



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR
REUNIÃO
19/09/2017 - 41ª - Comissão de Assuntos Sociais

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Boa tarde a todos.

Tendo em vista a ausência temporária da Presidente da Comissão de Assuntos Sociais, a Senadora Marta, fui convocado para darmos início a esta importante audiência pública.

Havendo número regimental, declaro aberta a 41ª Reunião, Extraordinária, da Comissão de Assuntos Sociais da 3ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura do Senado.

Antes de iniciarmos os nossos trabalhos propriamente ditos, ou seja, a nossa audiência, a ouvida das manifestações, das palestras, das contribuições dos nossos convidados, proponho a dispensa da leitura e a aprovação da ata da reunião anterior.

Os Srs. Senadores e as Srªs Senadoras que a aprovam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)*

Aprovada.

A presente reunião destina-se à realização de audiência pública em atendimento aos Requerimentos da Comissão de Assuntos Sociais nºs 19, de 2015, e 126, de 2017, de iniciativa dos Senadores Humberto Costa, Regina Sousa, Randolfe Rodrigues e Ana Amélia, para que sejam prestadas informações acerca dos reajustes abusivos cometidos na correção dos planos de saúde e para instruir os seguintes projetos de lei do Senado Federal: PLS 433, de 2011, de autoria do Senador Inácio Arruda, que altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para modificar regra sobre rescisão contratual por inadimplência; PLS 463, de 2013, de autoria do Senador Flexa Ribeiro, que altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para admitir a suspensão ou rescisão do contrato somente em caso de fraude ou de não pagamento por 60 dias consecutivos, com notificação pessoal do consumidor; PLS 507, de 2013, de autoria do Senador Eduardo Amorim, que altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para vedar a suspensão ou rescisão unilateral por parte das operadoras dos contratos coletivos; e, finalmente, o PLS nº 100, de 2015, de autoria do Senador Cássio Cunha Lima, que altera a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, para determinar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleça o índice máximo de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde em todos os tipos de contratação.

Esse é o objeto da nossa audiência pública da tarde de hoje, aqui no Senado Federal, na Comissão de Assuntos Sociais.

Nós temos oito convidados. Vamos fazer duas Mesas.

Para a primeira Mesa, convidamos a Srª Karla Santa Cruz Coelho, Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar; o Sr. Rafael Pedreira Vinhas, Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar; a Srª Ana Carolina Caram Guimarães, Diretora do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor da Secretaria Nacional do Consumidor do Ministério da Justiça e Segurança Pública; e, finalmente, nessa primeira rodada, o Sr. Reinaldo Camargo Scheibe, Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo.

Depois nós teremos uma nova rodada - e aí nós vamos pedir que os nossos palestrantes cedam os seus lugares -, composta por José Cechin, Orestes Barrozo Medeiros Pullin, José Luiz Toro da Silva - aliás, são nove -, Paulo Jorge Rascão Cardoso e Adilson Moraes da Costa, que nós chamaremos na sequência.

Nós temos dois palestrantes, que nos privilegiam com as suas presenças, ligados à Agência Nacional de Saúde Suplementar, que são a Karla e o Rafael. Então, vamos dar dez minutos para cada um no todo. Como se trata de um complemento do outro, nós pedimos que os dois fiquem com, mais ou menos, seis minutos cada um para irmos a doze. Como são nove, vai a uma hora e meia com todos os intervalos, e nós queremos privilegiar o debate para permitir que possamos extrair da nossa audiência pública aquilo que, de fato, é a expectativa dos que apresentaram os requerimentos da audiência pública.

Depois que os nossos.... O Rafael está aqui, a Karla... Ficam seis minutos para cada um. Para a Ana Carolina e o Reinaldo, dez minutos, para permitir que, mais ou menos, nós possamos ser justos na distribuição do tempo.

Fala primeiro a Karla ou o Rafael?

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Então, primeiro fala a Karla.

A SRª KARLA SANTA CRUZ COELHO - Bom dia.

Agradeço ao Exmo Senador Dalirio pela condução desta Mesa. Agradeço também a todos os participantes. É um prazer mais uma vez estar aqui nesta Casa, o Senado Federal, e na Comissão de Assuntos Sociais, nesta audiência pública tão importante, que trata do reajuste de planos de saúde.

Representando aqui a Agência Nacional de Saúde Suplementar, vou apresentar a política de preços e reajustes da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Senador, se me permite, eu vou utilizar todo o tempo, e o Dr. Rafael, que é o gerente responsável da área, depois complementa algo. Ele pode também depois complementar algo que, por acaso, considere importante na fala da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Na nossa agenda hoje nós vamos dar um panorama do setor; depois falaremos sobre a precificação em relação aos dispositivos que nós temos na Agência Nacional de Saúde Suplementar para a formação do preço e a questão do risco e do pacto intergeracional; depois apresentaremos os tipos de reajuste e o monitoramento dos reajustes de planos coletivos. Abordaremos também o painel de precificação, que são alguns dados e estatísticas de valor comercial, reajuste por faixa etária e itens de despesas assistenciais, que a ANS anualmente divulga em seu *site*, e aspectos relacionados à rescisão contratual.

Em relação ao panorama do setor, esses dados são os mais atualizados, de julho de 2017. Atualmente, há 47 milhões de brasileiros com planos de saúde no Brasil. A taxa de cobertura é em torno de 24% da nossa população. Há 771 operadoras com beneficiários, com registro ativo na ANS com beneficiários, e em torno de 18 mil planos registrados na ANS, que são monitorados e avaliados.

Esses beneficiários estão divididos por tipo de contratação. Então, há em torno de 10 milhões de individual e familiar, 37 milhões de coletivos, sendo 31 milhões de coletivo empresarial e 6,5 milhões de coletivos por adesão. E é um setor que apresenta muitas receitas e também despesas.

No ano de 2016, nós tivemos R\$161 bilhões de receita de contraprestações pecuniárias. Em termos de despesas assistenciais, despesas administrativas... A assistencial foi em torno de R\$137 bilhões, numa taxa de sinistralidade, que é um indicador que utiliza frequência de utilização, em torno de 84,9% nos planos de saúde no Brasil.

Em relação à teoria da seguridade de risco, é muito parecido o plano de saúde com o seguro de saúde. Eles se assemelham muito, pois uma população paga voluntariamente uma contraprestação para um fundo solidário, e esses recursos são utilizados para pagamentos dos eventos ocorridos com despesas médicas. Então, é como uma questão do seguro, o evento é possível, é incerto, é futuro, independe da vontade das partes contratantes e é mensurável. Então, na saúde suplementar, nós temos a discussão do mutualismo e da distribuição por faixas etárias, também da equiprobabilidade.

Só que estamos trabalhando com o setor de saúde, lidamos com a vida das pessoas, e a maior parte das pessoas não quer adoecer, não quer usar esse seguro saúde ou esse plano de saúde. No entanto, em alguns momentos, principalmente quando a faixa de idade avança, nós percebemos que essa utilização começa a aumentar. Por isso é que há um aumento dessas mensalidades à medida que há um aumento da faixa etária.

Então, como equacionar essa relação? Geralmente nós trabalhamos com um conceito que se chama pacto intergeracional, em que os mais jovens ajudam o financiamento dos mais idosos. Se vocês puderem observar aqui o pacto intergeracional, nós temos as despesas e os valores das mensalidades, que vão crescendo ao longo do tempo. Nos índices mais novos, nós temos um aumento das despesas no início da vida, em relação ao parto, às complicações que podem acontecer com a prematuridade. Então, há um aumento dessa utilização no início da vida e um aumento também dessa utilização no final

da vida, nos mais idosos, mas existe aí uma faixa em que a maior da população se mantém saudável e ativa e utiliza um pouco menos os planos de saúde.

Toda essa discussão se dá para a precificação dos planos de saúde. Então, como é que se dá a precificação dos planos de saúde? Os beneficiários contratam determinada operadora, que faz toda essa parte de intermediação com os prestadores. Então, todas as despesas com cobertura, a questão do ressarcimento ao SUS também entra em relação ao planos de saúde, ao perfil etário, o envelhecimento daquela população, além das despesas administrativas e comerciais, como os salários dos profissionais, os tributos, as consultorias, locação, enfim, todas essas questões administrativas também, que as operadoras de planos de saúde devem prover para manter adequadamente a assistência prestada aos usuários de planos de saúde em tempo oportuno, porque é importante que a assistência seja prestada no momento em que a pessoa necessitar.

Na formação do preço, nós temos na ANS uma nota técnica de registro de produtos na qual há o embasamento sobre o instrumento de como esse preço é praticado. Então, são regras claras atuarialmente discutidas para que o valor da despesa assistencial se mantenha estatisticamente numa zona de segurança para que as operadoras possam exercer as suas funções e o seu exercício e se mantenham ativas e sustentáveis ao longo do período. Então, toda a questão de ativos garantidores, toda a questão de nota técnica de registro do produto são para manter a solidez dessas empresas que prestam assistência aos beneficiários, aos 47 milhões de brasileiros que têm plano de saúde.

Então, é importante que haja uma correta formação do preço. A sustentabilidade econômica...

(Soa a campanha.)

A SRª KARLA SANTA CRUZ COELHO - ... ao longo desse prazo no mercado de planos de saúde depende dessa adequada relação entre os riscos assumidos e os prêmios cobrados. Somente dessa forma é possível que o beneficiário envelheça - e todos nós queremos envelhecer e estamos envelhecendo, e é muito bom para o Brasil que estejamos vivendo mais, mas com qualidade e com saúde - e que o valor seja reajustado e represente o perfil de risco da nova faixa etária.

No reajuste por faixa etária, não há necessidade de autorização prévia da ANS. No entanto, existem regras claras de contratação dos planos.

Boa tarde, Senador.

O reajuste anual é aplicado na contraprestação pecuniária do plano em relação à variação de custos médicos e hospitalares, ocorre uma vez por ano, no aniversário do contrato, e essas regras são diferenciadas...

(Soa a campanha.)

A SRª KARLA SANTA CRUZ COELHO - ... de acordo com o tipo de contratação. Ele pode ser individual familiar, quando é um reajuste autorizado pela ANS; ou, quando é coletivo, ele é homologado pela ANS e é negociado entre as empresas contratantes e as operadoras de planos de saúde.

Nos últimos anos, nós também utilizamos o *pool* de risco, ou seja, os contratos com até 30 vidas são analisados e essa comunicação é obrigatória. Então, ele é trabalhado no *pool* de contratos e não individualmente. E essa é uma base que é utilizada, desde 2001, pela ANS como uma metodologia de cálculo para o reajuste de planos individuais.

Essa é uma dinâmica muito importante, porque nós damos transparência a esses dados, que estão na nossa página. Anualmente nós mostramos como eles vêm sendo monitorados. Então, fazem parte do nosso monitoramento os reajustes e como eles vão sendo monitorados.

Além disso, nós utilizamos como critérios a serem adotados os percentuais considerados *outliers*. Se houver inconsistência dessas informações, esses extratos são apresentados para as operadoras de planos de saúde. Elas devem confirmar esses percentuais ou retificar essas informações. No caso de uma solicitação de uma documentação comprobatória ou indício de infração, é aberto um auto de infração para averiguar se há um erro ou uma infração em relação ao reajuste dos planos de saúde.

Além disso, em agosto do ano passado, através da Resolução Normativa 389, que trata de transparência de informações, nós aumentamos esse conteúdo mínimo de informações para planos coletivos empresariais e por adesão em relação à formação do preço. E hoje o critério adotado é que, no *site* dessas operadoras, haja a memória de cálculo para a definição desse percentual de reajuste e um canal de atendimento com esclarecimento de dúvidas e o extrato apresentado.

Além disso, os titulares e dependentes podem solicitar essas informações, e as operadoras têm o prazo de dez dias para fornecer essas informações após a aplicação desse reajuste. Isso é importante porque é mais uma forma de o órgão regulador, as empresas e os beneficiários terem essa informação e terem transparência no reajuste.

(Soa a campanha.)

A SRª KARLA SANTA CRUZ COELHO - Aqui são alguns dados que nós publicamos sobre o valor comercial dos planos. Então, temos aqui a média dos planos por unidade da Federação, por tipo de contratação - individual familiar, coletivo por adesão ou empresarial -, por segmentação. Então, são dados do Brasil inteiro, que estão disponíveis para todos avaliarem.

Além disso, nós também acompanhamos esse reajuste de mudança de faixa etária por segmentação ao longo dos anos. Nesses dados, nós podemos observar que as internações são as maiores despesas médicas relacionadas. Então, o maior custo médio se refere a internações. Apesar de ter uma frequência de utilização menor do que as demais despesas assistenciais, a internação é o grande custo médio e o grande custo médico que observamos, além do excesso de exames, do desperdício de exames repetitivos, que é em virtude do modelo assistencial. Então, há toda uma discussão na saúde suplementar sobre que modelo é esse, que rede de cuidados é essa, que muitas vezes não reflete o cuidado em saúde da população.

Então, se nós não mudarmos o modelo de remuneração hoje, que é o modelo *fee-for-service* para os procedimentos e sem resultado para a saúde da população, sem ter um resultado integrador, com repetição de exames e sem cuidado adequado, nós vamos continuar tendo um aumento de custos sem resultado em saúde para a população.

Esses dados também mostram isto: à medida que nós temos o envelhecimento populacional, há um aumento da frequência de utilização de todas as despesas, tanto consultas ambulatoriais e exames, como internações e terapias.

A questão da rescisão é o último ponto - Senador, já estou finalizando - que nós também estamos aqui para discutir, que é a rescisão de contratos coletivos entre as partes. A rescisão pode ser realizada após 12 meses, com prévia notificação de 60 dias ao consumidor. Essa é uma discussão que gerou a Súmula nº 28/2015, da ANS, com a identificação do consumidor, com a importância da informação para o consumidor, para que ele possa esclarecer as dúvidas e ter prazo para a regularização.

Além dessas iniciativas, nós temos aberta hoje a consulta pública da portabilidade de carências, que é uma consulta que vai permitir que os consumidores possam mudar de plano de saúde levando as suas carências. Isso vai gerar maior competitividade no setor, maior concorrência, e vai possibilitar que os beneficiários permaneçam no setor de saúde suplementar, mas permaneçam em operadoras mais adequadas à sua realidade e à sua satisfação.

Era isso. Muito obrigada por este momento de fala.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Nós é que agradecemos a Srª Karla por ter contribuído, nesta primeira fase, com essa brilhante exposição.

Como nós falamos no início, nós vamos dar a palavra ao Sr. Rafael, para que complemente essas informações e, aí, possamos ouvir os demais convidados da tarde de hoje.

Com a palavra, Rafael.

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS - Boa tarde a todos e a todas. Boa tarde, Senador e demais Senadores presentes no plenário.

A Karla apresentou, de forma breve, a regulamentação toda em que a Agência, ao longo desses 17 anos, desde sua criação, trata do reajuste. É um tema bastante importante, até porque nós tratamos de um setor... A ANS regula o setor de saúde suplementar, que trata do bem mais importante de todos nós, que é a nossa vida, a manutenção da nossa saúde.

Há também uma questão que muito nos preocupa, a sustentabilidade do setor, que perpassa a questão dos reajustes dos planos de saúde. Nesse sentido, além das normas técnicas que a Karla muito bem colocou, a ANS, por diversas vezes, discutiu e houve evoluções na regulamentação, como há pouco tempo, com um *pool* de riscos dos contratos abaixo de 30 vidas.

Nós temos de lembrar que os desafios são grandes, mas que os pilares que temos de seguir para discutir e pensar esse mecanismo, essa questão do reajuste, são a transparência, que é importantíssima para que fique claro como o setor se comporta.

Já cumprimento de antemão os demais representantes das operadoras, o doutor que está aqui à mesa e os demais que irão compor...

Para a discussão dos reajustes, leva-se em consideração não só a evolução dos custos médicos, mas também da utilização. É um binômio, numa discussão bastante importante que tem de ser feita... Mas que fique claro também, principalmente para o consumidor, que é quem acessa o produto, quem paga, como se chegou àqueles valores. Eu acredito que a transparência é o principal mecanismo para que isso fique claro para a sociedade como um todo, não só na época do reajuste, mas também na época do acesso do consumidor ao plano.

A ANS, nesse sentido, oportuniza, tanto aos atuais beneficiários quanto aos demais consumidores, todos os mecanismos, em linguagem fácil, para que eles possam ter acesso a todas as informações importantes antes da contratação e durante ou posteriormente à troca da operadora ou no cancelamento do produto.

Por fim - eu não vou me alongar muito, até porque a Karla já apresentou as informações, sempre colocando à disposição a ANS para discutir o tema -, acredito que duas questões extremamente importantes impactam diretamente nesse assunto: a questão da "poolização" do setor. A gente sabe que, em toda a lógica securitária que a Karla muito bem apresentou, quanto maior o número de pessoas que compõem o contrato, há possibilidade de que os eventos mais custosos tenham menos efeitos. Quando nós viemos a pensar em mecanismos para aumentar, incentivar essa questão da "poolização", isso é extremamente importante. E também há a portabilidade, que é um assunto que a ANS está discutindo atualmente com a sociedade. Nós tivemos um comitê para discutir o assunto, pouco tempo atrás tivemos uma consulta pública, mas que não esgota o assunto. É extremamente importante, porque nós podemos discutir concorrência e também como os produtos são colocados para venda ao consumidor. A portabilidade tem esse papel de trazer maior concorrência e discussão do papel das operadoras, do produto que é oferecido tanto para os consumidores pessoas físicas quanto pessoas jurídicas no setor. Agradeço o tempo e me coloco à disposição para esclarecimentos.

Boa tarde.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Obrigado, Rafael, pela contribuição.

Na sequência, vamos convidar a Sr^a Ana Carolina Caram Guimarães, Diretora do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor da Secretaria Nacional do Consumidor, do Ministério da Justiça e Segurança Pública, para também nos brindar com informações precisas sobre esta questão objeto da nossa audiência pública.

A SR^a ANA CAROLINA CARAM GUIMARÃES - Eu queria primeiramente agradecer a Casa por este convite e reforçar a importância desta discussão.

Nós temos, lá na Secretaria Nacional do Consumidor, discutido muito esse tema em decorrência do projeto de lei que está tramitando na Câmara Federal, que reuniu 144 projetos de lei em discussão, inclusive projetos discutidos nesta Casa. Em decorrência disso, a gente tem trabalhado muito esse tema, por ver uma sensibilidade dos consumidores, que muitas vezes não são informados das suas contratações. Montamos um GT para discutir isso de forma interna, e a pauta do nosso GT foi realmente a transparência - a transparência na hora em que o consumidor vai realizar sua contratação; é importante que o contrato esteja ali de forma clara, precisa, que a linguagem seja o mais transparente possível para o consumidor.

Por que estamos falando disso? Porque, com os dados que nós colhemos dos nossos canais de reclamação do consumidor - nós temos o Sindec, que seriam todas as reclamações trazidas pelos PROCONs, e temos o nosso *site* consumidor.gov, que é um canal de atendimento direto dos consumidores aos fornecedores, criado pelo Ministério da Justiça -, a gente pôde fazer um levantamento de quais problemas estão em evidência.

A gente começa a falar da não cobertura do plano de saúde. Quando o consumidor vai realizar contratação de um plano de saúde, muitas das vezes ele não é informado, de forma detalhada, sobre o rol de cobertura que está sendo ofertado.

A rescisão contratual de forma unilateral por parte do fornecedor. Mesmo estando prevista na lei do plano de saúde, muitas das vezes, ele não é informado de que, quando ele deixa de pagar por 60 dias, mesmo que não sejam consecutivos, essa rescisão pode acontecer de forma unilateral. Muitas vezes também os planos de saúde não informam aos consumidores com prazo de antecedência mínimo que esse plano está sendo rescindido. Então, essa ausência de conhecimento por parte do consumidor, essa falta de clareza de informação, é o que nos tem chamado a atenção.

A Secretaria está fazendo uma nota técnica para a gente colocar no papel as nossas ideias. *A priori*, a gente tem trabalhado com a ideia de manutenção do plano *standard*, o plano original que está sendo ofertado para os consumidores; trabalhamos com auditorias internas e externas realizadas dentro dos planos de saúde homologados pela ANS, para que os consumidores saibam como é feito esse reajuste, o que é esse reajuste, qual o cálculo trabalhado pelos planos de saúde para que esse reajuste aconteça.

Essas auditorias vão fazer um levantamento, na nossa ideia, de sinistralidade; do preço de mercado dos hospitais, dos laboratórios e dos medicamentos que estão sendo ofertados para os consumidores. A partir dessa transparência, o consumidor vai ter clareza de como esses reajustes estão sendo elaborados. Mesmo que eles estejam no *site* da ANS, 99% dos consumidores não têm esse conhecimento. Eles não acessam o *site* para obter essas informações. Então, essas informações têm de chegar aos consumidores. Isto que é importante, que eles consigam ter acesso a essas informações para que saibam como trabalhar com elas.

A portabilidade, a gente vê como uma forma de concorrência de mercado, que pode fazer com que os consumidores tenham mais acesso aos planos de saúde, ainda mais num momento de crise econômica. É uma forma que o consumidor teria de, quando não conseguir se manter naquele plano econômico, poder migrar para um que consiga atendê-lo, desde que essa portabilidade exclua o período de carência para o consumidor. Acho que isso é de extrema relevância.

A gente tem trabalhado muito com a ideia de coparticipação também. A coparticipação talvez seja uma forma de o consumidor se responsabilizar ao utilizar o plano de saúde e passe a ter consciência de que, muitas das vezes, um exame, uma consulta sem necessidade real causa um impacto orçamentário na sua vida também.

A gente tem trabalhado com a ideia de junta médica em casos especiais, em casos excepcionais. Muitas vezes, um profissional da saúde, um médico, recomenda que se exerça um procedimento naquele caso concreto, e não se tem noção se aquela necessidade é real ou não. E, por desconhecimento, o consumidor faz aquele procedimento, que, muitas vezes, é negado pelo plano de saúde, sem que isso seja informado para ele da forma mais adequada.

A transparência hospitalar. Isso é fundamental. Quando falamos de transparência hospitalar, estamos falando que, quando um consumidor chega para ser atendido num hospital, tem de estar expressa a tabela de preço daquele atendimento. Obviamente, é uma situação muito complexa a cirurgia e tudo o mais, mas o atendimento de consulta, por exemplo, aquela informação tem de estar em tabela, sendo informado ao consumidor o medicamento que lhe é ofertado e o seu preço expresso. E todo o relatório do atendimento realizado naquele momento tem de estar disponível para que haja um controle tanto do plano de saúde como pelos próprios consumidores, para que esse controle seja feito por todas as partes ali envolvidas.

Nós trouxemos alguns tipos de problemas levantados. Eu ressalto que os nossos dados são reais, são reclamações dos consumidores que realmente aconteceram. O consumidor trouxe para o Ministério da Justiça essas reclamações. Muitas vezes, essas reclamações vão diretamente para o Poder Judiciário ou para a agência reguladora e não passam pelo Ministério da Justiça. Então, nós trouxemos os dados que temos em mãos hoje. A não cobertura, abrangência e reembolso são a grande maioria das reclamações. Quanto aos reajustes, temos reclamação, mas acredito que, por não se conseguir resolver nos órgãos administrativos, eles são direcionados ao Poder Judiciário, para que seja resolvido por meio de uma decisão judicial. Então, esse impacto pode não ser demonstrado da forma mais efetiva nos dados que temos.

Até julho de 2017, nós tivemos mais de 257 mil reclamações nos nossos órgãos de proteção e defesa do consumidor. Ou seja, não é um número irrisório; é um número que merece consideração. O nosso consumidor.gov tem uma média de resolução de conflitos que vai até 5; os planos de saúde têm 3,3 de resolatividade. Então, ainda está aquém do necessário para uma boa relação de consumo.

Dentro do nosso segmento, os planos de saúde têm quase 1% das reclamações. As reclamações finalizadas concretizadas dentro do nosso gov foram 4.256. Como eu disse, são dois sistemas que nós temos, o Sindec, que seriam todos os PROCONs do Brasil, em sua grande maioria; e o nosso consumidor.gov. Então, nós temos essa cisão de reclamação. São dados públicos, dados colocados para qualquer cidadão ter acesso. Nós temos uma divisão por assunto dentro dos nossos canais de reclamação, e 78,5% são dos planos de saúde, convênio, autogestão, seguro-saúde; nós temos os planos odontológicos, que também devem ser analisados, porque há quase 20% de reclamação no mercado de consumo; medicamento e demais seguros aí.

Os principais problemas, como eu disse, são as demandas...

(Soa a campanha.)

A SRª ANA CAROLINA CARAM GUIMARÃES - ... não respondidas pelos planos de saúde. Ou seja, a ausência de informação para o consumidor. A gente volta a bater na tecla de transparência, de que tem que ser mais bem regulamentada essa forma de contato dos planos de saúde com os consumidores, e talvez que seja mais cobrado isso por parte das agências reguladoras para que essas informações cheguem de forma mais efetiva para os consumidores.

Nós não temos todas as empresas cadastradas no nosso www.consumidor.gov porque é um cadastro voluntário. As empresas vão lá e se cadastram, e, a partir desse momento, eles fazem essa autocomposição com os consumidores. Temos a grande maioria, mas não temos todos. Esses dados são levantados de acordo com esses planos de saúde que estão nas nossas plataformas. A gente coloca à disposição os dados se os senhores deles tiverem necessidade.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Obrigado, Srª Ana Carolina Caram, por sua contribuição nesta audiência pública.

Eu gostaria de aproveitar a oportunidade para dizer que também aqueles que estão acompanhando através do e-Cidadania, o portal aqui do Senado, podem fazer os seus questionamentos, que, no final, serão dirigidos aos nossos palestrantes de hoje.

Na sequência, para ganharmos tempo, nós vamos ouvir o Sr. Reinaldo Camargo Sheibe, Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo, também conferindo dez minutos para sua manifestação.

O SR. REINALDO CAMARGO SCHEIBE - Muito obrigado, Senador, pela oportunidade de a Abramge estar mais uma vez aqui no Senado prestando esclarecimentos e também tirando dúvidas.

A nossa apresentação é mais longa porque nós não sabíamos exatamente o tempo que nós teríamos disponível, mas ela fica disponível para o banco de dados do próprio Senado ou para a própria Comissão redistribuir e usar depois.

Nós hoje representamos, com a Abramge, cerca de 200 operadoras, desde pequenas operadoras do interior até grandes operadoras nas capitais.

Vamos tentar pular algumas coisas que já foram ditas aqui para não sermos repetitivo.

Número de beneficiários. O sistema, em 2016, teve 1,4 bilhão de procedimentos cobertos. Isso é só para se ver o tamanho e o volume de consultas, que eu vou mostrar a seguir.

Quanto à questão das despesas médicas e odontológicas pagas pelas operadoras: este é o dinheiro, o valor que o sistema injeta na economia do País, R\$137 bilhões - com pagamento de hospitais, médicos, laboratórios, clínicas etc.

Número de atendimentos já foi dito também: nós fizemos, em 2016, 267 milhões de consultas; 7,9 milhões de internações; e 740 milhões de exames. Então, isso é para vocês verem o tamanho... E quando você fala em reclamações, a ponta que você tem, a quantidade, quer dizer, o número de reclamações hoje no sistema é de 6,4 reclamações por cada 100 mil atendimentos.

E existe uma coisa que eu gosto de lembrar: pela facilidade hoje, o consumidor reclama em todo lugar; por seu direito, ele reclama no Senacon, ele reclama no Procon, ele reclama na ANS, ele reclama na assembleia legislativa. Então, quando você começa a somar esses números, vê que esses números não são depurados, que há uma repetição de reclamações. Precisa haver uma depuração desses números aí.

Quero lembrar também - isto aqui é uma coisa importante - que 93,3% do faturamento dos principais hospitais do País (estou falando do Sírio, estou falando do Einstein, do Hospital Alemão, do Hospital Brasília etc.) advêm do sistema privado de saúde. Se o sistema privado de saúde não mantiver o seu equilíbrio financeiro, como a gente defende, o sistema de saúde do País quebra; nós perderemos os melhores hospitais, e o País cairá, voltando a ser um país pobre em saúde. Então, isso é muito importante quando a gente luta pelo sistema.

Mercado regulado, mercado concentrado: nós partimos de mil quatrocentos e poucas operadoras, e hoje existem registradas... A Karla falou o último número aqui, que já deve ter fechado esses dias, suspenderam mais algumas operadoras.... Depende do mês: ali eu estou em março, ela está em julho. Então, você vê isto: há concentração sim.

Receita. Já foi falado sobre a receita. Nós temos aqui a receita total com outras receitas, despesas operacionais, mas vejam o resultado: um sistema que movimenta alguns bilhões de dólares tem um lucro de 0,2%. Esse sistema está quebrado. Qualquer balanço, se houver uma política fiscal mais dura, o sistema quebra e arrasta tudo aquilo que eu falei anteriormente. Então, nesse cuidado em equilíbrio e utilização, todos podem ajudar.

Nós perdemos 2,7 milhões de beneficiários, mas lá na frente eu vou mostrar que não caiu a utilização. Pelo contrário, as despesas continuam aumentando excessivamente.

Além da Lei de Planos de Saúde, nº 9.658, nós temos outras leis que interferem no nosso sistema. A questão de direito de pessoa com transtorno, medicamento antineoplásico - que foi regulado por esta Casa -, contratualização, regra específica para autogestões, o Código de Defesa do Consumidor, a própria ANS, o Estatuto do Idoso, o Estatuto do Deficiente, são outras leis que ninguém cita e que trazem obrigações para o nosso sistema.

E também defendemos e falamos que o nosso setor é extremamente regulado. Somente na ANS, desde a sua criação, nós temos 772 normas infralegais. Então, essa burocracia, para nós - e já foi demonstrado em outra oportunidade -, encarece o sistema e traz custo para o sistema.

Tipo de reajuste: a Karla já falou. Tenho aqui um reajuste que não está sendo aplicado, que é a questão da revisão técnica que nós temos solicitado, porque, quando o sistema desequilibra, nós precisamos dessa revisão técnica.

O reajuste acontece por várias influências: ajuste de produto com rede de atendimento; coparticipação, franquia, com a colocação ou não; mudança do perfil etário; alteração diária do número de beneficiários. A operadora, quando presta o serviço a uma empresa ou a alguma pessoa, não tem o controle de quem entra e de quem sai. Diariamente o cadastro nosso

é alterado. Então, às vezes, uma empresa começa com 100 vidas, muda para 50, volta para 80, volta para 30. Quer dizer, essa é uma definição de quem nos contrata, não é uma opção da empresa. Isso gera alteração de preço, geral alteração de reajuste.

Aqui eu destaco - na contratação dos planos já foi explicado -: até 30 beneficiários e com mais de 30 beneficiários. E a média ... Se fala em reajuste abusivo, mas vejam: no PME, que representa 5 milhões de usuários, nós temos uma média de 16% de reajuste nos últimos anos, com uma variação de custo muito maior.

Os índices oficiais: o percentual de gasto por terapia.

E aqui é o que eu estava falando: o nosso número de beneficiários caiu de 50 para 47 milhões - uma variação de -5%; a quantidade de exames aumentou quase 12%; a quantidade de terapias aumentou 24%; e quantidade de internação é 3,3%. Isso é mercado, e há um inflacionamento de utilização. A indústria traz e vende no Brasil equipamentos médicos de todos os sistemas, que são importados e aqui colocados. E esses equipamentos têm que ser pagos. Se nós não mudarmos a forma de pagamento, como a Karla falou, nós estamos indo para o suicídio. O sistema de saúde vai quebrar e arrastará toda essa estrutura junto, porque não é possível a forma de pagamento como hoje é defendida ainda - o pagamento fee-for-service. Ele tem que ser por qualificação, tem que ser por resultado do hospital, por resultado do laboratório, pela avaliação de qualidade. E o Brasil hoje, fala-se que tem poucos hospitais, mas se você for reavaliar isso, nós temos excesso de hospitais no Brasil. O que tem que ser feito é realmente uma utilização consciente, e não produção de exames e internações desnecessárias para pagar equipamento que foi comprado e que precisa ser pago.

Um exemplo só: no Chile, se fazem três exames de ressonância magnética por mil habitantes. Na Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, a média é 52. No Brasil, são 132 ressonâncias magnéticas por mil habitantes ou beneficiários. Isso é dinheiro que está sendo jogado no lixo, são exames desnecessários. O paciente fica fazendo exame, tomando anestesia para fazer exame de ressonância, em criança, em adulto, desnecessariamente, pondo em risco as pessoas.

Excesso de diárias: a Abramge, na questão das fraudes, está processando nove empresas nos Estados Unidos. Já fizemos, ou melhor, já está caminhando o acordo com a indústria alemã. Porque nós denunciemos e vimos denunciando isto desde há muito tempo, com o Fantástico, enfim, em várias reportagens no Brasil. E isto, a gente precisa que o Legislativo nos ajude a combater essa fraude, a penalizar quem fraudar, quem põe o paciente em risco e faz cirurgias desnecessárias de prótese, de órtese, enfim.

Judicialização: só no Estado de São Paulo, que tem feito um trabalho mais forte junto com a Federação e os Municípios, são R\$7 bilhões em judicialização.

(Soa a campanha.)

O SR. REINALDO CAMARGO SCHEIBE - Estimamos, na iniciativa privada, um gasto de R\$1,2 bilhão, em judicialização. E R\$320 milhões são relacionados a procedimentos não constantes no rol. Quer dizer, não é uma obrigação contratual, mas se judicializa e se paga. Isso volta para o consumidor e volta para o reajuste. A espiral continua crescendo com despesa. Como será se nós não controlarmos? - e o País tem que definir, nós como sociedade temos que definir o que o SUS vai cobrir, o que a iniciativa privada vai cobrir. Porque, se nós entrarmos em todas as tecnologias novas... Se não temos dinheiro para fazer programas de cobertura para tratar tuberculose, como é que eu vou fazer medicina individual e tal? O custo disso é absurdo, e nós não temos ideia.

Lembro aqui que, como a expectativa de vida de uma pessoa no Brasil já está em 80 anos, quem contratar um plano de saúde hoje pode ser cliente de uma operadora por 80 anos, até morrer - se ele for um recém-nascido. Como é que vai ser? Quem é que pode hoje, em sã consciência, estimar o valor que a medicina vai custar para daqui a 20, 30 anos? Então, você usa a nota técnica, calcula o preço de entrada, mas os reajustes vão depender de a sociedade dizer: "Olha, nós queremos tal cobertura médica: isso é possível o País fazer e a medicina privada fazer? Ou não?". Porque não há mais recursos para manter esse crescimento.

Lembramos, até por causa dos projetos que estão aqui na pauta, que os congelamentos de preço no País em 1985 e 1990 geraram crise de desabastecimento; a Petrobras, com o controle do preço da gasolina, quase quebrou; quebrou a indústria sucroalcooleira; a Vasp e Varig são histórias conhecidas; a energia elétrica em 2013: controlaram o preço de reajuste, interferiram...

(Soa a campanha.)

O SR. REINALDO CAMARGO SCHEIBE - ... depois veio um grande tarifaço.

Rescisão contratual: a Carla já falou bastante, e não tenho mais o que acrescentar, para não ser repetitivo.

Planos coletivos. Também - já está claro isso.

Para a questão de se nós não comunicamos aos nossos usuários quando o contrato é cancelado - e se não se seguir a regrinha -, a multa mínima é de R\$80 mil, para o contrato; e pode chegar até R\$1 milhão: se a ANS entender que aquele reajuste prejudicou um grupo de pessoas, isso é multiplicado e chega-se até R\$1 milhão - e até mais, pois hoje existe multa de R\$3 milhões em cima de operadora. Isso são valores estratosféricos pela receita de uma operadora, pelo tamanho e pelo motivo da causa. Se uma consulta que custa em torno de R\$70 ou R\$80 tiver problema de uma reclamação, a multa é de R\$80 mil - é de mil vezes o valor de uma consulta. Então, a gente entende que aí existe um desequilíbrio que está gerando custo para o sistema.

A motivação de cancelamento de contrato: por exemplo, perda da rede de atendimento. Quando um órgão público suspende um laboratório por atividade - e até hospitais, como acontece -, por declínio, a operadora não é responsável. Muitas vezes, ela tem que cancelar um contrato daquela região porque fica sem base de atendimento - não é a operadora. Para nós, interessa ter o cliente e manter o cliente, e não cancelar o contrato.

Encaminhamentos:

- aprimorar a coparticipação e franquia - a gente defende que o usuário tem que ser fiscal, tem de saber quanto é que ele gasta;
- aprimoramento do uso da declaração de saúde - eu tenho batido muito nessa tecla, porque acontece o seguinte: as operadoras são impedidas de questionar o beneficiário sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos na declaração de saúde. Então, ele não precisa pôr, e não posso saber se ele é fumante ou não. Eu só vou saber que ele é fumante ou que ele é diabético, se ele não o fez de livre e espontânea vontade, quando ele solicitar um tratamento, quando ele tiver uma pneumonia, quando ele tiver alguma coisa. Então, isso precisa ser mudado. Isso é uma regra que tem que ser quebrada junto ao Conselho Federal de Medicina, que tem dificultado isso;
- proibir tabela de preços - nós temos hoje.... Hoje, grande parte dos serviços de saúde é um vendedor de material - o Cade tem estudado isto, mas ainda não sinalizou: tabelas Brasíndice e Simpro -, porque um produto que é divulgado nessa tabela por R\$1 mil eu compro por R\$30. Uma prótese que custa R\$12 mil eu compro por R\$2 mil, como operadora, porque eu vou buscar. Quer dizer, são tabelas estratosféricas para que você tenha margens de lucro absurdas; • a questão da fraude - a questão da máfia, a gente está trabalhando bastante nisso;
- a judicialização;
- e a questão de você trazer novas coberturas - diversas tecnologias só aumentam o custo e não trazem benefícios na sua incorporação.

E uma coisa que eu me esqueci de colocar aí - e para a qual existem projetos aqui no Senado a serem estudados - é a questão do prontuário único. Não dá para continuar a separação entre paciente do SUS e paciente da iniciativa privada. Se ele está trabalhando, ele é paciente da iniciativa privada; virou desempregado por uma questão temporária, ele vai para o SUS. Ele não consegue... O SUS não aceita os exames que ele fez na iniciativa privada, e repete tudo, de novo. Agora, se os senhores imaginarem a nossa população, verão o tamanho de desperdício que acontece.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Muito obrigado, Sr. Reinaldo, pela sua contribuição.

Agora nós vamos fazer uma mudança da nossa Mesa. Pedimos que os nossos copalestrantes tomem assento aqui à frente. Nós vamos, então, compor a nova Mesa convidando o Sr. Sr. José Cechin, Diretor-Executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar e representante da SulAmérica Companhia de Seguro Saúde. Vamos convidar também: o Sr. Orestes Barrozo Medeiros Pullin, Diretor Presidente da Unimed do Brasil; o Sr. José Luiz Toro da Silva, consultor jurídico da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde; o Sr. Paulo Jorge Rascão Cardoso, Diretor de Produtos da Amil Assistência Médica Internacional; e, finalmente, o nosso quinto desta segunda Mesa, mas nono do placar geral dos convidados, o Sr. Adilson Moraes da Costa, atuário da Geap Autogestão em Saúde. Nós vamos acomodando o nosso pessoal, e depois, se for o caso, nós deslocamos para facilitar a vida, não é?

Sem muitas delongas, nós vamos reafirmando aqui que quem estiver assistindo pode participar através da internet (www.senado.leg.br/ecidadania) ou através do 0800-612211. No final, as perguntas dos internautas nós vamos também submeter às considerações dos nossos palestrantes, para eventualmente esclarecerem com mais detalhes as dúvidas que forem levantadas.

Então, na sequência, pedimos que o Sr. José Cechin disponha de dez minutos para fazer a sua palestra.

O SR. JOSÉ CECCHIN - Muito obrigado, Senador.

Cumprimento todos aqui presentes.

Quero dizer da satisfação de poder contribuir com este importante assunto aqui na Comissão de Assuntos Sociais do Senado.

Tenho uma apresentação também longa. Ela fica à disposição de todos, para o registro aqui do Senado. Vários eslaides vou saltá-los porque já foram apresentados e ditos aqui.

A FenaSaúde é uma entidade associativa de 18 grupos - 23 empresas das mil e poucas que o Reinaldo citou aqui como existentes no dia de hoje -, mas que responde por 41% do mercado - receitas, despesas, beneficiários etc.

No cenário atual... Vou saltar esse, que já foi falado pelo Reinaldo, esse também, e vou apresentar esse quadro.

Esse é um quadro, um balanço do setor Saúde Suplementar Médico Hospitalar, incluindo as odontológicas, de 2007 a 2016. A primeira linha, as receitas totais do setor; a segunda linha, a despesa total; as outras linhas, a decomposição das despesas; a última linha, o que sobrou da receita, deduzidas as despesas. São aí dez anos. Dos dez anos, houve quatro de azul, e os outros de vermelho, no setor como um todo. Se apartássemos as operadoras exclusivamente odontológicas, a vermelhidão iria aumentar um pouquinho.

Isso não quer dizer que todas as operadoras estejam nessa situação. Muitas estão. Esse é um dos motivos da queda do número de operadoras mostrado na apresentação anterior, de Ronaldo. Isso deve chamar a atenção, eu entendo, do regulador, das autoridades econômicas do Governo, para olhar esse setor, ver o que está se passando e entender os movimentos. E, em parte, é isso que estamos fazendo na reunião desta tarde.

Eu vou me concentrar mais nos reajustes, e a solicitação que eu havia recebido era de comentários do tipo "reajustes abusivos"... Havia palavras até muito mais fortes do que essas aí. "Aumentos maiores que a inflação", "falta de transparência", etc.

Quanto à transparência, devo dizer que nossas associadas - eu falo por elas - cumprem as regras que a ANS define em relação à transparência. As informações estão disponíveis. Algumas delas vão além. Além de disponibilizar informações econômicas e financeiras para os contratantes, no momento do reajuste, também oferecem informações assistenciais, põem as suas equipes à disposição das equipes contratantes, para fazer uma boa gestão do plano de saúde, a fim de usá-lo adequadamente, para evitar os desperdícios referidos aqui na sessão anterior.

Vou falar desses outros aumentos e por que os aumentos são tão grandes quanto o foram.

Nós temos dois tipos de reajustes, já dito aqui: o reajuste por variação de custos e por variação de faixa etária. Vou falar um pouco da variação de custos.

Isto já foi dito, quais são os tipos de planos e os tipos de reajustes aplicados a cada modalidade de plano. Portanto, eu me abstenho de comentar. Mas vamos comentar direto esse assunto de mudança por faixa etária, que também é motivo de muitas reclamações e até de ações na Justiça, essa questão de mudança por faixa etária.

Por que o reajuste por faixa etária? A resposta é óbvia: porque os custos, na idade, crescem, algo já mostrado muito bem aqui pela Karla.

Trago aqui um exemplo de 14 países da Comunidade Europeia, que mostra o gasto *per capita* em função da idade. Alto na primeira infância, como bem destacado pela Karla, mais ou menos horizontal durante as cinco primeiras décadas, e uma subida exponencial a partir dos cinquenta e poucos anos de idade. Então, não há como não haver reajuste com mudança de faixa etária. O sistema não funcionaria se não houvesse reajuste por faixa etária.

Eu tomo emprestado aqui, da Unidas, um exemplo de custos médios por faixa etária. Eu quero destacar as duas últimas faixas, 54 e 58 - que é a penúltima faixa de reajuste -, 59 ou mais. Segundo a experiência da Unidas Autogestão, que não visa ao lucro, nessa mudança de faixa etária dobra o custo *per capita* com saúde. E, no entanto, também mostrado antes aqui, a solidariedade entre gerações faz com que as gerações mais jovens paguem um pouco mais do que o seu custo, para que esses idosos possam ficar nos planos e paguem um pouco menos.

Então, a mensalidade do idoso é cara? É muitíssimo cara, frente à renda de aposentadoria do INSS. É cara frente ao que custa? Disse a Karla que não é. Pagam menos do que custa. É cara frente ao que poderão ter de auxílio do plano de saúde, caso o pior suceda à pessoa ou à família, tipo um tratamento de câncer, que custa R\$500 mil? Na vida de uma pessoa, ela não paga esse montante. Graças a Deus que são poucos os que têm câncer. Nós não sabemos quem. Então, diante dessa incerteza, não podemos julgar como um plano extraordinariamente caro.

Obviamente que a faixa 59 ou mais se compõe de sexagenários, octogenários, até de centenários, e os custos mudam muito nessas faixas etárias. Então, como temos envelhecimento para frente, essa relação vai se tornar mais gravosa ainda, vai aumentar mais ainda a despesa média *per capita* desse conjunto de pessoas solidárias que têm 59 ou mais anos de idade.

E só para sentirmos a dramaticidade do envelhecimento, olhem aí o que vai acontecer nos próximos 45 anos: a população cresce 7%. Mas os sexagenários mais que dobram, os septuagenários quase triplicam, e os octogenários aumentam seis vezes. Isso é o ritmo do processo de envelhecimento, que afeta, obviamente, as despesas com saúde.

Aí vem a segunda pergunta - falei do reajuste por faixa etária -: "Por que o reajuste é anual?"

O fato de o reajuste ser anual também tem uma resposta: é porque as despesas crescem. Não há outra resposta.

Vamos ver a variação das despesas.

Na primeira coluna - interessa-me o número total, lá embaixo -, 2008-2016, a inflação foi de 65%. IPCA.

A ANS autorizou, para planos individuais, um reajuste bem acima da inflação - 104% -, o que deixa muita gente perplexa. Mas a despesa média *per capita* de todos os que têm planos de saúde aumentou 142%. E, se ainda separarmos o conjunto dos individuais - você vai ter uma amostra de 1,2 milhão planos individuais -, a variação da despesa foi de 176%. Então, a despesa varia muito, e é por isso que há reajuste.

Isso não é um fenômeno só brasileiro. Saiu um dado recentemente publicado pela AON que mostra esse conjunto de países. É o mesmo conjunto. O primeiro deles eu ordenei pela inflação do país. A Argentina é campeã de inflação nesses países aí. E também campeã de aumento de despesa *per capita* com saúde. O Brasil está aí na quarta posição, em termos de inflação, mas, em termos de despesa *per capita*, na segunda posição.

Veja: é um fenômeno mundial. Isso acontece. E, onde há aumento de despesas, haverá aumento de mensalidade de planos de saúde, haverá mais impostos dirigidos à saúde pública. Haverá, enfim... Nesse caso aí, as duas linhas de cima mostram que as mensalidades dos planos de saúde americanos aderiram, quase com perfeição, ao aumento da despesa *per capita* com saúde. Isso acontece no mundo. Não dá para ser diferente. Ninguém é tão altruísta de consumir o capital próprio em benefício de terceiros. Alguns até o fazem, mas altruisticamente, como negócio, não sobreviveria.

Por que as despesas crescem? No fundo, é essa pergunta que nós temos que fazer. Em vez de matutarmos e criarmos mecanismos de controle dos reajustes e imputarmos essa responsabilidade...

(Soa a campanha.)

O SR. JOSÉ CECHIN - ... terrível à ANS, por que não nos perguntamos sobre isso aí e vemos se há como nós agirmos?

Então, eu confesso que termino depois disso aqui, sem apresentar os dados respectivos.

Primeiro...

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. JOSÉ CECHIN - Ah... O.k.

Então, primeiro, inflação de preços diferente de variação de despesas. Inflação mede corrida de preços. Despesa mede... Inflação, abro aspas, "mede variação de despesas". E a variação de despesas se compõe de duas coisas: do preço da batata e da quantidade de batatas comprada. Ou seja, do preço dos insumos médicos e da quantidade utilizada. Por isso que não se compara com inflação. E vamos ver por quê.

Vamos olhar pelos preços, inicialmente.

Nós fizemos um trabalho dessas listas...

(Soa a campanha.)

O SR. JOSÉ CECHIN - ... citadas aqui, da Brasíndice, de 470 equipos. Deles, mais de 90 tiveram aumento de preço, nesse período, acima de dez vezes a inflação. Isso afeta os custos da saúde. São razoáveis esses aumentos de preço? É a pergunta que nós temos que nos fazer.

Segundo: o exame de ressonância - só para ilustrar - aumentou o preço 20%. Mas aumentou a quantidade quase 9%. O impacto na despesa foi de 30%. É a soma dos dois mais alguma coisa.

Finalmente, falamos também de novos medicamentos. Um deles, aí, o Zelboraf... Aí o meu colega pode dizer para que serve. Eu não sou médico, não sei. São R\$10 mil reais cada caixa. Um custo de R\$500 mil por ano, de tratamento, por paciente. Isso compõe as despesas.

A internação.

Não houve crescimento da busca por internações, mas houve, sim, um crescimento extraordinário no custo médio da internação. E por que cresceu o custo médio da internação? Porque se usam materiais cujos preços são mais altos, porque se usam mais materiais, porque fazem cirurgias utilizando essas órteses e próteses de preços estratosféricos, muitas vezes

sem necessidade. É o *locus* da incorporação da tecnologia. É o setor que absorveu o crescimento das despesas. É para onde estão indo as contribuições que cada um de nós e as empresas fazemos para os planos de saúde.

Quanto à frequência de utilização, o Reinaldo já mostrou aqui, caiu a quantidade de beneficiários, mas aumentou o número de consultas, aumentou o número de exames. Em parte, as pessoas buscam mais médicos, faziam cinco consultas *per capita*/ano - o ano passado fizeram sete -, e os médicos prescrevem mais exames para cada consulta. E o resultado é mais exames *per capita*.

O Reinaldo já disse que há exames, aqui...

(*Soa a campainha.*)

O SR. JOSÉ CECHIN - ... que são desperdícios e, efetivamente, prejudiciais.

Para a última, incorporação de tecnologia. Temos aqui o rol que esteve em consulta pública até recentemente, deverá ser editado numa resolução normativa, para vigorar a partir de janeiro do ano que vem.

Nós fizemos uma estimativa de teto de impacto, o máximo possível, que não acontece de uma vez; acontece ao longo do tempo: R\$5 bilhões. Isso representa 4% na despesa. Para uma inflação que, neste ano, vai estar abaixo disso? Então, só o impacto dessa incorporação dobra a necessidade de reajuste, comparado com a inflação. Estão aí descritos os motivos e razões.

Não vou falar da judicialização, já bem dita, nem dos desperdícios já citados aqui.

Agradeço a atenção com que me ouviram.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Obrigado, Sr. José Cechin. Foi uma bela contribuição e, com certeza, esse trabalho será objeto de análise dos Senadores, quando tratarem desses projetos de lei que estão tramitando aqui na Casa.

Então, conferimos agora ao Sr. Orestes Barrozo Medeiros Pullin dez minutos também, para que ele dê a sua contribuição.

O SR. ORESTES BARROZO MEDEIROS PULLIN - Obrigado, Senador.

Falar depois do Cechin é bom. Aliás, falar depois de todos aqui facilita bastante a minha explanação, até porque os assuntos são comuns a todos, à agência, aos órgãos de defesa do consumidor, às operadoras e quaisquer dos segmentos.

Eu queria começar mostrando os números nossos, que são mais ou menos conhecidos.

Nós estamos em 84% do Território nacional, com 348 cooperativas, sendo, dessas, 291 operadoras de planos de saúde. Nós temos um universo de 113 mil médicos cooperados. São 95 mil colaboradores nas nossas cooperativas e 18 milhões, aproximadamente, de clientes no Sistema Unimed. Isso nos dá, digamos assim, a oportunidade de estar observando o que está acontecendo em todos os cantos do País e nós observamos que não é nada diferente do que todo mundo está observando nos demais segmentos de operadoras.

Eu fiz uma comparação aqui com relação ao número de beneficiários, tanto da Saúde Suplementar quanto do Sistema Unimed, mostrando que há queda. Nós vemos aí que a crise afetou o setor, com queda de beneficiários, tanto nas cooperativas quanto no restante da Saúde Suplementar.

Também fizemos uma análise com relação à evolução de receitas assistenciais e custos assistenciais, e se observa, de forma clara, que há um crescimento maior nas despesas do que nas receitas, tanto da Saúde Suplementar quanto também no nosso sistema, que se chama Sistema Unimed.

Vou passar outro, porque aqui é mais fácil de enxergar.

O Cechin mostrou, eu só estou mostrando de forma diferente, quanto a agência autorizou de reajuste, de 2008 até 2017, quanto efetivamente foram os índices inflacionários e quanto foi o aumento de custo do setor nesse período. São os mesmos dados que o Cechin mostrou. Um pouco diferente, mas...

Eu queria, antes de passar, ler uma nota da Agência Nacional de Saúde a respeito da questão de reajustes, dos índices de reajustes que a agência tem colocado. Vou ler:

É importante esclarecer que o índice de reajuste dos planos de saúde não é comparável com índices gerais de preço ou “índices de inflação”. Isso porque os “índices de inflação” medem a variação de preços dos insumos de diversos setores, como por exemplo: alimentação, habitação, transporte, educação, além do item saúde e cuidados pessoais. O índice de reajuste divulgado pela ANS não é um índice de preços. Ele é composto pela variação da frequência de utilização de serviços, da incorporação de novas tecnologias e pela variação dos custos de saúde...

Ou seja, eu acho que fica bem claro, até com a própria definição da agência, a questão da diferença entre o reajuste concedido pela agência, os índices inflacionários e, eventualmente, o custo, que é o que está acontecendo, que está acima, inclusive, dos índices autorizados pela agência.

Eu não vou entrar em detalhes dos custos, mas eu queria falar um pouquinho do aspecto macro, porque eu acho que é um desafio grande que nós temos pela frente.

Nós temos pela frente, aí... Estamos passando por uma transição demográfica, o envelhecimento da população. Em 2030, cerca de 21% das pessoas vão ter mais de 60 anos.

Nós também estamos passando por uma questão de transição epidemiológica. As doenças mudaram, as doenças crônicas estão, de certa forma, incidindo mais na população, até por conta de que nós estamos vivendo mais. Viver mais custa caro. É preciso que todo mundo saiba disso.

Nós estamos passando por uma questão de uma transição tecnológica. O Cechin mostrou a incorporação tecnológica, e essa transição tecnológica leva a incorporações tecnológicas de forma acrítica. E essas incorporações tecnológicas de forma acrítica têm um custo extremamente elevado.

Esse é um estudo do IESS, em que se calcula que em torno de 19% do custo assistencial advém de fraudes ou de mau uso da saúde de forma geral. E nós começamos a enxergar isso e falamos: "Tá bom, mas discutir reajuste de plano de saúde é fundamental?" Eu acho que é importante sim, mas eu acho que nós temos coisas bem mais importantes para discutir do que simplesmente reajustes de plano de saúde.

Aqui, mostrando o envelhecimento da população...

Nós temos, hoje, um modelo assistencial no País que é um modelo assistencial que se praticava há 40, 50 anos. Ou seja, há um sistema, que é o chamado *fee-for-service*, ou seja: gasta-se tanto quanto é atendido. Não existe nenhum controle de qualidade. E eu digo isso tanto no setor privado quanto no setor público. O setor público talvez tenha uma dinâmica diferente, mas com certeza...

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. ORESTES BARROZO MEDEIROS PULLIN - Mas com certeza a dinâmica do setor público é diferente da do setor privado.

Mas eu posso dizer que, hoje, nós temos uma questão de acompanhamento de tecnologia, mas tecnologia de informação, tecnologia de comunicação.

Hoje nós temos uma dificuldade muito grande com relação a indicadores de qualidade do serviço de saúde, sejam eles quais forem. Nós temos perto de 3 mil hospitais credenciados no Brasil, e eu posso garantir para os senhores que uma pequena parte desses hospitais tem, efetivamente, modelos ou sistemas de qualidade em que a gente pode confiar, e que os indicadores são razoáveis, e dá para acompanhar a qualidade.

Nós temos hoje questão de gestão, questão de *compliance*, questão de governança dentro das organizações, tanto organizações privadas quanto organizações públicas. Nós temos hoje a questão da racionalização da regulação, e eu tenho acompanhado bastante o trabalho da agência, a gente reclama, a gente entra em... Mas, efetivamente, eu acho que o sistema evoluiu bastante com relação à racionalização da regulação, eu acho que tem muito caminho para a gente trabalhar pela frente, mas entendo que ela foi importante num momento de mudança de paradigma do País.

E volto a insistir aqui numa questão que hoje nós - talvez essa seja uma oportunidade de sentar setor público e setor privado para poder discutir saúde - não discutimos. Nós não sentamos, o setor público... Somos antagônicos: existe uma questão ideológica de um lado e existe uma questão financeira, que eu vou mostrar para frente, que a gente não evolui nessa discussão de mudança de modelo. Nós temos que mudar o modelo de assistência à saúde, a forma de pagamento, a forma de relacionamento. Nós temos que mudar o modelo e inserir a atenção primária dentro do sistema de saúde do Brasil, ou do sistema de saúde privado no Brasil. Fora do País, 40% dos médicos trabalham em atenção primária. No Brasil nós, talvez, não tenhamos 1% de médicos qualificados em fazer a atenção primária bem feita. Nós precisamos qualificar esses médicos, e esse é um trabalho imenso que a gente tem pela frente.

Mas eu queria terminar...

(Soa a campanha.)

O SR. ORESTES BARROZO MEDEIROS PULLIN - Meu tempo está terminando, e eu queria terminar com esse gráfico, para que a gente possa enxergar muito bem qual é o problema do Brasil. Nós temos - se vocês olharem a bandeirinha do Brasil ali e olharem do lado, vai estar a Inglaterra. Brasil e Inglaterra são dois países muito semelhantes no seu PIB. O Produto Interno dos dois países é muito semelhante. O Brasil gasta em torno - ali está 8%, mas hoje está

em torno de 9% do PIB, na saúde, e a Inglaterra também gasta em torno de 9% do seu PIB em saúde. O Brasil hoje está gastando - 55% do financiamento de saúde vem do setor privado e 45% vem do setor público; e a Inglaterra tem, obviamente, uma prevalência do setor público no financiamento da sua saúde. Mas tem um fator fundamental, que é a quantidade de pessoas que nós temos no País: a Inglaterra tem 60 milhões de pessoas e nós temos 200 milhões de pessoas. No momento em que você divide o que se gasta em saúde pela quantidade de pessoas, nós ganhamos de maneira muito difícil da China e do México; nós perdemos para todos os outros.

Eu acho que se o setor público e o setor privado não conversarem de maneira adequada, tirando a questão de regulação, mas olhando a questão do que nós precisamos no nosso País, eu acho que nós vamos continuar brigando aqui com relação a reajustes, com relação a questões que eu acho menores dentro dessa discussão de saúde.

Obrigado a todos.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Nós que agradecemos ao Sr. Orestes Barrozo Medeiros Pullin, Diretor Presidente da Unimed do Brasil, pela sua contribuição como palestrante nesta audiência pública. E vamos, na sequência, já ouvir o Sr. José Luiz Toro da Silva, Consultor Jurídico da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde.

Dez minutos também para a sua contribuição.

O SR. JOSÉ LUIZ TORO DA SILVA - Senador Beber, Senadora Ana Amélia, componentes desta Mesa, representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar, lideranças das autogestões, senhoras e senhores. A Unidas vem também dar a sua contribuição nesta audiência pública em que nós queremos chamar a atenção para dois projetos que estão aqui em discussão: um projeto do Senador Cássio Cunha Lima, que, justamente, propõe que o índice máximo de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos de assistência e saúde devem ser fixados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, assim como hoje ocorre com os planos individuais familiares; e o projeto do Senador Eduardo Amorim, que veda a rescisão unilateral nos planos coletivos.

Na verdade, nós aqui representamos um setor, que é das autogestões de saúde. Mais de 5 milhões de trabalhadores e servidores públicos se reúnem desta forma para a prestação de serviços à saúde. É um setor que não tem finalidade lucrativa. E nós temos um tratamento jurídico muito semelhante às operadoras do mercado. Nós, inclusive, entendemos que há que se fazer um tratamento diferenciado para as autogestões, há que se incentivar os trabalhadores e os servidores públicos a se organizarem sob a forma de autogestão.

Nas autogestões, como o próprio nome diz, esses trabalhadores, esses servidores, eles participam, direta e indiretamente, da vida, do destino, das decisões dessas operadoras - inclusive, em face até mesmo da norma que trata das autogestões, a Resolução Normativa 137, que deixa claro que o ato constitutivo da entidade de autogestão deverá conter o critério e a forma de participação dos beneficiários titulares que contribuem para o custeio do plano. Portanto, esses planos são administrados, são geridos pelos próprios trabalhadores, pelos próprios servidores públicos.

Entendemos que, nas autogestões, devem os senhores legisladores dar um tratamento diferenciado, porque é um setor que tem o maior número de idosos, é um setor em que basicamente os seus contratos são contratos coletivos empresariais em que muitas vezes se têm coberturas maiores até do que aquelas determinadas pelo órgão regulador, e a maioria dos nossos contratos, dos nossos planos, tem uma abrangência nacional. Porque, enquanto o mercado pode escolher onde ele vai atuar, onde economicamente é melhor para ele atuar, as autogestões não podem - onde houver um carteiro, o serviço Postal Saúde deverá estar lá para dar atendimento a esse carteiro; onde houver um funcionário do Banco do Brasil, a Cassi deve estar lá; onde houver um servidor público nesses rincões do Brasil, a Geap está presente; e diversas outras operadoras no nosso setor estão presentes com cobertura nacional. E não podem escolher onde elas vão atuar; vão atuar onde está o seu beneficiário, onde existir, então, há essa necessidade.

Entendemos que também não podemos ter muitos padrões diferenciados de cobertura, muitos produtos a oferecer, porque, como esses planos são planos empresariais, onde há, subjacente, uma relação de emprego ou uma relação de serviço público, não temos também muitas diferenças para serem ofertadas, porque existe uma isonomia trabalhista que também deve ser observada. E a nossa preocupação é justamente a saúde, é a atenção ao trabalhador e ao servidor público. E muitas das deliberações que são tomadas, tanto no que concerne ao modelo de planos como à questão de reajustes, é em decorrência de negociações coletivas, de acordos coletivos, de decisões que são tomadas por assembleias e beneficiários.

As autogestões se classificam em três formas: nós temos as autogestões de recursos humanos, quando a própria empresa tem um plano de saúde e gere um plano de saúde para os seus empregados; nós temos grupos de empresas que se organizam e que são os patrocinadores, os mantenedores das autogestões; e nós temos as associações e fundações de categoria profissional, para determinada categoria profissional, que prestam, portanto, assistência à saúde aos seus beneficiários.

Nós estamos falando, portanto, de contratos coletivos - coletivos empresariais, na sua grande maioria, coletivos por adesão quando se fala das associações e fundações de determinadas categorias profissionais.

Na verdade, hoje, o Superior Tribunal de Justiça já pacificou o seu entendimento com referência à possibilidade de os planos coletivos estabelecerem um índice de reajuste diferenciado; não aquele, na verdade, a que estão sujeitos os planos individuais familiares, por reconhecer essa especificidade, essas características próprias, essas negociações que são feitas através de pessoas jurídicas ou através de representações de empregados e servidores.

Portanto, nós entendemos que estes projetos estão na contramão, esses projetos vêm, na verdade, no afã, muitas vezes... A gente entende que às vezes a ideia é proteger, mas acaba se desprotegendo, porque a forma de reajuste dos planos de saúde e das autogestões tem uma série de especificidades.

Nós vamos ter situações em que o reajuste poderá ser inferior até mesmo ao índice estabelecido pela ANS, porque nós temos autogestões onde esses reajustes estão ligados à questão de salário, à questão de remuneração. São reajustes, muitas vezes, definidos pelos próprios beneficiários que participam dos conselhos deliberativos superiores, que participam de assembleias, que seguem, portanto, critérios atuariais, então em determinados momentos pode ser que esta categoria, que esses trabalhadores entendam que esse reajuste tem que ser até superior àquele estabelecido pela ANS, tendo em vista as necessidades, tendo em vista os cálculos atuariais que são realizados. Isso é discutido em dissídios, em acordos coletivos, portanto existe um tratamento diferenciado.

Nós entendemos que nós devemos prestigiar, de certo modo, a autonomia da vontade. Nós entendemos que a regulação deve ser a última *ratio*, a regulação deve estar presente quando não existir outra saída, outra alternativa, mas no nosso setor das autogestões, na realidade, o que nós vemos é justamente isto: os trabalhadores e os servidores, através dessas suas entidades, estabelecendo os reajustes dentro da necessidade, dentro da conveniência, dentro de critérios que são estabelecidos com a participação de todos.

Portanto, nós entendemos que essa proteção que pode vir, ao invés de proteger, acaba desprotegendo. Nós entendemos que a lei, quando estabelece o reajuste da ANS somente para os planos individuais familiares, ela está correta, porque esse individual familiar precisa ser protegido, é o hipossuficiente, ele está sozinho nesta relação de consumo. Mas nas autogestões nós não temos relação de consumo. Nas autogestões são os próprios trabalhadores, os próprios servidores que participam diretamente da vida, portanto, de suas entidades. Nós entendemos que esses projetos, especificamente, que venham a engessar o setor, eles acabam indo na contramão da própria reforma trabalhista que o Congresso acabou de editar, no sentido da flexibilização, no sentido de os trabalhadores e de os empregadores poderem, então, discutir livremente determinadas condições do contrato de trabalho e, portanto, impor que o índice de reajuste seja aquele fixado pela Agência Nacional para os planos coletivos das autogestões. Nós entendemos que isso está indo de encontro, está indo, de uma forma, contra uma tendência que foi aprovada pelo Congresso na reforma trabalhista.

Nós precisamos perceber, na realidade, a experiência de outros setores. Sabemos, por exemplo, que nas próprias questões dos planos de saúde nós tivemos, no afã de proteger... Hoje nós sabemos que o mercado, no que concerne aos planos individuais e familiares, muitas operadoras não têm interesse em vender, em disponibilizar planos individuais e familiares. Então, às vezes, no afã de proteger, se tem exatamente um efeito contrário.

Eu sempre gosto de trazer à colação o que aconteceu na lei do inquilinato. Os mais antigos devem se lembrar que nós tínhamos uma lei do inquilinato extremamente rígida, em que, na realidade, a retomada do imóvel só podia ser feita para uso próprio, de descendente ou ascendente. O que acontecia naquela época? Aqueles que tinham imóveis que poderiam colocar no mercado simplesmente não os colocavam, não alugavam os seus imóveis. Aos poucos que colocavam o que acontecia? O preço crescia. Era um preço exorbitante porque poucos, na verdade, queriam se sujeitar àquele sistema, que era o da denúncia fechada na realidade.

(Soa a campainha.)

O SR. JOSÉ LUIZ TORO DA SILVA - O que acontece? Os senhores legisladores alteraram a legislação de inquilinato, estabeleceram a figura da denúncia vazia, estabeleceram que após 30 meses pode ocorrer imotivadamente a rescisão de um contrato locação. E o que aconteceu no mercado? Os imóveis apareceram. Aqueles imóveis que estavam fechados voltaram para o mercado de locação. E o que aconteceu com o preço? Caiu. Hoje a gente não vê mais problemas no mercado de locação. Muito pelo contrário, o preço hoje é bem inferior ao que nós tínhamos antes, com aquela legislação extremamente protecionista.

Portanto, Srs Senadores, Srª Senadora, nós entendemos, as autogestões, que há sim a necessidade de ter regulação dos planos privados de assistência à saúde. Mas essa regulação deve ter limites. Essa regulação não pode ser excessiva. Até porque a diferença entre o remédio e o veneno é só uma questão de dose. Uma dose excessiva de regulação, às vezes, ao invés de proteger...

(Soa a campanha.)

O SR. JOSÉ LUIZ TORO DA SILVA - ... acaba desprotegendo.

E nós não podemos esquecer - e aqui eu termino, Sr. Senador - que existe uma regra básica na economia que diz: *don't have free lunch*, não existe almoço grátis; alguém sempre vai ter que pagar a conta.

Muitas vezes, no afã de proteger, nós acabamos desprotegendo. Acabamos fazendo com que esse setor, que hoje já sofre muito... Na verdade, como os meus antecessores falaram, a questão não é o reajuste, mas o porquê do reajuste, o modelo que nós escolhemos para a regulação dos planos de assistência à saúde.

Por sinal, a Câmara dos Deputados está discutindo a flexibilização dessa norma, os planos acessíveis, os planos populares, porque nós sabemos que a questão do valor, na verdade, não é o reajuste, não é limitando o valor do reajuste que nós vamos resolver o setor. A discussão é muito mais ampla.

A Unidas está à disposição das Sr^{as} e dos Srs. Senadores para este debate.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Eu gostaria de cumprimentar, agradecendo a contribuição, o Sr. José Luiz Toro da Silva, que nos abrilhantou com essas informações sobre os sistemas de autogestão em saúde.

Vamos, de imediato, para o nosso oitavo palestrante da tarde, o Sr. Paulo Jorge Rascão Cardoso, Diretor de Produtos da Amil Assistência Médica Internacional, que dispõe de 10 minutos para sua apresentação.

O SR. PAULO JORGE RASCÃO CARDOSO - Primeiramente, boa tarde.

Obrigado pelo convite.

Senadores aqui presentes e todos que estão nos assistindo e quem está nos assistindo pela internet, eu não tenho apresentação. Só vou fazer algumas observações a respeito de alguns pontos que já foram comentados, tentando contextualizar com a realidade da empresa que eu represento.

Eu represento hoje uma empresa que tem 3,8 milhões de beneficiários em planos médicos e em torno de 2 milhões de beneficiários em planos odontológicos nas diversas segmentações de mercado determinadas pela Agência Nacional de Saúde, quais sejam: os planos individuais, os planos coletivos empresariais, os planos coletivos por adesão e os planos odontológicos, como a gente comentou aqui há pouco.

Para cada um desses planos, para cada um desses mercados foi determinado um tipo de reajuste, uma fórmula de cálculo de reajuste. Para planos individuais, como todos vocês sabem, o reajuste é definido, ele é autorizado, ele é aprovado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e é aplicado em toda a carteira de planos individuais de uma determinada operadora. Aquela é uma referência máxima para a aplicação do reajuste da carteira do individual.

Eu acho que todos vocês sabem bem as dificuldades que hoje há, dependendo da praça em que a gente se encontre, de encontrar à disposição um plano individual.

Acho que todos também entendem que uma das grandes questões que acabaram determinando essa dificuldade de equacionar todas as questões que já foram aqui apresentadas em relação à variação das despesas assistenciais e ao preço, ao reajuste de seus preços, fez com que muitas das operadoras não conseguissem continuar ofertando esse produto para a sociedade.

Nos planos coletivos empresariais, a agência criou, alguns anos atrás, um artifício para aqueles pequenos contratos, para aqueles que têm até 29 de beneficiários - já foi que comentado pela Karla e pelo Rafael - que é o *pool* de PME. O que esse *pool* faz? O que ele determina? Na verdade, ele é uma forma de proteger o contratante desse tipo de contrato na hora em que o reajuste não é aplicado individualmente de acordo com a variação da despesa daquele contrato particular e é feito, sim, com todo o *pool* de contratos que têm até 29 beneficiários. Isso faz com que empresas que têm 3, 4, 5, 10 beneficiários que eventualmente tiveram um evento catastrófico na sua carteira, alguém que teve alguma doença importante, um câncer ou mesmo uma internação por um acidente, que teve que permanecer em um CTI por muito tempo - um tratamento de alta complexidade, de alto custo - não tenha o seu contrato reajustado individualmente, da mesma forma que pessoas, que contratos que não tiveram absolutamente nenhuma utilização naquele período vão ter um reajuste exatamente para que aquele *pool* de contratos tenha um único índice de reajuste, mas em que todos estão protegidos dentro desse grupo. Para os coletivos empresariais acima de 30 beneficiários, as negociações são feitas entre a empresa e o contratante e operadores de acordo com todos os termos que estão definidos nos contratos na hora da contratação.

É claro que eu entendo, e todo mundo aqui entende, que é complicado para as pessoas conseguir esclarecimento na hora da contratação sobre todos os itens que estão naquele contrato. Esses itens seguem uma série de determinações da

Agência Nacional de Saúde Suplementar e, por conta disso, por conta dessa necessidade de se atingir um pouco mais de transparência, algo que foi até muito cobrado aqui pela Ana Carolina mais cedo, é que outras regulações foram colocadas no mercado. Regulações essas que, por exemplo, nos obrigam a colocar não no *site* da ANS, mas no *site* das operadoras, na área logada de cada um dos beneficiários todo e qualquer item que foi consumido por ele ao longo de um período.

Então, hoje, se você entra no *site* da sua operadora, todos os procedimentos estão lá descritos com o local onde você fez, o dia e o valor daquele grupo de procedimentos. Então, é o acumulado das consultas, é o acumulado dos exames e procedimentos e mesmo das internações. Isso é uma determinação que hoje é cumprida pelas operadoras, uma determinação da agência, um dos outros caminhos, uma das formas que se encontrou para se tentar trazer mais transparência para isso.

Sempre que há a aplicação de um reajuste em um contrato, a fórmula, o modelo pelo qual se chegou àquele número também está à disposição do beneficiário, caso ele queira. E, além de ter essas informações todas o *site* da sua operadora, a área logada a que só o cliente tem acesso, se ele entrar em contato com o Disque ANS ou com a internet da ANS, a ANS nos encaminha sempre os pedidos de esclarecimento que serão feitos se o cliente ainda tiver alguma dúvida. E ele pode sempre, vou reiterar aqui, procurar primeiro a sua operadora. Então, essas informações estão lá destacadas para ele.

Uma coisa para que eu gostaria também de chamar muita atenção é que, no modelo de regulação e no modelo de saúde suplementar que nós optamos no Brasil, a gente optou por uma coisa que também já foi dita aqui, mas que tem que ser lembrada, que tem um nome complicado: é chamada de pacto intergeracional. Isso faz com que pessoas mais jovens, que têm a tendência de utilizar menos, paguem um preço maior para poder financiar as gerações mais antigas. Então, hoje, como vocês sabem, a variação entre a primeira faixa etária e a última faixa etária não pode ser superior a seis vezes. Isso faz com que, mesmo quando as pessoas passem dos 59 anos, e os seus custos vão crescendo ano a ano - o Cechin mostrou na apresentação dele esse comportamento não só no Brasil, como em diversos países -, esse aumento dos custos é financiado não por aquela geração, não pelas pessoas acima de 59 anos, mas por todas as gerações. E claramente isso faz com que o preço do acesso de uma pessoa mais jovem esteja encarecido por conta desse pacto intergeracional. Isso é algo por que a sociedade brasileira optou para ter os seus planos de saúde.

E é muito importante, na hora em que a gente vê explicitado, como o Cechin também colocou, um tratamento que ele me provocou aqui, que é o tal do Zelboraf, que é, na verdade, uma quimioterapia para o melanoma metastático, que hoje está incorporado no rol da ANS, tratamento que, no ano, para um paciente, chega a custar mais de R\$500 mil, aquilo não é bancado pelo paciente que usou aquele medicamento, mas por aquele contrato, eventualmente, por um *pool* de contratos; eventualmente, por uma série de gerações que estão financiando, exatamente no modelo chamado mutualismo, o acesso àquele tratamento para todos que um dia tiverem necessidade.

Existem formas de a gente fazer com que esses reajustes sejam oferecidos de uma forma menor? Existem, mas, como eu acho que todos já falaram aqui, sem dúvida nenhuma, controlar esse reajuste pela agência ou por qualquer outro órgão seria um grande equívoco. A gente não consegue melhorar as eficiências, trazer mais qualidades para esse sistema e para todos os fatores que estão envolvidos no aumento das despesas apenas apertando o final, que é o reajuste dos preços. O que a gente tem que entender é como a gente traz mais eficiência para o setor. E, para isso, nós precisamos dessa visão conjunta do público e do privado, mas também a gente tem que criar maneiras de, por exemplo, oferecer mais alternativas para a sociedade, alternativas de novos produtos, alternativas de o próprio indivíduo participar na hora da sua utilização, porque aí, Ana Carolina, ele vai saber exatamente quanto custa uma consulta, como você comentou.

Não existe mal nenhum em fazer com que o indivíduo, obviamente variando de acordo com o seu poder aquisitivo, tenha uma participação mínima na sua utilização. Diversos sistemas públicos fazem isso hoje nos seus sistemas de saúde. Um exemplo bem próximo da gente é Portugal, que faz isso no seu sistema público. Todo indivíduo que vai a uma consulta paga um valor pequeno. Ele tem noção de que aquilo gera um custo para o sistema do qual ele participa.

Criar mecanismos mais avançados de coparticipações e franquias é uma forma de você criar alternativas de produto. Não estaríamos obrigando ninguém a participar de um produto como esse...

(Soa a campainha.)

O SR. PAULO JORGE RASCÃO CARDOSO - ... mas você criaria mais uma alternativa.

Fazer com que haja maior transparência e maiores informações médicas na entrada no sistema de saúde, através de uma declaração de saúde mais ampla, em que a operadora, através dos seus canais responsáveis, as áreas técnicas, se sentissem e fossem obrigadas a definir canais de tratamento, linhas de tratamento de cuidado para as diversas doenças que hoje acometem os seus beneficiários seria uma outra forma de a gente trazer uma maior prevenção daqueles custos que são catastróficos. Se essas operadoras, que são grandes gestores de sistemas de saúde, tivessem essa informação na entrada,

poderiam se fazer uma série de programações para que aquele custo venha de uma forma mais ordenada, e não apenas nos custos catastróficos como quando um paciente diabético abre um quadro de insuficiência renal ou, eventualmente, quando algumas outras complicações aparecem para determinadas doenças crônicas.

Eu gostaria só de terminar também lembrando um outro índice que já foi mais ou menos comentado. A Ana Carolina também fez o comentário da quantidade de reclamações. Hoje o índice publicado pela Agência Geral de Reclamações para as operadoras de grande porte é três. A tradução desse número é: três reclamações para cada dez mil beneficiários no período que foi apurado. Aquele período de apuração hoje é mensal. Se vocês olharem o histórico desse número - também está à disposição uma planilha completa no *site* da agência -, conseguem ver que esse número de reclamações, esse índice de reclamações vem caindo ao longo do tempo. E vem caindo por uma série de iniciativas do sistema para oferecer cada vez mais informações para o seu beneficiário nos *sites*, explicações de formas de contratação, explicações de modelos de reajuste, determinadas cláusulas contratuais, qual é a diferença entre um coletivo por adesão e um coletivo empresarial, que gera algumas confusões em algumas pessoas. Enfim, é através da maior transparência também, como já foi dito aqui, que a gente acha que muitos desses desafios e falta de compreensões podem ser endereçadas.

Eu me coloco à disposição para perguntas, para o debate posterior.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Nós que agradecemos ao Sr. Paulo Jorge Rascão Cardoso pela contribuição nesse seus dez, doze minutos de explanação.

Na sequência, vamos fechando o rol dos nossos nove convidados, conferindo a palavra ao Sr. Adilson Moraes da Costa, atuário da Geap Autogestão em Saúde. Então, tem dez minutinhos.

O SR. ADILSON MORAES DA COSTA - Boa tarde a todos. Muito obrigado pela oportunidade. O assunto reajuste... Não sei se está ouvindo. Está ouvindo aí? (*Pausa.*)

Acho que o termo "reajuste" já foi amplamente tratado aqui, nos seus detalhes. Boa parte dos meus eslaides já foi tratada aqui de forma bastante detalhada. Então, vou me deter mais no caso específico da Geap, que funciona como um estudo de caso de tudo que foi tratado aqui.

A Geap Autogestão em Saúde é a segunda maior autogestão do Brasil, só fica atrás da Cassi, que é dos servidores do Banco do Brasil. Ela não tem fins lucrativos e é gerida pelos próprios beneficiários, através dos conselheiros. Então, o dono da Geap são os seus próprios beneficiários. Ela oferece seis planos de saúde. Agora, no próximo dia 29, ela vai fazer 72 anos. Em 2016, ela movimentou R\$3,4 bilhões. E ela tem 473 mil beneficiários. Metade da carteira dela, metade da carteira da Geap tem mais de 59 anos. Como já foi dito aqui várias vezes, o custo assistencial do idoso é bem maior do que o dos mais jovens, e isso carrega bastante o preço da nossa carteira. Metade tem mais de 59 anos. Dessa metade desses idosos, dois em cada três são mulheres.

Sobre esses reajustes, vários motivos já foram tratados aqui. E em dois eu queria me deter um pouco mais, que é o crescimento do valor dos insumos e da utilização. Já foi falado aqui também do *fee-for-service*, que é um termo técnico para o modelo de pagamento do plano de saúde.

Clemente Nóbrega, em um livro que escreveu, *Inovação em Saúde*, falou que o sistema de saúde se assemelha a uma churrascaria rodízio: você entra, paga um valor fixo e o utiliza à vontade. Basicamente, é isto que acontece no plano de saúde: o assistido paga um valor todo mês e vai usar o plano de saúde, e o que for que ele usar já está dentro do preço. Isso não faz ele refletir sobre aquele custo do plano. Já está pagando todo mês, e, então, não faz diferença se está sendo caro ou barato.

Na outra ponta, o prestador de serviço lucra mais, tem mais receita, quanto mais o beneficiário utilizar. Então, o beneficiário usa e não tem noção do preço, se não tiver coparticipação. Na outra ponta, o prestador de serviço arrecada mais se ele utilizar mais. Então, esse sistema de incentivo de utilização eleva bastante o preço, porque eleva muito a utilização. Por outro lado, a operadora de plano de saúde glosa muitos desses procedimentos, porque muitos são utilizados de forma indevida, não deveriam ser utilizados, não foram utilizados de forma adequada. Então, cria-se uma discussão entre o prestador e a operadora de plano de saúde.

No final dessas contas, você tem um preço muito alto, e o beneficiário não é bem atendido, porque o sistema não incentiva a melhoria das condições de saúde do beneficiário. Na verdade, quanto mais ele utilizar, mais os prestadores e tudo mais têm mais receita. Esse é o sistema *fee-for-service*. Esse termo técnico basicamente é isso. E esse sistema, pelo que a gente vê nos livros, nas bibliografias que tratam desse assunto, é o principal motivo da elevação do custo assistencial. Isso acontece no Brasil e em vários outros países que têm essa mesma forma de pagamento.

Já foi demonstrado aqui também que o idoso gasta mais ou menos sete vezes o custo do mais jovem da primeira faixa etária. Se comparar o preço, o custo de quem tem mais de 59 anos é sete vezes maior do que o de quem tem menos de 18 anos. No nosso caso da Geap, como há bastante gente após os 59 anos... As faixas etárias dos planos de saúde são dez, indo de 0 a 18 anos e, depois, de cinco em cinco anos, até 59 anos. Dali para frente, é uma faixa só. Então, com 59 anos, há uma grande distribuição de pessoas. Todo mundo pode estar muito próximo de 59 anos ou próximo de 70 anos ou de 80 anos. No caso da Geap, grande parte dos nossos idosos já tem bem mais de 59 anos. Então, lá o custo assistencial do idoso é maior do que sete vezes que o da primeira faixa etária.

A ANS limita a cobrança da tabela de preços em seis vezes da primeira faixa etária. E, quanto aos nossos preços, aos preços da Geap, a última faixa etária representa cinco vezes a primeira faixa etária. Então, ainda se torna mais difícil administrar, apesar de atingir o nosso foco, que é beneficiar, atender bem e haver um preço mais baixo para o beneficiário.

A gente tem outra particularidade lá com relação ao custeio, que é o seguinte: parte da contribuição vem do beneficiário, parte vem da União, dos patrocinadores. E o repasse da União não vem ocorrendo, o reajuste não ocorre todo ano. Então, quando há aumento do preço do nosso plano e quando o patrocinador não tem aumento na sua contribuição, todo o reajuste se concentra no beneficiário. A gente recebe reclamações por conta disso, porque, quando a gente anuncia um reajuste, na verdade o que vai no bolso do beneficiário é um reajuste maior porque o patrocinador não reajusta o seu repasse todo ano.

A gente tem outra situação na Geap, que é a seguinte: metade, 46% da nossa carteira têm ação liminar contra os reajustes. Metade paga menos do que o preço de tabela. Esses que têm um preço reduzido, a metade que tem o preço reduzido tem de ser coberta pelos outros beneficiários, porque a gente só tem contribuição do beneficiário e do patrocinador. O patrocinador não aumenta a sua contribuição. Então, essas ações liminares tornam difícil a gente administrar porque o preço ainda é maior. Quem paga no preço justo paga mais, porque tem de pagar o dele e tem de pagar o valor de quem tem ação liminar para pagar menos.

Deixe-me passar alguns eslaides que já foram tratados aqui.

Já foi dito aqui que a inflação dos custos de saúde é maior do que a inflação do IPCA, por exemplo. Esse gráfico mostra um histórico de variação de preços na saúde e do IPCA. Nós vemos que a linha verde, a de cima, representa a inflação do custo de saúde e que a debaixo é a do IPCA. O custo de saúde sobe muito mais do que a inflação utilizada como referência pelo Governo, que é o IPCA.

Aí nós temos feito algumas ações no sentido de tentar administrar melhor. Nós estamos fazendo campanhas de uso consciente, para que o beneficiário, quando for utilizar o plano, use exatamente..

(Soa a campanha.)

O SR. ADILSON MORAES DA COSTA - ...aquilo que é necessário.

A gente tem trabalhado bastante para derrubar as ações liminares, porque isso prejudica muito os demais beneficiários que não são contemplados nessas liminares.

Nós estamos criando planos mais acessíveis, mais baratos. Estamos criando uma série de planos para atender melhor aos nossos beneficiários.

É isso.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Agradecemos ao Sr. Adilson Moraes da Costa a sua contribuição.

Eu gostaria de, antes de passar a palavra aos Senadores, dizer que esta audiência pública foi requerida pelos Senadores Humberto Costa, Regina Sousa, Randolfe Rodrigues e pela Senadora Ana Amélia, do Rio Grande do Sul.

Então, quero agradecer realmente a todos os palestrantes nesta primeira fase de apresentação e dizer que nós temos aqui algumas interações com o pessoal que nos tem acompanhado pelo Portal e-Cidadania.

Maria da Conceição Alves Gomes, do Rio de Janeiro, fez a seguinte indagação: "Ao determinar preço a ser praticado pelo mercado, não surgiriam os riscos típicos do tabelamento, como a escassez de oferta?"

Também do Rio de Janeiro, há a participação de Son Marinho: "Planos de saúde têm de ter um índice de reajuste máximo? E o papel do órgão regulador, que é a ANS, como fica?"

Novamente, o mesmo cidadão Son Marinho pergunta: "A ANS tem como uma de suas atribuições principais a regulação do mercado de planos de saúde. Como órgão regulador, será que a ANS tem que determinar preço praticado no mercado, livremente negociado entre operadora e empresas?"

Então, são três indagações que foram dirigidas a todos. Mas, de qualquer forma, eu vou conceder a palavra à Senadora Ana Amélia, que é uma das que subscreveu o requerimento pedindo que esta audiência acontecesse no dia de hoje.

Com a palavra a Senadora.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Muito obrigada, Senador Dalirio Beber. Quero agradecer-lhe em nome daqueles que requereram esta audiência e que, por algum motivo, não puderam comparecer a esta audiência pública de alta relevância.

Estamos tratando daquilo que... Nos anos anteriores, ter um plano de saúde estava no rol daquelas prioridades de cada cidadão brasileiro. A prioridade é a casa própria, o automóvel e um plano de saúde, exatamente pelas deficiências que temos no sistema universal público, que é o SUS.

A minha participação foi tão somente a de ter proposto ao Senador Randolfe a inclusão da Geap. Mas, como está aqui o representante da entidade, se eu tivesse me dado conta, eu dispensaria o pedido, embora ele tenha trazido informações muito relevantes.

A minha pergunta inicial é: quanto o setor de autogestão participa do mercado brasileiro do setor privado que está operando? Esta é a primeira pergunta: de quantos por cento é a participação do setor de autogestão?

Chamou-me muito a atenção a expressão usada pelo nosso mais entusiasmado defensor do sistema, lá no final. Acho que foi o senhor que falou usando a expressão "autonomia da vontade". A expressão "autonomia da vontade" me chama muito a atenção nisso. E, puxando a autonomia da vontade, o que é que é? É a vontade do trabalhador de ter um plano de saúde. Entendi dessa forma.

Aqui, o Adilson vem com o número de questionamentos na Justiça de um plano de saúde de autogestão. E a Justiça diz: "Não, você aumentou demais." Mas são as próprias pessoas que administram o plano... Eu fico pensando: como é que você justifica que você mesmo está questionando aquilo que é seu? Eu estou fazendo uma coisa errada... É uma contradição para mim, da mesma forma que é uma contradição o fato de que, na Caixa Federal, haja um passivo trabalhista de R\$6 bilhões. É uma empresa pública! É uma empresa... As pessoas que defendem um Estado grande dizem: "Essa é nossa, é do povo brasileiro." Então, como é que você tem, numa empresa pública como a Caixa, um passivo trabalhista de R\$6 bilhões?

Da mesma forma, agora, como é que se questiona, na Justiça, o reajuste de um plano de saúde de autogestão? Então, essa é uma questão, para mim, relevante.

Aqui, os Senadores se questionaram quanto à questão dos reajustes. Eu queria saber do setor privado e do setor de autogestão qual é o impacto que a judicialização nos planos de saúde gera no seu custo final. Quero saber se isso agrava e também se a ANS usa como parâmetro a questão da judicialização, para estabelecer também um nível de equilíbrio financeiro. Senão, vão acabar criando um problema maior.

E o que se viu aqui, nas exposições, é que, de fato, a situação do Brasil não é diferente. A China, por exemplo, a posição de um país do tamanho da China... O índice de participação da Austrália, o índice de participação do setor privado é bem maior. A China, não. A participação da China é mais equilibrada, mas, pelo menos, num país comunista, o setor privado ter essa participação também chama a atenção.

Então, eu começo com esse questionamento, para ser breve, porque, daqui a pouco, nós temos a nossa sessão deliberativa.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - É exatamente isso, Senadora Ana Amélia. Então, nós pedimos também objetividade dos nossos convidados, para que nós possamos encerrar, em função da Ordem do Dia, uma vez que já estão acontecendo votações no plenário do Senado. E é para lá que nós temos de nos dirigir, para cumprir a nossa obrigação.

O SR. JOSÉ LUIZ TORO DA SILVA - Estou falando, então, pela Unidas.

Quero agradecer os questionamentos da ilustre Senadora Ana Amélia.

Com referência às autogestões, hoje nós estamos com praticamente 5 milhões de beneficiários, num universo de 47 milhões de beneficiários nos planos médicos hospitalares. Então, esta é a proporção que as autogestões exercem: 5 milhões para 47 milhões, no caso dos médicos hospitalares. Nós entendemos que esse percentual poderia ser muito maior, se a legislação facilitasse a formação das autogestões.

As autogestões são o direito de o empregado, de os trabalhadores, de os servidores se auto-organizarem dentro até do princípio associativo previsto na Constituição Federal. Nós estamos, inclusive, trabalhando junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar e junto à Câmara dos Deputados, que está discutindo o Marco Legal, no sentido de dar um tratamento

diferenciado, de facilitar as autogestões, que estão sujeitas às mesmas normas de mercado, que estão sujeitas a Patrimônio Mínimo Ajustado, a uma insolvência, a provisões técnicas, a ativos garantidores e tudo o mais.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - É uma curiosidade, com a permissão do Presidente: o sistema tem, por exemplo, hospital próprio, tem laboratório próprio, tem serviço, ou ele terceiriza, com contratos?

O SR. JOSÉ LUIZ TORO DA SILVA - A grande maioria terceiriza. Existem algumas autogestões que até têm alguns serviços de saúde, mas nós temos o menor índice de verticalização de todo o setor. As autogestões, como não é o *core business* delas - muitas vezes, são empresas que têm planos de saúde para os seus próprios funcionários ou grupo de empresas que se organizam -, não têm, muitas vezes, redes próprias. Existem ambulatorios, existem alguns serviços, mas não é um índice de verticalização tão grande, ou, pelo menos, neste momento, não é.

Quanto ao segundo aspecto que a Senadora coloca, o da judicialização, a judicialização, sim, também impacta as autogestões, menos do que nos outros setores, proporcionalmente menos.

Quando vemos, por exemplo, essa questão que a Senadora menciona, a da Geap, boa parte dessas liminares, muitas vezes, é concedida, mas, em segunda instância, é cassada.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - É derrubada.

O SR. JOSÉ LUIZ TORO DA SILVA - Se nós verificarmos, inclusive, decisões recentes do STJ, prestigiando os contratos coletivos e prestigiando os reajustes que são celebrados pelos representantes, portanto, dessas autogestões... É claro que não são todos que participam, eles têm representantes tanto no Conselho como na Diretoria. Esses representantes tomam decisões lastreados em cálculos atuariais, em estudos profundos, tendo em vista, inclusive, as especificidades que o colega mencionou, até da própria Geap, de que, de cada três, dois são idosos com mais de 59 anos e mulheres.

Então, na realidade, existem situações que a jurisprudência tem, e muitas dessas liminares concedidas são cassadas mais à frente, tendo em vista essa questão.

Agora, é claro que existe, num primeiro momento, um clamor, até um desconhecimento com referência à questão dos custos médicos hospitalares, à sobrevivência do próprio sistema, mas a judicialização, sim, impacta os setores como um todo. Nós chegamos ao absurdo, por exemplo, em São Paulo, de ter uma súmula do Tribunal de Justiça, a Súmula 102, que estabelece a obrigatoriedade de tratamento experimental, quando a própria lei dos planos de saúde, de forma expressa, de forma clara, no seu art. 10, exclui essa cobertura. Infelizmente, esse é um problema sério.

Nós participamos, inclusive, de discussões no CNJ a respeito disso. Temos enunciados do próprio CNJ, dos fóruns de direito à saúde que foram realizados, mas esse é um dos grandes problemas. Inclusive, na Câmara, discute-se a alteração da lei, até para trazer para o texto da lei algumas questões que estão na regulamentação da ANS, para sinalizar melhor ao juiz qual é essa cobertura.

Há um desconhecimento, muitas vezes, pela sociedade - e aqui eu termino - de qual é o papel, na verdade, da saúde suplementar. Quem tem o dever de dar saúde, no sentido amplo, universal e igualitário, é o Estado. A saúde suplementar não está obrigada ao princípio da universalidade, da integralidade. Está obrigada, até pelo próprio art. 197 da Constituição Federal, a dar aquilo nos limites da lei.

Infelizmente, a questão da judicialização traz realmente um problema muito sério para o setor e acaba impactando muito o custo dos planos de saúde.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - José Luiz, eu lhe agradeço.

Pode falar bem rapidinho, por um minutinho, porque estão nos chamando lá, porque estão em votação nominal.

O SR. ADILSON MORAES DA COSTA (*Fora do microfone.*) - O.k.!

Senadora Ana Amélia, eu vou dar um número para a senhora que ilustra bem o impacto da...

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS. *Fora do microfone.*) - Está baixo o som do seu microfone. Ele não está ligado.

O SR. ADILSON MORAES DA COSTA - Perdão!

Eu vou dar um número para a senhora que demonstra bem o impacto dessas liminares. Na Geap, 46% dos beneficiários têm ação liminar para contribuir com um preço menor. O último reajuste que nós demos no plano foi de 23,44%. Se não tivéssemos liminares, o reajuste teria sido de 10%. Isso, eu acho, demonstra bem. É pontual.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - O senhor mostra esses números para os clientes?

O SR. ADILSON MORAES DA COSTA - Nós tentamos mostrar para os sindicatos, porque são ações dos sindicatos, e argumenta-se isso com o juiz, mas nem sempre o convence.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS. *Fora do microfone.*) - Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Senadora Ana Amélia, é pena, porque o nosso debate, agora, poderia se aprofundar muito. Isso seria, com certeza, muito elucidativo.

Mas eu gostaria de agradecer, em nome do Senado, da Comissão de Assuntos Sociais, à Karla, ao Rafael, à Ana Carolina, ao Reinaldo, ao José Cechin, ao Orestes Barrozo, ao José Luiz Toro, ao Paulo Jorge Rascão e ao Adilson por essa contribuição que nos ofereceram na tarde de hoje. Então, a todos vocês, realmente, o nosso mais sincero obrigado.

Agradeço a presença das Srªs Senadoras, dos Srs. Senadores e dos ilustres oradores participantes.

Nada mais havendo a tratar, declaro encerrada a presente reunião.

Muito obrigado.

(Iniciada às 14 horas e 46 minutos, a reunião é encerrada às 16 horas e 50 minutos.)