



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

REUNIÃO

11/07/2018 - 30ª - Comissão de Assuntos Sociais

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Havendo número regimental, declaro aberta a 30ª Reunião, Extraordinária, da Comissão de Assuntos Sociais da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura do Senado Federal.

Há expediente sobre a mesa, que passo a ler:

1) Ofício nº 1.179, da Câmara Municipal de Araraquara, São Paulo, que encaminha moção de repúdio à proposta de criação de um novo Sistema Nacional de Saúde, apresentada durante o 1º Fórum Brasil - Agenda Saúde: a ousadia de propor um Novo Sistema de Saúde, organizado pela Federação Brasileira de Planos de Saúde.

2) Ofício nº 214, de 2018, da Câmara Municipal de Hortolândia (SP), que encaminha moção de apelo pela apresentação de projeto de lei para a regulamentação e instituição de regime de aposentadoria especial no regime próprio da Previdência Social para os servidores públicos efetivos e, em especial, às pessoas com deficiência.

3) Carta de sugestão ao ex-Ministro da Fazenda Henrique Meirelles do cidadão Waldemar Pastore, de Ribeirão Preto (SP), sobre a necessidade de liberação das contas inativas do PIS/Pasep para os ex-trabalhadores que hoje são microempresários autônomos e informais.

Sugiro mandar essa carta para o ex-Ministro ao qual ela é enviada e também com cópia para o atual Ministro, o Guardia.

4) Ofício nº 1.196, de 2018, da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, solicitando apoio junto ao Ministério da Saúde para a suspensão da distribuição para crianças, de dez anos de idade, da Caderneta de Saúde do Adolescente.

Esse é para ser encaminhado ao Ministério da Saúde.

5) Correspondência da Frente Parlamentar de Luta contra a Tuberculose, encaminhada pelo seu Presidente, Deputado Antonio Brito, e direcionada ao Governo brasileiro por ocasião a Reunião de Alto Nível sobre Tuberculose da 73ª Assembleia Geral das Nações Unidas. A referida Frente acompanha a Política Nacional de Controle do Agravo à Saúde, além de buscar o aperfeiçoamento da legislação referente à saúde, assistência social, previdência, educação e ciência, entre outras áreas correlacionadas para a eliminação da tuberculose.

6) Ofício nº 4, de 2018, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que encaminha a prestação de contas de quatro anos de mandato da Diretora de Fiscalização da ANS, Simone Sanches Freire.

Informo que a Casa irá disponibilizar o relatório por *e-mail* para os Senadores e Senadoras, membros. Aliás, isso eu já pedi que fosse executado ontem.

Já foi feito? (*Pausa.*)

Hoje.

Então, é muito importante que, para a próxima audiência pública, nós tenhamos em mão essa prestação de contas dos últimos quatro anos da diretora de fiscalização.

Os referidos documentos ficarão à disposição na Secretaria desta Comissão para as consultas que se fizerem necessárias. O que eu mencionei irá, por *e-mail*, para os membros desta Comissão.

A presente reunião destina-se à realização de audiência pública para discutir as recentes decisões publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que autorizaram as operadoras a reajustarem os planos de saúde médico-hospitalar individual e familiar em até 10%, no período compreendido entre maio de 2018 e abril de 2019, e que atualizaram as regras para a aplicação da coparticipação e franquia em planos de saúde, possibilitando a cobrança de um percentual de até 40% por procedimentos realizados, em atendimento ao Requerimento nº 21, de 2018-CAS, de iniciativa desta Presidência, e ao Requerimento nº 22, de 2018, de iniciativa do Senador Lindbergh Farias e da Senadora Regina Sousa .

Informo que esta audiência pública é interativa. As pessoas com interesse em participar com comentários ou perguntas poderão fazê-lo por meio do Portal e-Cidadania (www.senado.leg.br/e-cidadania) e do Alô Senado, pelo telefone 0800-612211.

Gostaria de comunicar que esta audiência conta com a presença, como convidada, da Comissão de Seguridade Social e Família, da Câmara dos Deputados.

Convido para compor a Mesa nossos ilustres oradores: Gustavo de Barros Macieira, Diretor Adjunto Substituto da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Seja muito bem-vindo!

Convido Rafael Pereira Vinhas, Gerente-Geral da Gerência Regulatória da Estrutura dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Seja bem-vindo!

Convido Messias Alves Trindade, Diretor da Secretaria de Controle Externo da Saúde do Tribunal de Contas da União.

Bom dia. Não havia cumprimentado o senhor ainda.

Convido Marilena Lazzarini, Presidente do Conselho Diretor do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor.

Estávamos aguardando, mas não vamos mais aguardar, o Sr. Silberto Raimundo da Silva, que sentará ao nosso lado, no momento em que chegar, Diretor de Organizações Filiadas da Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos.

Quero adiantar que, devido a este dia conturbado que é o último dia de trabalho aqui no Congresso e pela representação que foi trocada de última hora pela ANS, relativamente a dois convidados, que nós iremos refazer esta é uma audiência pública em conjunto com a CCJ e provavelmente também com a Comissão de Assuntos Econômicos e a Comissão de Assuntos Sociais. Essa é uma iniciativa que tomaremos no dia de hoje, já encaminhando esses recursos.

Como é do conhecimento de todos, os aumentos que foram anunciados foram aumentos que a população não conseguiu entender, muito menos assimilar dentro do seu orçamento. A coparticipação e outras proposta com as quais nós tivemos contato somente pelos jornais e meios de comunicação foram recebidas com indignação tanto na Câmara dos Deputados quanto aqui no Senado Federal. Foram inúmeras as manifestação e por isso marcamos esta audiência.

Nós temos alguns projetos de pedidos para sustar essa ação da ANS, que estão na CCJ, que hoje não se reuniu, e vamos entrar em recesso. Mas nós vamos retomar isso. Em 15 dias isso será retomado com essa nova audiência pública e novas deliberações sobre o que está acontecendo.

Nós vamos dar, como de praxe, dez minutos para cada convidado.

Vamos começar primeiro com o representante da ANS, que é o Diretor Adjunto Substituto da Diretoria de Desenvolvimento Setorial.

V. S^a tem dez minutos para fazer as suas considerações, Sr. Gustavo Macieira.

O SR. GUSTAVO DE BARROS MACIEIRA - Bom dia a todos!

Obrigado pelo convite para estar participando aqui. Eu estou aqui para tentar esclarecer um pouco uma série de questões que estão sendo colocadas e que não refletem o que a norma realmente traz para o sistema.

Eu sou Gustavo de Barros Macieira. Eu sou Gerente de Assessoria Normativa e Contratualização dos Prestadores da ANS, Diretor Adjunto Substituto da Diretoria de Desenvolvimento Setorial. Sou servidor concursado da ANS. Estou na casa desde 2005. Já estive também na Diretoria de Fiscalização. Enfim, eu tenho um longo caminho já percorrido dentro da ANS.

Eu vou falar sobre a coparticipação e franquia. Com todos sabem, foi publicada, semana passada, retrasada, a RN 433, que trata sobre o assunto. Ela atualiza as normas da Consu nº 8, que estavam vigentes desde 1998 e continuam ainda, porque essa norma entra em vigor de 180 dias. Então, vou aqui fazer uma apresentação mostrando o que essa norma efetivamente trouxe de novo para o sistema.

Inicialmente, o que é importante, foram criadas modalidades novas de planos pela ANS? Não! As modalidades já existem e estão previstas na Consu 8. A ANS não criou nada, não criou modalidades de planos de saúde. A coparticipação e franquia estão previstas na Lei 9.656 e estão previstas também na Consu 8 desde antes da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A previsão legal dela está no art. 1º da Lei 9.656. Está prevista no § 1º, inciso IV, se não me engano, quando trata de mecanismos de regulação; posteriormente, no art. 16, que fala da necessidade de se prever em cláusulas, de estarem previstas as cláusulas contratuais que tratam de coparticipação e franquia no contrato. Quer dizer, permite a previsão das cláusulas no contrato e, em havendo coparticipação e franquia, elas têm que estar dispostas no contrato, conforme qualquer norma de transparência preza.

Aqui estão as competências da ANS. Ela tem a atribuição legal para tratar do tema, para normatizar o tema e para avaliar, acompanhar e fiscalizar. Eu tenho aqui os conceitos que estão vigentes na Consu 8. A franquia é o valor estabelecido no contrato de plano de seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolsos, quer nos casos de pagamentos à rede credenciada ou referenciada.

Coparticipação é a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano do seguro de saúde referente à realização do procedimento. Repetindo, essa é a norma que está em vigor. Isso não é uma norma nova. A gente detecta, e eu não estou falando de uma discussão recente, pois essa discussão está ocorrendo desde 2005, que as normas da Consu 8 são extremamente genéricas, vagas, sem estabelecer limites. Elas são, no que se refere a esse ponto, prejudiciais para o consumidor. Não que sejam prejudiciais, mas elas não são protetivas ao consumidor.

Aí a gente começa pelo fator restituidor severo ao acesso aos serviços. Tem sido falado muito que a ANS tem um entendimento sobre o que seria o fator restituidor severo. Esse entendimento não existe e não é consolidado. Ele é um conceito jurídico indeterminado e que precisa, no momento da aplicação da norma, ser considerado pelo aplicador; no caso, a fiscalização da ANS. Já houve momentos em que foram considerados os 30% que têm sido falados na imprensa, porém, esses momentos não foram longos. A maior parte do tempo, a ANS entendeu que os percentuais possíveis eram maiores. Eu vou mostrar isso mais adiante.

Além disso, a norma já prevê a incidência de coparticipação para internação. O que ela determina é que essa internação seja prevista em contrato, em valores fixos, e não há limites para essa cobrança. Então, uma cláusula contratual que traga um valor, vamos supor, de R\$10 mil, pode ser válida. Isso vai ter que ser analisado caso a caso. Aí a gente elenca alguns pontos que considera prejudiciais na norma: possibilidade de incidência de internações e atendimentos em pronto-socorro sem limites, a subjetividade do conceito do fator restituidor severo.

E aqui a gente já começa a falar de como está o cenário de divisão dos planos de saúde atualmente. Nós temos esse gráfico aqui que mostra a quantidade de beneficiários em planos moderados, quer dizer, com coparticipação e/ou franquia, de 2007 até os dados mais recentes que a gente tem disponível na ANS, que são de abril de 2018. A gente começou esse período com 22% dos beneficiários em planos com franquia ou coparticipação. Hoje, são 52,3%, o que representa, se não me engano, 24 milhões de beneficiados em planos com franquia e coparticipação, conforme as normas da Consu 8.

Aqui estão os números. Em números, eu vou pegar diretamente a Tabela de Franquia e Coparticipação, que é a mais numerosa.

A quantidade de beneficiários ou coparticipação, em 2007, 8.292.948 beneficiários em planos moderados.

Esse número em abril de 2018, é de 24.752.748, mais do que o número de beneficiários em planos sem franquia e coparticipação, que é 22.582.718.

Aqui a gente está representando neste gráfico, mostrando que há participação e franquia em todos os tipos de planos. Então, quando a gente pega os planos em que há coparticipação, 74%, planos coletivos empresariais; 12%, planos empresariais; e 14%, individuais.

Aqui é com franquia: a proporção é 48%, para o empresaria; 27%, por adesão; e 25%, individual.

Aqui é dos planos que possuem ambos os fatores: 71%, os coletivos empresariais; 17%, adesão; 12%, individual.

Aqui a gente traz alguns exemplos de valores de produtos. Esses valores foram retirados da nossa base. São produtos informados do sistema RPS (Registro de Produtos de Planos de Saúde), e há dois produtos que são idênticos. A única diferença deles é terem ou não terem previstos neles os fatores de moderação. Então, a gente observa ali, de um lado, o valor das mensalidades informadas para a ANS. A gente percebe que, no plano com participação, o valor é um pouco menor do que no produto sem coparticipação.

Ali, embaixo, a gente fez um compilado dos custos anuais dos respectivos planos, mostrando a diferença que há entre os planos com coparticipação e sem coparticipação, na mensalidade. E aí é óbvio que a coparticipação e a franquia incluem a

utilização, mas é só com relação à mensalidade que há essa diferença que é mostrada ali. Na menor faixa etária, R\$833,64; na maior, quase R\$5 mil.

Aqui é importante eu me ater um pouco mais nesse eslaide, porque ele mostra o curso das discussões que foram feitas na casa, desde 2005. Em 2005, foi iniciado um processo cujo objeto era essencialmente estabelecer o que seria um fator restituidor. Era estabelecer o percentual de coparticipação que seria admitido, eventualmente algum tipo de limite que seria proposto. Essa norma foi discutida e gerou a Consulta Pública 24. Inicialmente a proposta trouxe o parâmetro de 70%, que é o que está sendo ventilado na imprensa. Contudo, essa norma teve a consulta pública que não gerou uma minuta final. Ao contrário, o processo continua em discussão e foi finalizado em 2010. Em 2010, foi juntada uma minuta, após análise de consulta pública, e o percentual já era tido como de 40%, o máximo. Entre 2012...

(Soa a campanha.)

O SR. GUSTAVO DE BARROS MACIEIRA - ... e 2013, a agenda regulatória da ANS inseriu esse tema, discutiu longamente, dentro do contexto dos fatores moderadores, aí incluídos assistenciais e financeiros, e nessa ocasião, foi estabelecido que o limite seria de 50%. Em 2015, o novo grupo de trabalho discutiu o tema internamente, na ANS, gerou uma proposta, uma análise preliminar, com um limite que chegava a 40%, e, desde 2016, estamos discutindo nesse grupo técnico que gerou a RN 433. Foram duas reuniões do GT Interáreas em 14/07 e 05/09, de 2016, três reuniões no GT específico, o qual foi uma continuação do GT Interáreas em 31/10/2016, 22/11/2016 e 14/02/2017.

Foi realizada uma audiência pública, que transcorreu durante todo o dia, no Rio de Janeiro. Mais de uma centena de pessoas tiveram oportunidade de falar, de todos os segmentos, desde proteção ao consumidor, entidades representativas de operadores, de prestadores, Ministério Público, defensoria. Foi ampla a participação.

Ainda fizemos uma consulta, a Consulta Pública 60, que no ar durante cerca de 33 dias. Recebemos 1.100 contribuições aproximadamente. Dessas, cerca de 300 são de órgãos de defesa do consumidor ou de consumidores efetivamente.

Ainda apresentamos uma pesquisa, através do formulário FormSUS, em que foram recebidas 645 contribuições em 79 formulários, e em 10/11, apresentamos... Não, desculpa, essa pesquisa foi realizada com base em um documento pretérito, que tinha sido divulgado pela ANS.

Então, é uma discussão longa, já tem mais de dez anos, não foi uma coisa açodadamente posta no mercado pela ANS, nem teve motivação uma eventual proposta de plano de populares que foi aventado por volta de agosto ou setembro de 2016.

Então, assim, essa norma vai prejudicar 50% dos consumidores de plano de saúde? Não. Primeiro ela se aplica só para os novos contratos; não se aplica para os contratos em vigor. Então, 52% dos beneficiários de plano de saúde já não entram nessa norma. Estamos normatizando para os novos. Trazemos, com essa norma, previsibilidade, segurança jurídica e efetiva proteção do consumidor, como vamos demonstrar a seguir.

Até agora, temos aqui um quadro de como era e como passa a ser. A operadora poderia ter qualquer percentual indicado como sendo percentual de cobertura. A ANS tem o entendimento de 40%, mas já foi de 50%...

(Soa a campanha.)

O SR. GUSTAVO DE BARROS MACIEIRA - ... já foi de 30%. Ela pode cobrar sobre qualquer procedimento em qualquer tipo de atendimento. Internação não tem a previsão de limite, e não havia regras claras de transparência para o consumidor. Atualmente, previmos o percentual máximo de 40%, e adotou-se limites de exposições financeiras que são ainda mais efetivos na proteção do consumidor do que o próprio limite de 30% ou 40%, porque 30% de 30 mil é uma coisa, 40% de 30 mil, com um teto que vai até duas vezes o valor da mensalidade, é totalmente diferente.

Não pode haver cobrança de procedimentos de coparticipação em mais de 250 procedimentos - são, se não me engano, 293 procedimentos. São, se não me engano, 293. Isso também não existia na norma anterior. Então, se você precisasse fazer uma hemodiálise, se você fosse acometido por uma doença renal crônica e tivesse um plano com coparticipação, você iria, provavelmente, pagar a coparticipação por cada sessão de hemodiálise que você fosse fazer. Cada sessão está na média de R\$150; então, isso poderia representar até R\$540 por mês que você teria de pagar com hemodiálise, o que você não vai precisar com a norma nova.

Ela proíbe o uso da coparticipação, franquia diferencial por doenças ou patologias, exceção feita à internação psiquiátrica, que é uma questão já consolidada no sistema de saúde como um todo, por uma questão de política pública de saúde, de desincentivo à internação psiquiátrica.

Ainda temos diversas informações que incluímos como obrigatórias para a operadora prestar. O Extrato de Utilização do plano, que está dentro do PIN-SS, que também é uma medida que foi implementada pela ANS através da RN 389, é uma série de informações que a operadora é obrigada a dar ao consumidor.

Esse rol de isenções traz, obrigatoriamente, quatro consultas realizadas por médicos em especialidades generalistas. É um pouco complexo... Eles são especialistas, mas são especialidades que veem o contexto global no paciente: o pediatra, o clínico geral, o médico de família, o geriatra e previdência ginecologista. Alguns exames preventivos foram retirados dos protocolos do SUS, relativos a doenças com grande prevalência aqui no Brasil: mamografia, câncer de mama; citologia...

(Soa a campanha.)

O SR. GUSTAVO DE BARROS MACIEIRA - ... oncológica cérvico-uterina, que é para o câncer de útero, ovário; sangue oculto, colonoscopia, que também serve para isso; glicemia em jejum, hemoglobina, que detectam precocemente diabete, lipidograma, teste de HIV, também um por ano. Aí os tratamentos crônicos: hemodiálise, rádio e quimioterapia, hemoterapia crônica, imunobiológicos em doenças definidas nas DUTs. Além disso, os exames pré-natal. Ainda há os exames do pós-natal, teste do pezinho, teste da orelhinha. Ali estão elencados pezinho, orelhinha, olhinho e coraçãozinho. Para os tratamentos preventivos, como eu falei, exames pré-natal... Quatro consultas.

E aqui eu também quero ressaltar que hoje, em qualquer consulta, pode ser cobrada a coparticipação do beneficiário. Não há um limite. Na primeira consulta, já pode ser cobrada. Então, não é verdade, como falamos, que a partir de agora o beneficiário vai ter de pagar as consultas após quatro. Isso é uma realidade que já existe e não está limitada; não há nenhuma isenção.

Aqui trazemos exemplo de alguns procedimentos isentos e o quanto isso representa para o mercado. Aqui, consulta em consultório: são mais de 177 milhões de consultas por ano, em um valor médio, que é o valor mais comumente cobrado dentro dos planos de saúde, de R\$80. Colocando uma coparticipação de 40%, dão uns R\$32, se eu não me engano, com que o beneficiário tem de arcar. Em quatro consultas com generalistas, ele já não vai precisar arcar com esses R\$32.

Hemodiálise crônica: são 1.257.829 realizadas no ano de 2007, informadas para a ANS, a um total de R\$152,49. Em todas essas consultas, nos planos que têm coparticipação, que são 50% dos planos no mercado...

(Soa a campanha.)

O SR. GUSTAVO DE BARROS MACIEIRA - ... pode ser cobrada coparticipação. Então, estamos tirando potencialmente a coparticipação de cerca de 600 mil beneficiários só na hemodiálise.

A mamografia tem uma conta um pouco mais complicada, porque tem um protocolo mais restrito, mas também ali, radioterapia, com valor de R\$9 mil, que não terá mais coparticipação... Os testes do pezinho, orelhinha, enfim, que também não terão.

Essa isenção está combinada com uma possibilidade de a operadora fazer um gerenciamento de rede através de sua própria definição de contrato: onde vai realizar, como vai realizar. É uma questão em que buscamos trabalhar com a indução pelas operadoras para gerirem a saúde do consumidor e não apenas pagarem um tratamento, não serem meras intermediadoras financeiras.

Aqui temos alguns problemas identificados no sistema: necessidade de estruturação e organização de serviços necessários para um cuidado integral e coordenado, oferecidos pela Saúde Suplementar no Brasil; os serviços de saúde no Brasil estão orientados ao atendimento de casos agudos; e a emergência de hospitais é usada, por vezes, como porta de entrada ao sistema de saúde. Por isso, definimos também essa possibilidade de direcionamento para tentarmos reverter um pouco a situação, que está um pouco caótica hoje.

A ANS trabalha não só com a norma de coparticipação, mas com outras normas, tentando induzir um melhor gerenciamento da saúde dos beneficiários. Entre eles eu destaco a Atenção Primária à Saúde, que busca promover coordenação de cuidados de saúde, tendo a APS como porta de entrada principal e eixo organizativo da rede assistencial na prestação de cuidados à Saúde Suplementar; geralmente, atendimentos fechados por médicos de família. É uma coisa bem interessante que...

(Soa a campanha.)

O SR. GUSTAVO DE BARROS MACIEIRA - ... entendemos que traz uma melhor assistência à saúde do que o beneficiário procurar diretamente um especialista. O OncoRede é um projeto que trata mais da questão da oncologia, e o Parto Adequado já está na sua segunda fase e vem conseguindo resultados expressivos no aumento da incidência de partos normais na Saúde Suplementar.

Aqui o limite de exposição financeira. Repetindo, não havia limite previsto na norma vigente. Os limites agora estão sendo postos. Um limite mensal, a mensalidade, não pode ser o dobro dela, referente à cobertura de procedimentos em coparticipação e franquia; e o anual tem o valor máximo de 12 vezes o valor base da mensalidade, quer dizer, da primeira

mensalidade do ano. Então, se aquele plano foi reajustado no ano, o limite não sobe, o limite vai ser o mesmo, comparado ao valor-base.

E aí um exemplo: temos dois produtos - são exemplos hipotéticos esses. Mensalidade de R\$300 a R\$250. Se for de R\$300, o limite máximo de cobertura com que ele vai ter de arcar em coparticipação e franquia é de R\$3,6 mil; e, quando o plano é de R\$250, é de R\$3 mil. O limite mensal é de R\$300 ou R\$250, igual à mensalidade.

Aqui, aplicando o percentual, temos que, se as despesas dele foram de R\$1.200, ele vai arcar com R\$300 por quatro meses, porque, como ele tem limite mensal e não pode pagar mais de R\$300, esse valor vai ser dividido nos meses subsequentes, para não gerar um impacto profundo nas finanças do beneficiário em um único mês. No outro exemplo, ele vai ter de pagar R\$500 por três meses e, no quarto mês, ele vai pagar o resíduo de R\$150, lembrando que esse é o valor máximo. Se a operadora também quiser...

(Soa a campanha.)

O SR. GUSTAVO DE BARROS MACIEIRA - ... parcelar em condições melhores para o consumidor, ela poderá, sem problema.

Aqui é o limite anual. Temos aqui despesas de R\$4 mil para ambos.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Eu vou pedir... De quanto tempo o senhor ainda precisa para a sua apresentação? Porque estavam planejados dez, e acho que o senhor já fez vinte.

O SR. GUSTAVO DE BARROS MACIEIRA - Acho que mais uns cinco minutos, no máximo.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Bom, então, vou ter de dar para os outros a mesma... Vamos dar mais cinco minutos para encerrar, e os outros terão a somatória do seu tempo.

O SR. GUSTAVO DE BARROS MACIEIRA - Certo. Obrigado, Excelência.

Aqui temos os limites anuais. O limite anual... Ali está a despesa do beneficiário de R\$4 mil, que é hipotética. No plano com R\$300, o limite dele é de R\$3,6 mil. Então, tudo o que ultrapassar R\$3,6 mil é por custo integral do operador. Nesse caso, seriam R\$400. O beneficiário não vai ter nenhuma participação nesses R\$400. No outro caso, em que o limite anual é de R\$3 mil, R\$1 mil serão por conta da operadora e toda a cobertura que exceder esse valor.

Esses limites trazem benefício para o consumidor: evitam o endividamento pessoal dele, que passa a saber exatamente o quanto será cobrado e quão máxima será a cobrança para ele naquele período. No momento da contratação, ele já tem esses limites; então, ele já consegue se planejar financeiramente sobre esses gastos.

E aqui eu trago exemplos reais também. É um contrato, por exemplo, que foi analisado por nós na ANS. Ela tinha 20 faixas de valores de internação, e a mais alta era essa que eu trago aqui. Nas internações com preço maior do que R\$40 mil, cobravam-se R\$20 mil de coparticipação do beneficiário. No exemplo do plano com a Regra 433, isso seria impossível; o máximo que poderia ser cobrado do beneficiário seriam R\$3,6 mil. Ainda assim, haveria o limite para internação, que seria o valor da própria mensalidade. Então, você tem uma ideia de como é benéfica a norma para o consumidor.

Ressaltando, os limites são máximos. Não existe isso de que o consumidor vai ser obrigado a pagar 12 vezes o valor da mensalidade. Primeiro, isso está condicionado à utilização dele; segundo, as operadoras podem oferecer produtos com valores menores. Isso pode ser negociado, sobretudo nos coletivos empresariais em que há uma grande negociação, muitas vezes, entre empresas e sindicatos com as operadoras.

As disposições específicas de pronto-socorro são importantes também, porque hoje, em qualquer atendimento de pronto-socorro, igual à internação, não há limite. Se você fizer um atendimento de pronto-socorro e se utilizar, nesse atendimento, de vários procedimentos, todos poderão ser cobrados. Isso pode gerar um custo muito grande.

Eu vou passar esse eslaide.

Aqui eu tenho o histórico da discussão da coparticipação. Entre os períodos de 2005 e 2010, tivemos em vigor esse entendimento de 30% enquanto estava sendo discutido o primeiro processo, o da Consulta Pública. Ao final desse processo da Consulta Pública, já foi estabelecido o limite de 40%. Esse limite ficou, entre 2010 e 2013, vigorando na agência. Entre 2013 e 2015, o limite já foi de 50%; voltou para 40% em 2015, e segue até hoje.

Todos esses processos estão disponíveis no *site* da ANS, na parte de Participação da Sociedade, Consulta Pública. Então, esses limites podem ser atestados por todos.

Previmos uma possibilidade de majoração do limite percentual, até por um pleito das próprias empresas e sindicatos, que queriam ter maior liberdade para negociar contratos, porque, muitas vezes, eles se viam na situação de perder o benefício

do plano de saúde - eventualmente até a redução de vagas de emprego por conta dos custos que o plano de saúde tinha. Eles estavam com medo do engessamento que a norma produzia. Então, trouxemos uma flexibilidade, que está condicionada à assinatura de convenções e acordos coletivos de trabalho entre sindicatos e empresas.

Trouxemos ainda, por contribuição da Defensoria Pública do Rio de Janeiro e do Ministério Público do Rio de Janeiro, a previsão da coparticipação positiva. Para isso, revogamos a Súmula 7, que é um estímulo ao uso do mecanismo de regulação para uma melhor gestão da saúde. Por exemplo, você pode estabelecer um rol de procedimento em que o beneficiário, ao realizá-lo naquele ano, vai obter um desconto na mensalidade, porque são procedimentos preventivos.

(Soa a campanha.)

O SR. GUSTAVO DE BARROS MACIEIRA - Aqui, rapidamente, impacto para o SUS. Estimamos que o impacto vai ser uma redução de atendimentos para o SUS, uma vez que acompanhamos que a utilização do SUS está equiparada com o número, com a quantidade de planos por participação e franquia no mercado. E, como estamos isentando diversos procedimentos que são muito identificados no nosso ressarcimento e que deixarão de ser identificados na nova sistemática, isso provavelmente gerará uma redução da utilização do SUS, de acordo com essa norma.

O monitoramento será realizado com base nos dados do TISS. Recebemos informações das operadoras sobre a assistência de saúde delas. Ainda temos outro sistema de informação que recebe outras informações que vão ser utilizadas também no monitoramento da norma. E, se for detectado algum problema no mercado decorrente da utilização, prejuízo para os consumidores, podemos fazer uma alteração nessa norma a qualquer tempo.

Muito obrigado. Desculpe pela demora - era uma apresentação um pouco longa. Para qualquer coisa, qualquer dúvida que tenha ficado, eu estou disponível para atender os senhores.

Muito obrigado.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Obrigada.

Como são dois representantes da ANS, eu vou pedir para o segundo representante ser um pouco mais breve na sua palestra. Obrigada.

Com a palavra o Sr. Rafael Pedreira Vinhas, Gerente-Geral da Gerência Regulatória de Estrutura dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS - Inicialmente, boa tarde, senhores e senhoras. Cumprimento V. Exª, Senadora Marta Suplicy, cumprimento os demais integrantes da mesa, cumprimento os demais Parlamentares aqui presentes, os demais ouvintes, e as pessoas que nos acompanham pela transmissão.

Inicialmente, eu gostaria de agradecer o convite. É mais uma oportunidade para apresentarmos a nossa política de cálculo dos reajustes. Em cumprimento ao que a Senadora pediu, eu vou tentar ser um pouco mais breve.

Vou fazer uma apresentação sobre a política de reajustes da ANS. Eu sou Rafael Vinhas, Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos. Essa gerência-geral cuida da questão dos reajustes na ANS, dentro das diretorias de produtos.

Bem, nos primeiros eslaides, trago um histórico da discussão. Essa discussão da política da metodologia do reajuste individual começou em 2010, porque houve um grupo técnico que discutiu esse assunto. Em 2011, isso fez parte da nossa agenda regulatória. Foram feitos vários estudos, e os órgãos de defesa do consumidor, as operadoras e outras entidades participaram dessa discussão, que foi bastante técnica. Os documentos estão disponíveis no *site* da agência.

O que se concluiu, na época, é que ainda não havia dados suficientes para a gente avançar para uma nova metodologia. Os estudos foram mantidos em 2013 e incluídos de novo na agenda em caráter interno, tanto em 2013, quanto em 2015. Foi instituído um comitê por Diário Oficial, o Grupo de Trabalho de Política de Preços. E, no ano passado, mais uma vez internamente, nós nos debruçamos sobre o assunto e apresentamos, na primeira reunião - na verdade na sétima reunião do Comitê de Regulação, que é um comitê da gerência-geral, mas já era a sétima reunião, porque outros assuntos haviam sido debatidos anteriormente -, algumas propostas que estão disponíveis no *site* da ANS, na parte do Comitê, para acesso de qualquer cidadão, para que houvesse discussão sobre o tema. Posteriormente, em fevereiro deste ano, nós discutimos especificamente a questão da metodologia do reajuste individual.

E o mais importante: nos dias 24 e 25 deste mês, no final de julho, a ANS vai fazer uma audiência pública exclusivamente sobre as propostas. Os dados estão disponíveis, todas as notas técnicas, todas as discussões que foram feitas para acesso no *site*. É uma discussão importante, e é importante que a sociedade participe, inclusive apresentando propostas, para que a gente possa avançar na metodologia do reajuste individual e também nos planos coletivos.

Feito esse breve histórico, trago alguns dados que vou passar bem rapidamente. Aqui são dados da nossa Sala de Situação, os últimos dados de março deste ano, sobre o número de beneficiários, as demandas dos consumidores, as receitas e as

despesas - são dados que estão no nosso portal -; e a evolução do número de beneficiários ao longo dos anos, desde 2000, quando foi criada a ANS. Os dados sobre a evolução das receitas e despesas também estão disponíveis para acesso.

Chamo a atenção para o fato de que, em 2018, os dados são parciais, por motivos óbvios - são só relativos ao primeiro trimestre deste ano. E a gente verifica a questão da proporcionalidade e que a sinistralidade do setor gira em torno de 80% e 85% dos dados que são divulgados pela ANS.

Aqui eu trago um dado que está disponível e que a gente publicou na semana passada: é o nosso Painel de Precificação, que são dados que a gente colhe com base nas notas técnicas - eu vou explicar do que trata esse termo técnico posteriormente - que são enviadas pelas operadoras e que demonstram a evolução dos valores dos planos de saúde com e sem Fator Moderado. O meu colega Gustavo já teve oportunidade de mostrar isso. Ao longo dos anos...

O eslaide está um pouco pequeno, mas o documento está disponível para acesso no *site*. É um documento bastante técnico, com várias explicações. E a gente fica à disposição para eventuais dúvidas.

A produção assistencial no ano de 2016 e no ano de 2017. A gente também divulgou na semana passada o Mapa Assistencial, que demonstra essa produção assistencial com base nas informações encaminhadas pelas operadoras - consultas, exames, terapias e internações.

Os indicadores assistenciais de Saúde Suplementar, que é a comparação da produção que é feita no Brasil com a média da OCDE. Trouxe alguns dados aqui de consultas - taxa de internação, número de ressonâncias, tomografias e cesarianas - que estão disponíveis. Eu não vou me estender, até para entrar especificamente na questão do reajuste. A gente sempre tem por hábito colocar esse eslaide no início. Aqui é uma explicação bastante técnica - vou tentar deixar bem claro, para que todo mundo possa entender - da comparação dos índices de valores que são...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - O senhor me desculpe interromper. Essas cores e gráficos que o senhor está mostrando são todos públicos. Eu gostaria que o senhor explicasse por que é que houve esse aumento, porque ninguém vai entender isso nessa letrinha, quem está assistindo, nada. Fale por que é que aumentou esse custo, porque não é transparente. Depois o TCU deve entrar e fazer uma questão mais aprofundada. Mas isto aqui, eu considero que estou perdendo o meu tempo, a audiência está perdendo o seu tempo, e não está esclarecendo coisa alguma.

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS - Está bom, Senadora.

Objetivamente, o reajuste divulgado pela ANS para este ano - porque o índice começou a vigorar a partir de maio deste ano - foi calculado com a metodologia que é feita desde o ano de 2001, que é conhecida tecnicamente como *yardstick competition*. É uma metodologia com base técnica já conhecida internacionalmente. Ela usa os dados de um mercado competitivo, que são os dados dos planos coletivos com mais de 30 vidas, para que possam ser utilizados nos planos individuais.

Uma argumentação que há é se os dados de planos coletivos são usados para os cálculos individuais. Sim, porque, nesses dados que são coletados pela ANS, encaminhados pelas operadoras e verificados com base em documentos - a gente pede informações para as operadoras confirmarem -, esses dados demonstram que esses contratos que têm acima de 30 vidas estão sujeitos à negociação entre o contratante e a operadora. Então há a possibilidade de um grupo maior - o grupo abaixo de 30 vidas não é utilizado -, para que esse poder de negociação entre as partes, para que possa ser utilizada essa vantagem competitiva para o cálculo dos individuais.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Obrigada.

Não é muito comum o que eu estou fazendo, mas é para a gente poder acompanhar o raciocínio. Eu estou vendo que há uma preocupação em conversar com as seguradoras, o que é óbvio, porque elas é que são responsáveis. Agora, existe, ao mesmo tempo, alguma preocupação com o usuário, em ver quem são esses usuários? Qual a renda desses usuários? Eles vão poder pagar o aumento?

Quer dizer, essas questões, provavelmente, os Deputados, principalmente os que estão ali, e os Senadores que já estão, eu estou antecipando um pouco, porque senão nós vamos gastar um tempo enorme em coisas que não vão chegar aonde a gente quer entender.

Quer dizer, eu entendi uma parte. Vai a 40%, antes podia ir até mais e tal. E as pessoas? Vocês vão ter uma perda gigantesca de pessoas que não vão pagar isso. Foi pensado? Essas seguradoras podem até quebrar, porque não vai haver gente.

Então eu gostaria que fosse explicado de forma mais compreensível, porque, além dos Senadores presentes, nós temos uma audiência em casa, que já está mandando, furiosos, perguntas também, não é? Olha, o Sidney das Neves, São Paulo: "Nós, os contribuintes, [somos] sempre o lado mais fraco. Precisamos que nossos Congressistas intercedam a nosso favor junto à ANS, que só busca o que é melhor para os empresários". Como é que vocês respondem a essas coisas? E à pergunta singela que eu fiz agora, que vai ao ponto. O que é que está acontecendo que vocês ouvem as seguradoras e como é que

vocês conjunham a necessidade de as seguradoras poderem fazer um serviço razoável - tem que ser uma preocupação de todos nós terem o seu lucro, porque estão no direito de terem o seu lucro, e assistir essa população brasileira que não tem aumento, que está desempregada e que estava contando com um tipo de recurso que, de repente, ficou tudo atrapalhado. Como o senhor disse: "Ah, mas as pessoas podem prever". Eu vi que há um limite. Mas e se a doença não é assim? Faz como?

Então, eu gostaria de considerações que as pessoas em casa possam entender e nós Senadores também.

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS - O.k. Eu dei a explicação técnica da metodologia utilizada. Há uma discussão técnica. Agora, há algumas discussões anteriores.

O reajuste é reflexo da forma como é feito o preço do produto. Isso é um dado relevante que a gente verifica com base na nota técnica de registro de produto, que é o dado encaminhado pela operadora, o valor que é comercializado pela operadora, e também da evolução dos custos do setor de saúde.

Uma comparação...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP. *Fora do microfone.*) - Mas aumenta muito mais do que o... (*Ininteligível.*)

O SR. PRESIDENTE (Rafael Pedreira Vinhas) - Sim, com base na comparação que é feita com relação à inflação, que é o índice mais conhecido, que é o IPCA, o que a gente verifica, com base no índice de valor que é encaminhado pelas operadoras, com base em informações auditadas para a ANS, através de um documento que se chama DIOPS, é que a variação dos custos médicos e hospitalares é maior que a evolução da inflação da economia, em que é levada em consideração a evolução dos alimentos, enfim, todos os fatores que são utilizados como cálculo do IPCA, que são divulgados lá pelo IBGE.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Pois é, mas aqui o senhor tem uma coisa diferente, olha: no período de 2013 a 2018, o preço do plano empresarial aumentou 158%; do convênio individual, 92%. Nesse período, os preços de serviços de saúde que compõem o IPCA variaram - os serviços de saúde - 79%, enquanto o próprio IPCA, 41%. Como explica isso?

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS - É uma explicação que o cálculo da VCMH, que é essa Variação de Custo Médico-Hospitalar, leva em consideração a variação dos preços, por óbvio, mas também a avaliação da utilização e também do impacto de acréscimo de novos procedimentos. Para que haja um equilíbrio no setor, e isso é importante para que haja um equilíbrio das operadoras...

(*Soa a campainha.*)

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS - ... na entrega do que é exigido pela ANS e pela lei que foi aprovada no Congresso, há necessidade de que haja esse equilíbrio. Se nós não levarmos em consideração, para o cálculo do reajuste, a variação da utilização dos insumos, pode haver um desequilíbrio. E isso, os índices oficiais, o próprio IPCA e o IPCA saúde não levam em consideração esse cálculo. Por isso que essa comparação feita, a gente sempre costuma dizer que é muito "tecnicês", mas esses são índices de preços divulgados, enquanto que os cálculos dos índices de reajuste são índices de custos, índices de valor. Porque, além da variação dos preços, nós temos que levar em consideração a variação dos insumos e também da incorporação de novas tecnologias. Esses dados são extremamente relevantes para que se compreenda o porquê dessa diferenciação entre um índice e outro, ou a variação ao longo do tempo entre eles.

Eu acho importante a preocupação - e a ANS também comunga dessa preocupação - com relação aos consumidores. E é importante que haja a discussão - e nos dias 24 e 25, essa discussão poderá ser feita - de como está sendo essa evolução dos custos. A gente tem demonstrado, inclusive nos dados que estão disponíveis, que a VCMH, ao longo do tempo, tem apresentado um crescimento sempre acima dos índices oficiais de inflação. Além disso, o que a gente verifica, ao longo dos últimos anos, é que, embora tenha reduzido um pouco, não houve uma redução muito grande. Isso é importantíssimo para que seja feita a discussão de por que essa variação está sendo sempre acima dos índices de inflação, muito em função da utilização e também da incorporação de novos procedimentos, novas tecnologias nesse setor de saúde.

Esses dados são importantíssimos para que nós levemos em consideração para o cálculo do reajuste e que haja equilíbrio nesse setor, para que as operadoras consigam entregar, e o consumidor receba aquilo que ele contratou, que é o mais importante. Esses dados são fundamentais que a gente explique. E, Excelência, é fundamental que haja participação social para essa discussão do tema, que é um tema de notável importância para a sociedade brasileira, para que ela compreenda como é feita essa variação. Nos planos coletivos, nós temos até um dispositivo que obriga as operadoras e as administradoras a informar ao contratante como chegaram a esses índices de reajuste, a que o consumidor pode ter acesso também, solicitando à operadora e à administradora.

Para o que a gente chama a atenção, e eu acho isso fundamental, é que o reajuste é uma das vertentes, mas há que ser levado em consideração, para essa avaliação, o preço que é informado pelas operadoras para que haja a comercialização do produto. Esses dados são verificados pela ANS. E também a evolução dos custos. Isso são dados fundamentais para que a gente verifique e compreenda essa distinção.

E aí eu peço perdão, até pela incapacidade de não traduzir, numa linguagem mais popular, o "técniquês": o que é importante ressaltar é que toda a base de cálculo do reajuste individual tem profunda base técnica. É feita por servidores concursados da agência ao longo dos anos. E a ANS entende, ao longo do tempo, como eu mostrei no histórico, a necessidade de que haja discussão e a mudança dessa metodologia. Mas ela prescinde - para como vai ser feito, como vem sendo feito e vai continuar sendo feito no final deste mês - de uma discussão técnica apurada para que nós possamos avançar.

E volto a dizer: a gente tem propostas, que estão disponíveis no *site*, mas não são propostas fechadas. Nós temos que colher contribuições, e é fundamental que haja contribuições para que nós avancemos.

Basicamente é isso. Não sei se V. Exª quer que eu continue com a apresentação...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Eu vou perguntar aos Senadores, mas eu estou satisfeita, porque temos o TCU, depois temos o Instituto de Defesa do Consumidor, depois temos as questões.

E do que eu já gostei é essa palavrinha que o senhor falou: "mudança de metodologia." Porque eu acho que nós estamos enxugando gelo do jeito que está indo. Se existem essas pessoas que estão envelhecendo, se existem mais novas técnicas que são caras, nós vamos ficar sempre fazendo desse jeito que as pessoas não conseguem pagar? É por que o salário mínimo vai aumentar igual aos planos? Não vai. O salário mínimo nem entra nisso, mas as pessoas que ganham um salário que permite ter um plano de saúde não têm um aumento que o plano está propondo devido ao envelhecimento, devido a "x", "y", "z" e técnicas novas. Então, o que é que nós vamos fazer? Cada vez haver uma confusão e as pessoas ficarem cada vez mais desesperadas?

E esses planos apareceram porque o SUS não dá conta de tudo o que tem que dar, porque é impossível do jeito que as coisas estão funcionando.

Então, pelo menos se a ANS já chegou à conclusão de que talvez tenha que mudar a metodologia e propôs essa reunião para daqui a duas semanas, eu acharia extremamente importante não que se ajustassem as coisas, mas que se quebrassem e se pensasse o novo. Nós estamos num momento novo, em que as pessoas de 70 anos estão como as de 50, e as de 70 vão viver até os 90. As técnicas aumentam, e o que é que nós vamos fazer? Então, eu acho que nós temos que abrir a cabeça para um novo momento.

Mas agradeço a sua colaboração, que acho elucidou algumas coisas, principalmente essa possibilidade de mudança de metodologia. Mas eu iria além: eu acho que não é de metodologia. Eu até sugeriria, não sei se vai estar presente o Ministério da Saúde nessa reunião, porque nós temos que ter outros pensantes, para saber como lidar com esse desafio.

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS - A participação na audiência pública - são dois dias, 24 e 25 no final deste mês - está aberta. Eu não sei informar aqui, mas posso ver para V. Exª.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Ah, não é presencial? Vai haver uma...

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS - Não, é presencial. É presencial lá no Rio de Janeiro, mas a inscrição está aberta para qualquer interessado participar. Está no *site*: são 180 lugares disponíveis em cada um dos dias. A inscrição é para cada um dos dias. Acredito que o Ministério... Mas não tenho certeza. Posso encaminhar para V. Exª posteriormente.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Sim. Pois não.

O SR. LINDBERGH FARIAS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RJ) - Senadora. Senadora!

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Pois não, Senador Lindbergh.

O SR. LINDBERGH FARIAS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RJ) - Eu agradeço, Senadora Marta. Senadora, eu acho que a gente tem que remarcar. Acho esse debate importante. O esforço de V. Exª é muito importante. Mas eu, sinceramente, sem desprezar aqui a participação do Dr. Gustavo e do Dr. Rafael, é inconcebível a gente não ter aqui os diretores da Agência, o presidente da Agência. Na minha avaliação, isso é um escândalo, é um desrespeito com o Senado Federal num momento em que há uma grita na sociedade.

As pessoas não estão entendendo. É como se a Agência tivesse parado de regular. Porque quando eu falo de reclamação, Senadora Marta - eu já tinha conversado com V. Exª, e V. Exª recebeu também muitas reclamações, a minha caixa de e-

mail entupiu -, é de gente de tudo que é lado, de tudo que é Município do Rio de Janeiro e do Brasil reclamando do que houve. Então, nós estamos numa situação grave.

Essa resolução que foi baixada pela ANS, a gente esperava que pelo menos esses senhores viessem aqui se explicar. E aqui, Senadora Marta, nós temos nomes. Há o Diretor da Agência, Rogério Scarabel Barbosa, que simplesmente atuava como advogado em escritórios de advocacia que atuam justamente aqui, na ANS, e em outros órgãos de regulação da saúde. Aí, vira diretor da ANS. Ou seja, é colocar para tomar conta do galinheiro a raposa. É colocar a raposa para tomar conta do galinheiro!

E eu falo aqui porque, veja bem, não dá para entender como é que a ANS entra na Justiça para derrubar uma decisão judicial que determinou que o aumento dos planos individuais era de 5%. Foi a ANS. E os planos empresariais, a gente sabe, V. Exª já citou, não param de subir, não têm controle.

E essa regulamentação, da forma como foi feita, de coparticipação e franquia, não venham nos enganar, a gente sabe o que vai significar: 40% de coparticipação no plano individual; 60% no plano empresarial. Então, 40% num plano individual, se houver uma internação de R\$5 mil, Senadora Marta, além do que você paga de anualidade, você vai ter que pagar R \$2 mil a mais por aquela internação.

E eles colocaram um teto. Sabe qual é o teto? No plano individual, 100%; no plano empresarial, 150%. Então, se você tem, no plano empresarial, uma mensalidade de R\$500, a anualidade, no caso, se a gente fizer, será de R\$6 mil. Qual é o teto? Você poderá pagar até 9 mil a mais para o plano de saúde, por fora da anualidade.

Os senhores acham que as pessoas não percebem o que é isso? Vocês estão dando, sim, o direito para esses planos de saúde jogarem tudo lá para cima. A pessoa vai pagar agora a anualidade e vai pagar mais essa parte por fora, gigantesca. Porque havia coparticipação, mas era limitada a 30%. Eles agora regulamentaram. E começa, com um bocado de gente, a acontecer sabe o quê? Chega à casa da pessoa um boleto que diz o seguinte: "Olha, você pode, ao invés de pagar o aumento do plano empresarial, mudar." A pessoa que topa não percebe, no caso, que vai ter de pagar 40% por fora de cada procedimento, que além dos 6 mil vai pagar R\$9 mil. E esses senhores não vêm aqui. Acham-se acima de tudo. Vocês deviam vergonha e respeito com a população. É muita gente apertada. Plano de saúde não é coisa para gente rica, não. Há gente rica, mas é para quem ganha R\$2 mil, R\$3 mil, gente que está apertada e está indefesa.

Infelizmente, o diretor da ANS, que era para cuidar disso, que era para pensar nas pessoas, que era para pensar nos consumidores... Cadê esse diretor da ANS que não veio? Ele é advogado das empresas que atuam na Agência Nacional da Saúde, é raposa para tomar conta do galinheiro.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Senador...

O SR. LINDBERGH FARIAS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RJ) - Desculpe o desabafo, Senadora Marta, mas é porque eu acho que tínhamos que fazer uma...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Já foi proposto no início desta sessão...

O SR. LINDBERGH FARIAS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RJ) - Muito bem.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - No início desta audiência, exatamente, pela nossa indignação quanto à falta da presença dos que estavam confirmados... Primeiro, viria um só, depois vieram dois, mas aí apareceram outros.

Nós vamos propor uma nova audiência, em conjunto com a CCJ e em conjunto com a CAE. Isso será na volta do recesso, com a presença de nomes. Não vamos mais sugerir a presença, mas vamos dar nomes.

O SR. LINDBERGH FARIAS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RJ) - Agora, a senhora veja: eles querem esfriar o assunto. É esse o objetivo, porque esfria. A decisão estava quente, foi na semana passada.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Isso a própria CCJ mostrou hoje. Não é preciso ir muito longe.

O SR. LINDBERGH FARIAS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RJ) - Eles querem esfriar o assunto. Eu sou o autor - queria dizer a V. Exª, que o Senador Humberto Costa é autor, e eu assino com ele, de um projeto de decreto legislativo para sustar essa normativa.

A ANS, eu acho, não tem isenção em um momento como este. Não tem credibilidade. Esse Diretor aqui, Rogério Barbosa, que representa as empresas, não tem credibilidade para baixar uma resolução como essa.

Esse caso é um caso... Volto a dizer, o que aconteceu aqui é um crime. Esses senhores tinham que responder na Justiça. É bom eles ficarem espertos, porque tem que haver processo contra eles. Nós vamos entrar na Justiça contra eles, porque é um crime contra o consumidor e contra o povo.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Senador, agora, vou dar a palavra ao TCU, que virá, espero, com críticas com as quais nós possamos todos apreender e aprofundar o nosso raciocínio sobre o que está ocorrendo.

Com a palavra o Diretor da Secretaria de Controle Externo da Saúde do Tribunal de Contas da União, Sr. Messias Alves Trindade.

O SR. MESSIAS ALVES TRINDADE - Boa tarde a todos. Quero agradecer o convite à Exma Senadora Marta Suplicy, na pessoa de quem eu saúdo os demais Parlamentares.

Eu vou tentar pautar essa... Primeiro, só queria mencionar que, como a coparticipação... É um normativo novo, o Tribunal não se debruçou ainda sobre o assunto. Então, tecnicamente como auditor, eu não posso me pronunciar sobre algo em o que o Tribunal não externou o seu entendimento, o que geralmente é pelo Plenário.

Essa auditoria foi realizada em 2014, 2015 e foi apreciada no início de 2018. Ela abarcou o período de 2000 a 2014.

Primeiro, eu só queria mencionar algumas balizas a que o Tribunal está limitado. Principalmente quanto às agências reguladoras, o Tribunal tem uma preocupação muito grande porque o Tribunal não pode substituir um gestor. Não é o Tribunal tem que constituir um critério para reajuste de preço, mas, na verdade, a auditoria vai lá, vai criticar esse critério, que é definido pela agência no caso concreto e, se for o caso, sugerir as melhorias que devam ser feitas, apontar as incoerências e por aí vai.

Eu vou tentar ser breve na apresentação.

Essa auditoria foi relatoria do Ministro Benjamin Zymler. O objetivo dessa auditoria foi avaliar as ações da ANS referentes aos reajustes anuais dos planos de saúde suplementar, abrangendo os planos individuais e coletivos e identificar oportunidades de melhoria.

Fica claro ali, que só estão pegando os reajustes anuais, não estão pegando, por exemplo, reajustes por faixa etária... Só isso aí já demandaria, talvez, uma atenção especial. Há algumas regras, há limites entre a faixa inicial e a última faixa. Algumas balizas, inclusive, confirmadas por decisão do STJ.

O SR. LINDBERGH FARIAS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RJ) - Senadora Marta, eu posso fazer só um questionamento? Porque a senhora sabe que, nos planos individuais hoje, naquele anterior, no Brasil há algo em torno de 8 milhões, porque não estão sendo mais colocados. Só se oferecem planos empresariais. A pessoa hoje, se quiser um plano individual, não consegue, por quê? Porque há regulação. No coletivo, não há. Então, hoje, dos 47 só oito milhões são individuais. Esse é outro problema, houve uma migração...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Mas eu espero que ele entre nesse problema...

O SR. LINDBERGH FARIAS (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - RJ) - Sim, eu só...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - ... porque essa é uma das minhas preocupações também.

Vamos tentar ouvi-lo, depois vamos ouvir a Lazzarini. Depois, vamos abrir para as perguntas.

Mas antes eu também tenho que dizer que o Sr. Silberto Raimundo da Silva, Diretor da Confederação Brasileira de Aposentados, foi internado e não pôde comparecer hoje, daí a sua ausência.

Por favor, desculpe a interrupção.

Vamos começar.

O SR. MESSIAS ALVES TRINDADE - Sem problemas.

Então, no trabalho, a gente fez entrevista com especialistas. Eles estavam preocupados com a sustentabilidade do setor, aduzindo o aumento dos custos na saúde suplementar em percentuais superiores à inflação, limitada capacidade de pagamento dos consumidores, o que é uma verdade, e reajustes superiores à inflação.

A gente delimitou o objeto a auditoria tanto por questões... A gente tem um limitado número de auditores e um prazo para dar resposta, então, a gente verificou a atuação regulatória da ANS quanto aos reajustes anuais; verificou se os procedimentos e os mecanismos utilizados são suficientes para garantir a sustentabilidade do mercado e a não onerosidade excessiva dos consumidores - como a nobre Parlamentar falou anteriormente, quem atua no mercado, em um mercado

aberto, ele tem direito ao lucro, e avaliou as ações da ANS destinadas a informar e atender os beneficiários quanto aos reajustes das mensalidades.

Tecnicamente, a gente vai entrar no que a gente chama, em termos de auditoria, de achados. Então, até antes que se comente dos achados, uma questão que se tem é exatamente esta: por que se regula a menor parcela, que seria nos individuais, em contraponto aos coletivos?

O Ar. 4º da lei de criação da ANS - isso até com base no parecer jurídico que foi juntado aos nossos autos... O parecer jurídico da ANS menciona três possibilidades de a ANS regular. Ele diz que pode autorizar reajustes e revisões; que ela pode expedir normas para homologação e que ela pode monitorar, isso de um nível mais forte para um nível mais fraco.

O que acontece? A opção da ANS, e isso está no nível de discricionariedade do gestor, nos coletivos, ela optou por só monitorar e homologar isso, com base no princípio de quê? Do princípio da barganha. Se são planos coletivos, pelo menos, em termos de premissa, eles teriam mais condições de contrapor isso e teriam condições de negociar preços.

A gente não teve muito prazo para explorar, mas a gente foi no próprio TCU, que é um órgão, imagino, que devem estar entrando mais de 3 mil vidas em nosso plano, então, tem um quantitativo bem maior do que o de 30 vidas, que foi mencionado pelo colega aqui e quem gerencia o nosso plano falou que não é bem assim. Eles têm extrema dificuldade, há uma certa imposição mesmo de valores. Então, embora a premissa naturalmente possa dizer que, coletivamente, eu tenha mais poder de barganha - espera-se que sim - mas, na prática, pelo menos... A gente chegou a visitar a Câmara dos Deputados, o Senado também, e isso não se aplicaria.

A gente não trouxe mais detalhes quanto a isso ou mais posicionamento firme... Um, que ele está baseado em um parecer jurídico. Agora, a gente tem notícias de que o próprio MPF, talvez, vá atuar nesta questão jurídica de ter essa opção da agência por apenas monitorar.

Qual é o problema?

A questão do individual, aí sim, a ANS tem a opção de autorizar, e previamente, tal como prevê o artigo específico da lei.

O problema, a nosso ver, é que, muito embora ele, para os reajustes individuais, tenha que fazer essa autorização prévia, tal como ocorreu recentemente e como o colega também falou, o problema é que a gente entende que ele fica contaminado pela questão, porque pelo menos parte dele vem da base dos reajustes coletivos.

Há um tratamento de base, há uma exclusão de valores que tecnicamente se chamam *outliers*, que são os valores extremos. Mas qual foi a nossa opção? Não obstante a ANS entenda assim, a gente verificou quais os procedimentos que ela adota em relação a esses planos coletivos para ver se havia algum problema nisso.

O que acontece? As operadoras de planos de saúde, para os coletivos, trimestralmente informam, de acordo com a data de fim de contrato, esses valores. O que acontece? A gente percebeu, no Achado I, no caso, a insuficiência de mecanismos para prevenção, identificação e correção de reajustes abusivos em planos coletivos.

O modelo atual de regulação dos reajustes de contraprestações de planos é inefetivo, há o mero monitoramento efetuado por meio da obrigatoriedade de que as operadoras enviem à agência comunicados informando os percentuais de reajuste praticados. Isso porque a gente solicitou base, solicitou informações e a gente viu que, até mesmo da forma como é feita, não há um cruzamento de dados. A gente viu que, por exemplo, há possibilidade de uma operadora ter 20 mil beneficiários e ela pode ter na base, no SIB (Sistema de Informações de Beneficiários), e, nas comunicações dos reajustes, a gente viu possibilidade de inconsistência: repetição de informação ou duplicidade, quantitativos diferentes...

Então, se um cálculo é feito a partir disso, a gente poderia perceber que isso poderia chegar a algum valor incorreto. A gente até se preocupou em olhar como a base vista foi extensa, de 200 a 2014... A gente fez uma solicitação de autoria e deu-se até um prazo. É difícil, a gente reconhece que alguém manter informações de uma agência que foi criada em 2000 e até ela se estruturar... A gente procurou o quê? A partir desse, digamos, algoritmo que a ANS construiu para isso, a gente foi tentar pegar as bases para, como se fosse uma engenharia reversa, ver se a gente conseguiria chegar àqueles valores médios lá.

De 2009 ou 2010, para trás, houve uma dificuldade. A gente não conseguiu nem chegar a esses valores. E, se não me engano, de 2011 em diante, a gente já viu uma melhoria nisso.

É preciso dizer... O colega, inclusive, a RN 389... Algumas ações que a ANS tem feito... O problema é que a auditoria demorou um pouco para ser apreciada. A gente precisou de refazer parte dos procedimentos, inclusive o coordenador de auditoria, à época, se aposentou. Então, muitas das ações que a ANS está tomando estão, inclusive, já apontadas no relatório... Inclusive, eu quero crer que uma dessas ações dessa audiência que está programada para o final do mês já é um pouco em decorrência do trabalho do Tribunal.

(*Soa a campanha.*)

O SR. MESSIAS ALVES TRINDADE - O Achado II foi a insuficiência de informações à disposição das pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos para a adequada avaliação dos valores de reajustes propostos pelas operadoras. Não há obrigatoriedade para a descrição de detalhes da memória de cálculo do percentual de reajuste aplicado nos coletivos durante os reajustes anuais.

Falta de transparência na metodologia utilizada na fixação dos critérios de reajustes, e as cláusulas referentes aos reajustes anuais frequentemente apresentam critérios vagos e apresentam os custos médico-hospitalares como fator de cálculo.

A gente também fez entrevistas com pessoas. O que acontece? Aí até remete um pouco ao poder de barganha. A gente, no caso... Eu vou falar um caso específico do Tribunal, que é o que mais me vem à memória. Atualmente, se eu não me engano, há três operadoras que a gente contrata lá, segundo a opção de cada servidor. Uma fornecia os dados - não quero entrar em nomes e tal -, de forma mais tranquila, mas a outra foi extremamente renitente, à época, em apresentar essas informações...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Só brincando: se é assim com o TCU, imagine com os outros... Com o coletivo... (*Risos.*)

O SR. MESSIAS ALVES TRINDADE - Só dizendo, Excelência, que, no caso, aí, é uma instituição privada, mas tem o nome do TCU como pano de fundo, embora a gente tivesse autogestão.

O que acontece? Essa gestora do Tribunal falou que eles têm dificuldade de contestar esses números. É uma das razões de uma das medidas que a gente propôs, e o Colegiado exarou. Por quê? Se há essas informações lá... Ela falou assim: "Eu preciso, no mínimo, de ter um atuarial, um econômico, para contrapor essas informações que essas operadoras apresentam." Então, isso é o que a gente chama, talvez, de um pouco de assimetria de informação.

E mais: depois de a equipe discutir, a gente acha que, inclusive, não obstante se esteja contratando em termos coletivos, o beneficiário, individualmente... E é uma das medidas que a gente propôs, e a RN 389 já atende parcialmente, que é a questão de memória de cálculo, mas eu não sei se saiu com a suficiência adequada, porque a gente ainda não monitorou. Então, eu acho que, inclusive, o beneficiário tem direito de ter um extrato, saber, até para... Imagino que, na base total de uma operadora, no coletivo, ela tem informadas 500 internações. Então, a gente acha que, individualmente, deveria haver um extrato, para que cada beneficiário pudesse acessar o número de internações, procedimentos de alta e média complexidade, quantas consultas, que até individualmente seria um controle maior. Poder-se-ia até somar o todo e, fazendo até um paralelo com o processo eleitoral, como se, pegando as urnas individualmente, no somatório, daria aquilo. Essa é uma das questões.

Eu não vou aprofundar muito também nessa linha, até por questão do tempo, mas o que é que acontece? Esse aí é um achado em relação aos percentuais informados. Como eles são declaratórios, não obstante a ANS fazer também um tratamento dos dados... Aí eu entendo o colega e concordo, ele está correto: a inflação da saúde é superior, realmente, e isso não é só no Brasil. A OCDE, a literatura internacional, informa isso.

Agora, a gente até chegou a pensar e propor isso. A gente entende que é um pouco difícil, mas a gente acha que, talvez, ao longo do tempo, quando a ANS começar a se apropriar mais disso aí, seja o caso de, mais para frente, ela própria ter condições de montar um critério e chegar a um valor a respeito disso. Por quê? Para a gente isso é visível, isso é fato. Mas uma das questões que se impõe é a seguinte: se os reajustes são anuais, em que medida a incorporação de tecnologia ocorre ano a ano? Ela se deu de forma geral, em todos os tipos de procedimentos? Houve algum procedimento específico, por exemplo, na área de cardiologia? Houve mais máquinas nesse procedimento específico ou foi geral? Então, isso não saiu na proposta nossa por falta de elementos seguros, mas eu acho que é um questionamento válido. Em que medida a incorporação de tecnologia... Na hora em que a operadora apresenta um percentual, lá, de reajuste coletivo - por exemplo, 20%. Desses 20%, quanto que foi devido a quê?

Lógico que isso é oneroso, hercúleo. Também entendo a posição da ANS, é uma tarefa hercúlea, mas em que medida - talvez segmentar com grandes custos... O que corresponde a quê? Que item corresponde a que item?

Esses são números apresentados. Por exemplo: nos coletivos, a gente solicitou dados, e isso tabulou em quatro faixas de reajustes. A Faixa 1 é até o limite do IPCA, a Faixa 2 é até duas vezes, e assim vai. Se os senhores puderem olhar, de 2001 a 2015, há um percentual interessante ali, que ficou em faixas bem elevadas, se considerar que ali era na faixa de 300% a 400% em relação ao IPCA - se olhar as duas cores mais destacadas, mais escuras, lá.

Um outro problema que a gente frisa novamente, considerando que a gente entende que a ANS tem que regular os coletivos... A gente entende que sim, porque, no art. 4º, inciso XVII, fala-se em autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias. Ele não faz distinção entre individual e coletivo.

A ANS, no limite da discricionariedade dela, entende que, quando monitora, está fazendo a ação dela e entende que isso é suficiente, em razão do poder de barganha.

Chega-se a esses percentuais. São alguns percentuais destacados.

Um outro problema que a gente vê, em relação ainda aos coletivos... A ANS faz esse tratamento, exclui esses excessos inferior e superior, mas, por exemplo, em termos de regulação...

(Soa a campanha.)

O SR. MESSIAS ALVES TRINDADE - ... para quem é beneficiado em plano de saúde, esses limites, principalmente os superiores: mesmo que eles sejam extraídos da base, para compor a base do reajuste que vai ser aplicado individualmente... E esse consumidores, esses beneficiários que estiveram nesses limites para cima? Houve um tratamento? Houve um acompanhamento? Como ele é só informativo, a ANS autorizou ou não isso aí? Então, a gente entende que é uma possibilidade.

Ali há alguns cálculos a mais, em termos de VCMH, pegando a mediana. Na mediana, ali, não há grandes valores distorcidos. Eles acompanham mais ou menos a inflação da saúde.

Então, na conclusão desse Achado II, como é que a equipe de auditoria se posicionou e foi seguida pelo relator?

A despeito de a variação dos custos médicos hospitalares, medida pelo VCMH, não ter sido significativamente superior à inflação geral medida pelo IPCA nos anos informados, a maior parte dos reajustes foram praticados nas Faixas 2, 3 e 4 - tal como eu mencionei no eslaide anterior, naqueles percentuais lá, como se pode constatar a partir dos dados da tabela.

Embora não se possa concluir taxativamente, a partir destas análises, que os reajustes muito acima do IPCA e do VCMH consistam em reajustes abusivos, e considerando que não foram solicitadas informações à ANS sobre esses contratos... Foi o que eu também mencionei. Por limitação temporal e de equipe também, a gente não teve condições de aprofundar mais. Essa foi uma primeira atuação do tribunal e vai ser objeto de monitoramento.

Vamos lá: considerando que não foram solicitadas informações à ANS sobre esses contratos, como quantidade e idade média de beneficiários, histórico de despesas assistenciais, é plausível admitir que ao menos parte destes reajustes elevados (dos quais parte significativa é na Faixa 4, que seria a mais expressiva) decorram de práticas abusivas, que poderiam ser evitadas por meio da implementação de mecanismos para identificação, prevenção e correção de reajustes muito elevados, sem justa causa. Índices de reajuste em uma faixa tão discrepante de índices como a inflação e VCMH deveriam merecer, no mínimo, uma maior atenção. As medidas determinadas pelo tribunal buscam atingir essa situação.

Eu repito novamente: eu reconheço o quadro técnico da ANS, a gente pôde interagir diversas vezes... A gente acha que é uma lacuna da escolha da agência. Deixo bem claro que eu reconheço o esforço. A gente acha que há oportunidade de melhoria. Tanto é que ficou expresso na deliberação.

Achado III: Insuficiência dos mecanismos existentes no sistema RPC, para evitar a inserção de comunicados de reajuste com erros.

Por falta de controle, até antecipei isso aí. Na hora em que informa, não há... Os sistemas ainda não eram adaptados para fazer críticas, para excluir valores destoantes, cruzar os dados com outra base de informações, e também a gente percebeu que, à época da auditoria, a ANS já estava implementando isso, mas é o que foi constatado à época.

E o Achado IV é o déficit de transparência na metodologia de cálculo do percentual máximo de reajuste dos planos individuais, porque, no caso dos individuais, ainda há fatores exógenos. Então, uma das questões até trazidas no relatório - até foi objeto de embargos pela ANS - foi a questão de possível duplicidade do rol de procedimentos, porque as operadoras de planos coletivos, ao informar o reajuste delas, por certo já desconsideraram essa questão do rol de procedimentos. E impacta, certamente. Não há dúvida disso. Mas, como isso se transpõe para o individual, e a ANS faz esse trabalho, a gente não percebeu, com segurança... Inclusive, a gente até colocou como possível, exatamente por não ter elementos categóricos para afirmar isso, que havia uma zona, talvez uma lacuna, com possibilidade de que isso ocorresse.

As medidas determinadas pelo tribunal nesse acórdão, agora, recente, de 2018, se eu não me engano, de março, foi que se elaborasse e enviasse à Corte do TCU um plano de providências contemplando a instituição de mecanismos de atuação que permitam a efetiva aferição da fidedignidade e a análise crítica das informações econômico-financeiras comunicadas à autarquia pelas operadoras de planos de saúde, mormente no que se refere à retomada das visitas técnicas às empresas e ao tratamento dos casos em que identificadas práticas abusivas, se verificadas, contra os consumidores. A gente trouxe essas visitas à baila em virtude também de outro trabalho do tribunal que tratou da área de fiscalização. Por várias razões, inclusive de pessoal, na ANS, pelo menos na época, não sei se estavam suspensas essas visitas. Então, a gente achava que,

ainda que adotando algum critério, qualquer que seja, como amostra ou qualquer forma de estratificação, elas deveriam ocorrer.

O 9.1.2. é reavaliar a metodologia atualmente utilizada para definição do índice máximo de reajuste anual dos planos de saúde individuais/familiares, de modo a prevenir os efeitos de possível cômputo em duplicidade da variação associada à atualização do rol de procedimentos, em decorrência daquele achado que eu acabei de mencionar aos senhores.

O 9.2. é recomendar à ANS que passe a exigir das operadoras de planos de saúde, por ocasião dos reajustes de preços, a disponibilização, aos respectivos contratantes, de informações que permitam a aferição do correspondente índice de sinistralidade verificado no período anterior, como a discriminação e os quantitativos de procedimentos efetivamente demandados pelos beneficiários e os valores pagos aos prestadores de serviços.

A ANS, em algumas das medidas, por entender que parte estava implementada e por entender que algumas delas não se aplicavam, opôs embargo de declaração, mas o relator houve por bem entender que o entendimento que ele tinha firmado na deliberação originária deveria ser mantido. A agência, no caso, tem 180 dias para apresentar um plano de ação, contado a partir da comunicação da última deliberação. Então, essa medida tem que ser comunicada a partir de dezembro de 2018, deixando claro, como o colega gestor da ANS mencionou, que algumas ações estão claramente em curso, como estamos vendo.

Há outras questões subjacentes a reajuste também que é preciso dizer. Eu até tinha dito que não vou entrar neste ponto, porque seria uma opinião pessoal, mas eu acho que a coparticipação tem alguns fatores positivos. A gente percebe também alguns comportamentos de beneficiários que talvez - não vou dizer que sejam condenáveis - não sejam bem aplicados. De repente, uma pessoa que, para uma mesma situação, consulta cinco profissionais em consulta, por vezes, pode ter um comportamento... Isso pode, como há o princípio da solidariedade, aumentar custo em determinadas situações. Isso é uma situação que não pode ser destacada.

Há outras situações também que podem ver. Nisso aí, eu não sei até quando a ANS terá fôlego, mas já vi que há discussões. O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) tem alguns estudos na área. Por exemplo, há possibilidade de mudança no fator de remuneração na área de saúde. Hoje, paga-se tudo por procedimento. Então, tudo é muito detalhado: pagam-se o fio, o grampo, o metro e tal. A literatura que a gente olhou diz que isso pode aumentar muito os custos, inclusive de controle para quem paga. Há alguns métodos - eu não estou me recordando da sigla agora -, entre os quais, DRG, mas é como se pagassem as internações ou talvez até os procedimentos por pacotes, fazendo certas variações de comorbidade.

Vamos dar um exemplo. Se fosse uma cirurgia neurológica, por exemplo, se for um paciente de 20 anos, vai ser um preço "x"; de 20 a 50 anos, outro; se ele tiver doenças associadas... Então, seriam como pacotes, o que talvez ajudaria em redução de custo, sabendo que pagariam um preço fixo ou variável com determinados controles.

Essas medidas exaradas pelo tribunal visam a contribuir para a melhoria da atuação da agência; ao aumento da eficácia, eficiência, efetividade e economicidade das ações de regulação dos reajustes; e ao aumento da transparência do setor.

Mais uma vez, eu acho que a ANS está numa situação... É uma atividade hercúlea, diga-se, pois é um setor difícil de controlar, mas o tribunal entende que é preciso avançar nisso.

Outra questão subjacente, antes que eu termine - e há algumas questões. A indústria, de acordo com outros contatos, não esse trabalho específico, aponta distorções que onerariam o custo de operação de um importador, distribuidor. A Abraidi trouxe alguns percentuais ali, porque, se isso vai ao custo, isso vai chegar ao consumidor final, que é o beneficiário.

Há outra medida interessante. Eu fiquei um pouco relutante em trazer este eslaide, mas isto foi apresentado num simpósio, foi público, realizado em junho agora.

(Soa a campanha.)

O SR. MESSIAS ALVES TRINDADE - É uma questão também que os Srs. Parlamentares conhecem, que é questão de órteses e próteses, em que foi, inclusive, houve várias medidas. Aqui, no DF, houve operação policial. Nós vamos trazer um exemplo aqui, que foi apresentado por um técnico da Anvisa, na questão de prótese de joelho, trazendo a questão de margens agregadas na cadeia. Há um dispositivo que custaria R\$2.096 - é o custo do produto -, e vão agregando - no início, tudo bem - seguro, frete, custo operacional, tributos e tal. E o que acontece? Há uma questão de comissão de médico, por exemplo. É uma questão apontada. Eu não sei com que evidências, com que números ele trouxe. Eu estou reportando algo que foi por nós presenciado. Há casos ali em que uma comissão ser maior que o custo inicial do próprio dispositivo. Mais à frente, há a margem do hospital, até chegar ao preço final. Então, um dispositivo que saiu de R\$2.096 chegou a R\$18.362. Há outras notícias a respeito disso. Então, atacar outras questões também... Isso vai acabar impactando em reajuste de plano de saúde, já que, se a operadora for arcar com esse valor, isso vai ser repassado para o usuário.

Isso é, resumidamente, o que eu queria apresentar.

Não vou falar da coparticipação, porque o colega já esmiuçou e o tribunal também não se posicionou. Se o tribunal for provocado, se for o caso, a gente aguarda.

Eu agradeço a atenção dos senhores.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Eu quero agradecer a sua exposição, Sr. Messias Alves Trindade.

Algumas coisas estão se esclarecendo. Se tínhamos alguma dúvida de que o controle dos planos coletivos é absolutamente necessário, essa dúvida se dirimiu. Eu acho que isso é evidente. Espero que, nessa reunião que V. S^{as} vão ter nas próximas semanas, isso entre com muita força, porque ficou evidente o abuso nos planos coletivos.

Também acho que pegou muito mal para a agência ter feito um embargo tentando desconstruir as recomendações do TCU. Não precisava ter embargo. Poderia ter havido uma compreensão do que estavam tentando dizer, que estava equivocado, que queriam um maior entendimento. Graças a Deus, o tribunal não aceitou.

Agora, isso nos deixa - e o Senador Lindbergh colocou com muita clareza - com um pé muito atrás sobre o que está acontecendo lá, porque, nessa questão dos planos coletivos, nós aqui já sabemos e acompanhamos há tempo que isso é esquisito.

Nós não vemos, nesses últimos anos... E não sei quem falou que a coitada da agência não teve tempo. Se ela foi criada em 2000 e nós estamos em 2018, como é que ela não teve tempo de se estruturar? Ela deve até ser fechada, se alguém achar isso, porque 18 anos para se estruturar é mais que tempo! Não teve tempo de se estruturar para as mudanças que foram acontecendo nesse período em termos de envelhecimento, de modernidade e também de se estruturar em benefício do consumidor, que é para quem ela foi criada. É para isso que ela não teve tempo de estruturar. É para isso que esta Comissão, nesta audiência, tem a responsabilidade, junto com outras comissões, de tentar encaminhamentos diferenciados.

Agora, uma sugestão de quem é leiga no assunto: parece que um dos encarecimentos que nós temos é essa tal de comissão para os médicos que foi mencionada. Nós tivemos aqui um exemplo muito curioso que qualquer um de nós que foi ao médico já viveu. O Presidente da Anvisa contou um exemplo pessoal. Ele estava numa viagem, teve que fazer um exame por infecção urinária, queria uma receita de um remédio para tomar, e imediatamente foi pedida uma ressonância. Essa mania de se pedir um monte de exames desnecessários se coloca na conta de os médicos ganharem pouco e, então, têm que ter uma porcentagem nesse monte de exames que necessitam pedir para terem uma receita um pouco maior. É preciso ver se isso procede ou não e como inibir esse tipo de comportamento, que hoje é amplamente difundido. Eu vi na coparticipação, pode ter havido uma preocupação nesse sentido, mas eu não sei se é o caminho. Isso é uma coisa que, depois, com as perguntas, V. Ex^{as} poderão reconduzir.

Agora, com a palavra a Srª Marilena Lazzarini, Presidente do Conselho Diretor do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor.

A SRª MARILENA LAZZARINI - Bom dia a todos.

Eu queria agradecer, na figura da Senadora Marta Suplicy, a oportunidade de estar aqui hoje debatendo este tema que realmente é um tema para toda a sociedade brasileira se envolver e participar mesmo, porque somos nós que estamos pagando essa conta.

Eu trouxe poucas transparências, Senadora. Espero não demorar muito.

Eu trouxe, na minha apresentação, as principais conclusões do Tribunal de Contas da União, que eu não vou repetir, porque elas já foram muito bem apresentadas. Eu acho que o grande achado para nós consumidores foi o relatório do TCU, porque realmente o relatório desvendou o que nós vimos há muitos e muitos anos reclamando, que é a falta absoluta de transparência da ANS em relação à questão dos reajustes de planos de saúde neste País. Essa é uma questão grave. A esses custos das próprias empresas contratantes o consumidor maior não tem acesso.

A caixa-preta dos custos dos planos de saúde, de alguma maneira, foi desvendada pelo relatório do TCU, e foi a partir desse relatório, com essas informações que foram desvendadas, que nós, do Idec, pudemos ajuizar uma ação civil pública justamente para tentar conter essa situação. E foi a partir dessa ação que nós tivemos aquela decisão liminar de um reajuste, baseado nos custos de saúde, de 5,72% - que foi suspenso; e nós estamos recorrendo. Mas a ação vai nos trazer a oportunidade de debater judicialmente todas essas questões que estão sendo aqui trazidas; e graças a essa auditoria do TCU.

Então, eu vou passar por cima desses pontos. Eles foram muito bem apresentados. Vou chamar atenção apenas para um deles, porque foi tratada aqui a questão do aumento do custo do rol de procedimentos pelo representante da agência, que causa um impacto enorme. Surpreendentemente na ação - porque agora o debate se trava judicialmente -, as informações que a ANS trouxe para o processo mostram que realmente houve essa cobrança em duplicidade, decorrente dos fatores

exógenos em alguns anos. Quer dizer, isso foi confessado pela ANS no processo judicial, mas a ANS alega que essa diferença é de 1% ou em torno de 1%, quer dizer, não é tão grande assim como normalmente eles alegam publicamente. Então, essa é uma discussão que se inicia judicialmente, e nós traremos as informações sempre que elas estiverem disponíveis - e vão ser muito interessantes.

Eu vou entrar na questão da coparticipação e franquia, que é um aspecto importante, mas, antes disso, eu quero chamar a atenção para mais um aspecto. A ANS conchama a participação da sociedade para discussão, por exemplo, dessa nova metodologia de reajustes que está sendo proposta. E aqui nós temos que não podemos deixar de falar isto: que, de uma maneira geral, as propostas que são levadas pelas organizações, pelos PROCONS, pelas entidades e pelos consumidores nas consultas e audiências públicas são muito pouco utilizadas pela ANS. Quer dizer, nós temos um histórico muito negativo em relação a como a ANS ouve as opiniões da sociedade. Essa é uma questão séria.

Em segundo lugar, eu acho que existe um fator aí que é fundamental: a sociedade, o Procon - e pode ser o maior Procon do País -, até uma defensoria, uma associação de consumidores não têm os recursos técnicos e não dispõem dos profissionais, dos especialistas em atuária, em econometria, em todas as matérias para fazer frente a uma audiência pública como essa, que tem uma enorme complexidade, e para emitir uma opinião abalizada. Então, há uma enorme assimetria. Tanto é que nós sabemos que, em muitos países, os órgãos reguladores até apoiam essa participação com recursos para contratação de especialistas, de consultores. Isso não acontece aqui; aqui nós participamos de uma forma absolutamente frágil. Então, há uma assimetria, e ela tem que ser considerada.

E nós queremos receber essas informações muito bem traduzidas pela ANS nessa audiência pública; nós queremos entender muito bem o que significa essa nova metodologia proposta, porque a anterior nós já vimos que era péssima, que não funciona e que trouxe aumentos absurdos para os planos de saúde. Então, nós esperamos que esse debate agora da nova metodologia aconteça de uma forma adequada. Eu faço questão de estar presente e de entender muito bem tudo isso que vai ser explicado. Bom, então esse é apenas um parêntese.

Agora entrando na questão da coparticipação e da franquia, realmente nós sabemos que não é uma novidade que está sendo trazida por essa resolução. Mas há uma diferença na forma como ela está sendo proposta: quer dizer, há uma reformulação nas regras, e o que está por trás disso, de fato, é fazer com que o usuário use menos o plano de saúde - sem entrar no mérito disto, sem entrar no mérito desta discussão, se é o médico que pede mais exame. Acho que essa não é a questão que está em discussão aqui, agora, mas o que vai acontecer é que o limite está sendo mesmo expandido para 40% - a prática não era de 40% - e pode chegar até 60%, na nossa interpretação, no caso de contratos coletivos; ou seja, a mensalidade pode mais do que dobrar, como disse aqui o Senador Lindbergh. E essa é a realidade. Isso estava mesmo dentro do pacote dos planos acessíveis que vinha sendo proposto pelas empresas e com apoio do Ministro Ricardo Barros. Então, isso fazia parte dessa pauta. Eu acho que a ANS pode alegar que vem discutindo há muito tempo - enfim, não vamos discordar também disso -, mas estava nesse pacote.

E o que é que esse pacote buscava? É justamente num contexto de crise econômica em que muitas pessoas deixaram de pagar planos de saúde porque perderam o seu emprego ou porque, enfim, não têm condição de manter esses aumentos exorbitantes. Nós estamos falando de um público-alvo desse modelo que são pessoas que estão em dificuldade econômica ou desempregadas; quer dizer, que vão ter uma um atrativo de poder comprar um plano mais barato, mas que vão ser surpreendidas na hora em que, se tiverem alguma doença, se surpreendidas por uma situação de doença, tiverem que pagar aquilo que elas não poderiam pagar. Quer dizer, existe uma perversidade por trás dessa proposta que vem justamente para esse público que está mais fragilizado, que é mais fraco na sociedade, neste momento de crise.

Então, a questão é que esse modelo de plano de saúde é bom para quem tem saúde; mas quem ficar doente vai provavelmente, com uma enorme probabilidade, pagar mais. E aí sabemos que a ANS isentou 250 itens e tal, mas, no diagnóstico de uma doença inesperada - e ninguém sabe o que pode acontecer com a sua saúde -, dificilmente essa isenção da lista de 250 tratamentos vai se aplicar àquela doença diagnosticada. É uma questão de loteria: "Puxa, a minha doença...". Existem lá os 250 procedimentos: que bom, não é? Mas isso, ninguém sabe, é algo totalmente imprevisível.

Então, o conceito de se contratar um plano de saúde é justamente você ter a segurança de uma tranquilidade financeira numa hora do adoecimento, que é imprevisível. Mas, no caso, com esse modelo, o que acontece é que a pessoa doente vai ser surpreendida por novas cobranças, e essa tranquilidade não vai existir; há uma inversão nessa expectativa. E o grave nesse modelo é a cobrança até em pronto atendimento, urgência e emergência. Além do fator de 40%, podendo ser maior ainda... Em outros países, em modelos de outros países, isso é exceção; não se tem essa cobrança tão alta em coparticipação e franquia - em outros países -, a não ser excepcionalmente. Essa possibilidade de cobrança em urgência e emergência, de pronto atendimento, pelo jeito é uma jabuticaba brasileira: isso também não existe em outros países. E isso é grave, porque uma pessoa que corre para uma emergência, uma urgência não corre porque ela quer usar mais o plano; ela vai

porque ela tem uma situação... E quem vai dizer se é urgência ou emergência é o médico que vai fazer o atendimento. Mas ela, com certeza, vai ter que pagar provavelmente alguma coisa - se precisar fazer um exame, enfim, algum tratamento.

Então, o desfecho esperado - isso não é o Idec que está falando, mas as entidades de defesa do consumidor se manifestaram em conjunto sobre essa questão - é a possibilidade de endividamento. Quer dizer, é um público que já está vulnerável do ponto de vista econômico e que vai correr o risco de se endividar ou de adiar um tratamento porque não tem o recurso para pagar - então, isso pode agravar o seu estado de saúde; ou que vai recorrer ao Judiciário - hoje, as ações judiciais contra planos só fazem aumentar na Justiça, então esse modelo não vai resolver; ou que vai correr para o SUS, para o nosso bom SUS, que temos que valorizar muito, porque é ele que acaba dando o atendimento a esses casos.

Então, aqui, nós queríamos, em relação a isso, apoiar os projetos que estão saindo aqui do Legislativo para tentar sustar essa resolução e nos colocar à disposição para colaborar nesse sentido.

E há um ponto - eu estou tentando ser realmente muito rápida aqui para abrir para o debate - que eu deixei aqui em branco, que são as nomeações de diretores para a ANS. Foi tocado aqui pelo Senador, mas é um caso... Hoje a ANS é uma agência de grande... Ela está capturada pelo interesse das empresas, e isso não é porque... Os funcionários concursados nós respeitamos muito, e acho que esse corpo técnico é importante e tem que ser valorizado; mas, se os dirigentes forem capturados de alguma maneira por outros interesses, isso vai comprometer a regulação.

Então, aqui, o Senado é que é encarregado de lidar com essas questões. Nós temos acompanhado muito os debates e tentado trazer alguma informação quando dispomos dela, mas é uma questão que eu acho que tem que ser tratada com muita responsabilidade - eu sei que já é. responsabilidade. E eu sei que já é.

E existe um projeto de lei, ainda, que trata da questão das agências reguladoras. Nós entendemos que é importante que critérios para essa questão da nomeação de dirigentes, enfim, sejam mais bem definidos e essas sabatinas sejam feitas com mais rigor, para que evitemos situações como essa, em que uma agência que já tem tanto tempo de existência ainda não tem a credibilidade da sociedade. Hoje, eu lamento dizer isso. Eu gostaria muito de estar aqui presente para reconhecer que a ANS exerce o papel de reguladora de um mercado; mas não é isso que acontece, na nossa opinião.

Então, realmente, a expectativa da sociedade é que essa postura mude. Nós queremos regulação de fato; nós queremos que a agência fique numa posição para equilibrar o mercado; mas nós não sentimos isso hoje. Nós, quando vamos para um debate, não sentimos que a ANS, pelo menos, esteja no meio, neutra; não. Nós sempre, como consumidores, vemos a ANS no outro polo. Então, essa é uma realidade que a sociedade espera seja mudada. E o Senado, com certeza - nós sabemos -, vai contribuir nesse sentido.

Muito obrigada.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Pode ter certeza, Srª Marilena Lazzarini, de que aqui os Senadores, na sua grande maioria, compartilham desse desejo.

Nós temos aqui a inscrição de Senadores, mas peço permissão aos dois Senadores aqui presentes e inscritos para dar a palavra ao nosso visitante que hoje veio, Deputado Flavinho, do PSC, para que possa fazer suas observações e questionamentos. Depois, prosseguiremos com os Senadores Humberto Costa, Lindbergh e Lídice, que estão inscritos.

O SR. FLAVINHO (PSC - SP) - Eu agradeço à nobre Presidente, agradeço também à Senadora e ao Senador aqui presentes.

Eu estava na Comissão de Seguridade Social e Família, da qual sou membro titular na Câmara, e foi avisado pelo nosso Presidente que haviam iniciado a audiência pública. E fiz questão de vir aqui participar, primeiro porque sou autor de um PDC também, lá na Câmara, para sustar essa Resolução Normativa 433, por ver que ela é tremendamente abusiva, desonesta com o povo brasileiro e reflete exatamente isto que foi dito pela Srª Marilena: o aparelhamento da ANS - assim como não é diferente com outras agências reguladoras no nosso País, como a própria Anvisa, a Anac e por aí vai, infelizmente.

Faço também aqui coro com a voz do Senador, quando dizia da indicação desse advogado de operadoras de saúde colocado à frente de uma agência. Isso é ridículo; isso é asqueroso. Eu queria ver se fosse, por exemplo, alguma indicação do Idec para estar à frente da ANS, se seria recebido com tanta tranquilidade, como parece, um representante das operadoras de saúde à frente de uma agência reguladora do País. Isso é asqueroso.

Agora, veja que interessante: segundo informações de agências de comunicação, esse Sr. Rogério Scarabel é indicado, apadrinhado do Sr. Eunício Oliveira, que é o Presidente do Congresso Nacional. Fontes de agências de comunicação que estão noticiando isso.

Então, o Senado Federal tem aí uma responsabilidade muito grande, ao fazer essas sabatinas, para que isso também, como foi dito aqui, acabe. A própria Presidente desta Comissão já colocou que realmente, acredito eu, a maior parte dos

Senadores querem acabar com isso; mas é muito difícil, porque a gente tem esse corporativismo muito forte e a gente vê esse aparelhamento terrível das agências, causando todo esse transtorno para a população brasileira, no momento em que o cidadão mais precisa, quando ele está doente, ele está fragilizado não só pela enfermidade, está fragilizado pela situação econômica do País, com uma recessão tremenda acontecendo no País.

A dificuldade que se tem para fazer um plano de saúde individual, para mim, é uma outra excrescência que aconteceu no nosso País nesses últimos tempos: o cidadão, o consumidor, não tem o direito de escolher o produto que ele quer usar, a partir do momento em que ele não pode usar também do SUS, porque ele sabe que, se ele for depender do SUS, ele vai morrer ali na porta de um hospital. Ele vai fazer uma economia, vai tirar de onde não tem, para fazer um plano de saúde, e ele não pode escolher; ele é obrigado a abrir uma empresa, para ter um CNPJ, para poder, então, ter acesso a um plano de saúde, que aparentemente resolveria o seu problema quando ele precisasse, mas, como a Sr^a Marilena disse, é o momento em que ele mais é surpreendido com essas aberrações que nós estamos vendo.

Então, fiz questão de vir até aqui dar a minha contribuição nessa audiência pública, primeiro por ter apresentado, já na semana passada, esse projeto de decreto legislativo; segundo, por realmente me sentir profundamente incomodado com essa situação das agências reguladoras no nosso País, com essa falta de transparência, como foi dito aqui pelo membro do TCU.

Meu Deus do céu, depois de uma auditoria como essa do TCU, a ANS vir a uma audiência pública como esta, no Senado, e não mandar o Presidente, para dar esclarecimentos de fato concretos? Diante de uma auditoria como essa, ainda que o membro do TCU tenha dito que alguns avanços já aconteceram... E acredito que tenha sido por parte exatamente dos concursados, dos membros dessa agência que realmente têm o seu brio e devem, de fato, ali buscar o bom andamento da agência, mas claro que não é por parte daqueles diretores colocados ali. E acredito que não seja muito diferente do que saiu e do que estava antes, porque esse problema já perdura por 18 anos, a ponto de estar aqui um representante do Conselho de Direitos do Consumidor, dizendo que, há 18 anos, essa agência não tem condições de trazer aqui alguém que represente consumidores que digam: "Olha, a gente se sente realmente contemplado nas ações que acontecem a partir dessa agência."

Então, como Parlamentar desta Casa, eu me sinto profundamente envergonhado com toda essa situação. Claro que nós, Parlamentares, seja na Câmara Baixa ou aqui no Senado, fazemos a nossa parte para tentar, de todas as formas, minimizar esses impactos na vida da população brasileira - prova disso é um projeto como esse. Eu sei que já há outro aqui, como já foi dito pelo Senador Lindbergh. Na Câmara, eu sei que já há outro projeto de decreto legislativo também. Só que, infelizmente, a nós sabemos que projetos de decretos legislativos como esse têm uma dificuldade tremenda de avançar, porque para no bloqueio imenso do *lobby* das operadoras de saúde dentro da nossa Casa, dentro do Parlamento brasileiro, o que infelizmente impede o avanço. Mas nós não deixamos de lutar. Ainda que percamos uma batalha, não vamos deixar de lutar em prol daqueles que mais precisam.

E a minha fala hoje aqui, nesta audiência pública, é exatamente focada naqueles que mais precisam, na parte vulnerável do processo, que são esses enfermos do nosso País, doentes, senhores, senhoras, crianças, que infelizmente deveriam ser supridos na sua saúde, porque pagam altos impostos, pelo SUS, um sistema de saúde invejado por outros países, mas que, na prática, infelizmente não acontece. Essas pessoas vão em busca de uma saúde suplementar, são enganadas - literalmente enganadas -, e muitas vezes não conseguem ter acesso àqueles serviços que pagam.

Então, deixo aqui o meu repúdio a toda essa situação - esse repúdio é concretizado nesse PDC - e, ao mesmo tempo, o meu apoio a todas essas entidades que trabalham em prol dos consumidores e também o meu aplauso à nossa Presidente, por esta audiência pública.

Muito obrigado.

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Eu que agradeço ao Flavinho, do PSC, do meu Estado de São Paulo, aqui, pela sua participação desde o primeiro minuto, pelas suas considerações e pelo projeto, que, como nós todos sabemos, pode... Hoje até me perguntaram de manhã, numa entrevista, como é a tramitação, como seria isso. Eu disse: ele pode ser aprovado em 15, 20 dias, ele pode ficar na gaveta anos. Então, vai depender da nossa mobilização e da mobilização de você, que está nos assistindo.

Agora partimos para os nossos Senadores. A primeira inscrita é a Senadora Lídice; depois, o Senador Humberto.

Com a palavra a Senadora Lídice.

Só para explicar - desculpe-me -: depois vocês terão a oportunidade de fazer as suas considerações e não vai haver as finais. Quer dizer, cada um fala, e depois encerramos.

Pois não.

A SRª LÍDICE DA MATA (Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania/PSB - BA) - Srª Presidente, Srªs e Srs. Senadores que estão aqui, que votaram nesta audiência pública, representante do Idec, Sr. Deputado, caros representantes da ANS e do Tribunal de Contas da União, esta é mais, eu diria, uma das audiências que a nossa Comissão faz, para tentar entender o que levou a ANS a, nesses últimos três anos, definir aumentos, nos planos individuais, sempre acima da inflação. Em 2017, foi acima de 13%; em 2016, acima de 13%; e, agora, acima de 10%. E, na circunstância em que o País vive, eu não sei qual a categoria de trabalhador, ou mesmo de servidor, ou mesmo de segmento organizado da sociedade privada que tenha conseguido um aumento de 10% no seu salário. Quando se coloca o limite de 10%, ele sempre é praticado no limite máximo - o aumento.

E eu não vou nem me referir a tudo isso que já foi dito aqui a respeito da ANS (Agência Nacional de Saúde), que tem um papel regulador, que está cada vez mais comprometida. Busca-se no mercado um executivo - em geral um homem executivo - de algum plano privado ou de alguma representação da saúde privada e se escolhe para se indicar, para ser o Presidente da Agência Nacional de Saúde.

Aliás, há uma convicção, neste País, de que só alguém vinculado ao mercado tem condição de fiscalizar, porque isso se repete em outras agências de regulação no Brasil.

Mas, na Agência Nacional de Saúde, há uma sensibilidade maior. Nós temos uma agência que trata de situações que são situações limites para a população brasileira. Nós já tivemos aqui debate, por exemplo, sobre a necessidade de importação de medicamento para doenças e para combate ao câncer, que é mantida proibida pela Agência Nacional de Saúde. Então, ela está sempre tratando daquilo que é o limite das pessoas, que é o limite da vida; e, por isso, nossa escolha tem que ser cada vez mais consciente e rígida, no que diz respeito à indicação dos diretores da Agência Nacional de Saúde.

É indiscutível que os planos de saúde no Brasil são uma caixa-preta. Agora, com essa auditoria do Tribunal de Contas da União, isso pode nos abrir caminhos.

Em função disso tudo, nós apresentamos um pedido de CPI para os planos de saúde do nosso País, que ultrapassou o limite de 27 assinaturas, que é o número mínimo, para obter 29 assinaturas para sua implantação.

Ontem, eu cobrei a leitura do requerimento da CPI ao nosso Presidente, e ele garantiu que, na sessão de hoje, devidamente e tempestivamente colocado, nós teríamos a possibilidade de ter essa leitura. Eu vou estar lá, Presidente, o tempo inteiro, na sessão, para, imediatamente antes da abertura da Ordem do Dia, requerer a leitura desse requerimento.

Pelo que vi nesta audiência pública, ela não dá conta de uma investigação mais profunda, embora fosse a necessidade de todos nós. É preciso botar na mesa os representantes de planos de saúde, para abrirem sua planilha. É preciso debater também com a ANS, que não pode apenas trazer essa cultura de apresentar números, números e números, para deixar as pessoas se sentindo um pouco incapazes. Era o que se fazia antigamente, com os orçamentos da União. E foi feito todo um esforço da política e da sociedade brasileira, para conseguir transformar o orçamento numa coisa mais clara, mais possível de ser acompanhada pelo cidadão. E todo órgão público tem o dever de fazer isso, já que nós temos, hoje, leis que obrigam a transparência.

É preciso esclarecer cada um dos dados, dos números que estão sendo colocados, abrir objetivamente e de forma clara essa caixa-preta, para que... Eu não gosto da expressão caixa-preta. Apenas, ela se refere àquela que é uma ferramenta usada pela aviação civil, quando dos desastres. Não concordo com a expressão preto ou preto sempre vinculada a uma coisa negativa. Portanto, é preciso abrir esse mistério que se tornou, justamente, a planilha dos planos de saúde.

Eu me lembro, há muitos anos, há uns 30 anos, quando eu era vereadora - e V. Exª foi prefeita da maior cidade do Estado -, de que era assim também com as planilhas dos transportes coletivos no Brasil. E foi um esforço grande da sociedade brasileira, das câmaras de vereadores, das prefeituras, da participação cidadã, para que se abrisse esse mistério. E, hoje, a sociedade já domina, em certa medida, esse... No meu tempo de prefeita, eu coloquei um conselho de transporte, para que a planilha fosse analisada pela sociedade. É preciso, portanto, que a própria sociedade domine, além das agências reguladoras, e tenha o protagonismo de poder fazer esse nível de controle. Por isso, há o Idec e tantas organizações de defesa do consumidor.

Eu considero que, apesar de ter sido muito relevante o esforço feito pelos Senadores aqui, dificilmente nós poderemos esclarecer ao consumidor final, porque a maneira como está colocada é muito difícil.

Eu queria fazer uma pergunta. Sabendo que existem vários segmentos envolvidos na questão da saúde - hospitais, médicos, fabricantes de equipamentos, planos de saúde, etc - e cientes de que o problema está em toda a cadeia, qual a interpretação da ANS deste cenário: médicos que ganham comissões para indicar determinado equipamento, como vimos na CPI das Órteses; hospitais que provocam a cobrança de procedimentos mais caros; fabricantes que oferecem vantagens financeiras

para indicação de seus equipamentos? - enfim, um número de denúncias que temos ouvido e que deveriam ser fiscalizadas e coibidas pela agência reguladora.

Veja bem, tudo o que foi dito aqui e colocado... Não, os planos coletivos passaram a ter um posicionamento que é o de 40%, sobe para 40%, para impedir, digamos assim, entre aspas, o "abuso" do uso de pedidos de exames que são desnecessários. Mas é o consumidor que adquire o plano de saúde que é responsável por isso? Quem paga o plano de saúde é que é responsável pelo médico exagerar no pedido de exames? Então, qual é mesmo a medida que deve ser adotada para isso?

E aquele consumidor, apesar de já haver certa proibição, que hoje é aposentado, que tem um plano de saúde individual antigo - porque agora até o plano de saúde individual é proibido -, que é obrigado... Senadora Marta, eu conheço dezenas que são obrigados a se manterem trabalhando porque a sua aposentadoria não dá para pagar o plano de saúde. Então, eles são obrigados, com 70 anos de idade, 72 anos de idade, enfim, acima dos 70 anos, a se manterem trabalhando para poderem pagar um plano de saúde que hoje está batendo nos R\$3 mil, em que é oferecida a possibilidade de aumento de ainda mais 10%. Qual é a aposentadoria ou emprego, volto a perguntar, neste País, que deu um aumento de 10% de salário, para permitir esse abuso? Realmente não é possível que nós tenhamos apenas como resposta o incremento de tecnologia aos equipamentos de saúde. Não é possível isso.

O SUS é um grande projeto de oferta de saúde para o povo brasileiro e vem se qualificando cada dia mais. No entanto, com a população imensa que nós temos, e não só com isso, com diversos posicionamentos que desestimularam o SUS - porque hoje grande parte da rede hospitalar deste País não é mais do SUS, é privada, atende ao SUS e se beneficia do SUS, mas tem também uma possibilidade de lucratividade grande -, com diversos mecanismos que desestimulam e enfraquecem o SUS no País, teremos ainda mais uma nova população que hoje utiliza os planos de saúde e que vai ter que voltar para o SUS, porque não há possibilidade de se manter nos planos de saúde com esses aumentos permanentes acima da inflação.

Por isso, apresentei também um projeto, D. Marilena - para finalizar -, que busca garantir que todo preço que seja administrado pelo Governo, como combustível, como plano de saúde, etc., tenha um patamar definido de aumento pelo IPCA. Se o plano de saúde não pode obedecer a esse aumento, que seja definido também um outro tipo de equalizador, mas que não se possa permitir que simplesmente a Agência Nacional de Saúde, usando desse ou daquele procedimento que é completamente fora do controle do consumidor, possa definir por um aumento dessa natureza.

Eu acho que realmente nós vamos ter que lutar pela CPI para que possamos ter aberta essa caixa de Pandora que infelizmente estamos vivendo no Brasil no que diz respeito aos planos de saúde.

Obrigada, Srª Presidente.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Muito obrigada, Senadora Lídice da Mata.

Agora o nosso ex-Ministro da Saúde Senador Humberto Costa com a palavra.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Srª Presidenta, Srªs Senadoras, Srs. Senadores, ilustres palestrantes desta audiência de hoje, inicialmente eu queria me associar a V. Exª, Senadora Marta, na sua indignação diante do fato de os dirigentes da ANS, os titulares da diretoria da agência, não terem vindo.

Nós já, inclusive, combinamos de fazer uma reunião, uma nova audiência pública, dessa feita...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Já pedi para fazerem um requerimento para votarmos agora, para, na volta do recesso, já estar o pedido de uma audiência pública para planos de saúde. Depois diremos quem virá ou não, porque talvez seja interessante também trazer pessoas de planos de saúde.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Sim, sim, eu acho que tem que trazer as operadoras. E nós fazemos isso em conjunto com a Comissão de Constituição e Justiça, já que a minha proposta de decreto legislativo sustando essa resolução está lá na Comissão de Constituição e Justiça.

E, se da próxima vez a agência não se fizer representar pelos seus diretores - sem nenhum demérito aos diretores adjuntos ou gerentes que aqui vieram, mas a grande responsabilidade é daqueles que foram, inclusive, votados aqui para desenvolver esse trabalho -, se eles não vierem, já que nós não podemos convocá-los que nós convoquemos o Ministro da Saúde para responder sobre essa questão, caso não tenhamos essa participação.

A outra coisa que me preocupa é que são dois movimentos que acontecem ao mesmo tempo e que provocam um dano assim incomensurável à população brasileira. De um lado, com a limitação do crescimento dos recursos para o SUS - aquela emenda do fim do mundo, a Emenda Constitucional 95, que, conforme nós havíamos dito, terminou sendo um fator de impedimento do crescimento dos recursos para o Sistema Único de Saúde -, o que nós estamos vendo é sucateamento de serviços, é insuficiência de recursos para manutenção do custeio, é dificuldade de ampliação de programas importantes e o desmonte de programas importantes também, como foi o caso da Farmácia Popular naquela modalidade que era administrada pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pela própria Fundação Oswaldo Cruz. Então, ao mesmo tempo em que

nós estamos tendo menos SUS, porque temos menos dinheiro para gastar no SUS, nós também vamos ter mais demanda sobre o SUS, porque não há dúvida de que, seja pelo problema do desemprego, seja pelo problema do crescimento da renda muito abaixo do que a inflação do setor saúde e do crescimento das mensalidades dos planos de saúde, tudo isso vai para dentro do SUS. Na verdade, o que nós sempre defendemos é que isso aqui fosse realmente suplementar. Lamentavelmente, hoje, não pode ser suplementar, é quase que uma coisa necessária, porque o SUS não dá conta, infelizmente, de cumprir integralmente todas as suas responsabilidades por conta dos problemas de recursos.

A outra coisa que é importante trabalhar é não somente a atualização dos valores que são pagos à prestação dos serviços para compor um indicador para o reajuste dos preços dos planos de saúde, mas uma série de outras coisas. Por exemplo, este tema das órteses e próteses é algo criminoso. Eu tenho um projeto aqui que apresentei em função de um estudo extremamente aprofundado que foi feito pelo Ministério da Saúde, e isso está parado. A Anvisa também não avançou com isso aí. Onde se procurava criar padrões de comparação para que... Porque nós o tempo inteiro metemos o pau nas operadoras, temos que meter o pau mesmo, mas nós temos que criar mecanismos também para que quem presta o serviço, quem oferece o serviço o faça da maneira adequada. Então, esse é um problema. Tem que haver uma interferência maior da ANS juntamente com a Anvisa para que isso, que é um fator importante de elevação de custo, seja minimizado.

Assim como o problema da incorporação tecnológica, eu acho que não é somente você dizer: "Entrou isso... Entrou isso... Entrou isso..." Mas é você ter a possibilidade de dizer: "Isto aqui não vai acrescentar nada. Isto aqui é a mesma coisa disto aqui que já está." Porque nós sabemos que isso é verdade também. Talvez o Brasil seja o único país que incorpora com tanta facilidade a tecnologia na área da saúde diferentemente de outros. Sabemos que há cidades no Brasil que têm determinados equipamentos talvez em mesma quantidade do que em alguns países, porque não há essa preocupação, apesar de existir já uma comissão para isso dentro do Ministério, mas nós temos que andar mais rapidamente nisso aí. E tem que ser uma ação que articule setor público e setor privado, no meu ponto de vista.

O outro ponto é a judicialização. Não é só o SUS que sofre com a judicialização. E é lógico que, quando uma operadora é obrigada a fornecer um tratamento, um medicamento, o que quer que seja, é lógico que ela vai colocar isso no cômputo dos seus custos, da sua pretensa inflação na saúde. Eu queria fazer essa colocação para dizer que nós não podemos ficar somente nesse debate que está posto aí.

Agora, a primeira pergunta que eu queria fazer. Talvez eu não vá poder nem ouvir a resposta porque eu estou já superatrasado. Mas o que acontece hoje? O plano coletivo é de livre negociação, e a gente está vendo pelo relatório do TCU que não é bem isso, não há negociação nenhuma. A partir de uma série de informações que são declaratórias, como o senhor disse, chega algo para a ANS que a ANS homologa. E, depois, isso vai servir de referência para o aumento do plano individual, porque o aumento do plano individual é calculado a partir de uma média das negociações ou do que deu no plano coletivo. Então, se você tem uma distorção aqui, você vai trazer a distorção para cá. Esses critérios todos são considerados de uma vez só? Por exemplo, aqui, quando foi calculado o reajuste do plano coletivo, certamente se colocou incorporação tecnológica. É verdade, ele levou em consideração. Mas isso aqui não foi a base para dar o aumento aqui? E aqui não se coloca também, como fator para dar o reajuste, a incorporação tecnológica, porque não está levando em consideração? Então, pode ser que até haja duplicidade de colocação de determinados componentes desse preço.

Então, eu sempre imaginei - lógico que eu sabia que não era -, mas eu sempre imaginei que essa história da livre negociação era um pouco disto: a operadora sentava-se ali com a empresa contratante, um representante do usuário, e, diante daqueles números, travavam uma negociação. Mas, na verdade, não é isso. Não é isso. O usuário não tem possibilidade de travar esse debate, a empresa muitas vezes talvez não tenha o interesse de fazê-lo, ou não tenha os instrumentos para tal, e isso vai servindo de base para os outros também. Uma ideia que eu não tinha, mas acho que é importante, é que, a partir de agora, se crie algum tipo de fiscalização pelo menos - se não de definição, mas de fiscalização pelo menos - de como se compõem esses reajustes para os planos coletivos.

E aí a pergunta que eu queria fazer é no seguinte sentido. Hoje já não se oferece plano individual. Se isso aqui for implementado, os senhores acham que é muito provável que dali para a frente só se ofereça ou se ofereça primordialmente esse? Esse plano vai ter um custo inicial mais barato do que os planos de hoje? Porque, veja, se você vai ser obrigado a fazer um copagamento, espera-se que, se eu vá agora me associar a um plano como esse e eu tenho o risco de, ao longo do processo em que eu for usar, ter que fazer um copagamento que pode chegar até a 40% e que pode ser igual ao valor da mensalidade, essa mensalidade seja mais barata? Esse plano vai ser mais barato do que os outros que já existem, as alternativas? E a outra: ele vai ser oferecido praticamente como única possibilidade? Há uma tendência de isso acontecer?

A outra pergunta. Na consulta pública, não fazia parte copagamento de internação. E, na resolução normativa, saiu a possibilidade de copagamento da internação. Suponho que não tenha sido ninguém que tenha sido consultado lá e que tenha proposto pagar pela internação, fazer o copagamento pela internação. Por que isso mudou? Existe algum estudo de algum

método que permita um aperfeiçoamento desse cálculo da majoração dos planos coletivos? Não seria interessante, talvez, a ANS definir, estabelecer os reajustes coletivos, mesmo que haja faixas, que sejam percentuais, que sejam regionalizados, o que não engessaria, mas, ao mesmo tempo, permitiria, digamos, uma transparência maior e um olhar sobre as diferentes realidades existentes também por regiões?

Basicamente era isso que eu queria colocar, reforçando que nós tínhamos que fazer novamente essa discussão no começo de agosto.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Obrigada, Senador Humberto Costa. Eu não tenho nenhuma dúvida de que vamos ter que fazer e já estou aqui com o requerimento pronto.

Quero fazer uma consideração antes de dar a palavra para os membros da audiência. Era uma pergunta que eu tinha feito, mas que eu acho que, apesar de tanta discussão, ainda procede.

No documento disponibilizado pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, em março de 2018, sobre política de preços e reajuste dos planos de saúde, afirma-se que "a revisão das regras de reajuste para planos individuais, baseada em um modelo que mensure a variação de despesas específicas da carteira individual, vem sendo debatida por essa agência reguladora desde 2011." Eu queria acentuar isto: deste 2011 estão discutindo. A agência reconhece que o atual modelo apresenta fragilidades que podem causar distorções nos reajustes de planos individuais e familiares. Quer dizer, isto é de outro planeta: há 11 anos discute, acha que tem distorção; e o valor continua aumentando; e fica por isso mesmo.

O jornal *Valor Econômico*, em matéria publicada em 19 de abril do corrente ano, apurou que a nova proposta de metodologia "resultaria em uma redução de dois pontos percentuais em relação ao modelo atual" e que a discussão teria aberto um racha na diretoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ao que tudo indica, os consumidores dos planos... Bom, eu vou parar no racha, antes de entrar nessa história.

Nós tivemos aqui um problema na representação. Nós tivemos um nome, depois nós tivemos dois nomes e nós já tivemos, no final, dois nomes. Isso tem a ver com racha? Eu acho que alguma coisa pode estar ocorrendo nessa agência também. Eu gostaria que fosse explicitado. Talvez seja meio constrangedor ou difícil, mas é um direito nosso termos essa informação.

Ao que tudo indica, os consumidores dos planos de saúde estão sendo submetidos a reajustes que, há alguns anos, reconhecidamente causam distorções e resultam em índices bastante superiores à inflação geral - nós entramos um pouco nessa discussão - e longe do poder aquisitivo da população.

Pergunta: como justificam essa omissão da agência - que não é de um ano -, que, embora ciente da necessidade de revisão da metodologia, não tem cumprido sua tarefa de defender o interesse público na assistência suplementar à saúde? Essa é a minha única pergunta.

Passo a palavra ao Sr. Gustavo Macieira, da ANS, para suas considerações finais.

O SR. GUSTAVO DE BARROS MACIEIRA - Boa tarde novamente.

Excelência, em relação à questão da representação, inicialmente foi indicado o nome do Dr. Leandro Fonseca, que é o Diretor-Presidente da ANS, mas que está de férias, não pôde comparecer. Depois, a Drª Simone e o Dr. Rodrigo tiveram uma intercorrência e tiveram que retornar ao Rio ontem. Por isso estamos aqui. Nós somos responsáveis pelas áreas que editaram os normativos e deram autorização do reajuste e estávamos a par de todo o processo. Então, eles acharam por bem indicar o nosso nome.

Vou começar com um esclarecimento em relação à composição da Diretoria Colegiada da agência. Hoje ela é composta por quatro membros; há uma vaga em aberto. Esses quatro membros são servidores públicos, dois da carreira da agência reguladora, o Rodrigo Aguiar e a Simone Freire; um do Ministério do Planejamento, Dr. Leandro Fonseca; e a última, a Drª Karla, é professora concursada da UFRJ. Então, hoje temos um quadro de quatro diretores concursados, só para pontuar essa questão.

Vou começar respondendo S. Exª o Senador Humberto Costa, que mencionou que está atrasado, para tentar atendê-lo.

V. Exª questionou se há risco de só se oferecer esse plano. Justamente por esse risco, estamos começando a tratar desse assunto de uma forma mais profunda. Como foi mostrado aqui na apresentação, de 2007 até 2018, o percentual de planos com coparticipação no mercado subiu de 22% para 52%. Então, é uma curva crescente contínua que nos preocupa. A gente, de verdade, se preocupa que somente esses planos sejam ofertados num futuro próximo se continuar com a norma do jeito que está. A Consu nº 8 não traz qualquer limite, qualquer segurança. Quando se fala que a partir da RN 433, o consumidor vai poder pagar até o dobro do que paga de mensalidade com o plano de saúde, tem que se considerar que atualmente ele pode pagar o triplo, o quádruplo, porque não há limite.

Com relação ao percentual, não existe esse entendimento de 30%. O que é firmado na ANS é que o fator restritor severo vai ao encontro do que é definido dentro da ANS como um percentual vigente à época. Já foi de 30%, sim, em 2010. Desde 2010, já foi de 40%, 50%. Atualmente, há muitos planos que são comercializados com 50%. Então, a gente acha que vai haver um aumento de comercialização de planos de coparticipação e franquia depois dessa norma? Não. A gente quer ao menos estabilizar essa curva, que ela pare de crescer. A gente quer que os planos sejam ofertados em todas as modalidades.

V. Ex^a mencionou também o copagamento em internação, que não constava na norma que foi para a consulta pública. É verdade. Constava franquia em internação. No nosso entendimento, como a coparticipação em internação era prática já corrente, já existente no mercado, e a franquia em internação essencialmente era a mesma coisa, a gente decidiu manter como coparticipação em internação, mas efetivamente são institutos muito semelhantes os que estavam previstos na consulta pública e os que foram publicados com a RN.

Agora, voltando ao início, a Senadora Marta mencionou a questão da ressonância magnética, que alguém procurou um médico para ter a receita de um remédio e já saiu com o pedido de exame de ressonância. É verdade. Essa é uma das questões que foram analisadas em todo o curso da discussão da RN da coparticipação. São questões como sobreutilização, que são postas não por nós da ANS, mas por toda a doutrina econômica, pela doutrina da economia da saúde. A Dr^a Maria Zélia Rouquayrol, por exemplo, é uma que menciona. Ela é bastante citada em todas as questões que tratam de economia da saúde. O excesso de utilização, por vezes, gera o aumento de custos. O número de ressonância magnética no Brasil, em comparação com o que feito nos países da OCDE, é mais que o dobro. Enquanto a média da OCDE é de aproximadamente 60 ressonâncias magnéticas a cada mil beneficiados, no Brasil, chega a 200, quer dizer, entre 150 e 200 - não estou me recordando agora o número exato. Quanto à tomografia computadorizada, também há uma discrepância muito grande, de 70 para 150. Enfim, há uma sobreutilização, sim.

Esse é o único fator que motivou a norma? Não; não é o único fator que motivou a norma, mas é um fator, de fato, a ser considerado.

Eu quero colocar aqui que, em relação à consulta pública, de fato, a gente recebe mais contribuições do mercado do que do consumidor, mas por conta de uma proporção. Nós temos cerca de mil operadoras enquanto eu não sei precisar quantas entidades de defesa do consumidor nós temos.

Precisamente nessa consulta da coparticipação e franquia, recebemos 300 contribuições de entidades ligadas aos consumidores, entre Idec, Procon, Proteste, consumidores que se declaram consumidores, Ministério Público, enfim... E de diversas entidades outras, que não são de consumidores, mas que, em certos aspectos, também defendem interesses de consumidores, como a Associação Brasileira de Economia da Saúde.

Para exemplificar, vou colocar um tema específico: o limite de exposição financeira. O limite de exposição financeira estava previsto na norma que foi para consulta pública da seguinte forma: "Terá que haver limite de exposição financeira, e esse limite estará previsto em contrato". Era o que estava previsto. Na audiência pública à época, a então Diretora, Dr^a Martha Oliveira, mencionou que a gente precisava de uma ajuda para estabelecer esse limite, que a gente colocou contrato, mas que a gente, de verdade, achava que deveria ser o limite estabelecido na norma. E a gente recebeu contribuições nesse sentido.

A do Idec, de fato, falou no limite de 30% - não falou de 100%; a gente colocou de 100% -; a Proteste se limitou a falar da necessidade de o limite estar estabelecido; e a Associação Brasileira de Economia da Saúde mencionou expressamente 100%. A gente já tinha essa ideia dos 100% por uma série de estudos que a gente realizou e a gente ficou com ela, entre coisas, porque, se a gente também limitar muito a incidência da coparticipação dos limites, isso vai impactar no preço do produto. Vai ficar mais caro e, aí sim, o consumidor vai pagar mais.

Quando a gente colocou exemplos que mostram que um beneficiário com utilização de plano de coparticipação vai ter gasto excessivo, superior à mensalidade... Sim, vai ter, mas ele precisa usar bastante, não é pouca utilização. Ele usa bastante para conseguir superar o preço da própria mensalidade em um plano sem coparticipação, que é cerca de 20% a 30% mais caro. Então, ele tem uma margem para trabalhar na utilização do plano sem que isso o prejudique financeiramente.

Eu queria colocar aqui, sobre a questão que foi falada do pronto atendimento, que isso já é uma realidade. A gente está com uma norma que não traz nenhuma limitação. Então, falar que isso foi implementado pela Consu, pela RN 433 não é verdade, porque na Consu não há nenhuma limitação. Você pode ser cobrado no pronto atendimento e pode ser cobrado por valor sem limite. Então, um limite de 50%, no caso, é muito melhor do que você não ter limite. Eu acho que é uma coisa que não dá nem para discutir.

Sobre o adiamento do tratamento: de fato, é apontado por diversos estudiosos do tema que há o risco de isso acontecer. Essa é uma das principais críticas aos High Deductible Health Plan dos Estados Unidos, mas os mesmos pesquisadores,

estudiosos que se debruçam sobre o tema e falam sobre esse risco dão algumas sugestões de como a gente fazer para evitar ou para, pelo menos, reduzir isso. Eles reconhecem a importância dos planos de coparticipação para o sistema, que permitem que planos mais baratos sejam oferecidos - não estou de os planos serem oferecidos mais baratos do que são hoje; estou falando isso em uma comparação dos planos com e sem coparticipação -, e eles sugerem procedimentos isentos, eles sugerem tentar botar medidas indutivas, por exemplo, a coparticipação positiva, em que o contratante, uma empresa estabelece que, se aqueles procedimentos forem feitos pelo beneficiário - eles têm um caráter muitas vezes preventivos -, eles receberão descontos no plano ou outros benefícios. A ANS trabalha já há algum tempo com a questão do Promoprev (Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças), e essa questão da coparticipação positiva inclusive vai ajudar com esse enfoque.

O Idec mencionou ainda questão de recursos ao Judiciário. Eu digo que é uma via de mão dupla, entre aspas, porque, ao mesmo tempo em que pode haver alguém questionando essa norma, eu tenho certeza de que haverá muitas pessoas, muitos indivíduos litigando para que sejam enquadrados os planos da norma antiga na norma nova. Isso já foi apontado a nós pela Defensoria Pública do Rio de Janeiro, que disse que fará isso; assim que a norma entrar em vigor, ela irá pleitear, para os assistidos dela, que sejam aplicados os limites que estão definidos na nossa norma, porque hoje não existem limites.

Em relação ao congestionamento do SUS, eu mostrei, no final da apresentação - eu acabei passando de forma um pouco corrida pelo assunto, por conta do tempo, já que há havia me alongado muito -, que a proporção entre os atendimentos identificados no SUS corresponde à proporção dos planos de coparticipação. Então, a gente identifica, entre os atendimentos do SUS, 50% dos atendimentos em beneficiários com planos de coparticipação, exatamente...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Eu vou pedir para interromper um pouquinho, porque o senhor já está falando mais ou menos há dez minutos. Vamos pôr isso como limite, porque nós estamos aqui deste pouco mais das 11h e teremos também reunião da Comissão do Orçamento, para a qual todos nós vamos ter de ir daqui a pouco.

O SR. GUSTAVO DE BARROS MACIEIRA - Então, só vou finalizar esse ponto e encerro.

Com relação ao SUS, a proporção de atendimentos de beneficiários em planos de coparticipação é exatamente a mesma proporção que a gente identifica.

Quando a gente particulariza a questão aos procedimentos, a gente detecta que muitos dos procedimentos que são identificados no SUS, no ressarcimento, são procedimentos que estão no nosso rol de isenção, como hemodiálise, quimioterapia. Então, a gente acha, de verdade, que é possível que haja uma redução na identificação de procedimentos no SUS.

De qualquer forma, a norma vai ser monitorada, a gente vai analisar esses dados de SUS, vai analisar os dados assistenciais que a gente recebeu e todos os outros dados que a gente possui e se, eventualmente, mostrar-se necessário, a gente não tem nenhum problema em voltar atrás, em mudar alguma coisa no normativo. Faz parte do processo regulatório, faz parte da questão técnica a gente ter que lidar com o dia a dia.

São os esclarecimentos que eu tinha a prestar.

Agradeço a todos.

Qualquer dúvida, a gente está sempre à disposição.

Muito obrigado.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Muito obrigada pela participação.

A palavra está com a Srª Marilena Lazzarini, Presidente do Idec.

A SRª MARILENA LAZZARINI - Obrigada.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP. *Fora do microfone.*) - Vou marcar dez minutos.

A SRª MARILENA LAZZARINI - Acho que nem vou precisar de tanto tempo.

Eu queria aproveitar e enfatizar um aspecto que foi trazido aqui pelo Senador em relação à empresa que contrata planos coletivos ser vulnerável também perante a operadora de planos. Esse é um ponto muito interessante e importante e que, para mim, destrói toda essa metodologia que até hoje, até este ano foi aplicada com esse reajuste de 10%. E é por isso que nós nos colocamos no Judiciário para discutir essa questão.

O senhor também tratou da duplicidade da cobrança. É um fato. O relatório do Tribunal de Contas aponta esse problema, que é grave também, uma falha grave numa metodologia que vem aumentando abusivamente, e nós estamos pagando. Quer dizer, é uma questão de olhar para o passado. Acho que nós temos que olhar para o futuro, mas há problemas que

estão assentados e que fizeram a sociedade pagar preços abusivos. Isso tem que ser posto em pratos limpos. Eu acho que essa questão é importante para os debates que vêm pela frente.

Eu acredito que, em relação à questão da coparticipação e franquia, são tantos detalhes, mesmo propostas do Idec que não foram consideradas... Acho que não é o momento de nós ficarmos aqui entrando nessa discussão, mas o que me assusta é que parece que nós tínhamos um cenário que vinha com problemas e situações graves acontecendo e nós não tínhamos uma agência reguladora cuidando disso. Quer dizer, por que nós chegamos a isso e agora, na nossa avaliação, nós estamos com uma proposta que vai piorar ainda o que está aí? A discussão é muito séria nesse sentido.

Quando você estava descrevendo as situações que existem... Hoje, se a gente perguntar para a ANS qual é a porcentagem, quais são os planos que estão sendo comercializados com 100% de coparticipação, eu tenho essa informação da agência? Não tenho. Quer dizer, são informações a que não se tem acesso. Então, há um problema, eu acho que o buraco é mais embaixo nessa questão da regulação e do papel da ANS. Eu não quero ficar entrando em aspectos menores dessa discussão, eu acho que precisamos realmente olhar para o que aconteceu até agora para fazer um entendimento e pensar o que nós queremos depois, pensar o que nós queremos para a frente, porque, senão, fica uma discussão complicada.

Eu não tenho aqui pontos além dos que foram já trazidos.

Eu queria colocar nossa disponibilidade em contribuir, não apenas com a minha colaboração, mas nós temos técnicos, pessoas do Idec que acompanham isso e que, certamente, também poderão contribuir com o debate aqui, Senadora.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Obrigada, Marilena Lazzarini.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Srª Presidente.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Pois não, Senador Humberto.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Eu gostaria de pedir que os palestrantes todos pudessem colocar à nossa disposição o material que foi exibido, os documentos e tal.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Podem enviar para a Comissão de Assuntos Sociais que a gente encaminha para todos os membros da Comissão.

Com a palavra o Sr. Rafael Vinhas, Gerente-Geral de Regulação...

O SR. GUSTAVO DE BARROS MACIEIRA - Posso só falar mais uma coisa? É rapidinho, é que a gente tem uma nota técnica com diversas explicações sobre o assunto, e a gente vai disponibilizar também para V. Exªs, sobre o assunto da coparticipação.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - As duas são bem-vindas, a que o Senador pediu e essa outra.

O SR. GUSTAVO DE BARROS MACIEIRA - Sim, obrigado.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Mandando para cá, a gente viabiliza para os outros. Então, vamos tentar agora... Desculpem-me estar tendo que apressá-los agora, mas realmente o horário ficou quase impossível para nós.

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS - Perfeitamente. Obrigado, Excelência.

Eu vou ser breve, vou responder aos questionamentos e, da mesma forma como meu colega aqui, coloco-me à disposição para quaisquer outras perguntas.

Acredito que a questão da representação o Gustavo já esclareceu.

O Senador Humberto Costa questionou sobre a discussão dos planos coletivos. Essa discussão é importante, a gente pretende fazê-la nos dias 24 e 25. Agora, é importante que seja feita a discussão nos coletivos não só com relação aos reajustes, mas também quanto à formação de preço.

Uma discussão que tem que ser feita nesse mercado de planos coletivos é sobre o que a gente chama tecnicamente de "poolização", ou seja, a criação de grandes *pools* para aplicação do reajuste. Essa discussão é importante porque a gente verifica que isso é de praxe, até da lógica de como funcionam os grandes grupos. Quanto maior o número de vidas vinculadas àquele contrato, maior a força de negociação, e tendem a ser menores os reajustes. Então, essa discussão é importantíssima.

Sobre a questão da regulação dos planos coletivos, a ANS já tem uma espécie de regulação em relação aos contratos abaixo de 30 vidas, o Messias até falou aqui sobre a questão do *pool* de risco, que a ANS obriga que as operadoras reúnam

esses contratos abaixo de 30 vidas e divulgue um índice, um único índice para que não haja distorções entre um e outro contrato. Essa discussão é importantíssima, e a gente pretende fazê-la no dia 24. Inclusive, eu coloco à disposição qualquer questão que venha a obstaculizar a inscrição. A gente tem um limite de 180 vagas, obviamente em relação ao auditório que foi cedido para locação do evento, mas a participação está aberta por inscrição.

Isso é importantíssimo porque, na realidade, vai ser feita uma audiência pública, mas, no âmbito do comitê em que foram feitas as duas primeiras discussões, nós discutimos outros assuntos, que foram a portabilidade e a questão dos critérios de rede. Todas as discussões estão no *site*, as reuniões gravadas no YouTube, apresentações disponíveis. Nós tivemos a participação tanto da Defensoria Pública do Rio quanto do Ministério Público. E nós nos colocamos à disposição para esclarecimento da parte técnica.

Existe um tecnicismo grande, a gente reconhece, mas é nossa obrigação, e é nisto que a gente está trabalhando para fazer com que a sociedade se empodere desse tema, discuta esse tema, entenda como acontece a regulação, porque é fundamental para que a gente possa avançar ter esse empoderamento, esse conhecimento da sociedade como um todo.

Em relação aos planos individuais, é importante ressaltar algo que já foi até colocado pelo Messias aqui: algumas alegações que foram feitas em relação à duplicidade a gente já demonstrou, e isso vai ser demonstrado por números, porque a gente chegou a ter ação judicial, e é importante ressaltar a preocupação técnica da agência nesse cálculo do reajuste. A gente entende que há espaço para que haja uma mudança de metodologia maior do que o que foi feito. Isso é importantíssimo, isso a gente demonstrou por número, e vai ser demonstrado no processo judicial, já que a demanda chegou a esse ponto, e em todas as análises técnicas que foram feitas ao longo desse tempo, inclusive e principalmente, como o Messias até abordou, na questão do tratamento da base.

A gente faz um tratamento bastante grande da base, não é simplesmente pegar a base de planos coletivos acima de 30 vidas e fazer uma média ponderada. Não é feito assim. Há toda uma espécie de tratamento, exclusão de *outliers*, verificação de duplicidade, verificação de incongruências entre informação de um sistema e outro. Esse trabalho é um trabalho hercúleo e é um trabalho minucioso que é feito pelos técnicos da agência, e isso é importantíssimo para a gente.

(Soa a campanha.)

O SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS - Por fim, Excelência, só em relação à discussão do reajuste, sendo bem breve, realmente a discussão começou em 2010; no mesmo ano de 2010, a gente verificou que a gente pretendia avançar para uma metodologia que levasse em consideração a variação dos custos médicos hospitalares, mas que esses dados ainda não estavam robustos.

Ao longo do tempo, nós fomos fazendo análises, nós contratamos, inclusive, apoio de uma grande universidade - o trabalho está até disponível na internet -, e nós verificamos que agora, após alguns anos, nós temos robustez para isso. Essa matéria foi previamente discutida na colegiada deste ano, e foram solicitados subsídios. Os subsídios foram prestados; todas as informações, documentos, todas as notas técnicas estão no *site*, no espaço da câmara técnica que vai haver, até para que todas as pessoas possam ter conhecimento. Temos tudo no processo, argumentado. É importante que seja feita essa transparência.

Eu me coloco à disposição e agradeço a oportunidade.

Uma boa tarde a todos.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Muito obrigada.

Agora a participação do Sr. Messias Trindade, que é do TCU.

O SR. MESSIAS ALVES TRINDADE - De minha parte, eu queria agradecer a participação.

Como órgão de controle externo, acho que a maior dificuldade nossa é separar essa linha de auditoria e não substituição do gestor. Então, expedidos os acórdãos, a gente vai aguardar a ANS prestar as informações, vai monitorar esse processo e, conforme as atividades forem acontecendo, também a gente já pode fazer um acompanhamento *pari passu*.

Obrigado.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Todo o material da discussão dessas quase três horas da audiência pública já está disponível na página da nossa Comissão. Isso é bastante positivo.

Eu queria dizer que a palavra-chave que me fica dessa reunião é transparência, transparência, transparência. É isso que nós queremos, é isso que a população gostaria de ter também e de entender, para que possamos superar esses problemas que nós estamos vivendo e que parecem de difícil solução. Mas, com a transparência, por exemplo, até com essas referências que são usadas... Nós não sabemos nada, na verdade, do que ocorre. A transparência é fundamental, e isso é que se vai passar a exigir.

Eu gostaria também de fazer agora um requerimento.

Eu tenho que terminar aqui para poder fazer o requerimento? *(Pausa.)*

Posso fazer em seguida.

Requeiro, nos termos dos arts. 90, II, e 93, II, do Regimento Interno do Senado Federal, a realização de audiência pública conjunta na Comissão de Assuntos Sociais, Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania e Comissão de Assuntos Econômicos, para debater o reajuste dos planos de saúde individuais e familiares em 2018 e 2019.

Os convidados serão indicados no momento oportuno.

Lido o requerimento, a matéria retornará à pauta para votação, o que será feito na primeira reunião depois do recesso.

Muito obrigada.

Está encerrada a reunião.

Agradeço a colaboração de cada um nesta tão longa audiência pública. Obrigada a todos.

(Iniciada às 11 horas e 52 minutos, a reunião é encerrada às 14 horas e 39 minutos.)