cobertura obrigatória entre 40 e 69 anos com direito de utilização, ou seja, conforme critérios definidos pela ANS. Isso significa que a cobertura das mamografias sempre foi garantida pelos planos de saúde e é superior ainda ao proposto pelo protocolo do Inca, sem nenhuma limitação de intervalo para a sua realização. O que existe em discussão, e foi bem apresentado, de novo, pela Ana Paula, é a criação de uma certificação para as operadoras que aderirem ao programa de certificação de boas práticas da assistência oncológica, que não altera em nada a cobertura no rol.

Então, esse é só um complemento, de uma forma mais resumida, à fala da servidora.

Com relação às decisões contratuais, outro tema desta audiência, é importante dizer que as associadas da FenaSaúde não realizaram cancelamento unilateral de contratos de plano de saúde em massa.

Os associados da Fena cumprem integralmente, como já dito, as regras contratuais e as normas regulatórias nos processos de cancelamento de contratos. E a rescisão é uma previsão existente na legislação que rege a saúde suplementar. Portanto, o maior interesse das operadoras nunca foi perder clientes; pelo contrário, é reter esses clientes. Então, as rescisões, quando ocorrem, são exceções e não a regra, sendo aplicadas sempre com rigoroso respeito à lei. Elas são específicas para os planos individuais e também têm um regramento para os planos coletivos.

O beneficiário do plano individual, como já foi dito por todos aqui inclusive, está protegido contra rescisões imotivadas, de modo que a operadora só pode rescindir o contrato individual se ocorrerem duas hipóteses: as situações de fraude ou inadimplência. Já nos contratos coletivos, a rescisão é permitida. No entanto, deve-se observar as condições previstas no contrato firmado entre a operadora e a empresa ou entidade - nos casos dos planos coletivos por adesão, a empresa contratante ou entidade contratante.

Então, eu enfatizo que a rescisão nunca é, nem pode ser, discricionária. Não pode haver o que se denomina tecnicamente de seleção de risco, e não é isso que ocorre. Quando acontece a rescisão, ela envolve o contrato como um todo, abrangendo todos os beneficiários participantes. Portanto, não há que se falar em rescisões que mirem especificamente uma idade, uma patologia ou algum tipo de transtorno. Aliás, os dados, tal como são apresentados pela ANS, sequer permitem identificar o CID, que é o código da doença ou do transtorno que está sendo tratado pelo beneficiário do plano.

Suspensões e exclusões de beneficiários em contratos coletivos só acontecem quando a pessoa jurídica, a entidade ou a empresa contratante, as solicita à operadora de plano de saúde.

Por fim, todas as rescisões devem ser obrigatoriamente comunicadas ao beneficiário e são realizadas conforme a lei, com 60 dias de antecedência.

E com base, inclusive, na fala do Diretor do DPDC, Vitor Hugo, que me antecedeu, a FenaSaúde, como representante das operadoras ali nominadas, faz parte, ela integra o GT criado pela Senacon para discutir e procurar alternativas à rescisão unilateral de contratos. Esse trabalho está em curso e tem previsão de término para maio.

E, por fim, sobre o último tema proposto aqui na audiência pública, que é a questão dos novos planos de consultas estritamente eletivas e exames, é importante enfatizar que esse assunto segue em curso na ANS, está em aberto, ainda sem relatório conclusivo. A ANS ofereceu uma ampla manifestação e participação da sociedade, e foram feitas as contribuições durante o período da consulta pública, sem nenhuma decisão, por enquanto, do órgão regulador.

A lei do plano de saúde de 1998 - ou seja, já tem quase 30 anos - está precisando de uma atualização. Ela está claramente desatualizada em relação às mudanças demográficas, epidemiológicas e tecnológicas ocorridas nessas três décadas.

O *sandbox*, que é a consulta pública, é uma novidade. O *sandbox*, de uma maneira geral, é novidade na saúde suplementar, mas não é uma novidade nos demais setores regulados, aqui e até no resto do mundo. A Aneel, por exemplo, tem cinco procedimentos dessa natureza em andamento para testar mudanças nas tarifas de energia de determinadas concessionárias e em determinadas áreas geográficas. Os *sandboxes* são ambientes controlados, protegidos, para se promoverem avanços regulatórios importantes sem afetar o restante do setor. A metodologia de *sandbox* regulatório está definida numa lei complementar, a Lei 182, de 2021.

Mesmo com ressalvas, que foram objeto de sugestões e melhorias que apresentamos à ANS - fizemos, obviamente, contribuição à Consulta Pública 151 -, a FenaSaúde avalia que a medida abre a possibilidade de ser oferecida mais uma alternativa de assistência a pessoas que ainda não têm condições de contratar o seu plano de saúde. É um acesso mais rápido e com maior chance de curar e de salvar vidas; ou seja, o sistema brasileiro de saúde, como um todo, a nosso ver, só tem a ganhar com a proposta de criação de novos produtos - não planos; produtos! - de consultas e exames da ANS.

Por fim, mais liberdade econômica e menos regulação podem permitir que o setor privado de planos de saúde desenvolva produtos mais aderentes aos anseios da sociedade.

Com isso, eu me despeço.

Agradeço ao Senador. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Agradeço ao Dr. Cesar Cardim.

De pronto, o Dr. Rafael Vinhas, por dez minutos.

Com a palavra.

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS (Para expor. *Por videoconferência.*) - Olá, bom dia a todos e a todas.

Primeiramente, saúdo o Senador Nelsinho Trad. Agradeço a oportunidade de estar aqui, representando a Agência Nacional de Saúde Suplementar, juntamente com a Ana Paula.

Eu vou compartilhar a apresentação... Vou só colocar em modo de apresentação.

Vou trazer dois assuntos que já foram debatidos aqui: a Ana Paula brilhantemente expôs sobre um dos temas, que é a questão das regras de cancelamento de contratos coletivos; e o outro é o *sandbox* regulatório.

Antes, porém, de iniciar, eu gostaria de me apresentar: eu sou Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos de uma das diretorias da ANS, a Diretoria de Produtos, e sou servidor de carreira há mais de 19 anos.

É um trabalho conjunto que é feito na ANS. A gente vai até demonstrar a questão das regras de cancelamento e também as propostas que foram já trazidas pela ANS para aprimoramento das regras - mas, sem antecipar nada, vamos seguindo.

Eu vou tentar dividir a apresentação em duas partes, para falar sobre as regras de cancelamento - até porque já foi um tema bastante debatido aqui pelos que me antecederam, mas para passar um pouquinho da regulamentação do setor - e sobre a diferenciação das regras dos planos individuais para as dos coletivos.

Primeiramente - já foi inclusive trazida aqui essa questão -, a própria Lei 9.656, aprovada no Congresso Nacional, deixa bem clara a impossibilidade de que haja qualquer tipo da chamada "seleção de risco", ou seja, ninguém pode ser impedido de contratar um plano de saúde, por qualquer motivo, tampouco ser excluído justamente por ter alguma doença ou por alguma condição de saúde.

Isso é importante que seja dito justamente porque, além de o legislador ter deixado isso claro, toda a regulamentação da ANS é uníssona nesse sentido. A própria regulamentação que a gente tem, que é a nossa RN 557, que veio posteriormente à norma original, a RN 195, de 2009 - ou seja, já tem bastante tempo -, deixa bem claro, lá no próprio art. 22, que em nenhuma hipótese pode ser colocada qualquer exigência para ingresso de beneficiários em planos coletivos, além dos planos individuais. E o legislador, na própria Lei 9.656 - e a RN 557 apenas reproduziu o que o legislador já trouxe na Lei 9.656 -, deixou claras as regras específicas, além de adesão do plano individual, como também na rescisão lá no parágrafo único do art. 13.

Reforçando a regulamentação do setor, a diretoria colegiada da ANS, lá em 2015, ou seja, vai fazer quase dez anos dessa súmula normativa, Súmula Normativa 27, trouxe novos dispositivos a uma súmula normativa que também já existia, que ainda está em vigor até hoje, que é a Súmula 19, deixando clara a vedação à prática de seleção de risco, seja nos planos individuais, seja nos planos coletivos, tanto em relação ao grupo como um todo, porque, quando a gente fala em plano coletivo, isso é importante que seja dito, ele não é um contrato firmado entre uma pessoa física e a operadora, à exceção dos casos de empresários individuais, que têm a natureza jurídica de pessoa física, mas, sim, entre uma pessoa jurídica e a operadora.

Nessas hipóteses, os beneficiários pessoas físicas, aí sim, aderem àquele contrato que já foi firmado, no caso do contrato coletivo; ao contrário do plano individual, que, aí sim, pode ser contratado por qualquer pessoa natural, sem nenhum tipo de discriminação na entrada, e com as regras de rescisão colocadas pelo legislador lá na Lei 9.656.

Um dado importante: a RN 195, na sua redação original, trazia algumas regras protetivas para as partes, até para manter a boa-fé objetiva nesses contratos coletivos em relação à rescisão; porém, nós tivemos uma ação civil pública que foi julgada, passou por várias instâncias e finalmente transitou em julgado, e foi entendido que essas regras que estabeleciam prazos prévios de 60 dias para rescisão e também que o contrato tivesse vigência mínima de 12 meses se aplicariam individualmente ao beneficiário - o que não era o entendimento da ANS, porque o entendimento da ANS era de que essas regras se aplicavam ao contrato como um todo.

E isso é importante que seja dito, porque qualquer rescisão de contrato coletivo se aplica àquela massa de beneficiários, e não individualmente a cada um dos beneficiários, a não ser nas hipóteses em que haja exclusão pontual de beneficiários em planos coletivos, que são: os casos de fraude, por motivos óbvios, acho que dispensa maiores comentários; a perda do vínculo de titular ou de dependência, caso haja previsão contratual; e a pedido do próprio beneficiário.

A ANS traz uma regra específica que regula as formas como o beneficiário pode pedir para sair do plano, inclusive a quem ele se dirige, qual a forma de devolução *pro rata*, ou seja, proporcional do valor da mensalidade, caso ele peça a sua saída no decorrer do mês.

O que é importante que seja dito é que, embora essa regra tenha sido revogada por uma decisão judicial, a gente sabe que o Código de Defesa do Consumidor e o próprio Código Civil deixam claro que as partes podem convencionar, a despeito de não ser uma regra mais estipulada pela ANS, mas eu vou trazer já, já para vocês o que a ANS está propondo e discutindo com a sociedade para aprimoramento dessas regras em relação à rescisão de planos coletivos.

O que é importante que seja dito é que - isso já foi bem falado aqui, eu não vou ficar me estendendo até porque os que me antecederam colocaram bem a situação - a exclusão individual ou pontual de um beneficiário não pode ser confundida com a rescisão contratual, ou seja, do contrato como um todo. Quando você tem um contrato coletivo, você tem várias pessoas que estão vinculadas àquele contrato e caso qualquer das partes, seja a pessoa jurídica contratante ou a pessoa física, no caso, o empresário individual ou a operadora decidam rescindir, aquele contrato se extingue para todas as pessoas que estão vinculadas a ele - e, novamente, é importante que, em nenhuma hipótese, seja permitida a questão da seleção de risco.

Uma questão que foi trazida aqui, que já foi até o entendimento do STJ, é que, caso haja qualquer beneficiário internado não só nos planos individuais - isso está inclusive na Lei 9.566 -, mas nos planos coletivos, a operadora é obrigada a manter a cobertura do beneficiário até que ele tenha alta hospitalar. Essa é uma questão importante que já foi até uma questão debatida pelo Superior Tribunal de Justiça.

Outra questão que é a nossa regra - que eu já falei um pouquinho antes, mas só trazendo aqui para reforçar -, no caso de cancelamento a pedido do beneficiário, é que ela tem efeito imediato. É uma regra que foi debatida com a sociedade e consolidada na atual RN 561, que está em vigor, e isso deixa clara a preocupação da ANS de dar transparência nesse ato de saída a pedido do beneficiário do plano.

Em todas essas hipóteses, seja na rescisão do contrato como um todo, seja por interesse do beneficiário em que ele preencha os requisitos, seja até na saída ordenada da operadora do mercado, a ANS oportuniza que o beneficiário porte as suas carências e eventual cumprimento de cobertura parcial temporária, no caso de doenças ou lesões preexistentes.

O entendimento da agência - e hoje a portabilidade de carências é irrestrita para qualquer tipo de contrato - é de que o cumprimento de carências pelo beneficiário é no sistema, não individualmente em cada operadora. Então, o beneficiário pode trocar de planos. Na primeira portabilidade, é exigido o prazo inicial de dois anos, mas a cada nova portabilidade ele tem que permanecer só um ano na operadora, de modo que ele possa portar essas carências e trocar de plano. Inclusive, a ANS disponibiliza um instrumento no seu portal, que é o Guia ANS de Planos de Saúde, para que o beneficiário possa averiguar quais são os planos compatíveis ao que ele está e, se assim desejar, trocar de plano de saúde.

O que é importante trazer aqui, até para entrar na questão do *sandbox*, é que a ANS atualmente está discutindo a chamada política de preços, e, dentro dessa política de preços - que trata de reajuste, trata de revisão técnica e tem outras questões que estão sendo apreciadas -, tem uma proposta de aprimoramento das regras de rescisão contratual em planos coletivos. Essa proposta, inclusive, foi apreciada pela diretoria colegiada no dia 28 do mês passado... *(Pausa.)*

Senador, se me der permissão, em mais dois minutinhos, eu falo da questão do *sandbox*. Se V. Exa...

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Toque aí. Mais dois minutos, porque nós temos horário aqui a cumprir com a questão da transmissão.

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS *(Por videoconferência.)* - Perfeito, perfeito. Agradeço a deferência.

Então, a proposta é de que haja uma mudança - inclusive está aqui exposta no eslaide -, que a rescisão só possa ocorrer na data de aniversário do contrato com antecedência mínima e com a exposição dos motivos pelos quais está ocorrendo a rescisão por parte da operadora. Essa é uma regra que a gente espera conseguir concluir a sua discussão e que, sem dúvida alguma, vai ser um aprimoramento da regulamentação sobre o assunto.

Entrando na questão do *sandbox* regulatório, eu fiz questão de falar de *sandbox* regulatório justamente para trazer que é uma proposta que está em estudo e é uma proposta que está sendo discutida com a sociedade em um ambiente experimental. Nós temos uma regra, a RN 621, que está exposta aí, que traz a possibilidade do *sandbox*, que é um experimento em relação a um serviço de saúde que está sendo proposto para discussão pela ANS.

Importante ser dito que, quando o Congresso Nacional estipulou a Lei 9.656, ele trouxe uma regulamentação, um marco regulatório para o setor, em que você não tinha uma regra anterior, em que havia diversos abusos, inclusive, ao próprio Código de Defesa do Consumidor, que foi elaborado antes. A Lei 9.656 trouxe uma série de regras protetivas não só para o consumidor, mas para trazer segurança jurídica para o setor.

A proposta que está sendo discutida aqui vem na linha do serviço e não do plano de saúde, que hoje é regulado pela ANS, e a gente conheceu, inclusive, ao longo dos debates. Por que veio essa discussão? Ao longo dos anos - a Lei 9.656 já existe há um tempinho, foi promulgada em 1998 com vigência em 1999 -, foi surgindo um mercado paralelo, que não tem regulação, o chamado cartão de desconto em clínicas populares...

(Soa a campanha.)

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS *(Por videoconferência.)* - ... que tem uma grande penetração na população - como está colocado aí no eslaide - que não poder pagar por um serviço, mas tem interesse em ter esses atendimentos.

Nesse bojo, foi proposta uma ação judicial, e o Superior Tribunal de Justiça, em uma decisão que ainda não transitou um julgado - é bom que seja dito -, entendeu que esse mercado deveria ser regulado pela ANS no âmbito de um serviço, porque esses não são planos de saúde - inclusive, como a ANS sempre diz - como a gente conhece, e sim o serviço.

Então, a proposta da discussão *sandbox* é a de que esse serviço fosse discutido fora de uma abordagem tradicional. Por isso é que a gente não tem a análise de impacto regulatório, que não foi apresentada até o momento. A proposta do *sandbox* seria no sentido de que fossem feitas algumas perguntas - que estão colocadas aí no eslaide -, de que a gente avançasse em uma proposta final no sentido de saber se o *sandbox* pode ou não ser utilizado.

Essa proposta foi discutida com a sociedade - eu já vou seguindo para a finalização, até agradecendo a deferência do Senador -, com ampla participação social, como foi bem colocado aqui, não só na consulta pública, mas em uma audiência pública que ocorreu em fevereiro de 2025. Não temos uma posição final, ainda está em estudo pela ANS. Qualquer tipo de participação ou subsídio é sempre bem recebido pela ANS para que a gente possa ouvir a sociedade, o que é nossa função.

Novamente, peço desculpas por avançar um pouquinho no prazo, agradeço a deferência por um tempo adicional e fico à disposição para qualquer tipo de contribuição complementar.

Obrigado, Senador.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Agradecemos a sua participação, Dr. Rafael.

De pronto, vamos chamar o Dr. Marcos Novais e vamos concluir com a Dra. Marina Pauledli.

Agora, Dr. Marcos Novais, por dez minutos.

O SR. MARCOS NOVAIS (Para expor. *Por videoconferência.*) - Olá! Muito bom dia!

Cumprimento o Senador Nelsinho Trad e todos da mesa.

Sou Marcos Novais, Diretor-Executivo da Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde), que congrega, em sua base, mais de 140 empresas de planos de saúde, que operam não só nas principais capitais do país, mas também no interior e nos rincões do nosso país, dando acesso à saúde para toda a nossa população de beneficiários de planos.

Eu peço só permissão... Ah, habilitou aqui. Eu vou compartilhar uma breve apresentação, para que a gente possa elucidar e trazer argumentos e discussões para este debate. Tentando já ser mais conciso, já falei um pouco sobre a nossa associação.

É importante a gente lembrar que são 52 milhões de brasileiros que hoje têm planos de saúde regulamentados pela ANS. Esse número não vem crescendo de forma a contento no decorrer dos últimos anos. É importante a gente lembrar que saltos, quando aconteceram - e agora acabou de acontecer um -, foram muito mais porque institutos de previdência, no caso vinculados a governos estaduais, passaram a ser regulamentados pela ANS, e aquelas vidas que lá estavam vinculadas passam a compor esse número. Então, se tirados esses efeitos, o nosso setor não vem crescendo muito. Isso é importante que seja dito não do ponto de vista empresarial, mas de um ponto de vista das pessoas. Quer dizer que as pessoas desejam acesso a planos de saúde. É o terceiro desejo da população brasileira e, se a gente conseguir ampliar isso, a gente está atendendo aos anseios da nossa população.

Então, taxa de cobertura... A diversidade de serviços é tremenda. São 3,4 mil procedimentos cobertos, para todas as doenças classificadas na Classificação Internacional de Doenças. São 1,9 bilhão de eventos por ano. Eu gosto de colocar aqui um ponto, porque acho que nós como brasileiros sempre nos cobramos muito. É importante que assim o façamos, mas é importante que a gente consiga não só criticar o que temos hoje no nosso país, seja em saúde ou em qualquer outro produto ou serviço no Brasil, mas também conseguir avaliar a entrega, de fato, desse produto ou serviço. Nós vemos, às vezes, muitas críticas e com pouco detalhamento e profundidade e, quando a gente olha para fora, no mundo... E aí eu faço um destaque aqui: um plano de saúde no Brasil custa em média, em dólares, US\$70. Nos Estados Unidos, isso é um almoço, mas aqui a gente dá cobertura, sem qualquer limitação financeira, por US\$70, seja numa cidade, numa capital brasileira, ou numa pequena cidade no interior do país. É um mérito aqui o desenvolvimento de um dos principais sistemas de saúde privados do mundo de empresas comprometidas com essa assistência, sejam elas de medicina de grupo, sejam elas seguradoras, sejam elas as cooperativas de saúde, UNIMEDs, que atuam aí dando acesso a todos os beneficiários em todo o país.

Também faço aqui a menção de um eslaide de uma apresentação do ex-Ministro Nelson Teich, em que ele faz um comparativo, aí sim, trazendo números e uma avaliação mais detalhada. Ele faz um comparativo e mostra que a assistência à saúde oncológica, quando a gente fala de beneficiários de planos de saúde do Brasil, tem níveis de resolutividade, níveis de assistência ao paciente similares aos que a gente encontra nos países desenvolvidos. Quer dizer que desenvolvemos aqui um sistema que dá acesso à saúde com níveis de qualidade e de assistência similares a países desenvolvidos. Eu acho que é importante que a gente coloque tudo isso e não se prenda somente a críticas, mas também saibamos que a gente desenvolveu um sistema que dá, sim, acesso, que dá, sim, resposta e que pode, sim, e deve ser aprimorado. O aprimoramento tem que ser contínuo.

Essas respostas são diárias: 3 milhões de exames por dia, 25 mil internações, 10 mil cirurgias. O prazo de atendimento instituído pela ANS - só para compartilhar com os senhores, aí me permito aqui fazer algumas citações, Senador Nelsinho Trad -, no Brasil, vai de 3 a 21 dias úteis, sendo, para um procedimento de alta complexidade, 21 dias e, para um exame, 3 dias. Quando a gente olha, por exemplo, para um país como Portugal, que é tão valorizado por todos nós com uma economia desenvolvida, o prazo de atendimento chega a 180 dias para cirurgia de alta complexidade. Repito aqui: 180 dias para esses procedimentos. Isso é regulamentado.

O que a gente desenvolveu, de fato, merece, sim, uma avaliação maior nossa. Saibamos valorizar o que está dando certo e saibamos também olhar para o que precisa ser aprimorado, porque isso também é muito importante.

Eu queria colocar três pontos aqui para debate dentro dessa agenda trazida nesta audiência. Há importância de aprimorar o processo regulatório? Com certeza. E a ampliação do uso de ferramentas como análise de impacto regulatório? É fundamental, como mitigar problemas relacionados à desinformação que a gente vê, de fora a fora, em todas as discussões, quando a gente fala em saúde suplementar.

Quando a gente fala da importância de aprimorar o processo regulatório, estou dizendo aqui do processo como um todo. O que significa regular? Significa criar normas, regras, técnicas, fiscalizar o cumprimento dessas regras, estimular o uso de uma concorrência justa, assegurar a sustentabilidade do setor.

E aqui eu faço um destaque importante. Façamos aqui uma digressão e pensemos: será que conseguimos imaginar esse setor sustentável ao longo do tempo? Fora a fora, nos debates que eu presencio e em que estamos presentes representando a Abrange, muitas pessoas falam que o modelo não é sustentável. Se ele não é sustentável, a gente tem um problema, e um problema a que o regulador, como uma liderança de Estado, precisa se atentar. Então, a gente tem que assegurar essa sustentabilidade ao longo do tempo - isso é preocupante - e ampliar o acesso da população.

Imaginemos nós que agências reguladoras como a Aneel criem normas para dificultar a conexão de pessoas que estão muito distantes dos grandes centros do país. Não é isso que a gente imagina. O que a gente imagina do regulador é criar ferramentas e instrumentos que permitam facilitar e ampliar o acesso para que a energia chegue àquele local, independentemente da situação. E, aqui na saúde suplementar, o que a gente percebe é a importância de que consigamos colocar que tipo de normas e regras queremos para ampliar o acesso da população e não para reduzi-lo.

Quando a gente fala de análise de impacto regulatório, previsto no art. 6º da Lei das Agências Reguladoras, ele é fundamental. No fundo, a gente está falando de avaliar os efeitos potenciais, positivos ou negativos, comparar alternativas regulatórias disponíveis. Quer dizer, ele é fundamental em todo o processo regulatório não só no Brasil, mas em todo o mundo.

E, quando a gente olha aqui... Eu quis trazer aqui o resultado de um estudo da FGV Direito Rio, que não foca aqui na ANS de forma alguma. Ele está olhando para todas as agências reguladoras brasileiras. Quando a gente olha aqui a necessidade de aprimorar, em especial junto às agências reguladoras, o processo de análise de impacto regulatório, mais da metade dos atos normativos aprovados por agências reguladoras do Brasil, no período avaliado naquele estudo, não foram acompanhados de análise de impacto regulatório, alguns deles com ausência de nota de dispensa de AIR. Isso nos leva a uma situação preocupante quando a gente fala de Anvisa e ANS apresentarem maior produção normativa nos últimos três anos, mas o uso de AIR foi inferior a 8%.

O estudo traz uma série de resultados como esse, não olhando, de novo - é importante que aqui eu reforce -, para a ANS em si, mas para todo o conjunto regulatório brasileiro. A gente precisa aprimorar muito esse processo para que a gente consiga alcançar um modelo, de novo, que consiga avaliar todas as alternativas disponíveis. Esse trabalho também traz muito isso, quer dizer, muitas vezes a gente vê o regulador comparando o *status* atual e uma proposta dada e não mais uma proposta que poderíamos seguir pela frente, o que na verdade cria vieses de análise.

Digo isso, que é importante, porque a gente percebe que várias alterações legislativas foram feitas no decorrer dos últimos anos em saúde suplementar que tiveram dispensa de análise de impacto regulatório, e a gente está vendo agora os seus efeitos. É importante que a gente, então, aprimore o nosso modelo e priorize boas análises de impacto regulatório que sejam amplas o suficiente e com participação social em todos os momentos...

(Soa a campanha.)

O SR. MARCOS NOVAIS *(Por videoconferência.)* - ... dessas discussões. A dispensa da análise de impacto regulatório tem que ser a exceção e não a regra. Esse é um ponto importantíssimo.

E aí, caminhando aqui também para o nosso último item da pauta, para não me alongar demais, mitigar problemas relacionados à desinformação é fundamental em nosso setor, porque o que a gente mais tem são problemas de desinformação. Já foi citado aqui o caso das diretrizes de mamografias, em que uma ação da agência para criar um nível de qualificação em torno de mamografia gerou um debate de que a agência estaria limitando algo, o que é totalmente o contrário. E, de novo, é bom que a gente reforce que o pedido de mamografia no Brasil tem prazo para ser cumprido e podem ser solicitados quantos pedidos forem necessários. Então, a gente não tem nenhum tipo de limitação no Brasil, ali o que se discutia pelo regulador, por uma consulta pública, era aquilo que foi colocado pela Ana Paula Cavalcante, representante da ANS.

No *sandbox* regulatório, produto de consulta e de exame é um outro processo e a gente vê muita desinformação nesse item. São colocados com a criação de um novo plano: "Este será o plano oferecido pelas empresas"; "Não teremos mais produtos para cobertura médico-hospitalar no Brasil". Muito pelo contrário, o que se discute ali e o que foi colocado em consulta pública pelo regulador é a possibilidade de criar um *sandbox* regulatório, ou seja, um ambiente experimental fiscalizado, regulamentado, monitorado pela ANS para que se testasse um produto, não um plano de saúde, para cobertura de consulta e exame.

Os planos de saúde, como eles estão instituídos, serão - e aí é uma pergunta que eu coloco para os senhores e já trago a resposta - preteridos? De forma alguma. As operadoras não só têm parcerias com ampla rede credenciada em todo o Brasil, mais de 3 mil hospitais e tantas centenas de clínicas, mas também construíram infraestrutura própria.

(Soa a campanha.)

O SR. MARCOS NOVAIS *(Por videoconferência.)* - Dentro das medicinas de grupo, das operadoras de Unimed e das cooperativas médicas em todo o Brasil, foi construída uma ampla infraestrutura para dar acesso exatamente às pessoas, a internações, a consultas e exames. Essa estrutura toda é fundamental e continuará sendo utilizada por todos aqueles que possuem plano de saúde médico-hospitalar, ou seja, esse produto em nada implica uma mudança na oferta do plano de saúde conforme conhecemos hoje. Na verdade, ele é uma ampliação, é uma boa oportunidade de testarmos um modelo diferente para a ampliação de acesso para pessoas que hoje não têm acesso à saúde suplementar. Então, ele não se confunde de forma alguma com os produtos atuais, um ambiente controlado, regulado.

É importante que a gente diga também... Eu peço só mais dois minutos para encerrar.

É importante que a gente diga também que nós vimos aí falas de vários representantes falando de quanto esse produto poderia ser prejudicial ao consumidor e a gente percebe que não há nenhum trabalho ainda mais detalhado falando sobre os cartões de desconto.

Alguns estudos, alguns relatórios indicam que tem empresa que tem 20 milhões de pessoas cobertas, vínculos ativos, e que teria 40 milhões, 50 milhões de brasileiros em produtos de cartão de desconto em saúde, que não oferecem nenhum tipo de garantia de atendimento, nenhum tipo de garantia e observância de qualquer legislação de saúde suplementar no Brasil, muito menos de regulação da ANS. Estão a par da regulação e estão expondo as pessoas, expondo os brasileiros a risco. É importante que a gente traga isso e consiga trazê-lo de forma regulada, monitorada, fiscalizada pela ANS. Então, os cartões de desconto não são uma opção, é importante que assim a gente diga e traga proteção para essas pessoas vinculadas. E aí a gente tem também... É importante que a gente traga aqui que pesquisa divulgada...

(Soa a campanha.)

O SR. MARCOS NOVAIS *(Por videoconferência.)* - ... pelo Instituto Locomotiva aponta que 72% dos brasileiros da classe C já pagaram ou conhecem alguém que pagou consulta ou exame particular porque não conseguiram atendimento no sistema público. O acesso hoje está fragmentado. Essas pessoas, eventualmente, podem não ter o recurso naquele momento. E, sobre produto para consulta e exame, quando a gente pergunta para essas mesmas pessoas qual é a percepção, nove em cada dez delas desejam aderir, desejam testar. Eu acho que criar esse ambiente monitorado, regulamentado e experimental é fundamental. Se identificarmos que não funcionou, que aprimoremos ou que descontinuemos o experimento, que descontinuemos o *sandbox*, mas é importante a gente dar acesso à nossa população a essa nova modalidade para que ela possa ser assim desenvolvida.

Então, agradeço aqui, Senador Nelsinho Trad.

Coloco-me à disposição e agradeço a todos os membros da Comissão e também a todos os nossos membros da mesa.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Agradeço, Dr. Marcos Novais.

De pronto, vamos fechar com Marina Paullelli, Coordenadora do Programa de Saúde do Instituto de Defesa de Consumidores (Idec).

A SRA. MARINA PAULLELLI (Para expor. *Por videoconferência.*) - Muito obrigada, Senador.

Por gentileza, pode me confirmar se me escutam bem, se o áudio está bom?

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Perfeito.

A SRA. MARINA PAULLELLI *(Por videoconferência.)* - Obrigada.

Senador, eu agradeço o convite direcionado ao Idec. Aproveito para cumprimentá-lo e também cumprimento os demais palestrantes e ouvintes da audiência em sua pessoa.

Eu sou Marina. Falo do Idec (Instituto de Defesa de Consumidores), que é uma associação de consumidores, uma organização da sociedade civil que trabalha, há mais de 30 anos, na defesa de consumidores de diferentes produtos e serviços.

Saúde é uma pauta histórica do Idec. O Idec tem um programa temático direcionado a esse tema, trabalhando em questões relacionadas a planos de saúde, medicamentos, saúde digital, entre outros. E faço aqui um resgate histórico para lembrar

que o papel do Idec foi significativo tanto na edição da lei de planos de saúde quanto no próprio Código de Defesa do Consumidor. E, fazendo outro resgate histórico ainda, é importante lembrar que planos de saúde representam um dos produtos mais reclamados no Idec, com problemas relacionados a reajuste, negativas de cobertura, rompimentos imotivados de contratos, ou seja, justamente os temas que estão sendo discutidos hoje aqui na audiência pública são os temas que os consumidores levam ao conhecimento do Idec, com angústias, com dúvidas, principalmente na tentativa de tentar solucionar extrajudicialmente esses conflitos.

Informações como esta e as informações que eu vou compartilhar a seguir na minha apresentação já foram enviadas à própria Agência Nacional de Saúde Suplementar, ao Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor e ao Ministério Público Federal. Então, o Idec tem extremo interesse em fazer com que a regulação setorial avance para se alinhar ao Código de Defesa do Consumidor e também para que a lei dos planos de saúde seja, de fato, observada.

Em relação ao cancelamento unilateral dos contratos, aos rompimentos unilaterais, é importante frisar que o Idec já enviou, em mais de uma oportunidade, contribuições à ANS solicitando o avanço na regulação nesse sentido.

As sugestões propostas na recente política de preços e de reajustes ainda são mudanças insuficientes, incompletas, que não endereçam adequadamente as sugestões que o Idec enviou e também sugestões enviadas pela própria Defensoria Pública da União, pela Fundação Procon de São Paulo, porque ainda estão bastante aquém e abaixo do que o Código de Defesa do Consumidor estabelece para proteção contratual dos planos coletivos.

É de suma importância que esses contratos recebam a mesma proteção dos planos individuais, que o cancelamento imotivado seja vedado de forma expressa, até porque, embora seja uma avença coletiva, o consumidor continua sendo o terceiro beneficiário do contrato, ele é a parte hipervulnerável e que acaba sendo prejudicada por essa medida.

Grande parte das recomendações e sugestões do Idec no avanço da regulação foram acatadas pelo Ministério Público Federal, que incluiu algumas dessas sugestões na recomendação que já foi enviada à própria ANS.

Sobre o *sandbox* regulatório, tema também de superimportância, uma vez que visa ao teste de um plano sem cobertura, um plano mínimo, um plano abaixo dos parâmetros da lei dos planos de saúde, o Idec também se manifestou nesse sentido na própria ANS, mas também ajuizou uma ação civil pública para questionar a legalidade da medida. Isso porque tanto a resolução normativa que edita o *sandbox* e que permite a realização do *sandbox* regulatório no âmbito da ANS quanto o processo administrativo que permite o teste dessa nova modalidade contratual, ao ver do Idec, estão permeados de ilegalidades, sobretudo - tanto no caso da RN 621, quanto da consulta pública - a ausência de impacto regulatório, e também porque a RN 621 foi editada no momento de transição das diretorias da agência, o que chama a atenção para uma evidente pressa regulatória em fazer com que o assunto fosse discutido. Se assim o Senador quiser, o Idec pode enviar todos os materiais relacionados a essa ação judicial.

Mas, principalmente, qual é a avaliação do Idec sobre o assunto, quais são as ilegalidades que a gente pede que o Judiciário reconheça? Em primeiro lugar, a completa ausência de inovação no tema. Um cenário como o que se pretende testar já existiu antes da edição da lei dos planos de saúde. Testar um produto sem cobertura que só admite a realização de exames e procedimentos eletivos é voltar a um cenário anterior, pré-lei dos planos de saúde, em que a insegurança do consumidor era evidente, com negativas de cobertura, reajustes abusivos, dúvidas sobre contratos, enfim, problemas que até hoje permanecem. Mas, sobretudo, se esse teste for realizado, o consumidor vai ficar num patamar de ainda maior insegurança.

Não foi realizado estudo da agência sobre potenciais riscos ao consumidor, principalmente considerando como vai ser a interface com o SUS; qual é o impacto do teste no SUS; como o consumidor vai ser atendido depois de um suposto diagnóstico; qual vai ser a postura da agência diante de possíveis práticas abusivas, seja a negativa de cobertura, seja a ausência de informação sobre o produto a ser testado; qual vai ser o efeito se o consumidor decidir migrar de um plano de saúde que ele já tem para esse produto que vai ser testado, o que, com certeza, vai ser um retrocesso.

E, sobretudo, mais uma vez, o projeto não é inovador. O *sandbox* proposto pela ANS está em desacordo com as especificações tanto do Tribunal de Contas da União quanto da Controladoria-Geral da União sobre o tema, e é isso que a gente coloca também na ação civil pública.

E ainda mais: esse teste viola a própria lei dos planos de saúde. A lei dos planos de saúde já indica, no art. 10, quais são os parâmetros mínimos de cobertura, e já existe um plano ambulatorial devidamente regulado, devidamente previsto pela lei, e também já existe um plano individual, que deveria ser objeto de atenção regulatória da agência, para que esse plano voltasse a ser de interesse das operadoras, sem, no entanto, fragilizar a proteção que hoje existe.

E, por fim, o Idec entende que o ato administrativo que motiva e tenta justificar a realização do *sandbox* não é devidamente fundamentado, sobretudo, mais uma vez, pela completa falta de análise de impacto regulatório. O Idec pede, então, que

o processo administrativo relacionado ao *sandbox* seja suspenso, por conta dessas ilegalidades. O Idec aguarda a decisão da Justiça quanto ao pedido de urgência e tem acompanhado o andamento da ação com bastante atenção.

Mas, sobretudo e em especial para o Senado, para esta Casa que realiza a audiência pública, é importante ter em mente que a agência passa agora por um momento de transição nas diretorias. É importante que a próxima diretoria e a próxima presidência que assumam a ANS tenham esse compromisso de evitar retrocessos, evitar flexibilizações nas leis dos planos de saúde, porque esse é um tema de sumo interesse ao consumidor, e o consumidor precisa ser protegido nessa relação.

Vale lembrar também que, em relação ao *sandbox* regulatório, o Conselho Nacional de Saúde e a 3ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal se manifestaram sobre o assunto, e ambas as instituições concordam com o Idec em algumas análises, mas sobretudo concordam que a ausência de análise de impacto regulatório é extremamente prejudicial para a continuidade das discussões, considerando os riscos envolvidos no assunto.

E também é muito importante que o Senado inste o Ministério da Saúde a se posicionar sobre o assunto, uma vez que a medida traz evidências e expressos impactos ao SUS. Como foi possível verificar na apresentação realizada anteriormente pelo representante do Ministério da Saúde, gargalos relacionados ao atendimento no sistema público estão relacionados a procedimentos mais complexos...

(*Soa a campanha.*)

A SRA. MARINA PAULLELLI (*Por videoconferência.*) - ... que são justamente os procedimentos que esse plano que se pretende testar não vai atender.

Então, é muito importante também que o ministério se posicione sobre o assunto, mas sobretudo que o ministério se posicione protegendo o SUS, fortalecendo o SUS e não permitindo um retorno ao momento anterior à lei dos planos de saúde.

São essas as minhas considerações, Senador.

O Idec permanece à disposição de todas as instituições e também para enviar materiais complementares e análises que se façam necessárias.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Agradeço, Marina Paullelli.

Nós temos aqui a participação da sociedade, através do e-Cidadania. Eu procurei organizar as perguntas e vou selecionar alguns de vocês para respondê-las.

Eu peço que se atenham a uma resposta curta, objetiva, conforme as perguntas chegaram. Não é para voltar ao tema e fazer palestra nas respostas.

Então, vamos lá.

Aqui ao meu lado está o Vitor Hugo. De pronto, eu vou perguntar para ele a pergunta que veio do Bruno, da Paraíba: "Como [...] pretendem garantir transparência e segurança jurídica diante das decisões da ANS que afetam usuários e operadoras?".

O SR. VITOR HUGO DO AMARAL FERREIRA (Para expor.) - Bom, eu acho que essa é uma questão pontual, não é? O Código de Defesa do Consumidor vai consolidar a ideia de informação como um direito básico - não só informar, mas informar de forma clara, precisa e ostensiva. Ainda que a pergunta, a meu ver, seja mais direcionada à própria ANS, porque são decisões da ANS, posso garantir que a Secretaria Nacional do Consumidor assim tem agido e assim vai continuar agindo, no sentido de exigir que toda e qualquer decisão tenha ampla transparência, amplo acesso aos consumidores, fazendo cumprir o que o código já prevê, Senador.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Agradeço a compreensão e a colaboração do Dr. Vitor Hugo.

Agora a pergunta vai para o Dr. Rafael. Veio lá do meu estado, o Mato Grosso do Sul, do Marcos: "Por que é possível a rescisão unilateral em planos coletivos adimplentes?".

Além dessa pergunta, tem a da Marya, do Maranhão: "Quais os impactos das recentes decisões da ANS nos planos de saúde e como elas esclarecem e defendem os direitos dos usuários?".

Pode responder.

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS (Para expor. *Por videoconferência.*) - Obrigado, Senador. Eu vou responder à segunda antes da primeira.

A ANS tem a função de regular as operadoras e garantir a sustentabilidade do setor. É claro que o consumidor, o beneficiário, é sempre olhado com um olhar especial, até porque é a parte mais frágil dessa relação da contratação. E a preocupação que a ANS tem é não só de manter a sustentabilidade, mas de dar também a garantia da saúde do consumidor e dar transparência para essa participação. Tanto é que o procedimento - não foi um tema abordado aqui, mas é o procedimento do rol de análises, do rol de procedimentos - conta com grande participação social, inclusive nas audiências públicas, com participação inclusive de cidadãos que pleiteiam aquela inclusão ou aquela exclusão do rol.

Então, é esta preocupação que a ANS tem em toda regulamentação que ela tem: a de dar um tratamento, um olhar um pouco mais especial para o consumidor, porque assim deve ser, embora a ANS busque a sustentabilidade do setor.

Respondendo à primeira pergunta...

(Soa a campanha.)

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS *(Por videoconferência.)* - ... em relação à rescisão unilateral, como coloquei na minha exposição...

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Só um minutinho, Dr. Rafael.

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS *(Por videoconferência.)* - Pois não.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Além dessa primeira pergunta - "Por que é possível a rescisão unilateral em planos coletivos adimplentes?" -, chegou aqui também agora uma pergunta da Bahia, do Francisco: "Como as recentes decisões da ANS impactam os direitos dos usuários de planos de saúde e o que pode ser feito para garantir sua proteção?".

Eu penso que dá para responder às duas numa resposta só.

Vai lá.

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS *(Por videoconferência.)* - Perfeito. Vamos lá.

Quanto à rescisão unilateral, como eu coloquei na minha apresentação, como é um contrato firmado entre duas partes, qualquer uma delas pode pedir o término daquela relação, seja o contratante pessoa jurídica, ou pessoa física, no caso do empresário individual, seja a operadora.

Então, o fato de mesmo estar adimplente, ou seja, estar havendo o pagamento das mensalidades, a parte pode não ter o interesse de continuar com aquela relação porque foi firmada entre duas partes, e à exceção do plano individual, em que também pode haver rescisão, inclusive a interesse do consumidor, mas, no plano individual, nas hipóteses colocadas pelo legislador lá na Lei 9.656. É importante ser dito, como também eu trouxe na apresentação, que, mesmo com essa disposição, o beneficiário pode permanecer no setor fazendo o uso da portabilidade de carências.

Sobre a questão do impacto no consumidor, volto a dizer: a gente sempre tem esse cuidado, em toda a decisão que a gente vai tomar, com o impacto que se vai trazer na relação com o consumidor, porque é o olhar que a ANS tem que disponibilizar para essa parte mais hipossuficiente, além de disponibilizar todas as informações. Tem o nosso portal, o nosso 0800 7019656, o atendimento e a nossa NIP, que é o maior canal de atendimento, por onde a gente recebe inúmeras reclamações todo mês.

Então, é basicamente isso.

Senador, fico à disposição para eventuais outros questionamentos.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Agradeço-lhe as respostas, Dr. Rafael.

A próxima pergunta vai para a Dra. Ana Paula.

Antes, porém, registro a presença de Waldeny Santana, Coordenador do Procon de Campina Grande, Paraíba.

Seja bem-vindo à nossa audiência pública.

Ana Paula, da ANS, vamos lá.

Veio a pergunta da Carla, de São Paulo: "Como as novas diretrizes da ANS sobre mamografias podem afetar o acesso à saúde de mulheres que dependem de planos de saúde?".

Além dessa pergunta, Ana Paula, tem mais esta aqui: "Por que o rol da ANS está desatualizado? Pessoas estão sendo prejudicadas devido a essa desatualização. Tratamentos estão sendo negados". Mariana, de São Paulo.

E, por último: "Quais foram os critérios utilizados pela ANS para decidir a exclusão da musicoterapia do rol de procedimentos obrigatórios?". Gilmar, do Rio de Janeiro.

Pode responder as três.

A SRA. ANA PAULA SILVA CAVALCANTE (Para expor. *Por videoconferência.*) - Senador, eu vou responder a pergunta sobre as diretrizes da certificação e boas práticas.

Nós acreditamos que os itens de verificação previstos no manual vão qualificar a atenção à saúde oncológica na saúde suplementar, porque, além de maior celeridade, nós vamos medir impacto. Nós pretendemos medir cada fase, entre a suspeita diagnóstica com a mamografia, a confirmação diagnóstica com a biópsia e o início do tratamento. Pretendemos que esse tempo seja o menor possível e estamos colocando como meta 30 dias. Então, nós acreditamos que a certificação com maior adesão a ela melhorará o impacto na saúde das pessoas nessas linhas de cuidado; não apenas do câncer de mama, mas dos cinco cânceres.

Em relação ao rol de procedimentos, eu me permito dizer que essa não é uma atribuição da Diretoria de Desenvolvimento Setorial. Entretanto, o Rafael Vinhas é representante da Diretoria de Produtos, na qual o rol de procedimentos é realizado. Então, eu passo a palavra ao Dr. Rafael, que poderá esclarecer melhor.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Da musicoterapia, você pode engatar essa resposta e, depois, vai para o Rafael?

A SRA. ANA PAULA SILVA CAVALCANTE (*Por videoconferência.*) - A musicoterapia no rol de procedimentos também não faz parte do rol de competências da minha diretoria.

Se eu estivesse aqui sozinha, falaria, mas como temos um representante da diretoria que trabalha com o rol de procedimentos, considero mais adequado que ele represente a Diretoria de Produtos.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Concordo.

Com a palavra o Dr. Rafael, para sucintamente responder às duas perguntas.

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS (Para expor. *Por videoconferência.*) - Senador, eu peço desculpas, mas realmente não é da minha alçada responder. Embora seja na minha diretoria, eu não sei responder. Se a Ana Paula pudesse colaborar... Porque realmente não é da minha gerência-geral esse assunto, e eu poderia cometer até um equívoco grande aqui, que, ao invés de esclarecer a pergunta formulada, ia fazer o efeito contrário. Então, se a Ana Paula tiver condições...

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Então, vamos fazer o seguinte: a Dra. Ana Paula vai tabulando as duas respostas, eu vou repeti-las, e eu já passo para o Marcos Novais para ele poder responder às outras.

A primeira é a questão da musicoterapia; e a segunda é sobre estar desatualizado o rol da ANS e tratamentos estarem sendo negados. Essas duas a senhora vai confabulando aí no seu juízo para responder.

A SRA. ANA PAULA SILVA CAVALCANTE (*Por videoconferência.*) - Em relação ao...

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Deixe-me só...

A SRA. ANA PAULA SILVA CAVALCANTE (*Por videoconferência.*) - Ah, está bem.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Como gerou essa confusão, vou dar um tempo para a senhora formar o juízo bem feito, e aí eu já passo de pronto para a senhora. Mas, antes disso, vou convocar o Marcos Novais. Foi o mais solicitado aqui: tem uma, duas, três, quatro, cinco perguntas para o Marcos Novais. Você anota aí as perguntas e já faz as respostas.

A primeira, da Deigma, de Goiás: "A saúde é algo muito importante para que seja reduzida a planos que não contemplem a sua integralidade. Qual o real motivo dessa proposta?".

Ronan, do Rio de Janeiro: "A proposta de planos [de saúde] com cobertura reduzida não compromete o direito à saúde dos beneficiários?".

A Márcia, de São Paulo, fez um comentário, não uma pergunta: "O usuário de plano de saúde deveria ter assegurado o seu direito a qualquer tratamento comprovado cientificamente, mesmo não estando no SUS!".

Rosane, do Distrito Federal: "Num plano de saúde com cobertura reduzida, como ficaria o tratamento de pessoas autistas e de doenças graves?".

Melissa, de São Paulo: "Como garantir que a coparticipação em terapias não limite o acesso dos usuários aos tratamentos contínuos?"

Pode responder.

O SR. MARCOS NOVAIS (Para expor. *Por videoconferência.*) - Senador Nelsinho, anotei aqui todas elas e vou começar da primeira para a última.

Em primeiro lugar, em relação aos produtos, a um eventual produto para cobertura de consulta e exame. É importante que nós separemos. E, de novo, sobre esse tema, o que a gente vê de desinformação é realmente assustador. É semelhante ao que vimos em outras situações inclusive.

Primeiro, em relação a esses produtos, ele não compromete de nenhuma forma os planos de saúde como eles existem hoje. Então as pessoas que possuem hoje um plano de saúde para cobertura médico-hospitalar, com obstetrícia e odontologia, elas continuarão num produto que cobre o médico-hospitalar, a obstetrícia mais a odontologia; esses produtos continuarão no mercado. As operadoras fizeram, construíram uma ampla rede, e ninguém tem interesse em fechar essa rede. Essa rede continuará lá para atender a todos. O que a gente está falando aqui é de pessoas que hoje não possuem de forma alguma plano de saúde, elas não têm acesso à saúde suplementar por uma questão pura e simples de preço e renda.

Essas pessoas, hoje, estão à mercê de cartões de saúde ou de ter a sua saúde comprometida, não utilizar nem ter acesso, e eventualmente de sua saúde piorar e degradar, porque não conseguiram acesso a uma consulta ou a um exame. Então, a gente está falando de essas pessoas terem acesso a um produto para a cobertura de consulta e exame, para que elas possam ter acesso mais rápido a diagnóstico e um monitoramento melhor da sua saúde.

Hoje, essas pessoas possuem acesso? Não. Então, a gente está falando de ampliação de acesso.

Quando a gente fala, aqui, de doenças graves, uma internação ou uma cirurgia, o que aconteceria? Não aconteceria nada de diferente do que a gente já tem hoje. Hoje, essas pessoas não vão ter acesso a uma internação ou cirurgia na saúde privada, dentro desse produto, porque ele também não dará cobertura, mas essas pessoas poderão ter monitoramento de saúde, uma melhor atenção, uma melhor assistência e acesso à consulta em todas as especialidades médicas.

Então, é um pouco disso essa discussão sobre o produto para cobertura de consulta e exame. E, de novo, repito: é para ampliar o acesso para pessoas que, hoje, não possuem nenhum tipo de acesso ou estão à mercê de cartão de desconto, que não tem nenhuma regulação e nenhuma observância à legislação de saúde suplementar e à regulamentação da ANS.

Sobre comprovação científica, esse é um ponto importantíssimo. O rol é atualizado, hoje, todos os dias. Diariamente, saem novas atualizações e incorporações feitas pela ANS. O nível de comprovação científica é uma discussão importante e que precisa ser desmistificada Brasil a fora.

Então, fala-se muito de vários procedimentos, inclusive alguns foram citados aqui. Agora há pouco, acabamos de verem citadas, por exemplo, situações como a musicoterapia. Qual é a comprovação científica de um procedimento como esse? A gente precisa estudar, a fundo, as comprovações, se esses estudos foram bem embasados e se têm, sim, nos seus resultados, algo que fundamente a sua incorporação no rol, sob o risco de a gente falar, aqui, de um procedimento que, eventualmente, pode não gerar nenhum benefício clínico ou até mesmo uma piora clínica.

Então, todos eles precisam ter comprovação científica, sim; agora, os níveis de comprovação científica é algo que precisa ser debatido. Não pode ser um simples estudo com dez casos, com uma baixa evidência científica e baixa comprovação técnica. Então, a gente precisa, sim, debater níveis de comprovação científica e, sim, procedimentos que têm essa comprovação em níveis de alto grau de excelência, eles devem ser, sim, incorporados.

Sobre coparticipação, eu acho que o principal ponto da coparticipação não é limitar acesso a serviços de saúde. A coparticipação existe não só aqui no Brasil, mas também nos Estados Unidos, na Europa.

Na Europa, cobra-se coparticipação do sistema público de saúde. Isso é importante. Em Portugal, Espanha, Reino Unido, cobra-se coparticipação no sistema público de saúde, porque a lógica da coparticipação é, sim, participar de um pedaço daquela assistência, para que: primeiro, as pessoas também saibam dar valor, porque a saúde tem custo; segundo, a gente possa limitar ou mitigar problemas relacionados à fraude; terceiro, a gente possa também evitar desperdícios, como, por exemplo, fazer o mesmo exame, no mesmo dia, duas vezes, e a gente vê isso hoje; e, por mais absurdo que nos pareça, isso é o nosso dia a dia de rotina.

Muitas vezes, uma pessoa que realiza uma tomografia em uma unidade realiza a mesma tomografia em uma outra unidade hospitalar, no mesmo dia. Com coparticipação, pensa-se duas vezes em se é necessário se expor a um procedimento como esse, em um período de tempo tão curto, tanto para a sua saúde quanto também para a saúde financeira do sistema. A lógica da coparticipação é essa; e repito: ela está presente no sistema público de saúde mundo a fora, não só na saúde privada.

Eu acho que, com isso, eu respondi a todas elas, mas eu fico aqui à disposição, caso eu tenha perdido algum ponto, Senador.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Agradeço ao Marcos Novais.

De pronto, passo para a Dra. Ana Paula responder às duas que ficaram pendentes.

A SRA. ANA PAULA SILVA CAVALCANTE (*Por videoconferência.*) - Estão me ouvindo bem, não é?

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Sim.

A SRA. ANA PAULA SILVA CAVALCANTE (Para expor. *Por videoconferência.*) - Então, o rol dos procedimentos, a atualização dele pode ser solicitada por qualquer cidadão. Isso é importante a gente reforçar. Qualquer pessoa pode submeter uma proposta de atualização do rol. Essas propostas devem ser encaminhadas por meio de um formulário eletrônico chamado FormRol, que fica no *site* da ANS. Nós vamos mandar o *link* posteriormente.

O rol tem um fluxo de análise técnica, participação social, e a revisão é periódica. A ANS recebe a proposta, realiza os estudos internamente, ou contrata instituições parceiras, realiza consultas públicas e, finalmente, aprova as alterações na diretoria colegiada. Então, as etapas são: identificação da necessidade da atualização - a ANS ou outras entidades pedem o procedimento na lista -, análise técnica, realização de estudos, consulta pública. Essa consulta pública, caso haja inicialmente um parecer negativo, vira também uma audiência pública, para que haja sustentação oral das pessoas. Após todo esse processo, há uma análise da Diretoria Colegiada da ANS e, por fim, a publicação no *Diário Oficial da União*.

Sobre o rol da ANS, hoje tem um portal, qualquer pessoa pode buscar lá. Além disso, é importante dizer que tudo é transparente, todas as justificativas.

Em relação à musicoterapia, que é um procedimento muito específico... Inicialmente, o que eu soube é que ele não está no rol neste momento, mas a solicitação dele pode ser feita a qualquer tempo, mas vai ser feita uma análise da eficácia desse procedimento, como eu falei.

Eu acho que, se tiver mais alguma dúvida em relação a esse passo a passo... Além disso, o rol tem que ser cumprido; e, caso haja negativa de cobertura, existem os canais de atendimento. Nós temos alguns canais de atendimento quando existe uma negativa de cobertura, que são o Disque ANS, o fale conosco, que é um *link*, e os núcleos da ANS, que são o atendimento presencial. Então, em caso de negativa, a pessoa pode recorrer à ANS diretamente, por um desses canais.

Mais alguma dúvida, estou à disposição.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Obrigado, Dra. Ana Paula.

Vamos fechar as perguntas, perguntando ao Cesar Cardim, da FenaSaúde.

Arthur, do Distrito Federal: "As recentes normas da ANS configuram regressividade na política de saúde suplementar, violando o princípio da vedação ao retrocesso social".

O que o senhor acha dessa afirmação?

O SR. CESAR SERGIO CARDIM JUNIOR (Para expor. *Por videoconferência.*) - Oi, Senador.

Eu acredito que a pergunta esteja se referindo, especificamente, ao plano de consultas e exames, porque de fato é uma fala que considera um retrocesso.

Para nós da FenaSaúde - inclusive, foi isso que eu falei na minha fala -, a gente entende que esse produto, que é o produto de consultas e exames, vem atender a um anseio da sociedade. Portanto, a gente não encara como um retrocesso.

A gente entende que a Lei nº 9.656 tem um marco regulatório, ela é de 1998, ela precisa avançar e, de fato, como já dito aqui pelo colega Marcos Novais, esse produto vem para atender a uma população que não consegue ter plano de saúde por questões de geografia, por questões de preço, de valor, e, com dificuldades que têm muitas vezes na fila do SUS, procuram um atendimento rápido para que possam muitas vezes ter uma informação sobre uma eventual doença - se ela evoluiu, se ela não evoluiu -, fazer um exame rápido para poder tomar alguma decisão na vida delas. Essas pessoas hoje têm um cartão de desconto que não tem regulação alguma, que não tem nenhum controle.

Então, dentro desse ambiente experimental - é importante que se diga, controlado -, a gente, o Governo, a ANS vai testar um produto. Não se está falando ainda, neste momento, de que vai ter algo oferecido à sociedade como um novo plano ou um retrocesso. É um teste de um produto novo, de uma alternativa a essa população que hoje tem esses cartões de desconto que não têm regulação alguma.

Então, a nosso ver, não é um retrocesso. Pelo contrário, é uma alternativa, é uma evolução dentro de uma cesta de produtos que são oferecidos à sociedade.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Agradeço ao Dr. Cesar Cardim.

Alguns outros comentários para a gente já finalizar.

Theolis, da Bahia: "Cancelamentos unilaterais de planos limitam as coberturas contratadas no momento de maior vulnerabilidade dos usuários, [isso] é absurdo".

Yara, do Rio de Janeiro: "A dor não cabe numa planilha. A ANS regula contratos, mas precisa lembrar: saúde é vida, não produto em promoção".

E eu já falei da Márcia, mas vou repetir: "O usuário de plano de saúde deveria ter assegurado o seu direito a qualquer tratamento comprovado cientificamente, mesmo não estando no SUS!".

Eu queria agradecer a participação de todos, dizer a todos que participaram e a quem entrou aqui no portal que essa é a primeira audiência, nós vamos fazer uma segunda.

Eu vou dizer aqui quem é que vai estar:

- Representante da Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistema de Saúde;
- Representante da Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- A Senhora Lígia Bahia, Doutora em Saúde Pública;
- O Senhor Mario Scheffer, Doutor em Ciências da Saúde;
- Dirceu Barbano, ex-Presidente da Anvisa e criador da Farmácia Popular;
- Luciane Infanti, Sênior *Advisor* - Executiva especializada no Ecossistema de Saúde;
- Renato Meirelles, Presidente do Instituto Locomotiva;
- Edu Lyra, Fundador e CEO da Gerando Falcões.

Quero dizer a todos que eu sou médico, atendo plano de saúde, sou cooperado da Unimed do Mato Grosso do Sul, e quero dizer que a nossa cooperativa tem um zelo muito grande para com o usuário.

Queria até aqui fazer uma homenagem ao nosso Diretor Presidente, o Dr. Kawano. Sempre, nas assembleias que tem da Unimed, nós cooperados exigimos sempre a contrapartida para poder oferecer um bom atendimento ao detentor do plano. Eu tenho a Unimed do meu Estado do Mato Grosso do Sul como exemplo para poder replicar em planos de saúde Brasil afora, porque, se funcionassem Brasil afora como funciona a Unimed do meu estado - eu penso até aqui que com o que eu estou falando o Marcos Novais há de concordar, porque ele deve saber disso -, muitas coisas estariam menos difíceis.

Esse é um assunto complicado, é um assunto sensível, que mexe realmente com a esperança das pessoas em poder ter uma boa saúde quando contratam um plano, e eu penso que esse é o mérito que deve nos nortear. Nós não podemos sucumbir a essa necessidade que todos têm, dentro de cada um, de pelo menos ter a esperança de ter uma saúde melhor. Nós vamos continuar nesse tema, esse tema não vai acabar com esta audiência pública, vai ter outra, vários Senadores já estão apresentando projetos nesse sentido. Como eu já estive nas duas margens do rio - uma na condição de profissional e cooperado de um plano de saúde, outra como Parlamentar, que tem que ouvir as partes para poder achar um caminho da neutralidade e avançar -, eu penso que eu tenho como contribuir bastante com isso aqui.

A Ana Paula pediu a palavra e a Marina também. Eu vou pedir para vocês - porque nós nos comprometemos em acabar às 12h30, são 12h26 - que vocês possam, em um minuto cada uma, para eu acabar de fechar aqui.

Ana Paula primeiro.

A SRA. ANA PAULA SILVA CAVALCANTE (Para expor. *Por videoconferência.*) - Obrigada, Senador.

Eu quero fazer uma retificação, pois me informei aqui melhor. O procedimento musicoterapia consta no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, desde que seja realizado com profissional habilitado. Era essa a retificação que eu gostaria de fazer.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Que bom que a senhora o fez, porque eu sou defensor de terapias alternativas. Eu acho que tudo que possa vir a somar para poder diminuir o sofrimento das pessoas, devidamente comprovado, é muito bem-vindo.

O José Barreto está aqui do meu lado e ele ficou impressionado com tanta chamada que eu recebi aqui durante a audiência, para vocês verem como que esse é um tema que mexe com a sociedade brasileira.

De pronto, a Marina.

A SRA. MARINA PAULLELLI (Para expor. *Por videoconferência.*) - Me escutam?

Mais uma vez, Senador Nelsinho, muito obrigada por me passar a palavra. Só um breve comentário final: o Idec tem um compromisso muito sério de compartilhar informações adequadas, corretas e completas para o consumidor. Então, qualquer consideração que o Idec fez hoje na audiência pública foi com bastante seriedade, depois de estudar atentamente todos os assuntos que foram tratados.

Em específico sobre o *sandbox*, embora a proposta da ANS se direcione para quem não tem plano de saúde, a prática mostra, por exemplo, o que aconteceu com os planos individuais. Os planos individuais hoje se tornaram raridade no mercado. Um ponto que não foi direcionado pela agência agora para o *sandbox* é como os consumidores vão continuar sendo protegidos se esse teste for levado a cabo.

Então, vale esse ponto de atenção e esse era o adendo que eu queria fazer.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Nelsinho Trad. Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PSD - MS) - Agradeço a atenção de todos aqueles que nos acompanharam pelas redes sociais, pela via remota, e quero dizer a vocês que nós estamos com o nosso gabinete aberto, com a nossa assessoria, para avançar nessa questão.

Nada mais havendo a tratar, cumprida a finalidade da audiência pública, declaro encerrada a presente reunião.

Um bom dia a todos.

(Iniciada às 10 horas e 05 minutos, a reunião é encerrada às 12 horas e 28 minutos.)