



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

REUNIÃO

04/04/2016 - 25ª - Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Declaro aberta a 25ª Reunião, Extraordinária, da Comissão Permanente de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado Federal da 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura.

A presente reunião destina-se à realização de audiência pública, nos termos do Requerimento nº 5, de 2016, de minha autoria e de outros Senadores, para debater o tema: "Os índices de reajuste dos planos de saúde no Brasil". Claro que aqui vai acabar entrando na questão da saúde, principalmente do atendimento.

Esta audiência pública será realizada em caráter interativo, com a possibilidade de participação popular. Por isso, as pessoas que tenham interesse em participar com comentários ou perguntas podem fazê-lo por meio do Portal e-Cidadania, pelo *link* www.senado.leg.br/ecidadania, e também pelo Alô Senado, através do número 0800 612211.

Informo que esta audiência pública é transmitida ao vivo para todo o Brasil tanto pela TV Senado como também pela Rádio Senado, naturalmente, com a participação da Agência Senado.

A análise que a gente faz é que em torno de 2 milhões de pessoas assistem, na segunda-feira pela manhã, a esses debates. Por uma análise simples, considerando 10 milhões de brasileiros, menos que 1% já daria praticamente 2 milhões de pessoas.

Nós temos hoje uma série de convidados. Eu vou, de imediato... Desculpem-me porque hoje atrasei seis minutos, nós iniciamos sempre no horário, às 9 horas em ponto. Vamos aos convidados. Depois eu farei uma introdução sobre o tema para que aqueles que estão assistindo pela tevê ou ouvindo pela Rádio Senado se situem no debate do dia de hoje. O tema interessa a todo o povo brasileiro, porque uma coisa repercute na outra, seja o sistema público de saúde, seja o sistema privado de saúde.

Convidados: Diego Cherulli, Advogado da Federação de Aposentados e Pensionistas do Distrito Federal; Leandro Farias, Coordenador do Movimento Chega de Descaso; Igor Rodrigues Britto, Coordenador-Geral de Estudos e Monitoramento de Mercado da Secretaria Nacional do Consumidor do Ministério da Justiça; Luís Carlos Saraiva, Presidente da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas); Antonio Carlos Abbatepaolo, Diretor-Executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge); Rafael Pedreira Vinhas, Gerente-Geral da Regulação da Estrutura dos Produtos da ANS.

Como aqui não há nenhuma questão ideológica, a questão é prática: queremos que melhore a saúde para todo o nosso povo, um jovem veio aqui, me deu uma minuta e queria muito que eu a lesse em homenagem à jovem que faleceu. Eu dei uma corrida rápida de olhos aqui e vou ler a minuta dele. Ele me entregou e está aqui presente, então, não é nada anônimo. Está aqui do meu lado. Só não queria que entrasse no tempo dele, eu o estou conhecendo hoje, porque o tempo dele é muito pequeno. Então, vou ler a minuta, como ele me pediu:

"No próximo dia 17 de abril de 2016, completa-se um ano e oito meses do caso que chocou a sociedade, a morte da jovem Ana Carolina Domingos Cassino, que esperou 28 horas por uma cirurgia de apendicite dentro do Hospital Unimed na Barra da Tijuca, localizado no Rio de Janeiro. Por conta da demora, Ana Carolina adquiriu infecção generalizada e morreu aos 23 anos de idade. Ana Carolina, assim como outros 52 milhões de brasileiros, foi iludida a acreditar que ter plano de saúde é solução para os problemas relacionados à saúde. Ledo engano. [O autor está aqui à esquerda - viu, pessoal? Estou lendo.]

A partir dessa tragédia, familiares e amigos da jovem formaram o movimento Chega de Descaso, que vem denunciando como agem o que ele chama "máfia da saúde privada" e seu envolvimento com o Executivo e o próprio Legislativo. Sua principal bandeira de luta é a defesa do SUS e cobram a instalação de uma CPI para investigar a conduta dos planos de saúde.

Aproveito a oportunidade para prestar minha solidariedade à causa e cobrar uma resposta dos órgãos competentes, pois não há dúvidas de que essa jovem, assim como outras, tiveram sua vida ceifada por conta da ganância do lucro de empresas dessa área de saúde e pela desumanização e irresponsabilidade daqueles que a atenderam.

Chega de descaso!

Li a minuta. A responsabilidade da minuta é dele. Claro que eu apenas fiz aqui a leitura a pedido do Leandro Farias, que depois vai poder falar. Ele pode ser perguntado, interpelado, se alguém aqui no plenário não concordar com a minuta.

Para iniciar os trabalhos, eu vou fazer uma pequena apresentação, o que faço sempre. Esse trabalho é produzido pelos consultores da Casa.

Este é de responsabilidade da Mesa.

Audiência pública - Planos de Saúde.

Estamos reunidos hoje para discutirmos os planos de saúde.

A saúde, tal como a economia, a educação, a infraestrutura e a segurança pública, é um daqueles setores que a Administração Pública não pode negligenciar. Qualquer descuido, qualquer desatenção, e os reflexos sobre a sociedade se mostram devastadores - podem levar as pessoas à morte. Mas por maior que seja a atenção dada pelos governantes a esse setor, todos sabemos, o sistema público de saúde nunca poderá dar conta de todas as situações que lhe são apresentadas - isso é fato e é verdadeiro. Não, pelo menos, com a presteza e a eficiência que seriam desejáveis.

É por isso que os planos de saúde sempre foram vendidos à população como a segurança que lhe é oferecida contra os imprevistos da vida. Paga-se um valor mensal e se obtém, em troca, a garantia de que eventuais questões relacionadas à saúde poderão ser enfrentadas. Consultas, exames e procedimentos cirúrgicos poderão ser realizados porque o cidadão, afinal, engordou durante anos os cofres da operadora, na maioria das vezes sem usufruir de qualquer benefício.

O que ocorre, porém, é que os valores pagos pelas pessoas em troca dessa garantia estão se tornando cada vez mais exorbitantes, cada vez mais proibitivos. Se considerarmos, por exemplo, os reajustes anuais autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para os planos individuais, vamos verificar que eles vêm se colocando sempre acima daqueles observados nos indicadores associados ao poder de compra da população, tais como o salário mínimo e o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, o IPCA.

Entre maio de 2012 e abril de 2013, por exemplo, enquanto o salário mínimo subiu 9% e o IPCA, 6,49%, a mensalidade dos planos individuais de saúde foi reajustada em 9,04%. De lá até hoje, a situação só piorou. Entre maio de 2013 e abril de 2014, o salário mínimo subiu 6,78%; o IPCA, 6,28%; e a mensalidade dos planos individuais de saúde, 9,65%, cerca de 3 pontos percentuais a mais que os outros dois indicadores. Entre maio de 2014 e abril de 2015, o quadro fica ainda mais dramático: o salário mínimo aumenta 8,84%; o IPCA, 8,17%; e as mensalidades dos planos individuais de saúde, pasmem as senhoras e os senhores Senadores, 13,55% - quase o dobro.

Mas é quando observamos os reajustes praticados pelos chamados planos coletivos por adesão que ficamos ainda mais indignados. No caso desses planos, não existe um limite de reajuste fixado pelo Poder Público, como ocorre, apesar de tudo, com os planos individuais. Tendo como argumento a sinistralidade, ou seja, os gastos atribuídos a seus participantes, eles têm total liberdade para estipular os reajustes que quiserem.

O resultado, como não poderia ser diferente, ou seja, como não poderíamos esperar que deixasse de acontecer, não é nada bom para aqueles que ironicamente são denominados beneficiários. Aí vem a comparação: entre maio de 2013 e abril de 2014, frente a uma inflação de 6,28%, muitos dos planos coletivos por adesão reajustaram seus contratos em patamares superiores a 20%. Ou seja, no mínimo, no mínimo, três vezes mais, para não dizer quatro vezes. Alguns não se contentaram com esse percentual e resolveram aumentar a mensalidade em 30% ou 40% - de 30% a 40%. E houve casos até em que os reajustes ultrapassaram a casa de 60% a 70%.

E tudo isso, senhoras e senhores, parece que ainda era pouco. Na hora de aplicar o reajuste correspondente ao período 2014/2015, um número maior de planos - bem maior que aquele verificado no período anterior - optou pelas faixas de 20% ou mais. Houve caso, até, de plano que submeteu seus participantes a um aumento de 150%. Parece mentira, mas é verdade, é isto mesmo: um reajuste anual de 150%. Imaginem um cidadão que paga para a família toda? Calculo que ele deve pagar uns R\$5 mil. Com aumento de 150%... E existe, pessoal, existe muita gente que paga para todos os familiares, e 150% para quem paga 5 mil, 3 mil ou o que for, vai todo o salário do cara, e aí ele tem que abandonar o plano. E alguém

ganha com isso. Pagou a vida toda, abandona porque não pode pagar mais, e fica por isso mesmo. Mas vocês é que vão debater, eu só estou lendo aqui as informações que me chegaram.

De modo que não há como ignorarmos o problema. Não há como não discutirmos isso, envolvendo Legislativo, Executivo, Judiciário e a sociedade civil, aqui representada, principalmente porque os planos coletivos representam, hoje, a imensa maioria dos planos de saúde em todo o País.

De acordo com a ANS, dos mais de 50 milhões de beneficiários de planos e seguros-saúde em nosso País, somente 10 milhões - ou seja, cerca de 20% - assinaram contratos individuais. Os demais estão em planos coletivos. Ainda segundo a ANS, enquanto, entre 2010 e 2015, o número total de beneficiários de planos de saúde aumentou 12,6%, o número de beneficiários de planos individuais cresceu somente 7,5%.

Em síntese, a situação que temos é esta: os planos de saúde mais utilizados, hoje em dia, pela população brasileira são exatamente aqueles liberados para praticar os mais cruéis índices de reajuste. Isso não quer dizer, senhoras e senhores, que também os participantes dos planos individuais não sejam afetados pela situação. Afinal, no momento de estabelecer o reajuste máximo aplicável aos planos individuais, a Agência Nacional de Saúde Suplementar leva em consideração o reajuste médio dos planos coletivos. O que ele quer dizer é: comparando com os planos coletivos, quem tem plano individual leva ferro também, de uma forma ou de outra leva, só perde, não ganha, se compararmos com aquilo que ele ganha de reajuste no seu salário.

Como já disse alguém, temos aqui uma situação surrealista: o Poder Público tentando regular uma parte do mercado com base nos parâmetros da parte não regulada. É uma situação, claro, que chega a ser constrangedora para a Administração Pública.

Essas, enfim, são as rápidas observações que levanto para vocês, dizendo que nós só provocamos esta audiência pública mediante o desespero da população, milhares e milhares de correspondências que chegam a esta Comissão e também ao meu gabinete. A situação é desesperadora. Mas, como eu sempre digo, a gente não precisa só ter esperança, é preciso esperar. Esperar significa: além da esperança, fazer, mudar, acontecer e acreditar que a gente pode sair para um caminho bem melhor.

Pois bem, com essa rápida introdução, que é uma síntese, eu vou começar a chamar nossos convidados para que eles coloquem seus pontos de vista, e faremos o debate.

Começamos com Diego Cherulli, advogado dos aposentados e pensionistas do DF, aqui do Distrito Federal, naturalmente vinculado à Cobap, que é a Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos, de todo o País. Sabemos que os idosos são sempre aqueles que mais pagam o pato. Não é a Fiesp que paga o pato. A Fiesp coloca na rua os patos que quer, mas quem está pagando aqueles patos, na verdade, pode saber, são os idosos. O Diego vai falar sobre isso.

O SR. DIEGO CHERULLI - Muito obrigado, Senador, por mais essa oportunidade de dar voz aos aposentados, pensionistas e idosos do DF. Hoje, represento a Federação das Associações de Aposentados. Creio que o Sr. Moacir e o Sr. Aécio irão representar a Cobap brilhantemente em outra oportunidade aqui, nesta audiência pública.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - A Cobap, o Moacir vai ter direito à palavra também, o Moacir e o Aécio.

Eu só fiz o vínculo, já que a Federação é filiada à Cobap.

O SR. DIEGO CHERULLI - Todos estamos na mesma luta.

Hoje, vim, Senador, à força e meio brigado com minha esposa porque estou com faringite, mas vim justamente para mostrar a situação de que os hospitais particulares hoje se equiparam aos hospitais públicos.

Fiquei em um hospital - graças a Deus posso pagar um plano de saúde muito bom - quase quatro horas aguardando uma consulta em um hospital particular de grande renome em Brasília. Na hora de aprovar - eu estava com suspeita de dengue inicialmente -, o plano negou. Ninguém sabia o porquê, já que o plano sempre cobriu tudo, e negou até o hemograma. Então, à uma hora da manhã, estavam ligando para o plano...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Esse é o seu caso?

O SR. DIEGO CHERULLI - O meu caso. Foi neste sábado, inclusive. Vou até falar e vou embora mais cedo porque não posso estar exposto ao ar-condicionado. Mas infelizmente o que encontramos hoje nos hospitais particulares é uma situação parecida com Inamps ou INPS antigamente, em que a pessoa só tinha direito à saúde pública se pagasse a Previdência Social. As coisas mudaram. A Constituição de 1988 garantiu saúde pública universal, mas, em contrapartida, é uma saúde completamente ineficiente. O SUS é ineficiente, o que faz com que as pessoas tenham que buscar os planos de saúde

privados. E esses planos de saúde infelizmente hoje não conseguem dar conta da demanda e tratam as pessoas com um descaso absurdo.

Iniciando a fala, Senador, existem basicamente dois tipos de contrato de plano de saúde: o individual e o coletivo. O individual está praticamente em desuso, porque seu valor é inicialmente tão alto que desestimula a pessoa a aderir a esse tipo de plano de saúde. Às vezes, eles querem, já de imediato, aderir ao coletivo, que é o que mais está acontecendo aí, muito embora o reajuste do individual seja feito pela ANS. Como o senhor disse, é basicamente a mesma coisa do coletivo. O coletivo tem as suas situações. Muito embora as pessoas pensem que os planos têm total liberdade para ajustar anualmente, eles não têm total liberdade. O regulamento da ANS é bem claro: o plano coletivo que quiser reajustar a mensalidade tem que apresentar uma justificativa atuarial, e não simplesmente chegar dizendo "hoje quero 20% porque o salário mínimo cresceu tanto e eu quero aumentar o dobro". Não. Eles têm que mostrar que os gastos do plano...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - ...entender o que li aqui, elaborado pela Consultoria. Se eles não têm liberdade de aumentar, como é que aumentam? Com todos os defeitos do plano individual, entendi qual é a malandragem. Desculpe a expressão "malandragem". Estou usando porque é o linguajar popular. Você bota o preço lá em cima, na abertura; isso não incentiva a pessoa a ir para lá. Aí, ele vai optar pelo coletivo. No coletivo, o preço é menor, mas, quando ele vê, o reajuste é dez vezes maior do que o individual.

O SR. DIEGO CHERULLI (*Fora do microfone.*) - Exato.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Então, como eles aumentam o plano dez vezes mais que o individual?

O SR. DIEGO CHERULLI - É uma boa pergunta.

A questão que o senhor falou, de 150% de reajuste, não é mentira. Sou advogado de vários aposentados aqui, em Brasília, e já entrei com diversas ações. Já tive reajuste de 220%. Por quê? Por conta do aumento da idade, o que é completamente ilegal. Todos os contratos de plano de saúde têm um reajuste em razão da idade, que duplica. E junta-se a isso o reajuste anual, dá 100%, 200%, 300%. Já ouvi falar de 300%, nunca peguei. Isso é coisa tão simples no Judiciário, que uma liminar, em uma semana, está saindo e obrigando os planos de saúde a reduzirem o valor da mensalidade, muito embora, como jurista - obviamente cada um tem direito à defesa - sabemos que alguns colegas fazem a defesa, dizendo que o regulamento da ANS prevê a possibilidade do reajuste em razão da idade.

Mas a lei, o Estatuto do Idoso, de autoria de V. Ex^a, é muito claro ao dizer que não pode aumentar. Isso fez com que eles, durante um tempo, tentassem burlar a lei.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Ali, nos 59,9...

O SR. DIEGO CHERULLI - É; quem tiver 59 anos de idade, e não 60. O Judiciário também bate em cima disso, mas quantas pessoas têm acesso a essa informação? Muito poucas.

E isso leva ao que o senhor falou na sua leitura: a pessoa se desmotiva e larga o plano, mas alguém, com certeza, está ganhando, no caso, a operadora, que recebeu, durante anos e anos, uma mensalidade alta; e, ao final, quando a pessoa completa 60 anos, época em que, provavelmente, vai iniciar o uso do plano, não pode usá-lo, porque não consegue pagar. Então, é uma situação mesmo calamitosa, que precisa ser averiguada pelo Estado, em especial pela ANS. A ANS deveria fazer uma análise melhor desses planos e desses contratos.

Quais são os principais problemas enfrentados que nós vemos - e eu, que lido com idosos, todo dia eu vejo; o péssimo atendimento... Como eu lhe disse aqui sobre um caso particular meu, mas também é muito normal o profissional, o médico o dentista, que atende pelo plano de saúde estar desmotivado a atender. A minha esposa é dentista, nós temos uma clínica odontológica, mas não atendemos mais os planos de saúde, porque - pasmem! - paga-se R\$9,00 por uma consulta para fazer uma profilaxia geral.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Quanto?

O SR. DIEGO CHERULLI - R\$9,00! Para ser mais preciso, R\$9,98. Isso para fazer uma profilaxia geral na boca de um paciente.

Os médicos também reclamam por conta de consultas de R\$20, R\$30; por cirurgias que, normalmente, custariam R\$100 mil e pelas quais eles pagam R\$1 mil. Então, que profissional vai se sentir motivado a trabalhar por uma remuneração tão pífia?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Eu estou mais indignado com a tua fala do que com o documento que eu li. Porém, por uma questão de bom senso - e aqui estou como Presidente, para mediar, de modo

que não preciso expressar, neste momento, a minha posição -, eu vou esperar todos falarem. Contudo, como disse, estou assim mais que indignado. O que fazer depois desta audiência? Não pode ficar assim. Mas vamos ouvir a todos.

O SR. DIEGO CHERULLI - Vamos lá.

Os hospitais particulares, como eu disse antes, são hospitais públicos melhorados. No sábado, no hospital em que eu estava, que é um hospital de renome, havia um médico. "Ué, mas eu estou no HRAN? Eu não pago para isso! Eu pago caro!" A minha prestação, hoje - para mim que estou com 27 anos -, é de quase R\$400,00 por mês, em um plano bom. E fui atendido como se estivesse em um hospital público. Essas coisas têm que mudar!

A cobrança por tratamento suplementar de valores de tratamento... Por muitas cirurgias, como eu lhe disse, que custam R\$100 mil, o plano paga R\$1 mil. É o que faz com que o médico diga ao paciente: "Olha, eu não vou fazer pelo plano. Se você quiser, eu pego os mil e você me paga os R\$99 mil restantes"; Isso é muito normal!

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Normal não!

O SR. DIEGO CHERULLI - É normal, mas não é justo.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Deixe-me lhe falar. Eu caí no hospital para fazer uma operação de vesícula. Estava lá morrendo de dor; saí daqui em cima de uma maca gritando. Quando cheguei lá, o médico disse que eu tinha de operar correndo. "Então, coloca aí o cara que entende disso, ele corta e opera". Operou. Depois eu disse: "Olha eu tenho o plano". Então, eles me disseram: "Não; o plano não vai pagar isso aí. O senhor vai ter que pagar por fora". E eu já havia sido operado. Não vou dizer o nome de ninguém do hospital até para não complicar, ainda porque o médico é mesmo muito bom. E eu tive que pagar.

O SR. DIEGO CHERULLI - Como eu disse, isso é normal, mas é...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - E isso me saiu R\$20 mil.

Só estou dando um depoimento, sem citar nome de ninguém nem dizendo qual é o plano, nem nada. Mas, se alguém quiser, eu digo tudo, tudo direitinho. E eu, crente que o plano pagaria, porque é um plano bom. Plano de Senador tem que ser um plano bom, não é? E, na hora "h", disseram: "São R\$20 mil, meu velho. Você se vira e veja como é que vai fazer". O cara já havia operado - um cara sério, bom. E disseram: "Não; eu pensei que tinham lhe avisado, Senador". Não estou nem reclamando da burocracia; estou contando um fato real. Foram R\$20 mil, e seria de R\$1 mil a E#2 mil pelo plano. O plano paga isso, mas o médico nunca poderia me operar por esse valor. E eu entendi a situação dele também. Pela cirurgia e por toda a equipe dele eu tive de pagar R\$20 mil.

Casualmente, eu estou presidindo a reunião e ele é o convidado; e se me pegou - eu que sou Senador - e se pegou você, que é um advogado de renome, eu calculo a população mais simples.

Mais simples, digo, no seu dia a dia, que não tem condições de expressar o que nós estamos expressando aqui. Mas, na verdade, aqui nós somos a voz deles também.

O SR. DIEGO CHERULLI - Sim, e como o senhor disse, como Senador da República o senhor teve que pagar.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Tive que pagar.

O SR. DIEGO CHERULLI - Quantas e quantas pessoas vão tentar fazer um exame, ou uma consulta, uma cirurgia, o plano simplesmente diz não e o médico também diz não. Inclusive isso gera dano moral. É uma situação um pouco complicada. Se você contrata um plano, não tem que ficar discutindo com o médico se você vai pagar ou não. O plano é que deveria se virar com o médico para pagar o que o médico está pedindo. E isso gera uma confusão enorme e uma desigualdade social ainda maior, porque há planos de menores valores ou planos, como se diz, de baixa qualidade que não sei para que servem. Realmente, há planos de saúde aí que não servem para absolutamente nada.

Os reajustes em razão da idade, como eu disse, são completamente ilegais. Muitos e muitos e muitos idosos estão pagando 100%, 200% a mais sem saber que têm o direito de recorrer e só conseguem na Justiça. Os planos estão enrolando, levando isso até o STJ, embora até no STJ já haja decisão favorável para declarar a ilegalidade com base no Estatuto do Idoso.

Uma coisa é simples: a lei federal, que é o Estatuto do Idoso, de sua autoria, fala muito claramente: é proibido o reajuste em razão da idade. Se a ANS, por algum motivo, por algum regulamento interno ou regulamento geral de benefício, prevê essa possibilidade, ela que custeie, não vá cobrar da pessoa que está completando 60 anos. O regulamento da ANS não é superior à lei federal. É uma discussão muito simples.

E concluindo, Senador - ainda mais porque não estou conseguindo falar muito -, eu acho que esta audiência pública é muito importante, embora estejamos discutindo algumas frivolidades. Nós não temos que pedir que o reajuste não seja de 20%, de 19%. Nós tínhamos que ter a saúde universal e pública constitucional. Ela é que deveria existir. Quem quisesse

um tratamento diferenciado que pagasse um plano de saúde, que é a ideia geral dos planos de saúde. Mas nós temos que prezar e lutar por uma saúde pública universal, por um SUS em bom funcionamento.

E como sabemos - o senhor é coordenador também da Frente Parlamentar em Defesa da Previdência -, a seguridade social é um tripé: previdência, assistência e saúde. Embora o Governo, corriqueiramente, maquie contas para dizer que a Previdência Social está em déficit, a seguridade social como um todo está em superávit de mais de R\$50 bilhões anuais. Por que esse dinheiro não é investido na saúde? Isso ainda é uma situação a se preocupar. E perguntar também ao Governo onde foi parar esse dinheiro e por que ele não está sendo investido na saúde.

Muito obrigado, Senador. Agradeço a presença de todos em minha fala.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Muito bem, Dr. Diego Cherulli, que falou pela Federação dos Aposentados e Pensionistas do DF.

De imediato, Leandro Farias, que é coordenador do Movimento Chega de Descaso.

Quero só lembrar a todos que é dez minutos cada um, com um a dois minutos de tolerância.

O SR. LEANDRO FARIAS - Bom dia a todos.

Meu nome é Leandro Farias, tenho 26 anos, sou farmacêutico sanitaria da Fundação Oswaldo Cruz e especialista em direito de Saúde. Atualmente, estou coordenando este movimento social chamado Chega de Descaso, que tem como um dos pilares a defesa da saúde pública.

Primeiramente, gostaria de agradecer o convite feito pela Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa, presidida pelo Senador Paulo Paim, por quem tenho grande apreço e admiro a trajetória.

Digo que o Movimento Chega de Descaso se coloca à disposição para futuros debates, aqui no Senado, em relação à questão da saúde no País. Mas antes de adentrar no motivo que originou o pedido da presente audiência pública, convido todos os presentes e aqueles que estão acompanhando a transmissão, seja pela TV ou pelo portal do Senado...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Pela Rádio Senado também. Está em todo o Brasil, pessoal.

O SR. LEANDRO FARIAS - ... pela Rádio Senado também, a fazermos a seguinte reflexão, e peço que acompanhem o meu raciocínio.

Se a nossa Constituição traz em seu art. 196 que saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo este fornecer condições para o seu total acesso.

Por que existem planos de saúde? Não obstante, em 1998, o Estado ainda legitima essa prática, através da Lei nº 9.656, e ainda cria uma agência para regular e fiscalizar o setor, por meio da Lei nº 9.961, no ano de 2000.

Segundo o Portal da Transparência, a Agência Nacional de Saúde Suplementar custa aos cofres públicos mais de R\$273 milhões. A ANS apresenta, em seu quadro de funcionários, servidores públicos concursados de extrema competência e aptos para exercerem tal função. Porém, a mesma lei que cria a agência traz, em seus arts. 6º e 7º, que a diretoria do órgão será composta por indicação política.

Quero aqui fazer a minha primeira pontuação, nesta manhã, que tal se os Srs. Senadores presentes pudessem alterar esses artigos de maneira que a diretoria fosse composta através de eleição por voto de seus servidores e, assim, gerar uma lista tríplice com os mais votados, para que, a partir destes, seja feita a indicação política. Esse método já é realizado por outras instituições de grande prestígio, como, por exemplo, a Fiocruz. E, já que vivemos em uma democracia, quem melhor que os servidores da agência para indicar qual o melhor profissional para capitanear esse órgão.

Para justificar essa minha sugestão, trarei alguns fatos. Segundo dados do TSE, nas eleições de 2014, os planos de saúde doaram em torno de R\$52 milhões, contribuindo para 131 candidaturas, que vão desde Deputado estadual até Presidente da República. Qual seria a contrapartida de tantas doações?

Desde que foi criada, durante o governo FHC, a diretoria desse órgão é composta por representantes dos empresários dos planos de saúde. Como exemplo mais recente, tivemos a nomeação do atual Presidente da agência, o Sr. José Carlos de Souza Abrahão, que presidiu a Confederação Nacional de Saúde, Hospitais e Estabelecimentos e Serviços (CNS), entidade sindical que representa estabelecimentos de serviço de saúde no País, entre as quais as operadoras de planos de saúde, e que já se manifestou publicamente contra o ressarcimento ao SUS por parte dos planos, em artigo publicado pelo jornal *Folha de S.Paulo*, no ano de 2010, além de a entidade que representava ter movido ação direta de inconstitucionalidade no STF, questionando o art. 32 da Lei nº 9.656, que traz a questão do ressarcimento ao SUS. Em valores atualizados, nessa questão do ressarcimento ao SUS, os planos devem aos cofres públicos mais de R\$500 milhões.

Em relação a infrações cometidas quando o plano não cumpre com o que consta no seu contrato, a ANS acaba gerando multas a esses planos, que, em valores, já passa da casa do R\$1,5 bilhão. Agora, como pode um setor que tem um lucro anual ao equivalente ao orçamento destinado à saúde pública, em torno de R\$100 bilhões, apresentar uma dívida de mais de R\$2 bilhões com os cofres públicos? Lembro que o setor atende apenas 25% da população, enquanto o SUS, além de cuidar dos outros 75%, também se encarrega dos que obtiveram negativa de cobertura por parte dos planos, além de realizar procedimentos de média e alta complexidade e onerosos, como transplantes, vacinação, entre outros.

Agora, entrando no tema da audiência, que é o reajuste abusivo por parte dos planos, darei algumas informações. Existem duas modalidades de plano de saúde: pessoa física, que é classificado como plano individual ou familiar; e pessoa jurídica, que é ramificado em duas atuações, o coletivo empresarial, através do vínculo empregatício, e o coletivo por adesão, que é contratado por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais.

Na modalidade individual ou familiar de pessoas físicas, o reajuste anual é tabelado e anunciado pela ANS, que estipula um teto percentual de maneira a conter os reajustes abusivos das mensalidades por parte das operadoras, pois essa modalidade, diferente dos planos coletivos, é regulamentada pela agência. Vale frisar que, nos últimos dez anos, o percentual de ajuste tabelado pela agência apresentou valores acima da inflação.

A modalidade plano de saúde por pessoa jurídica, classificado como coletivo por adesão, merece uma atenção especial, pois um traço dessa modalidade é a livre negociação entre as partes, sem regulação da ANS.

No plano coletivo empresarial contratado por uma empresa, é recorrente que, anualmente, as operadoras convoquem uma reunião para negociar o reajuste. A empresa tem interesse em negociar um valor compatível com o mercado, afinal essa empresa paga por parte dos planos de seus funcionários.

Ocorre, pois, que, quando uma pessoa física procura os planos coletivos por adesão, atraída pelo preço abaixo do mercado e ampla oferta de redes hospitalares credenciadas, ela necessariamente precisa ser incorporada a uma associação. Contudo, na maioria das vezes, ela é incorporada pelos corretores da Qualicorp a uma determinada associação que se enquadre no perfil do cliente sem qualquer vínculo entre eles.

Por exemplo, um cliente que resida em uma determinada região, ao ser atraído pelos planos coletivos por adesão, o corretor o incorpora a qualquer associação cadastrada na Qualicorp, podendo ser de acordo com a sua profissão ou local de moradia. Acontece que não há qualquer garantia de que determinada associação irá defender os interesses desse cliente na suposta negociação entre as partes, uma vez que esta por vezes nem sequer conhece o cliente atrelado a ela.

É evidente que grande parte das associações cadastradas para esse fim não possuem qualquer compromisso em defender seus associados, mas têm interesse, sim, no valor dos repasses de cada cliente incorporado e contratado pela administradora de benefícios, os chamados *royalties*, que são os repasses feitos pela Qualicorp a essas associações.

Segundo dados da própria Qualicorp, no último trimestre de 2015 foram repassados a essas associações o valor de R\$42,3 milhões por conta dessa parceria. Não à toa, a modalidade "coletivo por adesão", mesmo representando apenas 35% da carteira de clientes da Qualicorp, é responsável por mais de 90% do lucro da empresa, desbancando a modalidade empresarial, que representa os outros 65% da carteira de clientes. Isso é justificável por conta da falta de regulamentação por parte da agência que regula esse mercado, que permite reajustes abusivos aos clientes que estão enquadrados na modalidade "coletivo por adesão", reajustes esses muito acima dos índices da inflação.

Essa complexa prática funciona como verdadeira arapuca e vira um prato cheio para os corretores, que, antes de informar detalhadamente sobre os procedimentos, estão preocupados acima de tudo em vender o plano de saúde. A falta de transparência e de informação nesse procedimento nebuloso acaba acarretando uma enorme demanda de clientes lesados, pois os mesmos são levados a erro pelos corretores.

A dinâmica do negócio se faz com a venda do corretor ao cliente, atraído pelo preço abaixo do mercado e ampla rede credenciada. O corretor, preocupado em vender, não informa os deméritos dos serviços vendidos. O cliente contrata o serviço por vezes sem saber que foi incorporado a uma associação. O cliente não é informado de que esse contrato pode sofrer até 3 aumentos progressivos, um por faixa etária, outro anualmente por variação de custo na data do aniversário do contrato, e outro na data da celebração da parceria entre a administradora de benefícios e determinada associação. Resultado: o cliente contrata por um preço x, abaixo do mercado, e, no ano seguinte, está pagando por um valor acima do mercado, o que demonstra uma prática totalmente condenável pelo Código de Defesa do Consumidor na quase integralidade de seus capítulos - Da Política Nacional de Relações de Consumo; Dos Direitos Básicos do Consumo; Das Práticas Comerciais; Da Proteção Contratual etc.

A modalidade de planos que mais pratica aumentos abusivos é a "coletivo por adesão". Repetindo: não à toa, tal modalidade corresponde a 94% do lucro da empresa Qualicorp, líder do segmento.

Senhores e senhoras, vamos ser claros aqui. Essas ditas associações, por vezes, funcionam como laranjas nesse esquema criminoso orquestrado pela empresa Qualicorp. E a atuação dessa empresa foi regulamentada pelas Resoluções nºs 195 e 196, que tratam da questão dos planos coletivos por adesão e deixam claro que a venda desses planos deve ser intermediada pelas ditas administradoras de benefícios.

Isso culminou no crescimento vertiginoso da Qualicorp. Segundo informações da empresa, obteve lucro de R\$61,4 milhões só no último trimestre de 2015 e apresenta um avanço de 224% em relação ao mesmo período de 2014. E no ano o lucro foi de R\$240,9 milhões, apresentando um avanço de 73,5% em relação a 2014. Note-se que a empresa vai na contramão da crise econômica que aflige o País. Como pode, diante de um cenário de recessão econômica, uma empresa anunciar aumento nos lucros? Vale ressaltar que no ano em que tais resoluções foram geradas pela ANS, o atual presidente da empresa Qualicorp era diretor da agência reguladora.

Porém, a falta de regulamentação nessas resoluções quanto aos critérios de reajuste e de rescisão contratual, apesar de a legislação ser clara quanto aos critérios, os planos de modalidade de pessoa física têm essa proteção, diferentemente dos planos coletivos por adesão, e os clientes seguem desprotegidos.

As estatísticas do setor são claras: atualmente, apenas 20% dos planos de saúde no mercado hoje são da modalidade de pessoa física. As operadoras estão abandonando a modalidade, uma vez que os reajustes de preços são regulados pela ANS, enquanto que, nos planos coletivos por adesão, vale a livre negociação entre as partes e os reajustes são superiores aos valores autorizados pela agência quando comparados aos de pessoa física, ou seja, abusivos.

O setor privado da saúde funciona como um verdadeiro parasita do sistema público de saúde, contribui para o seu atrofamento e sucateamento, além de denegri-lo a todo instante, como forma de ampliar o mercado. Desde a ditadura militar, o setor conta com o apoio do Estado para sua expansão, seja por meio de linhas de crédito no BNDES, parcerias público-privadas, renúncia fiscal, isenção de impostos, renegociação ou até perdão de dívidas, uso de reservas técnicas, entre outras ações.

Em valores atualizados, a dívida dos planos de saúde com os cofres públicos em relação a multas passa de 1,5 bilhão. Em relação ao ressarcimento, passa de 500 milhões, totalizando mais de 2 bilhões. Segundo dados de 2012 sobre gasto tributário efetivo, o Estado deixou de arrecadar 18,3 bilhões com renúncia fiscal oriunda de gastos com saúde. Desse valor, 9,1 bilhões eram relativos a plano de saúde, ou seja, 50% do valor renunciado. E com a aprovação da PEC 358-B/2013 foi gerada a EC 86/2015, que alterou a fórmula de cálculo que define a quantidade de recursos a serem destinados para o orçamento da saúde em nível federal. A partir de 2016, haverá uma diminuição no orçamento da saúde, e a estimativa para este ano é uma perda de 10 bilhões do orçamento do SUS.

Somando-se apenas os valores citados, deixando claro que há muitas outras falcaturas, pergunto a todos: o que daria para fazer pela saúde pública com R\$30,3 bilhões?

Em 2014, a ANS recebeu 90.945 reclamações por parte dos usuários dos planos. Como resposta, a agência abre processos administrativos...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Quantas reclamações?

O SR. LEANDRO FARIAS - Foram 90.945. Como resposta, a agência abre processos administrativos que, ao constatarem infrações, geram multas às operadoras de planos de saúde. Porém, as empresas recorrem da decisão administrativamente e, ao se esgotarem todas as possibilidades de recursos, levam para a esfera judicial.

(Soa a campanha.)

O SR. LEANDRO FARIAS - Assim, processos podem levar até 12 anos para serem concluídos e, ao final, quando não prescritos, podem ser negociados. Em fevereiro deste ano, entrou em vigor a RN 388, que alterou procedimentos para ações de fiscalização por parte da agência. Tal resolução trouxe diversos benefícios para as operadoras infratoras, como, por exemplo, o desconto de 80% sobre o valor da multa para operadoras que não cumprirem os prazos máximos de atendimento presentes na RN 259. A regra também permite que empresas tenham um desconto de 40% da multa caso não prestem atendimento ao cliente, mesmo que fora do prazo. Diversas infrações estão sendo cometidas pelo setor privado da saúde, como negativa de cobertura, descumprimento do prazo máximo de atendimento, presença de cláusulas abusivas no contrato...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Tem mais dois minutos. Já te dei quinze, agora mais dois.

O SR. LEANDRO FARIAS - ... aumentos abusivos, descredenciamento unilateral de unidades, baixa remuneração dos profissionais, entre outros.

Como alternativa no panorama atual, surgiu, na Câmara dos Deputados, a proposta de instalação de uma CPI para investigar os planos de saúde a fundo, porém, o Presidente da Câmara, Sr. Eduardo Cunha, simplesmente vetou a instalação dessa CPI, alegando falta de foco. Segundo dados do TSE, Eduardo Cunha recebeu doação de campanha por parte de empresas de planos de saúde.

E quero encerrar minha participação. Sendo verdadeiro ou não, cabe ressaltar aqui um trecho do depoimento do Senador Delcídio do Amaral para a Operação Lava Jato, em que o mesmo fala da existência de um esquema de propina na saúde por meio de planos de saúde e laboratórios, com a nomeação de diretores nas agências reguladoras, de acordo com o trecho a seguir:

Especial atenção deve ser dada à ANS e Anvisa, cujas diretorias foram indicadas [pelos Senadores do] PMDB [...]. Jogaram “pesado” com o governo para emplacarem os principais dirigentes dessas agências. Com a decadência dos empreiteiros, as empresas de plano de saúde e laboratórios tornaram-se os principais alvos de propina para os políticos e executivos do governo.

(Soa a campanha.)

O SR. LEANDRO FARIAS - Bem, teria muitas outras coisas para serem ressaltadas aqui, pois o tema da saúde é de extrema importância, mas agradeço pela oportunidade ao Senador Paulo Paim, agradeço pela compreensão de todos e deixo claro que o Movimento Chega de Descaso se põe à disposição para futuros debates em relação à saúde.

Saúde não é mercadoria. Chega de descaso!

Muito obrigado. *(Palmas.)*

Esse foi o Leandro Farias, que faz uma série de denúncias da maior gravidade, e naturalmente os debatedores poderão colocar o seu ponto de vista. Bom, vamos deixar para os encaminhamentos finais aqui.

Igor Rodrigues Britto, Coordenador-Geral de Estudos e monitoramento de mercado na Secretaria de Defesa do Consumidor, do Ministério da Justiça.

Com a palavra o Igor. Acabei dando quinze com mais dois. Portanto, por coerência, os outros convidados terão dez minutos; se necessário, dou mais cinco para cada um deles. ou seja, o mesmo tempo será assegurado.

O SR. IGOR RODRIGUES BRITTO - Obrigado. Bom dia, Senador. Cumprimento meus companheiros que compõem a Mesa e se propõem a discutir o assunto. Bom dia a todos que nos acompanham.

A Secretaria Nacional de Defesa do Consumidor, como órgão, como autoridade federal de defesa do consumidor no Brasil e coordenadora do sistema nacional de defesa do consumidor, que é integrado pelos órgãos estaduais, municipais e federais de defesa do consumidor no Brasil, agradece muito a possibilidade de trazer as perspectivas dos órgãos públicos, entidades civis, que se dedicam à defesa do consumidor nessa discussão. Meu objetivo, nesse tempo, é apresentar a todos vocês como os órgãos de defesa do consumidor no Brasil vêm, em conjunto, discutindo os temas da saúde suplementar, em especial, o eixo principal do nosso encontro de hoje, os problemas e insatisfação dos consumidores a respeito dos reajustes.

A Secretaria Nacional de Defesa do Consumidor é um órgão previsto no Código Brasileiro de Defesa do Consumidor como coordenador do sistema nacional e da política nacional de defesa do consumidor. E, em razão disso, é por meio da Secretaria Nacional de Defesa do Consumidor que todos os órgãos no Brasil, como os Ministérios públicos, PROCONs, Defensorias Públicas e entidades civis de defesa do consumidor se reúnem para discutir uma agenda nacional dos maiores problemas vividos pelos consumidores e na busca por um diálogo setorial para solução desses conflitos existentes.

Em razão disso, mais recentemente, a Secretaria Nacional de Defesa do Consumidor passou a articular-se com os órgãos e agências reguladoras porque obviamente o papel da atividade regulatória no Brasil tem uma perspectiva muito importante de, tanto no processo regulatório e criação de normas como no papel de fiscalização, monitoramento, supervisão dos mercados, atender às perspectivas dos consumidores no Brasil, dos beneficiários dos serviços regulados a fim de que os interesses dos consumidores façam parte da agenda regulatória.

É também a Senacon responsável, em âmbito nacional e federal, por realizar prevenção e repressão de práticas abusivas, infrativas ao Código de Defesa do Consumidor e demais normas no microssistema nacional de das relações de consumo.

Em 2013, pelo Decreto nº 7963, a Presidência da República estipulou, criou o Plano Nacional de Consumo e Cidadania, ou seja, a defesa do consumidor passou a ser uma política nacional no que diz respeito à articulação dos órgãos de defesa do consumidor com as agências reguladoras em especial. Três eixos prioritários a política nacional de consumo e cidadania estabelece: prevenção e redução de conflitos; regulação, criação de normas nos setores regulados, e fiscalização de seu descumprimento; fortalecimento dos órgãos integrados ao sistema nacional de defesa do consumidor.

No que diz respeito à saúde suplementar, esses órgãos de defesa do consumidor, pela necessidade de fortalecer os eixos prioritários, ou seja, a regulação da saúde suplementar, o aperfeiçoamento regulatório dos contratos, seguros e planos de saúde e também o aperfeiçoamento dos mecanismos de fiscalização de cumprimento de regras tanto por parte dos reguladores como também pelos órgãos de defesa do consumidor, criou o grupo de trabalho Consumo de Saúde Suplementar. Esse grupo de trabalho foi criado em 2014, e em uma cultura que os órgãos de defesa do consumidor possuem, ele foi criado com a participação de órgãos de defesa do consumidor de várias partes do País.

No que diz respeito ao grupo de trabalho Consumo de Saúde Suplementar, ele teve a participação do DPDC, que é o órgão da Senacon responsável pela aplicação de penalidades, fiscalização, intervenção nos mercados, do PROCONs do Brasil, que é a associação dos PROCONs de todo o Brasil.

São 800 os PROCONs com que o brasileiro conta, espalhados pelos Estados e Municípios do País, em especial com a participação, nesse grupo de trabalho, do PROCON de São Paulo, do PROCON do Ceará, do PROCON da cidade do Rio de Janeiro, do Colégio Nacional dos Defensores Públicos Gerais - e a Defensoria Pública tem um papel importantíssimo na discussão dos atendimentos e para a solução de problemas de consumidores com planos de saúde -, do Ministério Público e o Idec, uma entidade civil de bastante legitimidade e reconhecimento no País, responsável por grandes causas na defesa dos consumidores, em especial no tema da saúde suplementar.

Esse grupo de trabalho, encerrado no ano de 2015, apresentou, Senador, um relatório a partir de um diagnóstico das reclamações mais recorrentes por parte dos consumidores no Brasil. Para isso foi empregado o banco de dados utilizado pelos PROCONs do Brasil, o Sindec, que é um sistema de informações nacionais para a defesa do consumidor. É por meio desse sistema, no Brasil inteiro, que os consumidores registram as suas reclamações nos PROCONs. Então, a partir da leitura desses dados, realizou-se um diagnóstico sobre as principais reclamações que levam os consumidores aos órgãos de defesa do consumidor - mais à frente eu vou relacionar quais são os principais problemas diagnosticados. Mas, a partir desse diagnóstico, pretendeu-se fazer uma análise da regulação no que as normas, hoje, do setor de planos de saúde são capazes de enfrentar essas reclamações ou não e que propostas de aperfeiçoamento poderiam ser analisadas para melhorar o ambiente regulatório e, assim, talvez, prevenir o número de conflitos e de reclamações de consumidores a respeito desse tema.

O relatório desse grupo de trabalho - e, mais uma vez, registro que esse grupo de trabalho foi integrado pelos órgão de todo o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor - apontou três pontos principais: um, que a principal reclamação que leva os consumidores - e, aí, não estou me referindo às reclamações registradas pelos cidadãos nos canais de atendimento da agência reguladora, mas apenas àquelas feitas diretamente nos órgãos de defesa do consumidor, porque, às vezes, essas reclamações, Senador, têm perfis diferentes - aos PROCONs e às Defensorias Públicas, atualmente, está relacionada aos reajustes dos planos de saúde. E essas reclamações decorrem, como já foi mencionado, de que mais de 80% da população brasileira, segundo os dados de 2014 e 2015, participam ou são beneficiários de planos coletivos, e, como se sabe, a assimetria regulatória atual entre planos coletivos e individuais gera esse tipo de conflito relacionado à insatisfação de consumidores a respeito de reajustes de planos de saúde. Então, é natural que fosse realmente essa a maior reclamação dos consumidores.

Por fim, problemas mais urgentes e mais atuais também vividos pelos consumidores estão relacionados à alienação de carteiras, ou seja, a crise econômica vivida pelos planos de saúde e também por agentes contratantes gera conflitos de ordem coletiva, ou seja, com a alienação de carteiras entre planos de saúde, presenciaram-se, no Brasil, algumas práticas que poderiam ser melhoradas por parte das operadoras, especialmente no que diz respeito à transparência nesses processos e, também, com relação a deveres de informação entre as empresas e seus beneficiários no que tange à transferência de clientes de um plano para outro pelas mais diversas razões.

Então, a assimetria informacional entre a capacidade dos consumidores de alcançar informações sobre o que está acontecendo com os seus planos de saúde e a má prestação desse serviço, porque planos de saúde, em determinadas situação econômicas, acabam, obviamente, gerando, antes dessa solução por meio das transferências de carteiras, reclamações e insatisfação a respeito da má prestação dos serviços, e isso acaba gerando o bloco dos maiores problemas vividos pelos consumidores que chegam aos órgãos de defesa do consumidor.

Esse relatório permitiu que os órgãos de defesa do consumidor construíssem uma agenda propositiva com o Ministério da Saúde e, em seguida, com a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Mais recentemente, o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor teve condições de criar um diálogo propositivo com a diretoria da ANS, a fim de resolver uma antiga insatisfação dos órgãos de defesa do consumidor, que era a falta de assento desses órgãos de defesa do consumidor, a falta de diálogo e a falta de portas para trazer esses problemas para as discussões dentro da ANS.

Então, desde o ano passado, essa é uma agenda em construção, Senador, entre os órgãos do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, ou seja, esses mesmos órgãos que trabalharam nesse grupo de trabalho -, Ministério Público, representado pela Associação dos Promotores de Defesa do Consumidor (MPCon), a PROCONs Brasil, que é a associação representante dos PROCONs de todo o País, o Fórum Nacional das Entidades Cíveis de Defesa do Consumidor e os defensores públicos do Brasil - constituíram uma mesa de diálogo com diretoria da ANS. Essa é a pauta em construção atual a partir deste ano.

A preocupação atual dos órgãos de defesa do consumidor é que todos esses problemas, na verdade, geram uma externalidade muito grande conhecida por todos, que é a judicialização da saúde suplementar. Existem vários efeitos. É um diagnóstico difícil de se realizar, quais são os problemas levados aos tribunais, mas sabe-se que nós temos um grande problema de custo administrativo e de custo retransmitido para os consumidores no Brasil, decorrentes do índice de judicialização na saúde suplementar. Isso precisa ser discutido, para que essas reclamações possam ser sanadas sem a necessidade da intervenção do Judiciário, que gera, às vezes, outros transtornos, outras frustrações para os consumidores.

O relacionamento e a qualidade de atendimento precisam ser aperfeiçoados tanto pela regulação como também por melhores práticas das operadoras. Mais recentemente, esta mesa dos órgãos de defesa do consumidor pôde acompanhar algumas tentativas de reformas da regulação, para permitir melhores regras para prazos de atendimento nas assistências aos consumidores, maior transparência no trato entre as operadoras e seus consumidores. Essa é uma prática que precisa ser aperfeiçoada pelo mercado também.

Um problema decorrente da regulação, da assimetria regulatória entre os contratos coletivos e os contratos individuais é a possibilidade de que os contratos sejam rescindidos. Então, a possibilidade de que os reajustes sejam negociados entre operadoras e pessoas jurídicas contratantes, no âmbito dos planos coletivos, e a possibilidade que contrato seja rescindido apenas sendo necessários alguns avisos prévios, sem o rigor que existe nos planos individuais, é o que coloca a maior parte dos consumidores em planos coletivos. E não porque significa uma vantagem para os beneficiários, mas porque eles representam maiores vantagens no mercado nas suas vendas. Os planos coletivos são maiores porque são mais oferecidos. Em razão disso, nós temos essa dicotomia que gera uma série de conflitos causados por essa diferença de regulação. Então, a rescisão contratual é outro problema também que está diretamente relacionado com o reajuste, Senador, porque na nossa visão, no nosso diagnóstico, os reajustes são possíveis de serem aplicados em índices insatisfatórios pelos beneficiários, já que as operadoras têm condições de usar um mecanismo de rescisão do contrato caso a negociação não surta efeitos e não encontre um denominador comum.

Em razão disso tudo, uma dessas agendas é a proposição, o aprimoramento das interfaces regulatórias para prevenção desses conflitos surgem. Os órgãos de defesa do consumidor têm presenciado, como eu disse, a partir dessa agenda, Senador, um início de aperfeiçoamento regulatório.

E por fim, especificamente no que diz respeito aos reajustes, são esses os três diagnósticos maiores que permeiam uma análise dos dados das reclamações de consumidores.

O fluxo de informações entre operadoras e beneficiários realmente precisa evoluir, precisa aprimorar-se.

Recentemente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar criou um portal, que já é comum em outros ambientes regulados, como o de telecomunicações e o de serviços financeiros, onde os consumidores têm a possibilidade de encontrar informações econômicas, especialmente de custos...

(Soa a campanha.)

O SR. IGOR RODRIGUES BRITTO - ... médico-hospitalares. Essa prática precisa ser adotada pelas operadoras, ou seja, a transparência sobre os índices aplicados e os custos médico-hospitalares, para que haja, pelo menos nesse ambiente com uma regulação que não vem atendendo muito às expectativas dos consumidores, transparência sobre os índices e os custos médico-hospitalares. Isso, efetivamente, precisa ser pauta da regulação, precisa ser fortalecido e precisa ser pauta da supervisão e da fiscalização. Isso porque, tanto no que diz respeito à criação de consciência crítica das pessoas a respeito do que representa a sua mensalidade paga e qual a relação entre os valores que paga e os valores que são gastos realmente precisam chegar à tona e de forma compreensível aos consumidores, já que os índices, hoje, tanto para cálculos dos planos e para reajuste de planos individuais, como aqueles aplicados nas negociações pelos planos coletivos, são incompreensíveis para a maior parte da população. Assim, na medida em que isso for compreensível, for didático, é possível uma maior consciência crítica de parte dos consumidores.

E, ainda, um problema que vai continuar sendo pauta das discussões dentro dos órgãos de defesa do consumidor - e é um pleito nessas discussões - é a regulação das rescisões de contratos coletivos. Por meio da rescisão de contratos coletivos, como eu já disse, há uma porta de entrada para outros problemas, como a negociação, às vezes, desigual, na aplicação de reajustes, especialmente quando planos coletivos são tratados... Planos coletivos podem ser configurados pela utilização de empresas individuais, que são os MEIs, que não têm nenhum poder de negociação com as operadoras de planos de saúde.

Então, é esse o diagnóstico que nós gostaríamos de trazer, Senador...

(Soa a campanha.)

O SR. IGOR RODRIGUES BRITTO - ... e, desde já, colocando-nos à disposição para continuar discutindo. Essa é só uma apresentação inicial sobre o perfil dos problemas e da agenda dos órgãos de defesa do consumidor nesse tema.

Muito obrigado, Senador. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Muito bem. Esse foi o Dr. Igor Rodrigues Britto, Coordenador-Geral de Estudos e Monitoramento de Mercado da Secretaria Nacional do Consumidor, do Ministério da Justiça.

Na verdade, S. S^a embala o tema tecnicamente e não ficou longe das duas primeiras falas aqui. A minha preocupação continua aumentando, porque há uma certa coerência entre as duas primeiras falas e as preocupações levantadas aqui pelo Ministério da Justiça. Não estou dizendo que um assina embaixo do que o outro diz, mas essa é a minha análise sobre a coerência das preocupações.

Dr. Luís Carlos Saraiva, Presidente da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas).

Por favor, Dr. Luís Carlos, pelo mesmo tempo que foi dado, ou seja, 17 minutos.

O SR. LUÍS CARLOS SARAIVA NEVES - Muito obrigado.

Bom dia a todas as pessoas aqui presentes. Agradeço o convite, mais uma vez, do Senado Paulo Paim para estar aqui no Senado Federal do Brasil participando desta audiência.

Eu represento uma instituição que congrega 130 operadoras de planos de saúde do setor de autogestão.

Passo aqui a minha apresentação ao Senador Presidente.

Vou apresentar aqui alguns eslaides e vou trabalhar os dados buscando informar a todos que, realmente, eu concordo com o representante do Ministério da Justiça no sentido de que existe uma grande assimetria regulatória.

Infelizmente, todo o trabalho que está sendo feito para corrigir essa assimetria está focado nas operadoras de saúde. E, assim, nós terminamos trabalhando apenas os sintomas da doença, não as suas causas. Eu vou tentar mostrar aqui o foco principal dessa assimetria, que são as causas e que, infelizmente, estão, em certo ponto, sendo minimizadas.

Antes, eu vou falar um pouco da nossa instituição.

A Unidas (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde) tem como grande missão fortalecer o segmento de autogestão sem fins lucrativos, promover a excelência em gestão e contribuir com a melhoria do sistema de saúde do País, até porque o sistema suplementar faz parte do Sistema Único de Saúde, e a Unidas, assim como as operadoras sem fins lucrativos de autogestão, trabalha em sintonia com o Ministério da Saúde, seguindo todas as estratégias e missão do SUS. Tem uma visão de ser referência no segmento de saúde suplementar, integrar e representar todas as instituições de autogestão sem fins lucrativos.

É importante dizer que hoje nós temos a responsabilidade de um universo de cerca de 5 milhões de beneficiários, todos pertencentes a aproximadamente 140 instituições filiadas - desculpe, eu havia dito 130, mas são 140, porque nós tivemos recentemente várias adesões de outras operadoras de autogestão.

Antes de adentrar a nossa discussão, eu queria frisar bem a questão de conceitos com que nós trabalhamos: o de reajuste e o de custeio. É importante que todos entendam essa diferença para poder embasar toda a discussão que nós estamos fazendo.

Reajuste. É o cálculo realizado pelas operadoras de mercado para manutenção e funcionamento de suas atividades. No reajuste, geralmente se considera uma distribuição de margem de lucros.

Custeio. É a estimativa de despesas com custeio e investimentos necessários para manutenção da assistência, manutenção da rede de cobertura nacional ou local, recolhimento das exigências dos fundos garantidores junto à Agência Nacional de Saúde (ANS) - esse é um problema que nós vamos ver mais à frente -, projetadas para o exercício anual, sem fins lucrativos. Então, o custeio desenha todo esse trabalho sem o fim lucrativo.

A autogestão em saúde não visa lucro. O custeio de autogestões em saúde (administração própria do plano de saúde) cobre apenas custos assistenciais e administrativos e forma provisões exigidas pela ANS. O custo administrativo das nossas operadoras, em média, varia entre 14 e 15; algumas chegam a 10, 9, o que varia de acordo com o porte e com o perfil de cada operadora. Mesmo não tendo fins lucrativos, diversos fatores têm colaborado para impulsionar reajustes dos seus planos de saúde. E aí nós vamos ver as causas.

Eu trouxe um material da Unidas que vou distribuir aqui para os membros da Mesa. Nós trabalhamos anualmente com uma pesquisa estatística e epidemiológica dos dados das autogestões sem fins lucrativos - eu vou passar poucos slides, por conta do tempo - que são fundamentais para o entendimento do perfil das nossas operadoras.

Observem, neste gráfico, a distribuição da nossa carteira, focada principalmente nos nossos idosos, com mais de 60 anos. Só neste gráfico, já dá para identificar o desafio que é, para as operadoras de autogestão - e aí eu não posso deixar de citar também as filantrópicas -, garantir a assistência à saúde desses beneficiários, porque nós sabemos que, a partir do momento em que se muda de faixa etária, a sinistralidade e o risco aumentam, e, consequentemente, a responsabilidade de garantir essa assistência torna-se cada vez maior. E aí eu posso dizer que tanto as autogestões quanto as filantrópicas já têm uma experiência grande em trabalhar com isso.

O perfil que os senhores estão vendo aí das autogestões remete já para o ano 2050, para as outras operadoras e os outros grupos que estão apontados aí. O perfil da carteira de beneficiários idosos distribui-se da seguinte forma: total da ANS, 11,7%; seguradoras, 6,4% - elas têm poucos idosos; medicina de grupo, 10%, também com poucos idosos; filantrópicas e autogestões têm a maior população idosa, 18,3% e 23,6% respectivamente. Eu estou mostrando este gráfico não para reclamar, mas para mostrar o nosso desafio e o nosso orgulho em atender esses idosos e acompanhá-los tanto na assistência domiciliar, quanto na hospitalar e ambulatorial.

Este gráfico mostra o impacto do custo por faixa etária, e vejam também o desafio que é nós prestarmos assistência a essa população idosa, que, mais uma vez, nós temos o prazer de acolher e cuidar.

Vejam que na faixa acima de 59 anos o custo é muito elevado.

Essa distribuição é fundamental, Senador, porque vamos observar que o maior custo da assistência que temos é de material e medicamentos. Aí quero apontar mais uma causa de toda essa discussão que estamos tendo: o custo elevado de materiais utilizados na assistência à saúde e dos medicamentos.

Aí, Senador, vou passar para o senhor duas revistas que referenciam uma das principais causas do custo elevado da saúde no Brasil. Infelizmente, até agora, em todos os fóruns de que participei, os representantes dessas duas revistas nunca foram convidados para participar. E eu, como representante da Unidas, gostaria que nós, se possível, Senador, tivéssemos uma audiência para discutir essas causas que são fundamentais no custo elevado da saúde para nossa população.

Observem que a maior faixa, 58% se referem a materiais e medicamentos. E essas duas revistas são os parâmetros para a rede hospitalar, a rede ambulatorial, laboratórios fazerem as cobranças e negociarem suas tabelas com não só as autogestões mas todas as outras operadoras de saúde.

Esse é o custo hospitalar e esse é o custo ambulatorial no que se refere às autogestões.

Esse gráfico é importante porque é a representação dessa causa. E uma das causas é o custo saúde. Observem o gráfico verde, que se refere ao custo saúde, que já tem uma previsão de que este ano vai ficar em 20% ou mais, e aqui abaixo a variação do IPCA. Então, há diferença muito grande do custo saúde com o IPCA.

Aí retornamos ao conceito de custeio. Quando o especialista, o atuário faz todo o estudo para determinar o custeio, esse dado, esse indicador é um dos mais importantes para determinar o valor do custeio.

Outro impacto importante, outra causa importante no custo da saúde são as constantes inclusões de procedimentos no rol de procedimentos da ANS. Nós não somos contra isso, mas precisamos ter um planejamento para fazer isso.

O custeio é planejado por ano e esses rôis são empurrados para nós, forçadamente, num prazo de 90 dias. Então, na hora em que você institui um rol de procedimentos que vai impactar no custo do plano e quem vai pagar é o beneficiário, você quebra todo o estudo atuarial que é feito no custeio. Isso implica na inflação do custo da saúde.

Não somos contra, mas isso precisa ser feito de forma racional, planejada e inteligente.

Outra questão para que eu gostaria de chamar atenção como também uma das causas do custo da saúde são as multas. A fonte não é muito boa, mas tudo bem. As multas têm impactado demais no custo da saúde, porque as multas também precisam ser reavaliadas, Senador, na forma do seu cálculo, da sua análise.

Nós já tivemos multas que foram aplicadas que de R\$80 virou R\$1,5 milhão.

(Soa a campanha.)

O SR. LUÍS CARLOS SARAIVA NEVES - Isso impacta qualquer plano de saúde e interfere na assistência.

Essa é outra causa fundamental também dos altos valores dos custeios e dos reajustes. São as necessidades de se fazer as reservas vinculadas financeiras na ANS. Eu gostaria até, já que a ANS está na Mesa... Eu não sei, não tenho o valor, mas se porventura o representante da ANS pudesse nos falar, qual é o valor total dessas provisões financeiras, hoje, dentro da ANS?

Eu sei que nós das autogestões estamos tendo um problema muito sério, porque não conseguimos implementar da forma correta as nossas estratégias e ações de atenção primária à saúde, ou seja, colocar os nossos profissionais dentro dos lares e nos locais de trabalho para promover saúde e fazer prevenção, porque os valores para essa área estão tendo que ser depositados nessas provisões financeiras que a ANS exige. Não somos contra esse tipo de provisão para garantir segurança ao sistema, mas a fórmula e o formato da necessidade dessas provisões são muito assimétricos e de uma forma que nós precisamos rediscutir para garantir uma equidade, uma simetria e um planejamento inteligente desses depósitos, desses valores.

Nós temos exemplos de operadoras da nossa área que estão sendo obrigadas a fazer provisões, Senador, de mais de R \$1 bilhão. Esse dinheiro está alimentando apenas o sistema financeiro, quem mais lucra no País, é depositado em conta bancária, correndo juros sobre juros e não podemos melhorar a assistência dos nossos beneficiários, porque esse valor está depositado no sistema financeiro.

E, para encerrar, esse diagrama mostra bem as causas. Eu queria compartilhar aqui com Leandro, que na sua fala apontou diversas e importantes causas desse problema que nós estamos discutindo aqui, que é esse diagrama, Leandro. Nós temos um mercado hoje focado na área financeira e infelizmente a saúde está atrelada a isso, sendo obrigada a alimentar esse sistema financeiro através de reservas financeiras absurdas, não que não tenham que existir, mas são absurdas hoje. Quero também compartilhar com você a preocupação da briga no mercado. Hoje nós temos uma concorrência e uma disputa de mercado feroz. Há uma operadora afiliada da Unidas que foi proibida, através de uma ação impetrada pela Golden Cross - eu estou falando o nome porque é público, está nos jornais, em todos os sites - junto ao TCU. O TCU abriu uma cautelar e proibiu essa operadora da autogestão de receber beneficiários, de fazer um convênio com esses beneficiários, de oferecer seus planos aos beneficiários. O cúmulo foi tão grande que uma parturiente tinha o bebê e a mãe não podia, mesmo sendo servidora pública, inscrever o seu filhinho ou sua filha no plano de saúde. Felizmente, nós alertamos o TCU, o Ministro viu o problema e resolveu diversas dessas situações absurdas oriundas de uma cautelar.

Para concluir, já falei das reservas vinculadas, uma causa que precisa ser avaliada, melhorada e qualificada. O modelo focado na assistência hospitalar continua. Nós não estamos podendo fazer atenção primária por conta dessas amarras que estão sendo colocadas sobre nós. Senador, é fundamental abrir uma discussão. Os hospitais, os laboratórios, os serviços de saúde não estão regulados, estão livres para fazer qualquer negociação, qualquer pressão em cima das operadoras. E infelizmente a ANS e os outros órgãos não estão regulando esse setor da cadeia econômica da saúde.

O resultado é que todas essas causas levam o beneficiário a ser o mais prejudicado nessa cadeia. Infelizmente, todas essas causas têm ocasionado essa doença que aparece através do sintoma maior, que é o reajuste ou um custeio maior dos seus planos.

(Soa a campainha.)

O SR. LUÍS CARLOS SARAIVA NEVES - Se nós não atuarmos nessas causas, nós não vamos conseguir resolver um problema seriíssimo que existe na cadeia econômica da saúde, que é evidentemente o que V. Ex^a coloca nesta audiência e o parabenizo por ter trazido esta discussão ao Senado: os reajustes e os e aumentos dos custeios dos planos de saúde.

Hoje, o foco é a operadora, porque nós estamos só observando o sintoma, a doença, mas as causas continuam sem tratamento. Nesse sentido, eu peço ao Senador que nós passemos a discutir também as causas, a fim de livrar o beneficiário de tanto peso e de tanta dificuldade para que tenha um plano de saúde como deveria ter, mais justo para ele.

Nós vamos discutir isso no sétimo seminário da Unidas, que vai ocorrer agora em maio, em que queremos chegar a encaminhamentos, propostas e sugestões para todos os setores da regulação, e, com certeza, vamos encaminhá-los para o Senador Paulo Paim.

Muito grato pela oportunidade, mais uma vez. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Muito bem. Esse foi o Dr. Luís Carlos Saraiva, Presidente da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), que, a meu ver, ficou na mesma linha de todos os outros convidados.

Minhas preocupações só aumentam com essa história de R\$1 bilhão depositados no sistema financeiro. Com relação à Golden Cross, eu não gosto de citar nenhuma, mas, caso aumente, essa é uma operadora em que eu também tinha plano de saúde. Disseram-me: "Olha, até o final do ano, transfira suas filhas para outro plano". Eu fiz a migração, com uma parafernália enorme. Estou em outra agora, mas também já estive na Golden Cross. Não eu, meus filhos, que já são todos maiores. O meu é o do Senado, que é em convênio com outra companhia.

Vamos agora ao Dr. Antônio Carlos Abbatepaolo, Diretor Executivo da Associação Brasileira dos Planos de Saúde (Abramge).

Por favor, V. S^a tem o mesmo tempo concedido aos outros convidados.

O SR. ANTONIO CARLOS ABBATEPAOLO - Bom dia, Senador Paulo Paim. Muito obrigado pelo convite. Cumprimento também os membros da Mesa e, por conseguinte, a audiência que nos ouve agora.

Eu vou fazer uma apresentação citando alguns dados. Eventualmente, algumas das questões aqui levantadas podem ser abordadas.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Permita-me interrompê-lo. Quero apenas dizer que não tenho problema nenhum em convocar esses dois, que são titulares de revista, é isso? Eu não tenho problema nenhum de marcar outra audiência.

Desculpe, doutor, tomar parte do seu tempo.

Fica já acertado que vou convocá-lo para uma outra audiência.

O SR. ANTONIO CARLOS ABBATEPAOLO - Imagina, Senador.

Como eu havia dito, eu pretendo fazer uma apresentação, e alguns pontos que foram levantados talvez possam ser abordados também sob o ponto de vista das operadoras que são filiadas à Abramge.

A Abramge é uma entidade que originalmente se chama Associação Brasileira de Medicina de Grupo. Recentemente adotamos o nome de Plano de Saúde por uma questão até de facilitação, para que o público entenda o que a Associação faz, porque existem muitas associações que têm o nome de Medicina e que não têm nada a ver com plano de saúde, como Medicina de Tráfego e outras que são realmente afetas ao setor de Medicina.

A Abramge, eu imagino, é a entidade mais antiga entre as entidades do segmento de saúde suplementar. Começou na região do ABC, quando as montadoras vieram para o Brasil e as matrizes pediam uma assistência médica que tivesse um padrão parecido com o que os funcionários, os trabalhadores daquelas companhias, especialmente as americanas, tinham. E as clínicas do ABC começaram a fazer esse atendimento até o momento em que se tornaram planos de saúde. Hoje, a Associação detém mais ou menos 200 associadas.

Eu gostaria de pontuar algo importante: grande parte das operadoras de saúde afiliadas à Abramge são de pequeno porte. Nós estamos capilarizados por todo o interior do Brasil. Temos também algumas empresas operadoras, claro, de grande porte, mas as pequenas fazem a base da Associação, e elas, naturalmente, têm um contato muito próximo com o seu beneficiário local. Muitas vezes, elas conseguem entender um pouco até a situação geográfica, a distribuição de doenças pelo vasto território nacional, elas muito diferentes.

Então, essas operadoras menores têm um contato maior, mais direto, e, muitas vezes, atendem rapidamente, até com uma eficiência muito boa.

Vou colocar alguns dados.

O panorama geral da saúde suplementar no Brasil está assim: hoje, temos, segundo dados da ANS, 49,7 milhões de beneficiários em planos médico-hospitalares; 22 milhões de beneficiários em planos odontológicos.

As despesas do setor fechado agora, para 2015, são de R\$120 bilhões, e as consultas, em média - o que se faz no País -, são 5,3 consultas por pessoa por ano. Essas consultas geram quase 14 exames por ano, por beneficiário.

O que aconteceu em 2015? Vivemos um momento muito difícil na economia do nosso País, com menos 1,5 milhão de postos de trabalhos durante o ano. Isso naturalmente afetou os planos de saúde, que, na sua maioria, eram dados ou fornecidos, compartilhados, pelas empresas dos trabalhadores.

Então, foram 766 mil planos a menos em 2015, o que é bastante preocupante, até porque a nossa previsão para este ano não é muito diferente disso. Calculamos que o PIB vai comportar-se de maneira parecida e o nível de emprego também e imaginamos que vai haver mais expulsões do mercado de plano de saúde, especialmente aqueles oferecidos pelas empresas.

Entretanto, gostaria de pontuar um dado: ainda que tenha havido 1,5 milhão de demissões na economia no ano passado, de forma geral, o setor de saúde - aí não estou falando de plano de saúde -, a cadeia de saúde, contratou.

Isso mostra uma certa preocupação, que penso ser importante ressaltar. O setor de saúde, no País, ainda vai amadurecer muito, até por vários motivos, como o envelhecimento da população, enfim, como o modo de vida que as pessoas têm hoje, acarretando uma série de novas doenças.

Naturalmente, sabemos que isso ainda vai gerar muito emprego. A resiliência do setor, em termos de emprego, já foi mostrada no ano passado. Foi um setor que não demitiu. Gostaria de apenas pontuar esse aspecto.

Falar sobre custos em saúde é importante, porque esta audiência é marcada pela questão do índice de reajuste de preço, mas não podemos disso, sem falar de custos. Custos em saúde no Brasil, hoje, talvez seja a principal plataforma para discutirmos a questão da saúde em geral.

Lançamos recentemente na Abramge um "Custômetro" dos Planos de Saúde. Se os senhores puderem entrar no *site* da Abramge, ele está rodando o tempo todo. Naturalmente, essa previsão é feita com base em indicadores antecedentes, no tratamento estatístico dos dados que a própria Agência Nacional de Saúde Suplementar divulga, o qual vamos ajustando a cada trimestre, mas é basicamente isso.

Calculamos que esse número de 30 de março vai estar acima de 120 bilhões, relativo ao custo gasto com beneficiários. Esse número é gasto apenas com tratamentos. Isso é só o que é gasto com o paciente.

Desse valor, 45%, mais ou menos, se referem às internações; 30%, mais ou menos, às consultas e aos atendimentos; quase 20%, aos exames; quase 5%, às terapias.

Esse é apenas um mapa, para que possamos nos pautar e discutir essas questões inclusive levantadas recentemente. O Dr. Saraiva colocou isso claramente: a questão médico-hospitalar. Os custos médicos são altíssimos. São assuntos que vamos precisar discutir. Não há como fugir dessa discussão.

No caso das consultas, há um certo desperdício. Talvez tenhamos que rediscutir o modelo. Hoje, um beneficiário tem uma dor de cabeça e vai direto a um neurologista. Talvez, seja o caso de usar um pouco o parâmetro existente em vários países de porte de desenvolvimento alto, médio, e em alguns da América Latina, que têm o que se chama *gate keeper*, aquele clínico geral que redistribui o atendimento.

Ele pode resolver na hora. Quando as pessoas vão a especialistas, acabam rodando por vários, gerando uma série de custos extras.

No caso dos exames, também temos várias questões para serem discutidas, inclusive aquela relativa à própria formação médica. Hoje, os médicos se apoiam muito nos exames; os de antigamente tinham muito menos tecnologia e também diagnosticavam de uma maneira muito mais direta, pela consulta mesmo, apalpando o doente e conversando com a pessoa. Hoje, mais ou menos, há uma estatística de que cerca de 20% dos exames não são nem retirados, gerando uma série de desperdícios.

(Soa a campanha.)

O SR. ANTONIO CARLOS ABBATEPAOLO - Ainda insistindo na questão dos custos médico-hospitalares, isso não é um privilégio brasileiro. Os custos da saúde, no mundo inteiro, são altíssimos. Esses números que estou trazendo de países, na sua maioria, com alto grau de desenvolvimento, como a Irlanda, o Chile, o Canadá, o Reino Unido e os Estados Unidos, são o que representa o custo da saúde, a inflação da saúde, acima da inflação média dos países.

Ou seja, vamos pegar o Canadá. Se o Canadá tem uma inflação geral de, digamos, 2% por ano, ele tem uma inflação médica de 2 mais 12.2%.

Então, é importante sintonizar que esta não é uma questão brasileira e não é simples. Problemas complexos não são resolvidos facilmente. O problema da saúde no País e no mundo não é simples. Vamos ter de nos debruçar sobre eles por muito tempo, com as melhores inteligências que tivermos, para tentar resolver o problema - ou pelo menos minorar - da saúde no País.

Aqui, trouxe apenas uma questão que mostra o resultado das receitas e despesas em planos de saúde. Contrariamente ao que foi colocado aqui - até me refiro ao Leandro, desculpe-me -, o lucro do setor não é de 100 bilhões; muito pelo contrário. O faturamento do setor deve estar em torno de 140 bilhões. O lucro do setor apurado nos últimos anos está abaixo de 1%. O resultado que temos em 2014 é de 0,2%. Estou falando da nossa associação, do nosso segmento, de medicina de grupo. Esse percentual caracteriza uma deseconomia. Sei que estamos falando aqui de um setor sensível socialmente. Sabemos que tudo precisa ter uma avaliação mais geral e que é diferente tratarmos da saúde do que, por exemplo, de produtos de consumo, mas as empresas precisam de lucro, até porque, se elas não têm lucro, a ANS tem um instrumento de direção fiscal, vindo a intervir nas empresas e fechá-las, o que vai deixar também uma parcela da população desassistida.

Só para recapitular também, queria afirmar que a Abramge - assim como vários segmentos, enfim, o setor de saúde suplementar como um todo - entende que o SUS precisa melhorar bastante e ter um aporte de investimentos. Muito pelo contrário, somos saúde suplementar. Entendemos que o SUS precisa ter um orçamento maior, que é subfinanciado sim, inclusive até apoiamos as iniciativas das duas Casas aqui, como o Saúde +10.

Enfim, temos um papel de fortalecer o sistema geral, o sistema nacional de saúde, somos uma parte desse sistema, uma parte menor, que atinge 25% dessa população. Apoiamos fortemente a melhoria dos aportes e das inversões no Sistema Único de Saúde.

Quanto à questão do índice de reajuste de que estamos falando aqui, apenas para ser um pouco didático - acho que os senhores conhecem esse cálculo -, o índice de reajuste nos planos individuais é uma média do reajuste dos planos de saúde coletivos, que é avaliado pela Agência Nacional de Saúde e ela faz um corte no que chamaríamos de excepcionalidades, o que sai da curva normal - para quem conhece um pouco de estatística -, é o que sai um pouco fora da média dos reajustes.

Então, há um corte. Naturalmente, a Agência é muito zelosa em relação a isso - e não só a Agência, ela passa isso para o Ministério da Fazenda -, há uma preocupação, um estudo, não é nada feito sem uma avaliação profunda. Mas, de fato, acaba, tirando do reajuste uma parte do custo que impacta, sim, as carteiras de planos individuais.

No caso dos planos com menos de 30 beneficiários, é uma média também do reajuste desses planos coletivos, os de menos de 30 são uma média dos planos acima de 30. No entanto, quando uma operadora dá um reajuste para um grupo, ela não pode mudar, então a operadora dá aquele reajuste único e a outra operadora poderá dar um outro reajuste que envolve toda sua carteira de planos de menos de 30 vidas.

(Soa a campanha.)

O SR. ANTONIO CARLOS ABBATEPAOLO - Tentarei ser mais rápido.

Nesse gráfico - acho que o Saraiva mostrou -, só coloquei um dado a mais, que é o seguinte: a curva de cima é a inflação médica no Brasil, a azul. Nós temos hoje 17,1%. De fato, são dados de 2015, provavelmente, em 2015, seja até mais. O dado de baixo é o IPCA e o dado do meio é o que a Agência Nacional de Saúde tem autorizado como reajuste de planos individuais. Então, é o que eu mostrei apenas. Isso representaria defasagem entre o que a Agência tem autorizado e a inflação médica que é apurada no mercado, por mais de um instituto, inclusive. Há um outro Instituto, o AON. Este aqui é o CMH, feito pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. O AON, que é uma empresa privada, uma consultoria privada, tem um dado até acima para 2015.

Pois não.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Para entender... Claro que serei tolerante com o tempo, porque eu o estou interrompendo. Aqueles 17,1% são inflação? Para quem está assistindo...

O SR. ANTONIO CARLOS ABBATEPAOLO - É a inflação médica, o que é apurado por um instituto independente envolvendo todos os custos médico-hospitalares daquele ano. É o que coloquei, Senador. Infelizmente o curso médico-hospitalar está muito acima da inflação geral. A inflação geral é uma cesta de produtos e serviços, uma média geral ponderada e reflete, claro, um valor abaixo, porque há coisas que sobem mais e coisas que sobem menos. No caso da saúde, infelizmente, sobem mais, os itens sobem mais do que a média, por isso que temos esse índice alto. Infelizmente, não é privilégio brasileiro, essa é uma situação mundial. Isso daria uma outra discussão. Mas nós temos vários motivos onde nos debruçarmos: por que sobem tanto? São questões socioeconômicas, questões, tecnológicas, de desperdício de gestão também.

Aqui é só para colocar em relação ao *ticket* médio dos planos de saúde hoje.

Em 2008, o *ticket* médio estava acima do que seria o equilíbrio. A partir de 2009, houve uma quebra, uma diferença nisso. Então, hoje o *ticket* médio deveria ser acima do que era em 2009... Essa área hachurada, essa área vazada é a diferença entre o que deveria ser o *ticket* médio brasileiro de planos de saúde e o que é. Hoje, o *ticket* médio, ou seja, o que na média um beneficiário paga para um plano de saúde é R\$231,00, deveria estar em R\$295,00. Isso é segundo os nossos cálculos. Não estou falando aqui da viabilidade, da capacidade de pagamento do beneficiário, nesse caso, ou das empresas que contratam os planos. Mas existe essa diferença, esse *gap*. Isso impacta, naturalmente, no quadro econômico-financeiro das operadoras de saúde.

Questões e desperdício. Isso aqui é o estudo americano. Eu acho que, Senador, é uma outra discussão para voltarmos num outro momento. Entre 20% e 30% dos gastos em saúde no mundo são considerados desperdício.

Esse estudo feito por uma instituição de bastante prestígio e por pesquisadores de prestígio mostra o seguinte: os principais motivos de desperdício na saúde são fraudes e abusos - a gente pode dizer aqui, inclusive, um caso recente que foi objeto de CPI no Senado, que foram as próteses, a máfia das próteses, mas não é só isso, há outras fraudes, este é um setor muito vulnerável a fraudes -; tratamento excessivo, como eu tinha colocado aqui, que, talvez, tenha de ser racionalizado - talvez, a gente tenha de repensar um pouco o sistema de atendimento -; e a burocracia administrativa também. Essa é também uma lição de casa para todo mundo.

No caso das despesas, dessa questão da burocracia, as operadoras têm feito o que é possível. Essa é a diminuição do custo administrativo das operadoras ao longo dos últimos oito anos. Então, houve uma diminuição. Elas estão tentando enxugar custos, porque estão num momento bastante delicado. Eu diria - isto vem sendo falado em outros fóruns - que o sistema de saúde suplementar está sob uma pressão enorme, com risco de sustentabilidade e de continuidade até de atuação no mercado. Essa é uma realidade. A gente tem de encarar isso.

Eu queria falar uma coisa sobre o *ranking* também, que sempre foi citado aqui. Quanto ao *ranking* dos planos de saúde, muitas vezes, a gente vê instituições de defesa do consumidor que são privadas e que nos colocam em primeiro lugar, como os mais reclamados. Eu contesto bastante esse número, até porque são dados feitos com seus próprios associados. Não é uma pesquisa que tenha amostra estratificada, não é nada disso. Então, gostamos de falar aqui do dado do Sindec, que é do Ministério da Justiça. O que é o Sindec? É uma consolidação dos dados que são ofertados pelos PROCONs estaduais. O meu colega do Ministério da Justiça pode me corrigir, se for o caso. Mas estamos, pelo Sindec, no décimo sétimo lugar. Acho que esses dados são de 2013. Em 2014, subiu um pouquinho o número de reclamações, mas estamos no décimo oitavo lugar, porque os outros subiram mais.

(Soa a campanha.)

O SR. ANTONIO CARLOS ABBATEPAOLO - Enfim, uma reclamação, um problema é problema para nós. Não entendam isso como se houvesse uma desconexão entre as operadoras e o seu público, de forma nenhuma. É um problema para nós, até porque as multas são altas. Há uma falta de razoabilidade nas multas, e a gente tem de combater isso, tentando evitar o mau atendimento. Mas eu gostaria só de colocar que são 1,2 bilhão de atendimentos por ano. Então, isso gera 25 mil, 26 mil ou 27 mil queixas, o que nos coloca ainda num patamar que não é bom, mas que também não é o primeiro.

Temos pesquisas. A gente sabe que o setor tem uma exposição muito grande na mídia. É natural que as pessoas reclamem, porque o setor é muito sensível socialmente. A gente entende isso. A gente sabe que a situação do paciente é uma situação limite. Não é a mesma coisa de se comprar uma televisão; neste caso, ele reclama, mas pode suportar por um tempo a falta de atendimento. A gente sabe disso e tenta melhorar bastante essa relação com o consumidor. Aí nem é mais consumidor, pois essa é uma questão humanitária.

Porém, o índice de satisfação é alto. Infelizmente, as pessoas que são bem atendidas não declaram isso, o que é natural. Quem reclama, quem declara é quem teve um problema. Então, o índice de satisfação ainda é alto. Essa é uma pesquisa do Ibope do ano passado, pela qual 75% estão satisfeitos. Pelo IBGE - esta pesquisa é um pouco mais antiga; essas duas pesquisas são um pouco mais antigas, são de dois ou três anos atrás -, 72% acham bom e ótimo, e o mesmo acham 66%, pelo Datafolha e pela Associação Paulista de Medicina, que fez também uma pesquisa recente. É isso. Ainda recomendariam planos de saúde 79% dos pesquisados.

Eu só queria rebater um pouco alguns números e colocar que o setor está à disposição para melhorar. Sabemos que temos de melhorar, sabemos que há problemas. Temos de construir isso juntos. Não estamos aqui como opositores de verdades. Quando as verdades emergem, a gente as encara e quer melhorar. Todos nós somos consumidores também. Todos aqui têm filhos. Também tenho filhos, também pago planos de saúde e vejo os problemas. A gente tenta melhorar a situação de cada um, tentando contribuir.

Outra questão que foi falada aqui é que a ANS tem um setor de reclamações que pode mitigar muitas questões; às vezes, são dúvidas. Tenho a certeza de que, dessas 90 mil de que foram faladas, uma parte é apenas de dúvidas. Reclamações, de fato, compreendem um número bem menor do que esse.

A ANS tem esse setor que pode ajudar claramente a resolver o problema do consumidor, sem chegar a uma situação crítica limite para o consumidor.

É isso. Eu me coloco à disposição.

Muito obrigado. (Palmas.)

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Muito bem, Dr. Antonio Carlos Abbatepaolo, que coloca o seu ponto de vista, mas não deixa de reconhecer que os problemas são os mesmos denunciados até o momento, problemas do sistema, não estou falando individualmente sobre esse ou aquele plano. É claro que concordo que o maior número de pessoas que reclamam é daqueles que não foram bem atendidos, e é o que chega a esta Comissão. Aqui na Comissão, proporcionalmente, eu lhe digo que o que mais chega é de plano de saúde. Estou sendo franco e honesto. Inclusive no meu gabinete, as reclamações que mais chegam são sobre planos de saúde. Mas você mostra estatísticas de que não é o fim do mundo, pelo menos dá para refletirmos juntos. É claro que os que reclamam são aqueles que não foram bem atendidos.

Aécio Flávio de Araújo, Diretor de Seguridade Social da Cobap; depois, Rafael Pedreira Vinhas. Aí a gente abre para as perguntas do Plenário. Depois, toda a Mesa vai poder fazer suas considerações finais, concordando ou não com a posição de cada um.

O SR. AÉCIO FLÁVIO SALDANHA DE ARAÚJO - Obrigado, Sr. Senador Paulo Paim, pela oportunidade, pelo convite. Eu queria agradecer e, em seu nome, cumprimentar toda a Mesa e toda a plateia que está aqui para fazermos este debate.

Eu pediria permissão para fazer uma breve apresentação. Eu sou do interior do Paraná, da cidade de Francisco Beltrão. Fui Presidente da Associação dos Aposentados do Paraná. Há seis meses eu me desliguei para concorrer ao mandato na Cobap, juntamente com o companheiro Varlei, e agora estamos aqui tentando aprender um pouco mais em âmbito nacional, já que estávamos balizado em um aprendizado restrito ao interior. Eu posso dizer que estou muito satisfeito com o que a gente está vendo e aprendendo por aqui. Então, muito obrigado pela oportunidade.

Hoje estou aqui representando o nosso Presidente Varlei, que se encontra em viagem ao Nordeste do Brasil e, infelizmente, não pôde estar presente nesta audiência, mas espero poder representá-lo, vamos dizer assim, com bastante galhardia aqui. Muito obrigado.

Quanto ao posicionamento da Cobap, quero dizer que somos defensores da Previdência pública e, muito mais, da saúde pública também, já que representamos uma categoria em que de 75% a 80% dos nossos aposentados recebem um salário mínimo. Então, muitos não têm condição de pagar um plano de saúde. Infelizmente, com a política salarial vigente hoje, todos os anos, cerca de 350 a 400 mil aposentados que ganham acima de um salário migram para o salário mínimo. Fica cada vez mais difícil a nossa categoria poder usufruir de um plano de saúde ou de um atendimento um pouco melhor.

Hoje temos cerca de 1,5 milhão de desempregados no Brasil. Só no ano de 2015, em torno de 780 mil eram portadores de plano de saúde empresarial, mas, com as demissões, em torno de 60% desse pessoal perderam esse direito, porque o plano de saúde era da empresa. Muitos ainda continuam pagando com os valores recebidos das indenizações, muitas famílias conseguem fazer isso, mas esse dinheiro vai acabar, porque o desemprego é muito grande e a perspectiva é de que não seja estancado logo. Então, o dinheiro vai acabar. E a saúde, infelizmente, todo mundo nota, está a olhos vistos que a saúde no Brasil é caótica. Hoje a gente não pode mais dizer que vai se deslocar para um posto de saúde e ser atendido. Infelizmente, a questão dos médicos, a responsabilidade, no geral, o pessoal diz que vai trabalhar, chega lá, bate o cartão e tira o time. Então, infelizmente, a nossa saúde hoje, a nossa realidade é essa.

E as coisas estão ficando cada vez mais complicadas, já que a gente teve, agora, no dia 1º de abril, um reajuste dos medicamentos.

A exemplo de nós, aposentados, que recebemos algo como 11,40% de aumento, os medicamentos subiram 12,47% em média. Então, só aí nós estamos perdendo um pouco mais de 1%, Senador. Devido às perdas contra a inflação, está ficando complicados em termos de trabalhadores e de aposentados, para podermos nos manter com uma saúde estável.

Como sou novo por aqui, fico observando os comentários quanto à questão do idoso, porque infelizmente o idoso está "pagando o pato". Podemos ver isso, porque nós já pagamos a nossa parte, certo? Agora, ficam dizendo, por exemplo, que hoje tem de haver três ou quatro trabalhadores da ativa para sustentar um aposentado. Isso é uma inverdade muito grande, porque a nossa parte nós já pagamos. Agora, se foram mal geridos os recursos, o problema não é nosso. Então, não podemos aceitar essas críticas, que dizem que o aposentado é um estorvo, que o aposentado é não sei o quê, que o idoso é isso ou aquilo.

Pelo que estamos notando, infelizmente, estamos sofrendo na pele, por isso a gente acredita nisso. Nós, os idosos, estamos sendo um estorvo. Estão querendo livrar-se do idoso; e nós, como representantes de uma categoria, temos de lutar por essa classe, certo?

Então, em nosso entendimento, o caos já existe na saúde, está aí a olhos vistos. Infelizmente, tende a se agravar ainda mais. Levando em conta a crise que atravessamos nos dias de hoje, pelos motivos que são do conhecimento de todos, infelizmente, não há perspectiva de uma melhora na área da saúde. Nosso posicionamento é totalmente contrário a esses aumentos que consideramos abusivos. Nós da Cobap, temos um interesse muito grande pela defesa da Previdência pública e estamos, com os nossos técnicos, em busca de condições para a melhoria e amparo principalmente para o aposentado e para o idoso.

Para tal finalidade, temos um esboço de plano de saúde compartilhado, que envolveria não só o Governo, ou seja, o Ministério da Saúde, por meio do SUS, mas também a sociedade civil. Também nós achamos que o compromisso não é totalmente do Governo. Temos de fazer a nossa parte, certo?

Em breve, deveremos ter esses estudos e, então, o levaremos ao conhecimento geral dos órgãos competentes.

Nós somos defensores, com muita garra, do Saúde +10, esse projeto de lei de iniciativa popular, com suas assinaturas, foi apresentado em agosto de 2013. Ele foi entregue pelo Secretário-Geral da CNBB ao Presidente da Câmara, à época, Henrique Eduardo Alves, e foi prometido por ele que se daria a sequência normal no processo. Mas, infelizmente, parece que o projeto permanece engavetado e nós procuraremos fazer alguma pressão de alguma maneira. Não sei de que maneira, mas vamos procurar, dentro do nosso alcance e da nossa insignificância, correr atrás e apresentar sugestões, já que nos consideramos os mais prejudicados na área da saúde aqui no Brasil.

Somos defensores, com muita garra também, desses planos, vamos dizer, mais baratos, mais populares, porque nós, que temos condições... Eu, por exemplo, me aposentei como funcionário da Eletrosul. Então, era economia mista, e nós temos uma fundação, só que temos uma participação no uso do nosso plano. Então, ficamos nessa expectativa de poder complementar essa participação. Infelizmente, como todo mundo alega - e é uma realidade -, as próprias gestoras dos planos de saúde alegam isso, o idoso usa mais, mas também nós já pagamos bem mais por um período em que nunca usamos os planos.

Então, Senador Paim, estou aqui falando alguma coisa. O nosso colega, Dr. Diego, já expôs algumas coisas com as quais a gente concorda. E como é a minha primeira vez aqui, eu gostaria de encerrar um pouco antes, dizendo que era isso o que eu gostaria de falar e aqui pedir nesse momento, que haja sempre a união, para que possamos conseguir algo, sempre pensando nos trabalhadores e aposentados.

O meu agradecimento a todos e obrigado ao Senador pela oportunidade. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Muito bem.

Esse foi Aécio Flávio de Araújo, Diretor de Seguridade Social da Cobap, que mostra que... Qual é o número dos que ganham salário mínimo? Oitenta e poucos por cento, não é?

O SR. AÉCIO FLÁVIO SALDANHA DE ARAÚJO - Setenta e cinco por cento.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Em torno de 80% ganham somente um salário mínimo.

Estamos falando, conseqüentemente, de pessoas com mais de 60 anos.

O SR. AÉCIO FLÁVIO SALDANHA DE ARAÚJO - Justamente.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Se uma pessoa com mais de 60 anos fosse hoje - só para abalizar para quem está nos ouvindo - pedir um plano de saúde, qual seria a prestação? Não tenho plano de saúde, tenho mais de 60 anos, não estou contente com o SUS. Quanto é a prestação, em média?

O SR. ANTONIO CARLOS ABBATEPAOLO - Não tenho esses dados, Senador, mas há um cálculo que envolve inclusive a condição de saúde dessa faixa etária, que tem um uso muito mais constante. Naturalmente, é acima dessa média que nós colocamos...

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Dos R\$232...

O SR. ANTONIO CARLOS ABBATEPAOLO - É acima disso, claro.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Eu quero achar um de R\$232 para mim...

Mas eu entendi. Ali é o plano coletivo, não é?

O SR. ANTONIO CARLOS ABBATEPAOLO - É.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Mas um plano de uma pessoa com mais de 60 anos deve estar custando mais do que um salário mínimo.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Acima de um salário mínimo.

O Moacir da Cobap também pode complementar...

O SR. MOACIR MEIRELLES DE OLIVEIRA - Até para ajudar: em 2014, eu tive um problema na vesícula e tive que operar. Eu fui recorrer a um plano de saúde. Foi R\$1.200 para mim. Em 2014, com 69 anos. E qual é o aposentado que vai pagar isso aí?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Um salário mínimo e meio.

O SR. MOACIR MEIRELLES DE OLIVEIRA - É.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Só para nós vermos em que situação estamos trabalhando, bem realista, só para se ter uma ideia. Eu sei, porque eu pago para uma pessoa com mais de 60 e sei quanto é que eu pago. Se aumentar em 150%, eu estou morto. Nem o meu salário de Senador vai dar...

Mas vamos lá: Rafael Pedreira Vinhas. Dr. Rafael é Gerente Geral de Regulamentação da Estrutura dos Produtos da ANS.

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS - Muito bom dia, Senador, bom dia a todos da Mesa, a todos os presentes e a todos os que nos acompanham.

Inicialmente, agradeço a oportunidade de aqui estar, agradeço o convite. É sempre importante ter a oportunidade de dialogar sobre o assunto, e o setor da saúde, como já foi bem exposto aqui na Mesa, é um setor que envolve nosso bem mais precioso, que é a nossa vida. Então, a regulação é desafiante.

A regulação que fazemos lá na Agência, com todos os entes que fazem parte do mercado - as operadoras, os consumidores, os prestadores -, é um desafio diário. A Agência, como já foi bem dito aqui, foi criada em 2000, e trabalha com um mercado que já havia sido criado muito tempo atrás. Então a Agência, primeiramente com a Lei nº 9.656 e depois com a 9.961, teve a oportunidade de trazer para a sua regulação esse mercado que, durante vários anos, não teve uma regulação efetiva, de maneira que muitas vezes o consumidor entrava no hospital e não tinha a certeza de que ele iria ter o atendimento, porque muitos dos planos encontrados, até anteriores, previam cláusulas de tempo máximo de permanência no hospital.

A Lei nº 9.656 foi um grande avanço para a sociedade brasileira e, para fazer a regulação dessa lei, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, composta - como já bem dito aqui também - por servidores de carreira, concursados, que acompanham o desafio diário, com muito diálogo, ouvindo as críticas, tentando avançar nessa regulação. Nós já tivemos diversos avanços nos últimos tempos.

A regulamentação do setor é uma regulamentação bastante complexa, exige muita simetria, e esse é um dado extremamente relevante, para nós cada vez mais trabalharmos na informação ao consumidor e na informação a todas as pessoas que fazem parte desse mercado. E a Agência vem avançando, nos últimos tempos, nesse sentido.

Num primeiro momento, eu trouxe uma apresentação. Como o escopo inicial seriam os reajustes de planos de saúde, vou trazer um panorama breve aqui. Já de antemão, coloco-me à disposição, para tirar eventuais dúvidas de outros assuntos que foram abordados aqui. E fico à disposição para quaisquer esclarecimentos, seja aqui ou até posteriormente.

Bem, a apresentação, eu trouxe uma breve apresentação. Acredito que a maioria dos dados, a maioria das informações já foram abordadas por esta Mesa. É sempre importante a gente esclarecer como se dá o reajuste nos planos de saúde e, para isso, primeiramente, trouxe os tipos de reajustes e depois quero abordar, especificamente, o reajuste por faixa etária, o anual e a questão da formação de preço. E isso é um dado bastante relevante e a agência tem incentivado, nos últimos tempos, essa informação, pois a formação de preço é um dado formado por atuários, por profissionais, que avaliam qual vai ser a perspectiva que o beneficiário, o consumidor, vai ter que pagar ao longo do tempo para que ele receba toda a cobertura que está prevista na lei e na regulamentação do setor.

Hoje em dia na regulamentação setorial, até com base na nossa Lei nº 9.656, nós temos dois tipos de reajuste legais, que é o reajuste por variação de faixa etária, em que a previsão legal está lá, no art. 15 da Lei nº 9.656, previsto toda vez que o beneficiário atinge, alcança, uma das faixas etárias que estão previstas no contrato. E o contrato de plano de saúde tem que prever não só as faixas etárias, mas o percentual de variação. No próximo eslaide a gente vai demonstrar a regulamentação específica do assunto.

As regras são diferenciadas em relação à faixa etária com relação à data da contratação do plano. Como eu já tive oportunidade de falar, nós temos planos firmados antes da lei e, além disso, dos planos que foram firmados após a lei, mas antes do advento do Estatuto do Idoso, que foi uma regulamentação bastante importante para a massa de idosos e que, como já foi abordado aqui, não permitiu mais o reajuste para pessoas acima de 60 anos. E a agência, coadunando com essa legislação federal, adaptou as faixas etárias para que haja o estrito cumprimento dessa legislação.

E o reajuste financeiro anual, que é o reajuste com variação dos custos médico-hospitalares, já foi abordado aqui. E é sempre importante ressaltar que os custos médico-hospitalares - embora de forma quase que diária seja feita essa comparação com os índices de inflação, com o IPCA, com o IGPM ou quaisquer outros índices - seguem uma lógica diferenciada, é um índice de valor que leva em consideração diversos insumos nesse cálculo. Então, algumas vertentes que são levadas em consideração para o cálculo da inflação não são aplicáveis no índice de valor. E a inflação médica segue a lógica de uma série de influências de outros valores, que são geralmente utilizados para o cálculo de índices de inflação que muitas vezes são levados em consideração para esse cálculo.

A agência - e é sempre importante ressaltar, pois nós temos informações diferentes em relação à data e ao tipo de contratação - autoriza anualmente um índice máximo de reajustes de planos individuais ao ponto que, nos planos coletivos, à exceção os contratos abaixo de 30 vidas, ela monitora. Isso é sempre importante ressaltar, que esses contratos de planos coletivos, sejam abaixo de 30 vidas ou acima de 30 vidas, são monitorados pela agência, as operadoras são obrigadas a mandar esses índices para a ANS e, muitas vezes, quando não é verificado o envio ou o envio é incorreto, são abertos processos para averiguação por parte da agência. Então, a agência verifica, sim, os índices de contratos coletivos que são encaminhados pelas operadoras para a agência.

Em relação ao reajuste de faixa etária, é sempre importante ressaltar que o reajuste, como ele foi criado, lá pelo legislador na Lei nº 9.656, visa garantir o pacto intergeracional.

No mercado de saúde suplementar, é importante ressaltar, vigora o mutualismo. Então, via de regra, como todos sabem, acho que é senso comum, a tendência é que a pessoa envelheça, todos nós vamos chegar lá, e ela tenha um gasto maior com saúde, não necessariamente acontece, mas via de regra é assim. Então, a contraprestação dos mais jovens é utilizada para ter este gasto. Esse mutualismo é como funciona o mercado de saúde suplementar para que a conta feche, para que seja entregue ao consumidor o que ele contratou.

Então, é importante que haja essa variação com base na faixa etária, nós tivemos duas regulamentações sobre o assunto. Uma regulamentação inicial, que foi com base em uma Resolução do Consu, que foi editada, inclusive, antes do advento da agência. Há um dado relevante - desde a regulação inicial sempre houve previsão -, que não pode haver uma variação acima de seis vezes entre a primeira faixa etária e a última.

A regulamentação que veio após o Estatuto do Idoso, manteve essa lógica. Embora, tenha aumentado o número de faixas etárias, trouxe uma medida protetiva para evitar que os reajustes se concentrem nas últimas faixas etárias, e que a variação da primeira à sétima faixa não pode ser superior à da sétima à décima, que são, obviamente, as faixas mais próximas da última, que é de 59 anos. Para evitar que haja uma concentração nas últimas faixas etárias do reajuste por faixa etária, que é uma lógica prevista na lei.

É sempre importante ressaltar que ainda temos, no nosso mercado, vários planos não regulamentados, que são aqueles firmados antes da nossa lei. E com base na decisão até do próprio Supremo Tribunal Federal, as regras que vigoram são aquelas que estão dispostas no contrato.

Em relação ao reajuste anual, que acontece uma vez por ano, esse é um dado relevante, porque em 2011, através de uma regulamentação, a ANS trouxe regras para planos coletivos sobre reajustes, que não existiam por conta da RN nº 195. Ela exigiu que os reajustes anuais por variações de custo só ocorressem uma vez ao ano, inclusive, seguindo a lógica da Lei do Plano Real, que é uma lei que já existia antes dessa regulamentação da agência. E além disso trouxe outras regras impedindo que o valor da contraprestação da mensalidade paga pelo consumidor seja diferente da que está no plano em que deseja ingressar.

(Soa a campanha.)

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS - Tudo no sentido de que os reajustes ficassem mais claros.

Essa norma também trouxe uma regulamentação em relação à rescisão dos contratos coletivos, de que os contratos têm que ter uma vigência mínima de 12 meses e só podem ser rescindidos com 60 dias de antecedência. Embora, como já foi abordado nesta Mesa também, as regras sejam diferentes dos planos individuais, que estão previstos na Lei nº 9.656, que só permite a rescisão dos contratos individuais por fraude ou inadimplência, desde que o consumidor seja notificado.

Em relação ao reajuste por variação de custos anuais, a gente também tem duas situações diferenciadas em relação aos planos não regulamentados, que a Agência chama esses planos firmados antes da Lei nº 9.656, e os regulamentados. Nos planos coletivos, o reajuste é firmado entre as partes e obedece à cláusula que está no contrato. Em relação aos individuais, é a mesma lógica, dando integral cumprimento à decisão do Supremo.

É importante ressaltar que quando o índice não é claro, isso a agência determinou com base em uma súmula, é aplicado o índice máximo para contratos individuais, divulgados anualmente pela agência. Além disso, a agência, em 2004, chamou algumas operadoras, as principais operadoras, estão todos os termos de compromisso no nosso site, com base na transparência, para assinar termos de compromisso e anualmente ela verifica a variação dos custos médico-hospitalares desses planos antigos e é aplicado um índice por modalidade de operadora, seja ela seguradora ou medicina de grupo.

Sobre os contratos regulamentados, ou seja, aqueles após a Lei nº 9.656, a ANS autoriza o índice máximo, as operadoras têm que pedir autorização da ANS para aplicar esse índice, que é sempre aplicado na data de aniversário do contrato.

Quanto aos planos coletivos, em que muitos reajustes são reclamados, inclusive, sobre os índices que são colocados, é sempre importante ressaltar o seguinte: a negociação dos contratos coletivos, é uma negociação que tem que ser feita entre

a operadora e a pessoa jurídica contratante. A ANS, sensível de que os contratos com menos de 30 vidas, muitas vezes, por estarem sujeitos à carência, a pessoa jurídica contratante não poderia fazer essa negociação junto à operadora, estipulou que anualmente a operadora é obrigada a juntar todos esses contratos, no que a gente chama de *pool* de risco, que é uma reunião de todos esses contratos e é aplicado um índice único para todos esses contratos abaixo de 30 vidas.

E a operadora é obrigada a divulgar no *site* dela, no portal corporativo, esse índice que é aplicado anualmente. No Portal Corporativo da Agência a gente também divulga esse índice por operadora, que é uma medida de transparência e de informação para o consumidor, para o contratante, que pode verificar quais são as variações, com base nas operadoras que estão todas no mercado.

Em relação ao plano coletivo, essa preocupação da transparência, da simetria de informações, a agência também tem. Tanto é assim que, há pouco tempo, foi publicado um normativo, ainda não está em vigor, vai entrar em vigor a partir de 1º de agosto deste ano, mas ele exige que todas as operadoras divulguem, na área de acesso, no *site*, como já foi bem colocado pelo meu colega, do Ministério da Justiça, quais foram os dados atuariais, quais foram os cálculos que levaram àquele índice de reajuste. Se foi de 5%, 50%, enfim, como se chegou àquele índice? Justamente para que as partes estejam cientes de como se chegou àquele cálculo e possam negociar. Esse é um dado sempre relevante para que as partes possam chegar a um consenso sobre o índice de reajuste, para que não haja um impacto muito grande no valor do plano de saúde que vai impactar, obviamente, o beneficiário. Essas medidas de informação que a ANS tem adotado e a assimetria de informações, não somente em relação ao reajuste, mas também a outros índices, têm sido uma preocupação da agência. Há pouco tempo, no final do ano passado, a agência divulgou uma cartilha, qualquer cidadão pode ter acesso a ela no nosso *site*, sobre o que o beneficiário, o que o consumidor tem de saber na hora de contratar um plano de saúde. A gente teve a preocupação de ter uma linguagem bem acessível para que o consumidor, quando vá procurar, quando ele deseje contratar um plano de saúde, ele saiba todas as informações que são importantes na hora de contratar. Essas medidas de diminuição de assimetria de informação são importantes para que a gente possa entender melhor como funciona o mercado, possa entender como é a entrega para o consumidor pelas operadoras.

(Soa a campanha.)

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS - Para finalizar a apresentação, fiz questão de trazer essa informação que acredito ser bastante relevante, porque a agência criou a nota técnica há bastante tempo, salvo engano em 2001, de que é um mecanismo que todas as operadoras têm de enviar para a agência essa nota feita por profissionais habilitados para o assunto, que são os atuários, de como vai ser a formação de preços daquele plano de saúde. Então, até bem pouco tempo, não era obrigatório para todos os contratos, mas agora é obrigatório, à exceção dos planos exclusivamente odontológicos e com formação de preços pós-estabelecido. São aqueles planos em que é averiguado quanto o beneficiário vai cobrar após. É diferente do pré-pagamento, em que você paga inicialmente para usufruir do plano. No pós-pagamento, você paga *a posteriori*, posteriormente à utilização.

Essa informação extremamente relevante, esses dados a ANS leva em consideração inclusive para uma divulgação anual que faz em relação à média dos preços dos planos de saúde em cada Região, em cada Estado do país. Esses dados são levados em consideração para a formação de preços. A operadora, quando envia esse documento, é obrigada a cumprir todo aquele valor que ela estipulou para aquele plano de saúde. Obviamente que há uma banda de variação, dadas as peculiaridades locais, mas justamente para justificar o porquê daquele valor pago pelo plano de saúde, até porque muitas vezes a precificação inicial é o primeiro dado, é o dado mais relevante para que o reajuste não alcance um valor muito superior, posteriormente ao plano.

Além das informações do reajuste, eu acho importante trazer alguns dados enquanto o tempo me permite, Excelência, em relação ao número de reclamações. A ANS, nos últimos anos, notabilizou-se por ser um dos principais canais de reclamação de beneficiários. A preocupação das reclamações assistenciais dos beneficiados é tão importante que, desde a criação dos tempos máximos de atendimento, em 2011, que foi uma norma bastante relevante para os consumidores, porque deu a eles a ideia dos tempos que eles têm de atendimento nos planos de saúde, ela criou um monitoramento da garantia de atendimento. Acredito que todos os que estão nos acompanhando já tenham tido oportunidade de ver o ciclo trimestral que a agência faz de suspensão de planos. Essa suspensão não é uma medida punitiva, é uma medida cautelar da agência para evitar que aqueles produtos que apresentam indícios de falhas de atendimento possam continuar comercializando. Então, essas informações assistenciais que chegam à agência são analisadas por seus técnicos.

Nós temos a satisfação também de dizer que em alguns círculos, nós conseguimos uma mediação, que eu acredito que é a medida mais importante na saúde suplementar, até porque nós estamos tratando do bem "vida", e quanto mais bem-sucedida for a mediação, melhor é para o consumidor. Em alguns casos nós chegamos a uma mediação de mais de 88%.

Então é importante isso, que o consumidor, quando tem alguma dúvida, quando tem alguma reclamação, procure a agência. Nós estamos à disposição, não só para o consumidor, mas para qualquer cidadão em busca de informações.

A regulamentação do setor cada vez mais tem sido focada no sentido de dar conhecimento, de ser mais simples, de tentar passar para o consumidor efetivamente o que ele tem direito a receber. E nós daqui da ANS estamos à disposição para eventuais dúvidas, eventuais contribuições, sempre no sentido de que a gente trata e a gente tem que entregar o nosso bem mais precioso, que é a vida. Então, nesse sentido a agência se coloca à disposição para qualquer contribuição.

E mais uma vez, Senador, agradeço a oportunidade de aqui estar. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Muito bem, Dr. Rafael Pedreira Vinhas, Gerente-Geral de Regulação da Estrutura de Produtos da ANS.

É claro que as nossas preocupações só aumentam a cada dia que passa, a cada minuto que passa, porque... Outro dia, a um empresário que é amigo meu eu disse: "Mas por que tu tens tanta ação na Justiça?" Amigo, conhecido, não é? Ele: "Ah, porque eu sei que de cada cem, só dez reclamam." Há muita gente que não sabe nem como reclamar. Ele só resolve desistir do plano de saúde dele e como fazer para chegar lá. Agora, a preocupação é enorme.

Eu vou passar aqui agora para o Plenário e depois vou também dar os encaminhamentos finais, o que eu acho que tem que ser feito.

Eu acho que a situação de fato é grave, é gravíssima. Ou nós fazemos um grupo de trabalho que realmente aponte caminhos, mediante todas as sugestões aqui dadas... Porque eu confesso que não fiquei convencido. Eu saio daqui mais preocupado ainda, com todas as falas, respeitando a opinião de cada um, em relação aos planos de saúde.

E claro, me preocupo também com o SUS, sem sombra de dúvida, não é? Nada... Por exemplo, como é que alguém me explica um aumento de um plano de saúde em 150% por ano? Não há explicação. Para quem paga não há explicação. Pode ser que quem aumente 150, 140, 120, 100, 80, ou 50, 40 em um plano individual, de 8 para 16, que seja, é uma situação muito, muito complicada, e mostra que nós temos que trabalhar muito, nós todos. Não estou aqui fazendo crítica individual a ninguém.

Alguém do Plenário quer fazer alguma consideração? Porque aí eu vou dar a palavra para a Mesa, para suas considerações finais. Cada um terá ainda cinco minutos. É claro que não podem todos do Plenário falar, não é, pessoal? Eu abro uma forma de interagir com o Plenário. Então nós vamos abrir a palavra para quatro pessoas no Plenário. O Moacir não conta, porque já falou uma vez. Não conta, não é que não vai falar. Então a senhora.

Por favor, peço para o pessoal pegar quatro pessoas no Plenário. O Moacir não conta. O.k.?

O Moacir, então, em primeiro lugar, porque já elimina, porque é complemento da fala da Cobap.

O SR. MOACIR MEIRELLES DE OLIVEIRA - Bom, em primeiro lugar, quero cumprimentar o Senador pela sua audiência, que foi maravilhosa. Abriu uma oportunidade para a gente ver as situações.

Quero compartilhar com a fala do Leandro, que é mais ou menos na linha e no pensamento da Cobap. E o nosso representante também já tem a posição dele.

E quero dizer que provou mais uma vez que a posição da Cobap é defender uma Previdência pública e igualitária para todos, reforçar a reformulação do SUS, para que possa atender o art. 196, de que o Leandro falou.

E uma coisa que me chamou a atenção, Senador Paim, foi a colocação do Rafael, a justificativa até para o momento e o valor dos planos de saúde, pela faixa etária.

E até eu sugiro ao Senador Paim, que é um defensor das pessoas necessitadas, fazer um projeto nessa linha, para que o aumento do aposentado seja pela faixa etária também, até devido aos aumentos em tudo, em medicamentos, com médicos, com as despesas que tem. Seria até uma solução, aproveitando a colocação do Rafael, sugerir que se faça um projeto para que o aumento dos aposentados seja feito na base da faixa etária, porque a coisa não é bem assim.

Estamos fazendo parte de uma frente Parlamentar em defesa da Previdência, não da reforma da Previdência, até contrapondo a colocação dele quanto aos aumentos dos planos de saúde. A gente sabe que na Reforma da Previdência o que querem é prejudicar os aposentados, porque vem corte até no valor das aposentadorias.

São essas as colocações e agradeço a oportunidade, Senador.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Muito bem... Depois a Mesa fará as considerações finais e se quiser responder ao Plenário, naturalmente responda e depois eu faço os encaminhamentos que terei que fazer.

O SR. ANTONIO GOMES FARIAS NETO - Está bom. Bom dia a todos.

Senador, estou falando aqui como ex-gestor, hoje beneficiário, e gestor de autogestão, porque se tem que separar bem o que é uma autogestão do que é uma seguradora; há instituições que têm fins lucrativos. A autogestão tem um conselho paritário que representa o trabalhador e quem faz parte, o beneficiário.

Como gestor, a maior preocupação que eu passei, e é muito difícil, é o fato de você só ter uma fonte de receita, a contribuição do beneficiário. Por outro lado, você tem despesas que surgem diariamente e você tem que saudar isso.

A questão fundamental para mim é o papel da ANS. A ANS trabalha de uma maneira de proteção aos grandes grupos, aos sindicatos dos grandes hospitais. Por outro lado fica a operadora com o maior problema que você tem, que é o beneficiário, porque tem que repassar. Quer dizer, nesse elo, nessa questão, onde é que vai estourar? No beneficiário, que sai, e nas muitas operadoras que estão quebrando.

Está aqui o representante da ANS para falar quantas direções fiscais há hoje, mais de 70, e uma boa parcela dessa aqui não tem condição de se recuperar. Depois da direção fiscal vem a direção técnica e depois da direção técnica vem a alienação da carteira, vide o caso da Unimed em São Paulo e de várias da Unimed. Então, se a gente não discutir toda aquela cadeia que foi colocada aqui inicialmente para ver realmente onde está o problema, nós vamos ficar enxugando gelo e quem vai pagar a conta, sinto muito, somos nós. Falo porque já faço parte também dos acima de 62 anos e a nossa contribuição é sempre maior. Se a gente não discutir isso e ver o papel central da agência reguladora, que olha só um lado, nós vamos ter muita dificuldade de encontrar um sucesso para a solução dos problemas. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Muito bem, deu a sua contribuição direto do plenário, como alguém que atua na área.

Por favor, Dr^a Maria Lícia, que é do Sindsep-DF.

A SR^a MARIA LÍCIA MORAES BRAGA - Bom dia a todos, como disse o companheiro que me antecedeu, a ANS protege esses planos de saúde, e está assim meio complicado. Inclusive, eu tenho aqui um questionamento a fazer à ANS, eu pergunto ao representante, Dr. Rafael, o que é feito com o dinheiro das multas e reservas técnicas e por que um valor tão exorbitante, tão absurdo?

Ainda comento uma questão. O nosso salário, Senador, está muito pequeno, o Governo deveria fazer essa observação em relação a nós trabalhadores, porque nós não temos aumento e há gastos, como eu acabei de ver aqui na apresentação, gastos e mais gastos com o profissional, os medicamentos, as internações. Como é que esses planos de saúde vão se manter se nós não podemos pagar a nossa contribuição devidamente, se nós não temos condição financeira de pagar? Está muito complicado!

Senador Paulo Paim, muito obrigada, eu agradeço em nome de todos os aposentados e pensionistas, que são nossos filiados e não filiados, porque são trabalhadores que estão militando para ver se conseguem segurar o seu plano de saúde, porque infelizmente o SUS não está nos atendendo, não tem condição de atender. Para todos os lados, o senhor está vendo aí a quebradeira. E nós, trabalhadores, pagamos por tudo isso.

Muito obrigada e aguardo que o senhor atenda o pedido de muitos para que façamos outra audiência. E eu prometo que, se for avisada a tempo, o sindicato trará um grande número de vítimas dessa questão.

Muito obrigada. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Muito bem. Dr. Maria Lícia, que falou pelo Sindsep. Agora vamos para o Sr. Sérgio Esteves, gestor de plano de saúde. Por favor.

O SR. SÉRGIO ESTEVES AMARAL - Bom dia a todos. Eu queria parabenizar a iniciativa de trazer esta discussão para âmbito público, parabenizar o Rafael da ANS. E tenho alguns questionamentos com relação à exposição, que foi muito bem-feita.

Ele falou muito em variação de custo médico hospitalar, em algumas questões que incidem sobre o reajuste. Eu queria saber se a ANS mensura o impacto das exigências que ela própria faz com relação a lastro, vinculação, margem de solvência, a formação de ativos garantidores frente às provisões técnicas? Qual o impacto disso no reajuste, uma média do setor? Como gestor financeiro de plano de saúde, dentro da operadora em que trabalho, eu sei que é um impacto muito alto. Eu gostaria de saber se, na média do setor, esse impacto é alto, porque isso onera - como foi exposto aqui - a mensalidade cobrada dos beneficiários. E, reforçando a pergunta que foi feita anteriormente: qual a destinação desses valores vinculados à ANS, depositados junto aos bancos? Como funciona essa interação da ANS com o sistema financeiro? E os valores pagos em multas, qual a destinação deles também, tendo em vista que, só no ano passado, foram mais de R\$400 milhões?

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Muito bem. *(Palmas.)*

As perguntas foram feitas. E eu tenho aqui quatro participações - eu disse que o Moacir não contava. Houve alguém que, parece-me, também levantou a mão. Estão satisfeitos? Então fica nessas quatro.

Vamos agora às respostas da Mesa.

Eu acho que o primeiro a falar vai ter que ser o Dr. Rafael.

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS - Inicialmente agradeço as perguntas.

Eu acho importante ressaltar o seguinte dado: todas as informações em relação a ativos garantidores, à formação dessas reservas técnicas, que levam em consideração todas as regras internacionais que já são utilizadas no setor de seguro, estão disponíveis. A ANS divulga o prisma econômico-financeiro; está no nosso *site* toda informação em relação à constituição. E o objetivo da constituição dessas reservas é justamente garantir a saúde econômico-financeira da operadora em uma eventual necessidade de utilização desses dados.

A constituição desses ativos garantidores segue regras que são estipuladas; já foram alteradas algumas vezes a pedido do setor regulado - a questão do tempo de constituição. Agora, o principal objetivo é garantir a saúde econômico-financeira da operadora; que ela tenha uma reserva financeira em uma eventual necessidade de utilização, como acontece em algumas operadoras.

É sempre importante ressaltar, na linha disso, a questão em relação aos institutos da direção técnica e direção fiscal. Eles são institutos - previstos, inclusive, na nossa Lei nº 9.656 - criados no sentido de que a operadora tenha oportunidade de voltar a operar no mercado. Em muitos dos casos, isso acontece. Depois de um período em que passa ou por direção fiscal ou por direção técnica - dependendo de qual é o objetivo, o que levou a operadora a estar nesse estado, seja econômico-financeiro na fiscal, seja assistencial na técnica -, a operadora tem oportunidade, com base no gestor nomeado pela ANS, de rever, de reorganizar o fluxo operacional, o fluxo de organização da operadora, com base numa *expertise*, com base nos conhecimentos que essa pessoa leva para dentro da operadora. Então, o objetivo desses institutos, que estão inclusive previstos na nossa lei, é de que a operadora tenha oportunidade de, sim, voltar a operar no mercado, e não no sentido de que ela venha a sair, porque, muito pelo contrário, se assim não fosse, a ANS não teria um acompanhamento mais próximo dessas operadoras.

É importante ressaltar que a ANS tem uma preocupação grande com o segmento de autogestão, tanto é assim que há uma regulamentação específica sobre o assunto, que é a Resolução nº 137.

No ano retrasado, nós tivemos um grupo exclusivo para discutir o assunto, e a ANS não se omite e não tem qualquer problema em voltar à discussão sobre o assunto, não só sobre a regulamentação, mas em questão também à constituição dos fundos, como já foi abordado pelos senhores aqui. Na minha fala, eu disse: a agência está aberta a contribuições. É claro que essa constituição de fundos traz impacto para a saúde da constituição das operadoras, mas sempre é importante ressaltar que são mecanismos internacionalmente aceitos no sentido de garantir a saúde econômico-financeira da operadora. Isso não impede que os mecanismos e as regras sobre o assunto possam ser discutidos, e aqui, em nome da ANS, estamos à disposição para discutir o assunto; não só esse, mas quaisquer outros que venham a ser abordados.

Desculpe-me Excelência. Em relação à destinação - eu já ia me esquecendo.

A questão da destinação das multas e da taxa é a destinação do Tesouro, como também a questão do ressarcimento ao SUS. A verba não fica com a agência. A agência tem autonomia financeira para pagamento, mas toda a destinação é feita com base na destinação do Tesouro Nacional. Em relação a quaisquer dúvidas sobre o assunto, volto a dizer, a agência está aberta para esclarecer os valores corretos, tanto do ressarcimento quanto das eventuais multas e taxas. (*Palmas.*)

(*Soa a campanha.*)

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Muito bem, Dr. Rafael.

Agradeço pela sua participação, por ter vindo aqui para dentro, claro, do limite de um programa complexo como esse, que vai exigir muito mais trabalho de todos nós, para tentar construir algo que venha a atender à demanda do nosso povo em relação à saúde.

Passo a palavra ao Dr. Antonio Carlos Abbatepaolo, diretor executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

O SR. ANTONIO CARLOS ABBATEPAOLO - Obrigado, Senador.

Como considerações finais, até reportando um pouco ao que foi colocado pela D. Maria Lícia, de fato, o que estamos observando é que não só as pessoas físicas estão com dificuldade de pagar seus planos como as empresas também. A situação é bastante delicada. As empresas têm feito *downgrades* nos planos oferecidos pelos funcionários, estão até abrindo

mão, especialmente muitas das pequenas empresas estão abrindo mão de dar plano de saúde. Portanto, a preocupação é muito grande.

Eu queria só colocar dois pontos que são importantes abordarmos. Nós temos uma miríade de problemas no setor que têm que ser enfrentados. Mas há dois pontos com os quais estamos bastante preocupados, porque eles impactam diretamente nos custos; e, quando impactam nos custos, o importante é que o consumidor saiba que ele paga mais por causa disso. São impactos que são oferecidos naquelas contas que as operadoras incluem nos seus balanços, e isso se reflete no boleto, no valor do boleto. Há dois pontos importantes: um, que já foi comentado aqui, é a questão das fraudes, como a máfia das próteses. Isso gerou CPI na Câmara dos Deputados e no Senado. Existe um grupo que a ANS tem liderado junto com a Anvisa para tentar enquadrar um pouco essa situação. É uma situação complexa, de difícil vencimento, mas nós vamos enfrentar. Acho que é importante investirmos nisso. Isso já se reflete nas contas das empresas claramente, está impactando muito seriamente o resultado das empresas e isso gera custo que vai para o preço.

A outra coisa é a judicialização. Acho que o assunto foi tocado pelo colega do Ministério da Justiça. É algo importante, e aí vamos falar não só em relação aos planos privados, mas em relação ao SUS também.

A judicialização é perversa porque, primeiro, ela elitiza o acesso de algumas pessoas. Vamos falar em termos de SUS. Quem procura, por exemplo, um tratamento no exterior e judicializa, porque não é possível, e o SUS é obrigado a pagar, é uma elite de quem vai ao SUS. A verdade é essa. Não é o grosso da população, a população mais carente. Essa faixa de pessoas, muitas vezes, não tem nem acesso à Justiça, não conhece. Então, há uma perversidade nisso.

Hoje, nós temos números que a própria ANS contabiliza. Eu não tenho esses números, mas a Diope, que é uma das diretorias da ANS, tem esses valores. Só em 2015 a judicialização - o sistema público e o sistema privado é parecido - é acima de R\$1 bilhão. É dinheiro que poderia estar sendo investido no grosso, no conjunto da população. Ali existem tratamentos que não são autorizados, são medicamentos que não são registrados na Anvisa, experimentais, tratamentos no exterior. Temos de fazer escolhas e talvez a escolha tenha de ser pelo grosso da população, evitando essa judicialização, porque ela elitiza o acesso.

Então, são esses dois pontos que eu queria deixar como importantes para analisarmos. Obrigado por tudo.

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Muito obrigado pela sua contribuição, Dr. Antonio Carlos Abbatepaolo, que é Diretor Executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde. (*Palmas.*)

Agora, passo a palavra ao Leandro Farias, Coordenador do Movimento Chega de Descaso. Só lembrando que a todos foi dado o tempo de cinco minutos.

O SR. LEANDRO FARIAS - Bem, vou responder aqui a algumas pontuações que foram feitas.

Quando o representante da Unidas, o Sr. Luiz Carlos, abordou a questão dos valores das infrações, a meu ver há a necessidade de uma atualização da RN que trata dos valores dessas infrações, que, no caso, é a RN nº 124. Essa RN é de 2006, senhores. Ou seja, existem determinadas infrações que estão com valores defasados, uma vez que estamos em 2016. Em relação a algumas considerações feitas pelo Sr. Antonio Carlos, representante da Abramge, foi demonstrado ali um mecanismo criado por vocês que é o Impostômetro. Eu faço uma pergunta ao senhor: diante de um cenário de crise política, em que uma parcela da população, seja parcialmente ou em sua totalidade, está demonstrando uma total descrença na atuação do Executivo, do Legislativo e, por vezes, do Judiciário, o senhor acha mesmo que a população tem condições de confiar no Impostômetro, que é alimentado pelos senhores, que são representantes dos planos de saúde e que servem de embasamento para os reajustes abusivos dos planos?

Outra questão é em relação ao que foi abordado pelo Sr. Rafael, representante da ANS. Não há dúvidas de que a ANS realmente verifica e monitora o aumento por parte dos planos acima de 30 vidas. Mas o grande problema, Sr. Rafael, é que a ANS monitora, verifica e assina embaixo. Não é à toa que temos aqui depoimentos de reajuste de até 150%.

Outra questão é a NIP. Quando o consumidor se sente lesado pelo plano, que é a Notificação de Intermediação Preliminar, ela faz a queixa para a ANS, que dá um prazo de 5 a 10 dias para o plano responder aquela queixa. E depois essa NIP volta ao cliente e o cliente tem até 10 dias para poder reafirmar a sua queixa. Se porventura, passados esses 10 dias, o cliente não reforça essa queixa, seja por esquecimento ou até total desconhecimento, a ANS declara como uma demanda resolvida. E quando nós olhamos a ANS publicando Índice de Resolutividade de 95%, será que esse valor realmente é verídico?

Em relação à pontuação da Srª Maria Lícia, eu concordo que realmente o salário, principalmente dos aposentados, é uma vergonha, mas vou trazer uma opinião pessoal.

Vejo diversos sindicatos clamando por reajustes salariais e concordo com isso, mas, senhores, se tivermos, em um país, o respeito total aos direitos fundamentais da Constituição, com saúde de qualidade, educação de qualidade, segurança,

entre outros, de certa forma, o salário, mesmo sendo baixo, não seria mais justo, uma vez que não haveria necessidade de se pagar por saúde, educação, etc.?

Outra questão que levantada aqui por algumas pessoas foi sobre o que é feito com a quantia que é resgatada pela ANS. É direcionada para o Fundo Nacional de Saúde, pertencente ao Ministério da Saúde, que a direciona para ações de promoção e prevenção da saúde no geral.

(Soa a campainha.)

O SR. LEANDRO FARIAS - Só terminando minha fala, Senador, há uma questão que deve ser abordada com todo vigor no Senado: a questão do fim da renúncia fiscal, isenção de impostos e outros subsídios fornecidos pelo Governo para o setor privado. Diante de um SUS subfinanciado e o setor da economia em crise, não cabe ao Estado deixar de arrecadar para favorecer o lucro dos empresários.

Outro apelo que faço é para a PEC 001/2015, que está em tramitação na Câmara e que visa corrigir a aberração trazida pela EC 86, que prevê um corte de R\$10 bilhões no orçamento da saúde. Peço que, quando essa PEC chegar ao Plenário do Senado, os senhores, por favor, votem em defesa da saúde pública.

Peço também que seja pensada pela diretoria da ANS a revogação das RN nºs 372 e 388, que retiram o caráter punitivo da agência e que, na prática, funcionam como verdadeiro benefício para as operadoras infratoras.

Outra questão, e vejo que já extrapolei o tempo, é um apelo que faço ao senhor para que seja instalada uma CPI, aqui, no Senado Federal, para investigar a conduta nebulosa dos planos de saúde com os seus clientes. Tenho certeza de que o senhor irá pensar com carinho. Como já disse, tenho admiração e sei da sua trajetória.

Reafirmo que o Movimento Chega de Descaso está à disposição para futuros debates aqui, em Brasília, em relação à atual situação da saúde no País.

Muito obrigado! *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Muito bem!

Leandro Farias deixou algumas propostas por escrito. Se puder, deixe o documento em que propõe uma série de medidas e, se puder, inclua a aprovação da PEC nº 24, no Senado. Eu a apresentei há alguns anos e diz só o seguinte: o dinheiro da seguridade não pode ser tocado e destinado para outros fins. Com isso, seria contemplada a sua preocupação das eternas renúncias que aqui existem, desde a que o empregador não paga mais os 20% sobre a folha, mas 1,5%, 2% ou nada. Grande parte não paga nada. Grande parte não paga mais nada, nem sobre o faturamento, muito menos sobre a folha. Então, essa PEC nº 24 resolveria isso. Apresentei há muito tempo. Todos falam que a Previdência está falida, mas, infelizmente, não querem deixar aprovar a PEC nº 24. A PEC nº 24 só diz que o dinheiro da saúde, da assistência e da Previdência, em hipótese alguma, pode ser destinado para outros fins, a não ser para esse meio, mas está há mais de 10 anos tramitando sem aprovação.

Passo a palavra para o Sr. Luís Carlos Saraiva, Presidente da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas).

O SR. LUÍS CARLOS SARAIVA NEVES - Muito obrigado.

Como conclusão da minha fala, Senador, gostaria só de resgatar mais uma vez a importância de, a partir dessa audiência, que foi muito meritória, prestarmos atenção e atuarmos focados justamente na simetria das causas que não estão sendo reguladas. Esses dois livros que são de duas empresas diferentes, se eu pudesse usar uma figura, seriam as maquinetas de supermercado. Não só temos que verificar isso, mas também que pedir ao Parlamento para discutir um arcabouço legal da ação da ANS no que se refere à regulação dos hospitais, dos laboratórios, enfim, de toda cadeia produtiva da saúde, porque, como falei antes, alguns elos dessa cadeia estão soltos, estão livres para fazer o que quiserem nessa cadeia produtiva. Foi falado aqui da NIP.

Se um hospital negar atendimento ao beneficiário de qualquer operadora de saúde vai ser provavelmente gerada uma NIP. E a culpa vai cair no plano de saúde, não no prestador, porque o prestador não é regulado. Então, há casos e mais casos em que muitas vezes na cadeia o prestador de serviço é o responsável pela situação de falta de atendimento e outras causas. Infelizmente, isso não é regulado pela ANS, como também os preços abusivos que são impostos às operadoras de saúde. Tudo isso recai no colo do beneficiário. E infelizmente o beneficiário termina sendo o mais prejudicado nessa cadeia.

Então, mais uma vez, reforço a importância de não só focar nos sintomas da doença, que são esses sobre os quais fomos chamados aqui para discutir, nos reajustes e nos custeios dos planos, mas nas causas de tudo isso, que não estão sendo verificadas, acompanhadas e reguladas devidamente.

Essa é a minha contribuição final.

Agradeço mais uma vez. A Unidas estará sempre à sua disposição, Senador, e também do Senado Federal para qualquer audiência e qualquer chamamento que for necessário para a gente construir um sistema de saúde no nosso País.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Muito bem, Dr. Luís Carlos Saraiva, que falou pela Unidas.

Para concluir, Dr. Igor Rodrigues Britto, Coordenador-Geral de Estudos e Monitoramento do Mercado da Secretaria Nacional do Consumidor, do Ministério da Justiça.

O SR. IGOR RODRIGUES BRITTO - Senador, gostaria de concluir, primeiro, agradecendo pelo convite a pela possibilidade de trazer a esta Mesa o ponto de vista dos órgãos que se dedicam à defesa dos consumidores. Mais ainda: parabênizo V. Ex^a por enfrentar esse desafio de uma forma bastante republicana e democrática, abrindo uma mesa de diálogo tão representativa, que traz interesses legítimos bastante conflitantes.

Quanto ao setor de saúde suplementar, ao setor regulado de saúde suplementar, nós que acompanhamos e fazemos esse papel de defender os interesses dos consumidores conseguimos visualizar os interesses sociais dos consumidores em conflito com os interesses de sustentabilidade do mercado e de vários mercados relacionados, como a gente pode perceber, tanto o mercado das operadoras, que buscam a sustentabilidade, como também os mercados de prestadores de serviço, que também são envolvidos nisso. Esses interesses são todos conflitantes. Nós temos um tripé de conflitos de interesses, mas eles não podem deixar de ser equacionados e harmonizados. É um desafio a abertura de um diálogo para que todos envolvidos, o Estado, o Congresso, o mercado e a sociedade civil organizada possam trazer informações importantes e interesses legitimamente representados para que a gente possa harmonizar esses interesses. Esse é um desafio importante que não deve ser evitado.

Por fim, eu gostaria de também convocar todos para que não abandonem as mesas de diálogo e não abandonem as portas de entrada, especialmente no que diz respeito àqueles que representam os consumidores. São várias as portas que os consumidores possuem para poder contar com ajuda na solução dos seus problemas e também para fazer sua voz ser ouvida. Falo especialmente daqueles que representam os órgãos de defesa do consumidor. Essas multiportas devem ser prestigiadas pelos consumidores e devem ser prestigiadas também pelo mercado, evitando o aumento desse conflito.

Então, parabênizo V. Ex^a por permitir esta discussão e por permitir que a gente possa enfrentar esse grande desafio, que deve ser enfrentado e equacionado.

Obrigado, Senador. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Muito bem, Dr. Igor Rodrigues Britto, que falou pelo Ministério da Justiça. Ele é coordenador e monitora o mercado da Secretaria Nacional do Consumidor e foi feliz na sua fala de encerramento quando ele, de fato, se refere a uma série de conflitos.

Aqui ninguém tem condição de fazer milagre, mas nós temos condição, sempre digo, de dar um passo adiante. Entendi que essa é a linha de todos, a partir de uma audiência como esta. Primeiro, eu me comprometo a convocar outra audiência. Só me diga para onde tenho que me dirigir quanto a esses dois segmentos que você entendeu importantes para o debate. Segundo, vou tentar viabilizar todas as contribuições que chegaram aqui na Comissão dentro do limite da minha atuação. Mas também quero dizer que não descarto a ideia da CPI, até porque não entendo CPI simplesmente como algo que vá julgar, punir, matar ou mandar para a cadeia, porque isso, inclusive, não é papel nosso, do Parlamento. Uma Comissão Parlamentar de Inquérito vai trabalhar com os problemas do setor, ouvindo a todos.

O ponto a que chegamos aqui, com toda a franqueza - e todos vocês contribuíram -, é uma situação grave. Nós vamos ter que nos debruçar sobre isso para encontrar caminhos. Eu gosto muito do poema de um poeta espanhol que diz que nós só fazemos o caminho caminhando, ou seja, se debruçando e tentando construir uma saída. É claro que para fazer uma CPI... Quando percebo que a Câmara não quis instalar uma CPI, me dá mais vontade ainda de instalar, porque algum motivo houve para não instalar. Nem sequer instalar e nem abrir o debate. Qual o problema de abrir o debate de uma CPI? Mas também não sou daqueles que acham que para tudo tem que instalar CPI. Se me perguntarem de quantas CPIs até hoje participei aqui no Congresso, eu vou dizer: nenhuma. Talvez seja a primeira que, por força do momento da situação da saúde - porque é a vida de milhões e milhões de pessoas -, eu tenha que participar nessa construção coletiva. Não que eu tenha que ser o Presidente ou o relator da CPI, mas ajudar na construção.

Eu faria o seguinte encaminhamento, se os senhores todos concordarem: eu marcaria uma data para outra audiência pública para trazermos mais, além do que os senhores já fizeram, naturalmente, contribuições e caminhos que podemos buscar. Ao mesmo tempo, com as contribuições que vocês também deixaram aqui - nessa audiência, os outros dois setores estariam representados -, poderemos até apresentar uma proposta de CPI, se assim entendermos necessária. Daí - claro - queremos

que aqueles que propuseram - por exemplo, a sua organização - nos ajudem na coleta das assinaturas, porque posso ter a iniciativa, mas é preciso que seja uma CPI plena - ela tem tudo para dar certo quando sai debaixo para cima -, que seja uma iniciativa da sociedade civil, que, de forma coletiva, entendeu que essa questão não pode continuar como está. E temos que ajudar a construir um caminho. Os encaminhamentos podem ser por aí? Todos concordam? *(Pausa.)*

Então, está encerrada a nossa audiência pública, na certeza de que teremos outra, provavelmente, no mês de maio, para dar um tempo para construir a proposta.

Muito obrigado a todos.

Uma salva de palmas a todos que resistiram até o meio-dia.

(Iniciada às 9 horas e 05 minutos, a reunião é encerrada às 11 horas e 52 minutos.)

(Em execução.)