



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR
REUNIÃO
04/09/2018 - 32ª - Comissão de Assuntos Sociais

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Havendo número regimental, declaro aberta a 32ª Reunião, Extraordinária, da Comissão de Assuntos Sociais da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura do Senado Federal.

A presente reunião destina-se à realização de audiência pública para discutir o reajuste dos planos de saúde individuais e familiares em 2018 e 2019, em atendimento ao Requerimento nº 24, de 2018, da CAS, de iniciativa desta Presidência e do Senador Paim.

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

Convido para compor a mesa nossos ilustres oradores:

Leandro Fonseca da Silva, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Muito bem-vindo.

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA (*Fora do microfone.*) - Muito obrigado, Senadora.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Ana Lúcia Kenickel Vasconcelos, Secretária Nacional de Relações de Consumo da Secretaria Nacional do Consumidor do Ministério da Justiça.

Igor Rodrigues Britto, Advogado do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. José Luiz Toro da Silva, assessor jurídico da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Bem-vindo!

José Cechin, Diretor Executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar.

José Cláudio Ribeiro Oliveira, Advogado da Central Nacional Unimed.

Foi justificada a ausência da Drª Lúcia Bahia, Professora associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz.

Vou fazer algumas considerações. Primeiro, uma reflexão sobre o porquê deste nosso encontro aqui hoje, desta audiência, uma audiência pública em virtude do grande impacto que tiveram para a população brasileira esses aumentos que os planos de saúde estão tendo e o desejo de todos de aprofundar a discussão e buscar a transparência nessa questão.

É o seguinte: os avanços tecnológicos e a complexidade dos tratamentos possíveis impossibilitam aos leigos avaliar a real necessidade da profusão de exames e procedimentos solicitados. O que resta então ao leigo? Resta avaliar a qualidade do serviço pelo custo e não pelo resultado final em relação ao custo.

Pacientes não têm parâmetros de comparação entre tratamentos porque não existe transparência ou informações suficientes nos procedimentos. Um tratamento de milhões de reais que produza o mesmo efeito de um outro de menor custo não deveria ser avaliado como melhor ou ser o mais desejado. Só que nós não temos condição de fazer essa comparação.

Por óbvio, o que se deveria buscar não é a redução do custo do tratamento de saúde a qualquer preço, mas a racionalização do custo. Redução de custos sem obter os bons resultados para melhoria da saúde dos pacientes, essa não é a economia que o sistema deveria buscar.

A qualidade do tratamento de saúde deve estar relacionada à solução do problema de saúde ao menor custo, seja para os planos privados, seja para o SUS. Entretanto, essa percepção de qualidade no cuidado da saúde permanece amplamente não mensurável e mal compreendida a favor de custos cada vez maiores.

Eu gostaria de que esta nossa reunião aqui trouxesse alguma luz em relação à miríade de exames médicos que são pedidos para determinada doença, quando, em outro hospital, são pedidos menos exames e, às vezes, os resultados são até mais positivos do que naquele hospital que pediu um montão de exames.

Então, o que nós percebemos é que os custos são astronômicos e ninguém sabe exatamente... Não existe mensuração de por que um hospital que tem tanto nome, às vezes, tem mais retornos depois de uma doença, o que seria um indicativo, ou se pede tantos exames e tem tanto sucesso quanto outro hospital, que não é tão famoso, com muito menos exames.

Então, essas questões todas eu acredito que nos preocupam muito. Poderíamos, depois, pensar também - se vocês já tiverem alguma ideia acerca dessa questão seria ótimo - o que nós podemos fazer para mudar. Porque eu acho que, no final, a gente fica cansado de fazer reunião para debater e não ter uma coisa concreta para mudar. A sensação que eu tenho, como leiga, é a de que não adianta mudar aqui ou dar puxãozinho ali. Nós vamos ter que fazer uma revolução para conseguir alguma mudança concreta em benefício dos pacientes.

Bom, agora nós iríamos dar a palavra a quem requisitou esta audiência junto comigo, que foi o Senador Paim, mas ele não está aqui neste momento. Então, nós vamos dar a palavra, por dez minutos, para cada orador. Depois, abriremos para os Senadores presentes fazerem suas questões, e eu colocarei também as questões que eu tenho, porque esse foi só um aquecimento para o que nós vamos enfrentar.

Com a palavra, por dez minutos, o primeiro orador, Leandro Fonseca da Silva, Diretor-Presidente da ANS.

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Boa tarde, Senadora. Boa tarde, convidados da Mesa, audiência. É um prazer e uma honra estar aqui para esta discussão importante que está sendo colocada.

A Senadora Marta Suplicy foi extremamente feliz em sua colocação. De fato, é preciso rever a estrutura do sistema de saúde para a gente ter um sistema sustentável e que entregue resultado em saúde que importa para os pacientes.

Hoje o sistema de saúde é essencialmente fragmentado, Senadora. Quando uma pessoa tem uma determinada condição clínica, ela vai procurar um especialista, procura outro especialista, faz um exame aqui, faz um procedimento em outro lugar, não há um único responsável pela gestão de saúde daquela condição clínica específica.

Essa fragmentação ainda é reforçada por um modelo de pagamento que privilegia a produção de serviços, ou seja, o modelo de pagamento existente no setor é o pagamento por procedimento ou *fee for service*. Isso reforça a fragmentação que existe no sistema e reforça o "cada um olhando o seu pedaço", e não olhando o paciente como um todo, colocando o paciente no centro.

O sistema precisa colocar o paciente no centro e entregar valor em saúde para ele. O que é valor em saúde? É resultado que efetivamente importa ao paciente a um custo medido também por esse paciente.

Estamos vivendo, Senadora e demais Senadores, um desafio que está sendo discutido pela sociedade, que é o desafio do financiamento da previdência. O desafio que nós temos na saúde talvez seja até maior do que o da previdência, porque, da mesma forma, a população está envelhecendo, vai utilizar mais serviços de saúde, e hoje a gente tem dentro do sistema de saúde um processo de incorporação de tecnologias, dentro desse modelo de pagamento que remunera por procedimento, que acaba, na verdade, incentivando esse aumento de custos, essa variação de custos que existe no setor de saúde.

Portanto, nós temos um desafio, como sociedade, que é o desafio do financiamento dos serviços de saúde de forma sustentável. Esse desafio não é só do setor privado; é também do setor público. Esse desafio não é só do Brasil; é também de outros países. Vários países estão tratando esse tema.

E eu fico muito feliz, Senadora, de esse assunto estar ganhando a agenda desta importante Comissão, porque não é a ANS que vai resolver sozinho esse problema, não é o Ministério da Saúde que vai resolver sozinho esse problema. É preciso engajar o Legislativo nesse debate, a sociedade nesse debate, porque, de fato, reformas precisam ser feitas e precisam ser legitimamente construídas através do debate com a sociedade daquilo que é preciso ser feito em termos de mudança para a gente ter um sistema de saúde que consiga entregar resultado que importe ao paciente a um custo suportável a todos.

Essas são as minhas considerações iniciais sobre a questão muito bem colocada.

Fico à disposição para eventuais outros esclarecimentos.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Eu agradeço, mas estou um pouco frustrada, para falar a verdade - nós vamos retomar -, porque, mais ou menos, o senhor concorda com o que eu coloquei, coloca na mão também

do Legislativo o problema, quer dizer, há uma implícita concordância de que é um problema que não vai ser resolvido com pequenas ações. Agora, não vi ainda um encaminhamento, mas talvez ele possa surgir no final do nosso debate.

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Posso completar?

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Pode completar, mas eles já tiraram o seu tempo.

Deem os quatro minutos que faltavam para ele poder colocar, porque isso pode ser criticado também e comentado pelos outros. Acho que fica interessante.

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Sim, claro.

Bom, eu acho que um ponto essencial que a senhora colocou é a transparência. De fato, é preciso dar mais transparência, especialmente aos resultados em saúde que são produzidos. Hoje, como bem a senhora colocou, nós vamos a um determinado serviço de saúde muito mais pela sua reputação do que por informações objetivas e medidas em relação ao desempenho em termos de resultado em saúde. Então, o ponto da transparência é efetivamente fundamental, e eu focaria na questão da transparência em termos de resultado em saúde. "Ah, é difícil medir, é complicado, é um caminho que pode desagradar a uns"...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP. *Fora do microfone.*) - A ANS pode obrigar a fazer isso?

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Nós não temos mandato legal para obrigar essa divulgação de informações sobre prestadores. A nossa legislação setorial nos dá poder para regular operadoras de plano de saúde. A nossa regulação sobre prestadores é, em grande medida, indireta. Podemos solicitar informações aos prestadores, mas, para a obrigação de divulgação, nós não temos esse mandato legal.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - É, mas certamente... Desculpe-me. Eu estou bem à vontade aqui, para facilitar, inclusive, porque não está havendo uma presença tão grande de inscritos para fazer pergunta. Se nós tivéssemos uma... Vocês não podem exigir. Mas, se houvesse um pedido da ANS aos hospitais para que mostrassem a cada paciente quantos procedimentos ocorreram para se chegar a um resultado e se ele saiu, se ele voltou, se ele morreu, se ele está lá ou se saiu bem, eu acho que daria, pelo menos, aos pacientes uma possibilidade de ver se aquele hospital, que é o mais conceituado, o mais caro, o mais x, y, z tem os mesmos resultados de um hospital que pede muito menos exames. Isso seria também muito bom para quem tem plano de saúde, porque quem opera plano de saúde tem que acabar pagando uma montanha de coisa. Quer dizer, isso a ANS talvez pudesse fazer, ou não? Não sei. É a pergunta.

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Senadora, existe uma discussão em andamento na Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon), que tem pensado numa iniciativa nesse sentido exatamente por ser informação de interesse do consumidor aquele desempenho em termos de serviço com resultado em saúde. Existe essa discussão sendo feita com a Senacon, e a gente participa também dessa discussão. Então, a gente só precisa ver qual é o nosso real poder do ponto de vista legislativo.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - É. Mas sabe o que me ocorreu quando o senhor falava? Sobre o Museu tão querido, onde houve essa tragédia, discutiu-se tanto durante três anos que pegou fogo. Então, a gente não pode discutir muito. A gente tem de começar a ativar. E acho que o Idec... É o Idec que está participando disso?

(Intervenção fora do microfone.)

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Ele vai falar sobre isso. É ótimo. Então, está bom.

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Eu acho que um posicionamento desta Comissão, da Presidente da Comissão é fundamental para acelerar esse processo.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - É. Acho que poderíamos caminhar nessa direção.

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Então, transparência é um primeiro ponto.

A gente precisa também pensar na sustentabilidade do setor no longo prazo, ou seja, à medida que a população envelhece, como se mantém esse indivíduo dentro do sistema ainda. Outros países, por exemplo, estudaram a implantação, e já fazem, de poupança em saúde exatamente para o indivíduo ir acumulando recursos para, quando da aposentadoria, da velhice, ter condições para poder arcar com algumas das despesas, por exemplo, em assistência à saúde. Então...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Há muita coisa, não é?

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Há várias iniciativas que podem ser feitas. Fico feliz de a gente poder, de fato, discutir questões estruturantes. Acho que uma medida de curto prazo que já daria muito impacto seria em relação à transparência para que exatamente pudesse haver...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Transparência dos planos coletivos?

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Dos resultados em saúde...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Ah, dos hospitais?

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Dos resultados em saúde. Transparência também para os contratantes das operadoras de plano de saúde, para eles poderem negociar melhor com as operadoras de planos de saúde o grau de utilização dos seus funcionários. Hoje, dois terços dos planos de saúde são coletivos empresariais. Então, a empresa contratante é um ator-chave no nosso setor. E é importante manter, obviamente, a força de trabalho ativa, porque mantém a produtividade da economia.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Acabou o tempo, mas foi ótimo. Eu acho que acrescentou algumas ideias no que nós vamos ter de fazer.

Bom, agora, Ana Lúcia Vasconcelos, Secretária Nacional de Relações de Consumo da Secretaria Nacional do Consumidor, do Ministério da Justiça.

A SRª ANA LÚCIA KENICKEL VASCONCELOS - Boa tarde, Senadora. Muito obrigada pelo convite.

Boa tarde a todos da Mesa e a todos os presentes.

Pegando o gancho do Sr. Leandro, o importante também da colocação dele quanto à fragmentação do atendimento é que, se houvesse a boa vontade de se montar um sistema único, integrado, brasileiro... Porque o médico que recebesse esse paciente em qualquer unidade do País teria a sua ficha, e o seu acompanhamento médico seria muito mais seguro nos pedidos dos exames, na solicitação de raios-X, dos exames mais caros, ressonância... Então, é um acompanhamento que seria muito útil.

Eu vou pedir licença, antes de ler aqui os dados, para passar algumas informações do Sindec, que é o nosso Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor. Em 2017, nós tivemos 29.376 reclamações quanto a planos de saúde; até julho deste ano, já está em 16.475. No consumidor.gov, que é uma plataforma auxiliar de atendimento e resolução de conflitos, nós temos o número, em 2017, de 2.030 reclamações e, em 2018, até agora, julho, de 1.507.

É um setor extremamente judicializado, por quê? Porque os órgãos de defesa do consumidor têm muita dificuldade de conseguir atendimento para essas pessoas, que normalmente precisam de uma cirurgia rápida, de um atendimento ultrassônico, porque a doença está em evolução, e o nosso procedimento, como é administrativo, é muito lento - cerca de 120 dias. Então, uma liminar muitas vezes resolve. Eu sou funcionária do Procon de São Paulo, estadual, há dez anos, funcionária de carreira. Então, eu falo com propriedade, porque fiz inúmeras conciliações nesse setor, e sinto informar que nem liminar os planos atendem. Muitas vezes o consumidor chega com liminar para uma cirurgia, para um atendimento emergencial, e não é atendido. Nem uma liminar resolve esse problema.

Então, para a gente falar de reajuste e aumento nos planos individuais e familiares, a gente tem que perceber que o plano coletivo entra nesse índice de reajuste. Se não atacarmos a fonte do problema, nós nunca vamos chegar a um denominador que seja justo. É inconcebível para o Sistema de Defesa do Consumidor que a ANS não regule os planos coletivos, que são 96% dos planos hoje no Brasil, que permitem que seja um contrato rescindido unilateralmente; que tenham um aumento, um reajuste por sinistralidade... São questões em que o consumidor não tem qualquer participação.

O legislador, quando permitiu a criação, pensou estar dando força ao coletivo para conseguir discutir com as operadoras. Ledo engano, porque um plano coletivo raramente é formado por grupos de pessoas que se conhecem, então, elas não têm força nenhuma. Elas nem se conhecem; vão se juntar como? Nem a empresa que contrata esse plano... Para a empresa, essa não é sua atividade fim; ela apenas está dando uma possibilidade social ao seu funcionário de ter uma cobertura de saúde que o governo não consegue oferecer.

Então, o que acontece? Você não tem poder de discussão, as armas são muito diferentes, e existe a vulnerabilidade tanto do cidadão, do consumidor, como da empresa contratante, que é consumidora também, reconhecidamente.

A gente tem situações em que o consumidor não tem o menor controle do que foi gasto. As operadoras muitas vezes falam: "esse consumidor usa demais o plano, faz exames que não são necessários". Mas qual controle esse consumidor tem? Quem tem acesso a esse tipo de coisa é o médico, é a clínica, é o hospital. Eu tive casos... Uma vez uma consumidora me contou que o marido dela ficou três dias em uma enfermaria. A refeição era um suco, uma caixinha de suco, com

um pacotinho de bolacha. Quando o marido saiu, o médico comentou: "Ele foi bem atendido no apartamento? Recebeu as refeições?" Ela falou "não", mas não ligou uma coisa com a outra. Quer dizer, no registro do hospital constou que o marido dela esteve em um apartamento com três refeições diárias, e na verdade ele esteve em uma emergência, naquelas salinhas com cortina. Ela não tem esse poder de ir lá denunciar. Ela falou: "E também para que eu vou? Já foi, já saiu." Mas aconteceu de, em uma conciliação, ela me contar.

Quem tem que fazer esse tipo de fiscalização é a operadora, não é o consumidor. Ele pode auxiliar, se for bem orientado, se houver um estudo para você fazer essa orientação de como o consumidor pode se comportar para não onerar seu plano. É o que acontece muito no caso do plano por coparticipação. Como o consumidor tem parcela a pagar, que varia em até 20% - queriam aumentar para 40%, mas a gente deseja que fique nos 20% -, ele cuida de o que está sendo gasto no hospital, porque ele vai pagar uma parcela. É uma boa forma de gerir um plano de saúde: com coparticipação, cobrando mensalidades que sejam de acordo com o mercado e acessíveis, e uma porcentagem de valor normal, não abusiva.

Então, o que acontece? Partindo desse princípio - tenho três minutos só para falar, não é? - de que a saúde não é comércio e de que dá para a gente conviver e fazer as coisas em conjunto com a ANS, com as operadoras, com hospitais, com clínicas, a gente pode chegar a um denominador que fique bom para todos. As principais causas desse problema de desavença é a falta de se cumprirem as normas, porque a gente tem de sobra leis, não é?

A gente precisaria, segundo a Senacon - porque a gente fez um levantamento de problemas -, mesmo com a nova lei de planos de saúde, seria que o Código de Defesa do Consumidor fosse contemplado em todos os planos de saúde, porque, pela jurisprudência, a gente já está defendendo e protegendo o consumidor.

A gente precisa muito nesse mercado de um contrato, que na maioria é de adesão, em cuja primeira página - a gente pediria isso às operadoras - houvesse a descrição justamente de o que o consumidor está contratando, sem delongas, sem "juridiquês": "O senhor está pagando 'este' plano e tem direito a 'isso', 'isso' e 'isso'." Nada mais. Que ele saiba exatamente o direito que ele tem e o valor que ele vai pagar.

Além disso, a transparência, que foi muito comentada aqui - realmente o que foi gasto; como se chegou a esse índice de reajuste, que para os coletivos ficou entre 15% e 19% neste ano, até 2019, e que é alto para muitas famílias -; a garantia de oferta de todos os planos, desde aquele de referência até o mais complicado, desde o de cooperação...

(Soa a campanha.)

A SRª ANA LÚCIA KENICKEL VASCONCELOS - O meu tempo acabou?

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP. *Fora do microfone.*) - Não.

A SRª ANA LÚCIA KENICKEL VASCONCELOS - Não, um minuto.

Para a Senacon é importante haver opções no mercado. A gente não é contra, desde que todos regulados pela ANS e todos a transparência.

Prossigo: a proibição da rescisão unilateral - isso acaba com o consumidor -, exceto por fraude ou inadimplência; e o fim dos reajustes unilaterais e por sinistralidade. Esses são os pontos principais.

O assunto é muito complexo. Se a gente ficar aqui falando, vai ficar três dias. Mas eu acho que eu consegui dar um breve resumo de o que a gente espera.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Eu acho que conseguiu, sim, porque está ficando cada vez mais evidente o problema de não se fazer controle nos planos coletivos e também a necessidade de transparência.

Agora, vamos ouvir o advogado do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, Igor Rodrigues Britto.

O SR. IGOR RODRIGUES BRITTO - Boa tarde, Senadora Marta. Boa tarde aos representantes da ANS, ao Dr. Leandro, aos demais especialistas que estão aqui presentes acompanhando e aos demais colegas de Mesa, representantes do mercado.

Eu fiz uma apresentação muito breve, Senadora, para tentar trazer o tema sob uma perspectiva nossa, de uma entidade civil de defesa dos consumidores, que compartilha diversas angústias com os órgãos públicos de defesa do consumidor também e com outras associações envolvidas nesse debate e nesse tema.

O Idec tem atuado junto com todos os demais atores que representam os consumidores nesses debates, nas audiências públicas realizadas não apenas aqui no Legislativo, mas também lá dentro, promovidas pela agência - hoje mesmo a agência está promovendo, lá no Rio de Janeiro, uma audiência pública para discutir a análise das suas regras, na sua tentativa de regulamentar modelos de franquia e coparticipação e outros temas. E nós tentamos sempre nos pautar,

buscamos sempre evidências, dados empíricos, verdades, realidades, para tentar buscar, Senadora, os fatos mais próximos do diagnóstico verdadeiro dos problemas vividos pelos consumidores.

A respeito desse tema específico dos reajustes para 2018-2019 dos planos individuais e familiares, nós participamos desse debate também dentro da agência a partir, inclusive, de documentos oficiais, análises oficiais, tanto dos técnicos da área técnica da agência, como também de órgãos externos, como a Secretaria de Assuntos Econômicos do Ministério da Fazenda e o Tribunal de Contas da União, que vem também se manifestando sobre esses temas.

E, de acordo com os documentos que nós lemos, estudamos, promovidos, realizados pela própria ANS, a política de preços e reajustes dos planos de saúde está fundamentada sobre quatro pilares. Há quatro pilares de normas e temas regulatórios de precificação: a própria precificação dos planos de saúde; a lógica dos reajustes dos planos individuais; a necessidade de revisão técnica de preços para os planos individuais; e também as regras, que são mínimas, e muitos consideram inexistentes, inclusive - nós somos uma entidade que considera praticamente inexistente a regulação também para isso no que diz respeito à sua eficiência -, de reajuste para os planos coletivos.

Esse diagnóstico preliminar, feito pela própria agência, que nós estudamos indica que não é possível avançar e tratar reajustes de preços de planos de saúde, Senadora, se não for a partir da análise conjunta desses quatro pilares. Então, nós sempre nos preocupamos quando o processo regulatório e até o próprio estudo dentro da agência para buscar diagnósticos isola um desses temas. Não é possível para nós, nós não visualizamos isso - a própria Secretaria Nacional do Consumidor também mencionou a respeito disso, porque historicamente as entidades de defesa do consumidor vêm dizendo isso -, não dá para ignorar os reflexos dos reajustes dos planos individuais nos planos coletivos e vice-versa. Então, fazer uma regulação, uma análise ou até uma análise de impacto regulatório separando esses pilares dessa política é extremamente prejudicial, porque é refratário e não alcança o problema, o diagnóstico verdadeiro.

Aproveitando esse princípio da Administração Pública que foi tão mencionado aqui já nas falas anteriores, é impossível avançar nisso, realmente, se esse diagnóstico, essa regulação e qualquer consulta pública que seja realizada não forem feitos com base na transparência de dados. É impossível avançar em precificação se não se avança no diagnóstico correto sobre os custos. E ninguém tem conhecimento a respeito disso.

Então, no ambiente regulatório atual, há toda uma regulamentação amadurecida já da própria Casa Civil, da Administração direta para que a regulação seja pautada por meio de um controle social, com participação social muito forte. É impossível nós participarmos com a propriedade necessária, com as contribuições necessárias se não houver o levantamento dos dados, das evidências técnicas mais necessárias a respeito disso.

Eu digo isso, Senadora, porque o Idec há 30 anos participa de processos regulatórios e normativos. Ele participa das discussões nas agências reguladoras desde que elas foram criadas. Atualmente, nós participamos de consultas públicas de processos regulatórios de todas as agências reguladoras. E é inevitável eu trazer isto para a senhora: há uma disparidade enorme da qualidade regulatória de uma agência para outra. O Idec defende fortemente a autonomia das agências reguladoras, Senadora. Nós defendemos a capacidade das agências - elas têm que ter - para poderem fazer suas análises técnicas, pelo seu corpo técnico estável, especialista, consolidado, a partir de inteligência analítica, a partir de evidências.

O problema é que, por via das vezes, nós da Defesa do Consumidor participamos de discussões em defesa de alguma agência reguladora que está fazendo um processo regulatório extremamente técnico, extremamente robusto, baseado em evidências, e também nos vemos obrigados a criticar processos regulatórios de outras agências.

Nós acompanhamos muito aqui, acompanhamos também discussões conduzidas pela senhora aqui, por exemplo, na discussão do transporte aéreo, a regulação conduzida pela Anac é também criticada exatamente por isto, por trazer diagnósticos às vezes ultrapassados. E é o caso também...

É a crítica, que a gente sabe. Todos da ANS sabem que a gente vem reiterando essa crítica. Na verdade, não é uma crítica destrutiva; é uma crítica no sentido daqueles que querem ver o processo regulatório cada vez mais capacitado, baseado em evidências, baseado em verdades e com respeito à participação plena social.

Então, já digo que os diagnósticos, nessa próxima lâmina - dizendo isso para tentar avançar e concluir dentro do tempo, Senadora -, realizados pela agência são criticados não só pelas entidades de defesa do consumidor, mas até por outros órgãos de controle externo.

A nota técnica, como disse, da própria agência a respeito disso enfatiza a necessidade de tratamento simultâneo desses pilares, ou seja, não dá para discutir reajuste de planos individuais, sem enfrentar os problemas da ausência de uma regulação eficiente, de uma metodologia eficiente para tratar e exercer algum tipo de controle mínimo, ainda que seja por transparência, regulação por transparência do reajuste da precificação dos planos coletivos, que é a maioria esmagadora das contratações.

O relatório do Tribunal de Contas da União a respeito disso, que é citado por nós várias vezes, pelo respeito que temos por esse trabalho que foi realizado pelo Tribunal de Contas da União, como órgão assessor do Poder Legislativo, identificou problemas no processo regulatório.

Esses problemas, de novo, estão relacionados à falta de transparência sobre as evidências que são coletadas e à falta de uma construção organizada pela agência de evidências técnicas, científicas, concretas a respeito desse diagnóstico, para enfrentar com a regulação, de forma eficiente. E encontrou a ausência de mecanismos suficientes para prevenir, identificar e corrigir reajustes exagerados, abusivos em planos coletivos.

Não sabemos até hoje se isso é uma falha da própria metodologia adotada pela agência ou se é ausência de efetividade na aplicação da metodologia que está posta. Ou seja, eu acho que precisamos realmente aprofundar o nível da discussão sobre o diagnóstico do problema, para trazer publicamente a construção colaborativa e coletiva das soluções disso.

E, como a Secretária aqui comentou, o próprio Tribunal de Contas da União reconhece algo que é evidente, que é óbvio: o modelo de liberdade de negociação para reajustes dos planos coletivos, que influencia o reajuste dos planos individuais...

(Soa a campanha.)

O SR. IGOR RODRIGUES BRITTO - ... é pautado pela extrema autoridade que as grandes operadoras têm em relação aos seus contratantes. São pessoas jurídicas, em grande parte, de pouco porte, de estruturas coletivas desorganizadas - como a Secretária falou, são pessoas que não se conhecem e que então não se mobilizam -, e é óbvio que não há uma negociação: há uma imposição de reajuste.

A gente não pode esquecer, por isso falo dessa análise conjunta, Senadora, que a análise dos reajustes impostos pelas operadoras nos planos coletivos reflete no cálculo dos reajustes individuais.

E foi nisso que o Tribunal de Contas da União encontrou uma falha, uma falha de mercado; uma falha, inclusive, do próprio processo normativo.

A Secretaria de Assuntos Econômicos do Ministério da Fazenda já há dez anos produz notas técnicas e estudos a respeito deste tema. E, num dos mais recentes, de junho de 2018, ela recomenda um zelo adicional. Na verdade, reitera algo que a Secretaria já vem fazendo há muito tempo: a aplicação por parte da Agência desses mecanismos regulatórios que vão permitir às vezes um superfortalecimento de um mercado que está se concentrando cada vez mais. Isso precisa ser enfrentado. Na verdade, todo mercado de consumo está passando por esse problema de concentração. Em contrapartida, uma diminuição cada vez maior da receita das pessoas, do poder de compra, do poder de consumo das pessoas.

Então, nós estamos vivendo um momento de desemprego, um momento de crise econômica em que o processo regulatório acaba empoderando as operadoras e enfraquece ainda mais, torna ainda mais vulnerável ainda os consumidores desses planos, dessas operações.

Então, esse é o meu último eslaide, Senadora. E, na verdade, nós não somos capazes de trazer as soluções mais adequadas e eficientes porque, veja, nós estamos no lado mais fraco mesmo. Nós somos os consumidores. Então, nós estamos no lado mais fraco. O exercício que precisamos fazer para dominar essas informações, essas evidências...

(Soa a campanha.)

O SR. IGOR RODRIGUES BRITTO - é hercúleo.

Então, o que nós trazemos são problemas, são os problemas para pelo menos enfrentarmos os diagnósticos.

E isso trazemos como sugestão, Senadora, a partir de boas práticas regulatórias que já estão sendo adotadas no Brasil. Dentro da própria estrutura da saúde no Brasil, a agência reguladora, por exemplo, de vigilância sanitária vem adotando um modelo regulatório que gasta um tempo necessário e responsável na busca pelo diagnóstico. E esse diagnóstico passa pela participação social. São as últimas informações que eu coloco ali.

É necessário, então, que a agência conduza um novo processo regulatório, um novo fluxo de regulação, já inspirado naquilo que já é praticado dentro da própria estrutura regulatória disponível no Brasil, com uma coleta pública preliminar de subsídios apresentados pelos próprios setores atendidos.

A Anvisa, por exemplo, já faz isso. Todos nós, entidades de defesa do consumidor, o setor produtivo, todos os setores afetados podem contribuir com evidências, com dados para uma organização de um relatório preliminar. A Anvisa, por exemplo, chama isso de tomada pública de subsídios. Ela começa a fazer isso agora, de forma muito responsável aos nossos olhos.

A análise de impacto regulatório respeita esses dados científicos. E, aí, são apresentados publicamente, de forma didática, de forma que nós consigamos compreender toda essa complexidade.

Reconhecemos que o setor de saúde suplementar é absolutamente complexo, talvez um dos mais complexos para ser regulados, ainda mais com tantos atores envolvidos. Mas é possível, sim, fazer um diagnóstico dos problemas, sendo postos.

A nossa preocupação é enorme com uma regulação que permite uma onerosidade excessiva desses serviços, que acaba com uma falta de lealdade com os próprios consumidores, que se veem reféns disso e não sabem controlar e nem conseguem enxergar o problema que estão vivendo.

É isso, Senadora.

Por enquanto, é a nossa contribuição.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Muito obrigada, Sr. Igor Britto, representante do Idec. Acho que colocou com muita clareza ao que a falta de transparência nos leva. Quer dizer, o próprio órgão que é de defesa do consumidor não consegue defender o consumidor porque não tem os dados para poder fazer a defesa.

Então, enquanto não tivermos essa transparência, vai ser muito difícil. Agora, pelo que entendi, há um encaminhamento desses quatro pilares. E já fica uma pergunta depois para o Diretor-Presidente da ANS sobre o que acha desse encaminhamento, porque esse encaminhamento me parece a primeira coisa concreta que apareceu e que talvez nos desse a possibilidade de ter um controle maior.

Agora, vamos partir para o Sr. José Luiz Toro da Silva, assessor jurídico da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde.

O SR. JOSÉ LUIZ TORO DA SILVA - Senadora Marta Suplicy, demais integrantes da Mesa; quero saudar também o Diretor Anderson Mendes da Unidas; servidores da ANS, senhoras e senhores, em primeiro lugar, agradeço imensamente o convite que foi formulado à Unidas para que nós também participássemos desse debate com referência aos reajustes, não obstante nós não termos planos individuais. As autogestões só têm planos coletivos, coletivos empresariais e coletivos por adesão, mas essa é uma oportunidade - V. Exª colocou com muita propriedade - de buscarmos soluções, buscarmos alternativas, porque todos reconhecem, a sociedade reconhece que o custo realmente dos planos de saúde hoje é alto para todos, e precisamos discutir o porquê disso e quais as soluções, quais as alternativas que a sociedade poderia ter.

E nós vemos as autogestões como uma alternativa para termos planos com valores menores, planos muito mais acessíveis. Quando falamos das autogestões, estamos falando de entidades que não têm finalidade lucrativa; nós estamos falando de entidades que reúnem trabalhadores e servidores públicos. Na realidade, pela própria regulação exercida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, os beneficiários titulares, os patrocinadores e mantenedores participam da administração do plano, participam dos órgãos colegiados de administração superior.

E o que a gente percebe é que há necessidade da legislação, há necessidade de a própria regulação incentivar e reconhecer a possibilidade, portanto, dos trabalhadores e dos servidores se auto-organizarem para, então, proporcionarem planos de saúde. E o que a gente percebe infelizmente é que a legislação e, às vezes, a própria regulação não incentivam, na verdade, esse tipo de entidade.

Nós advogamos na Unidas sobre isso, e estivemos, recentemente, aqui nesta Comissão mesmo, com o Senador Paim, tratando realmente da necessidade da legislação. E aqui o Parlamento tem um papel importantíssimo de deixar de uma forma muito clara, de uma forma muito veemente, o tratamento diferenciado às autogestões. Temos uma discussão com referência ao artigo 8º, §1º, da lei dos planos de saúde, porém a redação não possibilita a ANS a dar um tratamento diferenciado da forma como nós entendemos. Então, entendemos que há, sim, a necessidade de a legislação, como V. Exª muito bem colocou, ser alterada no sentido de se incentivar.

Hoje, V. Exª também sabe sobre o problema que os servidores públicos federais passam com referência à Assejepar. As normas da Assejepar, em vez de incentivarem as autogestões, justamente estão desincentivando até as pequenas autogestões que sempre têm notas muito boas na avaliação da própria Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nós entendemos, portanto, que a autogestão é uma alternativa. Vemos, hoje, principalmente nos Estados Unidos, grandes empresas que estão se organizando para elas mesmas proporcionarem planos de saúde a seus funcionários para tentar justamente baratear o custo desses planos.

Nós estamos falando de entidades sem finalidade lucrativa, geridas, administradas, direta ou indiretamente, por trabalhadores servidores públicos, onde, inclusive, o próprio Superior Tribunal de Justiça, ainda recentemente, reconheceu a inexistência de relação de consumo em face dessas especificidades, em face dessas características das autogestões.

E, quando nós falamos de autogestão, nós temos três tipos de autogestão. Nós temos as autogestões de recursos humanos, onde a própria empresa disponibiliza um plano de saúde para os seus empregados, que participam do custeio total

ou parcialmente; nós temos empresas públicas e privadas que se organizam e constituem uma autogestão em que são patrocinadoras ou mantenedoras; e nós temos associações ou fundações de determinada categoria profissional que possibilita também planos de saúde para os associados daquela categoria.

Todavia, nós entendemos que esses conceitos, da forma como hoje são apresentados, são muito restritivos. Na questão, por exemplo, das associações e fundações, tem que ser de determinada categoria profissional. Se duas categorias quiserem se reunir para poder fazer um plano de saúde para ter uma massa maior, isso não é permitido. Então, nós precisamos de uma flexibilização, e nós entendemos que parte da legislação a isso facilitaria.

Nós temos trabalhado - e aqui louva-se também as iniciativas da Agência -, temos um grupo de trabalho discutindo isso, mas sabemos que o marco legal também implica restrições para o próprio órgão regulador. Então, faz-se necessário, sim, como V. Ex^a muito bem colocou, uma verdadeira revolução, uma flexibilização na norma, porque, às vezes, a norma, no afã de proteger, acaba desprotegendo e acaba restringindo e levando a uma concentração de mercado, que é algo também que a sociedade não deseja.

Portanto, nós entendemos um modelo de autogestão em que nós temos contratos coletivos empresariais para aqueles que são ligados à relação de empresa ou relação de servidor público, e nós temos os contratos coletivos por adesão, que são justamente aqueles voltados para as associações ou fundações de categorias profissionais, que, volto a dizer, são geridos, direta ou indiretamente, pelos próprios beneficiários. E esse é um aspecto muito relevante que, na verdade, nós devemos estimular, quando vemos iniciativas de desestímulo na própria legislação, onde eu cito, inclusive, a própria Resolução CGPAR nº 23, que acaba restringindo as autogestões, que acaba estabelecendo, inclusive, que a empresa estatal não pode ter um plano de saúde numa autogestão com menos de 20 mil beneficiários.

A forma de cálculo de reajuste na autogestão varia muito. Nós temos desde autogestões em que o valor tem uma relação direta com o salário, com a remuneração; nós temos situações em que a própria assembleia de associados acaba estabelecendo; nós temos outras de critérios atuariais e outras, inclusive, em que o próprio regulamento disciplina como, portanto, será efetuado o reajuste.

Nós entendemos também que não deveríamos estar sujeitos às mesmas regras de mercado, que acabam, na verdade, onerando os trabalhadores e os servidores na medida em que nós temos que cumprir a mesma legislação, exceção feita às autogestões de recursos humanos que as grandes operadoras, porque nós temos patrimônio não ajustado, margem de insolvência, provisões técnicas, ativos garantidores, e nós entendemos que deveríamos ter um tratamento muito diferenciado com referência a isso. Nós temos características muito próprias. Nós não temos relação de consumo, nós não temos finalidade lucrativa, nós temos um risco de inadimplência muito menor, nós temos o maior acompanhamento, na verdade, de todos os beneficiários, nós temos uma maior participação do próprio beneficiário na gestão da autogestão, e, portanto, a necessidade dessas reservas acaba onerando o trabalhador e o servidor público no que concerne ao valor final do seu plano de saúde.

Nós entendemos, portanto, que deve ser revisto o art. 8º, §1º, da Lei nº 9.656, para deixar claro que o Legislador, lá atrás... Nós entendemos que o princípio teleológico já foi esse de dar um tratamento diferenciado, mas a lei, talvez, não tenha sido tão clara no sentido de aclarar esse tratamento diferenciado. Portanto, nós entendemos que há a necessidade de a legislação estabelecer um tratamento diferenciado para as autogestões; há a necessidade de a legislação estimular, inclusive, a participação de trabalhadores e servidores em planos privados de assistência e saúde.

Na verdade, nós entendemos que a legislação, da forma como está hoje, é muito restritiva para esse direito de associação previsto na própria Constituição Federal. Nós entendemos que há a necessidade da ampliação do conceito de autogestão, calcado no direito de associação de trabalhadores e servidores públicos, e que, na verdade, na medida em que nós prestigiamos, na medida em que nós incentivamos esse setor, nós estamos ajudando até a desonerar o SUS, porque os próprios trabalhadores, os próprios servidores passariam a cuidar mais diretamente da sua saúde.

Senadora, esse é o setor que tem o maior número de idosos dentro do seu segmento. Quase 30% da nossa população são de idosos, e, aí, há que se ter em vista o aumento dos custos médico-hospitalares. Assim, faz-se necessário, inclusive, analisar o impacto das novas tecnologias, cuja incorporação, muitas vezes, é uma incorporação acrítica realizada pelo próprio Estado.

(Soa a campainha.)

O SR. JOSÉ LUIZ TORO DA SILVA - A agência tem discutido a questão de gerenciamento de risco, de *compliance*, de governança corporativa. Há a necessidade de se priorizar a atenção primária à saúde, e não, na verdade, esses tratamentos que, muitas vezes, acabam não trazendo... O fato de haver uma nova tecnologia não quer dizer que teremos mais saúde, melhor saúde. Então, há necessidade, sim, de rever essa dinâmica.

A própria questão da judicialização. V. Ex^a e eu somos de um Estado, São Paulo, cujo Tribunal de Justiça editou uma súmula que contraria flagrantemente a própria lei, que contraria flagrantemente a própria regulação da Agência quando fala da obrigatoriedade de tratamento com cirurgias experimentais, enquanto a lei o veda expressamente. E isso - a judicialização -, da forma como muitas vezes é feita, acaba desnaturando toda a equação econômico-financeira, todos os cálculos atuariais que nortearam o setor, levando-o a uma onerosidade excessiva.

Essa é uma questão sobre a qual nós, como sociedade, precisamos refletir. Às vezes, no afã de proteger, nós estamos desprotegendo.

Quem tem de dar saúde, no sentido amplo, universal e igualitário, é o Estado. A iniciativa privada atua nos limites da lei. É uma atividade de relevância pública, como estabelece o próprio art. 197 da Constituição, mas não está sujeita ao princípio da integralidade como o Poder Público está.

E daí, portanto, nós aqui, das autogestões, louvamos a sua iniciativa, louvamos os trabalhos que estão sendo realizados no Parlamento, mas entendemos que é preciso, sim, que o Estado incentive a formação de autogestões através de uma ampla participação de trabalhadores e servidores públicos, fazendo com que, dessa forma, nós possamos pensar em uma saúde mais acessível, enfim, um segmento em que mais trabalhadores, mais servidores e mais empresas possam se sentir, na verdade, incentivados a trabalhar, desonerando até mesmo o próprio Estado, desonerando até mesmo o próprio SUS.

Agradecemos imensamente a oportunidade.

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Muito obrigada pela colaboração. Eu acredito que o senhor trouxe algo bastante concreto sobre o que nós podemos nos debruçar que é a ampliação dessa restrição que a Unidas sente em relação à autogestão. Isso é algo que nos compete como legisladores e sobre o qual poderemos nos debruçar. Foi uma ótima contribuição.

Teremos agora o Diretor Executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Sr. José Cechin.

O SR. JOSÉ CECHEIN - Muito obrigado, Marta. Cumprimento-a, cumprimento os colegas da mesa, todos os que estão nesta sala e os que nos veem de suas residências.

Eu trago duas rápidas citações: o Keynes diz que é mais fácil aceitar ideias novas do que nos libertar das ideias antigas; e outra do Leandro Karnal, que vai muito na linha do que a Senadora Marta colocou, que precisamos de mudanças, o mundo está em transformações, e mudanças profundas. Nos alinhemos, então, a isso.

Senadora, há duas semanas, estava na sala, minha secretária chega um pouco depois, entrou na minha sala lívida, pálida, transtornada, não respondeu ao meu bom-dia. Perguntei: O que foi? Ela disse: "O plano de saúde dos meus pais, a operadora pediu 35% de aumento. Foi negociado em 25%. Doutor, é maior do que o meu salário. Como eu pago? É justo isso, é razoável? Não tem algo de errado, de enganoso nesse procedimento e nesse valor?" Eu, obviamente, tentei o meu melhor para explicar algumas coisas básicas essenciais a ela. Imaginemos que ela tenha entendido, no que isso reduz a dificuldade dela em pagar essa mensalidade que é maior que o seu salário? Senador, existem milhões de Marlenes neste Brasil, milhões de empresas que passam pela mesma dificuldade.

Então, compreendemos o problema. E nós sabemos que esses reajustes altos desagradam a todos, às pessoas, em primeiro lugar, às empresas que pagam aos planos, ao Governo, que tem de dar esses reajustes, à própria ANS, ao TCU, que se manifestou a respeito desse tema, aos Procons, às Senacons, às defensorias, etc. E a gente ouve algumas queixas ao lado que eu deixo como interrogação: o culpado é o modelo? É uma caixa-preta? Falta transparência? Nós somos sempre a favor da transparência. As operadoras deveriam oferecer produtos com mensalidades mais baixas? Temos de dizer como. Os lucros das operadoras são exorbitantes? Não vou me detalhar em nenhuma dessas perguntas, se houver questões ao longo, nós poderemos abordar.

O fato é que os reajustes têm sido mais altos que a inflação. São abusivos? Sem transparência? E por que são tão altos? Há só uma razão: porque as despesas crescem muito durante o ano. Não há outra explicação. As operadoras têm de pagar aos médicos, têm de pagar aos hospitais, às clínicas, aos laboratórios, aos prestadores, aos terapeutas, aos dentistas; têm de ser pagos. Ela tem de buscar o dinheiro junto a quem compra plano de saúde para poder fazer esses pagamentos.

Mas a pergunta que foi endereçada aqui por V. Ex^a mesma, por todos da mesa é: "Por que essas despesas crescem?" E aqui, sem entrar em grandes detalhes, listo os principais fatores de aumento dessas despesas: um deles é o preço de materiais e medicamentos, que a gente chama de mat/med; o aumento da utilização dos serviços, vou mostrar alguns dados em relação a isso; a incorporação de tecnologia, a gente não pode ser contra a incorporação, porque seria ser contra a Cruz Vermelha, mas ela tem custos, e nós temos de saber um pouco disso, traz enormes benefícios para nós.

Há uma grande quantidade de desperdícios e, aqui, como ouvimos da Senacon, há poucos minutos, de um abuso, as operadoras também são vítimas de abusos, de fraudes de diferentes tipos, de desvios de comportamento. E as operadoras estão colocando o dedo nesta questão e desenvolvendo mecanismos para detectar usos em excesso, indicações inadequadas.

Em primeiro lugar, em prol do paciente, para que ele tenha o melhor e não tenha procedimentos que não encontrem recomendação nas evidências médicas. É claro, a gente, ao reduzir desperdícios, reduz os custos como um todo.

O Leandro já falou do envelhecimento, o José Luiz já falou da judicialização. Eu quero apenas dizer que as operadoras, associadas à FenaSaúde, são 22, cumprem todas as decisões judiciais regularmente.

Agora, eu disse que é difícil a gente se libertar de ideias antigas. Uma ideia que a gente precisa colocar em questão é que o reajuste dos planos tem que seguir a inflação.

Então, não podemos confundir inflação de preço geral com inflação de saúde, com variação de preços por beneficiário. Inflação é medida, um índice que mede preços. Há de todos os tipos aí, para baixa renda, média renda, para o mercado financeiro, índices gerais. Até, Senadora, em São Paulo, a Fipe calcula um para o Município de São Paulo, um índice de preços.

A inflação, portanto, a inflação de saúde mede itens de saúde dos índices de preços. Nesses itens estão: plano de saúde, honorário médico, taxas e diárias hospitalares, materiais e medicamentos, exames laboratoriais. Inclui até artigos de higiene e limpeza, que não são necessariamente de saúde, e diversos outros.

Portanto, variação de despesas, que é o que deve ser coberto pelas mensalidades, é a variação dos preços aí citados mais a variação da utilização mais o efeito combinado das duas. Exemplifico: no passado as pessoas faziam quatro consultas por ano e o valor da consulta era R\$100. Gastava-se, portanto, R\$400 *per capita*/ano com consultas. Agora, as pessoas fazem cinco, na verdade, fazem cinco e meia consultas. Nesse exemplo, um aumento de 25%, e a consulta não é mais R\$100, é R\$120, aumentou 20%. Mas a despesa foi de 400 para 600, aumentou 50%. Veja que não há nenhuma relação com a variação do valor da consulta, porque você compõe variação do valor com variação da quantidade utilizada.

Coloco aqui um exemplo: 2016 sobre 2015 e 2017 sobre 2016. Caiu o número de beneficiários: 3,5%, em 2016, mas 1,5%, no ano passado. No entanto, o número de procedimentos aumentou quase sete e, depois, mais 3%. Ou seja, as pessoas... Não estou criticando pessoas, já foi referida aqui a quantidade de exames, e se questionou se são todos necessários. Eu estou constatando esses fatos aqui. Eu ilustro isso em gráficos. Do lado esquerdo, a quantidade de beneficiários que segue uma escala cadente. O número de consultas, mais ou menos constante.

O conjunto seguinte é o número de exames solicitado por consulta. Veja que houve um aumento de 15% nesses três anos e, portanto, a quantidade de exames cresceu bastante, muito.

Isto aqui é para ilustrar algo que já é muito conhecido, ou seja, a taxa de ressonâncias magnéticas e de tomografias computadorizadas. Fazemos mais ressonâncias do que a OECD ou tantas tomografias quanto ela.

Senadora, eu imagino que a senhora não iria, a troco de nada, passar um fim de semana em Fukushima ou em Chernobyl. Quando as pessoas se submetem a uma tomografia computadorizada, recebem uma dose de radiação que é similar. Então, não podemos cultivar a ideia de que fazer exames sempre é bom. É bom quando você tem um problema que precisa ser identificado. Os exames também apresentam riscos. Então, para o bem da nossa saúde, devemos fazer aqueles que são estritamente necessários.

Nós sabemos, Senadora - e eu ouvi vários depoimentos de médicos - que os pacientes pedem isso ao seu médico e levantam a voz se o médico começar a dizer que isso não é necessário. E, então, eles dizem assim: "Eu pago o plano, eu tenho direito e eu quero." E o médico acaba aquiescendo. Então, precisamos mudar - e muito - esses comportamentos e em toda a cadeia da saúde suplementar.

Eu ainda coloco aqui a questão da incorporação de tecnologias. Eu já disse que não podemos ser contra. Devemos, sim, utilizar isso com critério. Mas, vejam as que foram incorporadas, no começo deste ano...

(Soa a campanha.)

O SR. JOSÉ CECHIN - ... que são algumas de tratamentos antineoplásicos. Só essas cinco terapias acrescentaram R\$4 bilhões nos custos dos planos de saúde. Nós temos que estar preparados para pagar isso. A mesma coisa acontece com o conjunto de medicamentos que são bons. Quero dizer que as operadoras, todas elas, de todas as modalidades, inclusive as autogestões, que estão representadas aqui do meu lado, fizeram um esforço gigante para reduzir a despesa delas, para que o dinheiro seja melhor aplicado na saúde de seus beneficiários. Eu já usei 37% de redução de 2007 a 2017, em 12 anos, o que é algo bastante importante. As operadoras estão inovando, estão buscando detectar desvios de comportamentos,

desenhando e investindo em sistemas de informação para detectar esses excessos administrativos. Obviamente, elas têm que levar isso ao médico assistente. E esse diálogo nunca é muito fácil.

Para concluir, está ameaçada a sustentabilidade da Saúde Suplementar? Quando eu falo "ameaçada a sustentabilidade" eu não me refiro às operadoras. Eu me refiro aos pagadores, que são as Marlenes da vida, os que têm as altas taxas de incrementos, que são as empresas que já gastam 12%, 13% de sua folha com planos de saúde. Elas conseguirão? Então, para que asseguremos essa sustentabilidade, temos que atuar nessas causas, em conjunto: operadoras, médicos, pacientes, consumidores, a indústria fornecedora, preços, formação de profissionais, para que levemos em conta o que a Senadora falou. Entre dois procedimentos igualmente eficazes, qual deve ser escolhido? O mais moderno, o atual e o mais caro ou aquele que é mais econômico, se ele tem a mesma eficácia?

(Soa a campanha.)

O SR. JOSÉ CECHIN - Finalmente, o nosso desafio é atuar junto com toda essa cadeia para que a gente tenha rede credenciada de alta qualidade, profissionais gabaritados, que os beneficiários dos planos possam ter a atenção à saúde que merecem e pela qual pagam.

Senadora, eu concluo dizendo: é hora de união e não de divisão.

Muito obrigado.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Bem, muita explicação, muita justificação e, no final, uma ameaça sutil sobre sustentabilidade. Eu acho que com isso daí o senhor não está propondo nada. Disse que há uma dificuldade, que está tudo aumentando, que há judicialização, que há isso e aquilo, aqueles problemas todos que nós sabemos. Nós queremos possibilidade de solução. Eu não ouvi. Ouvi só que é muito difícil a situação, que é mesmo, mas nós temos que nos focar em como diminuir o custo com o mesmo resultado, uma situação que é real. Então, vamos ver, depois, no debate, como o senhor responde a essa minha, diria, frustração.

Agora temos o último palestrante, Sr. José Cláudio Ribeiro Oliveira, advogado da Central Nacional Unimed.

O SR. JOSÉ CLÁUDIO RIBEIRO OLIVEIRA - Boa tarde a todos. Inicialmente, queria saudar a nossa Presidente da Mesa, Senadora Marta Suplicy, os demais colegas da Mesa, Senador Roberto Muniz, Senador Humberto Costa, que participou ativamente da construção da Lei 9.656, que regulamenta os planos de saúde, e dizer, inicialmente, Senadora, como paulista, que é uma pena que V. Exª, a partir da próxima legislatura, não representará mais o nosso Estado aqui nesta Casa, mas, com certeza, deixou a sua marca nesses oito anos em que participou aqui ativamente como Senadora.

Vou passar aqui rapidamente, porque muita coisa já foi comentada.

A Central Nacional é hoje a sexta maior operadora do País. Ela é uma central cooperativa. As suas sócias são 326 cooperativas do sistema Unimed. Ela tem 1.505.570 clientes e tem uma abrangência em todo o Território nacional, porque, pela sua própria natureza, tem beneficiários que são de planos coletivos, e as empresas estão espalhadas em todo o Território nacional. No ano passado, ela atendeu 9 milhões de consultas, 26 milhões de exames e 202 mil internações.

Ela tem uma carteira pequena de beneficiários de planos individuais porque, na verdade, foram beneficiários que vieram para a Central Nacional, basicamente, em função de portabilidade de algumas singulares que deixaram de existir em Salvador, Boa Vista, Brasília e São Paulo. Então, ela tem uma carteira hoje com 16.492 vidas. Nesse primeiro semestre, nós tivemos um faturamento total de R\$62 milhões; despesas, R\$121 milhões; com resultado líquido negativo de R\$59 milhões; com uma sinistralidade de 178%.

O reajuste dos planos individuais e familiares, como o Cechin colocou muito bem, visa, na verdade, a recompor a variação da frequência na utilização dos procedimentos, o custo da incorporação de novos procedimentos no rol editado pela ANS e a evolução dos custos assistenciais, materiais, medicamentos, diárias, taxas, honorários e demais insumos.

A variação das mensalidades por alteração de faixa etária, na verdade, se chama de reajuste, mas impropriamente, porque esse valor já é previamente estabelecido quando a pessoa celebra o seu contrato com a operadora de planos de saúde.

Muito bem, esses dados estão na ANS. São dados das operadoras do sistema Unimed, que são encaminhados para a ANS pelo CIP e aí mostram o aumento na frequência das consultas das Unimeds do nosso sistema.

A gente tinha, em 2012, 6,58 consultas/ano. Passamos para 6,25; depois 6,50; 6,81; 7,15 e depois 7,24. Ou seja, nesse período o número de consultas aumentou 10,1%. Nos planos coletivos, aumentou 11,9%. Então, é o que já foi colocado inicialmente o aumento na frequência.

Aqui, é a frequência de exames, que também subiu nos últimos anos, nos planos individuais, de 12,59 exames por beneficiário/ano, para 19,94. Ou seja, em média para cada consulta são gerados aproximadamente três exames. *(Pausa.)*

Novas coberturas editadas a cada dois anos na atualização do rol de procedimentos. Em 2018 a ANS incorporou um total de 18 procedimentos e 39 diretrizes de utilização no rol, que, segundo o cálculo realizado pelo comitê atuarial do sistema Unimed, tem potencial de gerar um impacto de 3,93% nos custos assistenciais. Ou seja, isso deve gerar um impacto de 3,93%.

Basicamente, aqui nós temos a variação dos custos *per capita* anuais *versus* os reajustes dos planos individuais autorizados pela ANS. Em 2014, 9,65%, reajustes autorizados pela ANS, e os nossos custos assistenciais, 19,15%. Em 2015, 13,55% contra 22,40% de custos assistenciais. Em 2016, 13,57% contra 16,45%. Em 2017, 13,55% contra 15,01% e em 2018, 10% contra 11,23%.

Na verdade, esses dados estão todos na ANS também, porque são encaminhados pelo CIP. Isso é um retrato de como o mercado hoje está se comportando. Ou seja, ele teve um custo - e aqui eu estou falando do sistema Unimed - uma variação acumulada *per capita* de 117,27% e reajustes autorizados pela ANS de 76,62%, certo?

Mas vou atender aquilo que a Presidente solicitou no início desta audiência pública. Não adianta vir aqui e mostrar só o diagnóstico. O diagnóstico é esse daí. Só que essa situação é insustentável, porque, como estamos vendo, os custos são crescentes. A ANS autoriza reajustes que são insuficientes para as operadoras, mas, na verdade, o beneficiário também não consegue pagar esse reajuste, mesmo sendo insuficiente para a operadora, e a situação fica insustentável.

O que nós estamos buscando hoje? Primeira coisa: um modelo de atenção primária. Qual é o modelo de atenção primária? É, na verdade, em vez de o beneficiário buscar diretamente um especialista, passar primeiro por aquele médico generalista. Aí, o médico generalista vai verificar se ele tem necessidade de passar por um especialista ou não.

Nos países em que se adota o modelo de atenção primária, o generalista resolve, em média, 85% dos problemas. Aí, só 15% vão para o especialista. No nosso modelo, quem faz o primeiro diagnóstico é o próprio paciente. Ele pega o caderninho, o guia da operadora, e decide se vai fazer a consulta com o neurologista, com o cardiologista, de acordo com o problema que ele acha que tem. E, muitas vezes, depois da terceira, quarta, quinta consulta, depois de gerar vários exames, ele vê que procurou dois, três médicos errados, sendo que, na verdade, deveria ter passado, primeiro, por um generalista. Muitas vezes, alguns desses médicos não colocam nem a mão no paciente, certo? Então, esse seria, vamos dizer assim, o primeiro indicativo em termos de mudança no nosso modelo assistencial.

O segundo seria o prontuário eletrônico. Quando você for atendido pelo seu médico,...

(Soa a campanha.)

O SR. JOSÉ CLÁUDIO RIBEIRO OLIVEIRA - ... ele acessar o seu prontuário eletrônico e saber, por exemplo, os exames que você já fez, porque muitas vezes aquele exame que ele vai pedir ele vê que, há três meses, você já o fez e qual foi o resultado. Então, se houver esse prontuário eletrônico a que o seu médico tenha acesso, isso vai gerar uma economia significativa no nosso sistema de saúde suplementar. Quer dizer, é impraticável um exame, três exames para cada consulta. Então, o prontuário eletrônico vai também, sem dúvida alguma, reduzir os custos da saúde suplementar.

Por último, investir em prevenção. Quando você investe em prevenção, obviamente reduz muito os gastos com a saúde.

Então, acho que a gente tem que incentivar basicamente essa mudança do nosso modelo. Hoje, quando um paciente chega a um hospital, é como se tivesse uma procuração em branco. Quer dizer, faz tudo que tem que fazer lá e depois manda a conta. Só que o nosso modelo é um modelo de mutualismo. Não adianta achar que ele não vai pagar nada porque quem vai pagar é a operadora, pois essa conta depois é dividida entre todos os beneficiários daquele plano de saúde, seja um plano individual, seja um plano coletivo. A conta é dividida porque o nosso sistema é um sistema mutualista.

A Dr^a Ana Lúcia falou aqui: "Olha, há uma falta de cumprimento das normas." Realmente, mas eu vou deixar com a colega esse livro. Sabe o que contém este livro? As normas da ANS. Sabe quantas páginas ele tem hoje? Mil e cem páginas. Fica com ele.

Eu, que acompanho a saúde suplementar, junto com o Senador Humberto Costa, que, à época, era Deputado e tínhamos lá uma comissão na Câmara dos Deputados para discutir e tal, que redundou na Lei 9.656, não domino mais todas essas normas. Olha que eu estou acompanhando durante esses 20 anos! Quer dizer, não dá para um beneficiário saber quais são os direitos que ele tem se as próprias operadoras hoje não conseguem. Todo dia tem norma diferente, todo dia tem norma diferente. Eu já sugeri, na Agência Nacional de Saúde, que teríamos que ter uma consolidação das resoluções da ANS que digam respeito a direito dos beneficiários. Da mesma forma que foi feita a CLT lá atrás, havia várias leis trabalhistas diferentes, alguém chegou e falou: "Não, vamos colocar todas estas leis numa única lei, para o trabalhador saber quais são os seus direitos", a ANS poderia chegar e fazer o seguinte: "Vamos pegar todas as normas que digam respeito aos direitos dos beneficiários e vamos colocar numa única resolução." Mas, não! Se o beneficiário hoje quiser saber qual é o seu direito

como inativo, demitido ou aposentado, ele tem que procurar numa resolução; se ele quiser saber qual é o seu direito num reajuste por mudança de faixa etária, é uma outra resolução; se ele quiser saber sobre o rol, é uma outra resolução.

Por que tudo aquilo que diz respeito a direito do beneficiário não poderia estar em uma única resolução? Peguem a resolução que fala do inativo, vai ser um capítulo dessa resolução; peguem a que trata do reajuste por faixa etária, vai ser um capítulo dessa resolução. De sorte que vou ter uma única resolução e o beneficiário vai saber: "Eu quero saber quais são os meus direitos?" Ele vai ali, naquela única resolução consolidada, e saberá os seus direitos. É muito mais didático para o beneficiário, é muito melhor para a operadora, mas, até hoje, isso não teve, vamos dizer assim, eco. Talvez se isso vier por uma determinação legal no sentido de que a cada dois anos a ANS deva a consolidar toda a parte regulatória que diga respeito aos direitos do beneficiário em uma única resolução, isso daí ocorra.

Eu não estou falando de outras resoluções que tratam de administração, que tratam de direção fiscal e tal. Nada disso. São só aquelas resoluções que digam respeito a direito dos beneficiários.

Eu agradeço mais uma vez e fico à disposição.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - As sugestões foram bem interessantes e podem ser aprofundadas pela Comissão, como é o caso da atenção primária reforçada, do prontuário eletrônico. Se eu me recordo, na última gestão na saúde do Ministro Ricardo Barros, estava havendo um incentivo para os Municípios fazerem o prontuário eletrônico. Eu mesma visitei algumas cidades que estavam implantando. E isso eu acho que seria de fundamental importância para a economia, então deveria ser algo em que deveríamos investir o nosso recurso, o da Nação.

Depois, essa questão da consolidação dos direitos dos usuários eu vou deixar para o diretor da ANS responder, porque eu achei que pode ser uma boa ideia também. Se for considerada uma boa ideia, a Casa Legislativa pode fazer um projeto dessa natureza.

O SR. ROBERTO MUNIZ (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - BA. *Fora do microfone.*) - Eu queria a palavra...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Sim, vai ser o primeiro, Senador Roberto.

Bem, depois de todos terem apresentado suas considerações, acredito que o tempo foi... Até me surpreendeu, porque eu acho ruim quando tem muita gente e a gente não consegue aprofundar, mas excepcionalmente os dez minutos suscitaram uma colocação muito boa por parte de cada um, que teve que focar, e nós conseguimos entender bem a dimensão do problema.

O primeiro inscrito é o Senador Roberto Muniz, que está com a palavra para suas considerações, perguntas.

O SR. ROBERTO MUNIZ (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - BA) - Sra Presidente, primeiro eu quero parabenizar a senhora, além de pela condução, por essa brilhante ideia deste debate, importantíssimo para os brasileiros, principalmente num momento em que a crise estabeleceu uma diminuição muito grande da quantidade de pessoas que estão no sistema suplementar. Isso cria um impacto muito grande em relação aos recursos do SUS.

Eu acho que, quando a gente olha a saúde suplementar, a gente tem que entender também que é um braço do Estado, que está sendo feito por empresas privadas, capacitadas a colaborar na gestão da saúde. E eu queria rapidamente dizer aqui algumas coisas que são importantes.

Há trinta anos que eu acompanho, desde que fui prefeito, a gestão do SUS. A ideia do SUS sempre é "hospitocêntrica". A ideia é: vamos pagar por procedimentos. E isso é um absurdo, porque a gente não olha o resultado, a gente só olha o meio.

Todas as vezes em que a gente atuava na atenção básica, o prefeito vai e melhora os indicadores de atenção básica, é óbvio que ele diminui a quantidade de procedimentos nos hospitais. O que é que acontece? Glosa. Ou seja, em vez de isso ser um incentivo para que a gestão pública municipal se qualifique e diminua a quantidade de procedimentos mais caros, nós fazemos sempre o diferente.

É óbvio que aqui e ali há alguma ação específica em uma gestão no Ministério da Saúde, mas basicamente o nosso olhar é sempre a favor da doença e não da manutenção da saúde. Eu acho que a gente vai ter que destruir um sistema para começar a construir outro, porque, se ficarmos da mesma forma, não vamos avançar.

Eu acho que as ideias aqui colocadas são muito interessantes, mas a gente precisa avançar e os planos de saúde precisam colaborar numa gestão preditiva de Big Data, de dados que são colocados à disposição, para melhorar a eficácia e a eficiência da ação do plano de saúde e também do SUS. Então, é preciso haver uma ação conjunta mais focada nos números e nos indicadores de saúde, através do sistema, do Datasus. A gente precisa compreender um pouco mais aquela base de dados, para que a gente possa atuar mais eficientemente nas questões de manutenção da saúde.

O prontuário eletrônico é fundamental. O ex-Ministro Ricardo Barros iniciou a questão do prontuário eletrônico através da atenção primária, que é fundamental para que a gente tenha a base de dados que antes era feita até pelos agentes comunitários de saúde. Existem muitos dados feitos pelos agentes comunitários de saúde, mas, quando eles ingressam no sistema de saúde, a gente se perde com esses dados.

Então, eu queria até pedir a V. Ex^a, Senadora Marta: já que tudo isso que nós estamos discutindo vai passar e passa pela ANS, pela Agência Nacional de Saúde, eu estou aqui com um parecer para ler sobre a indicação do Sr. Paulo Roberto para a nossa agência, a Agência Nacional de Saúde. Eu queria pedir licença, se a senhora pudesse permitir, para que eu fizesse essa leitura, para ver se amanhã a gente poderia colocar na pauta da nossa Comissão.

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - O senhor vai poder ler, mas antes eu vou perguntar ao Senador Humberto, para não interrompermos o curso da nossa audiência pública.

Senador Humberto Costa, V. Ex^a gostaria de fazer suas manifestações?

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Por mim, pode ler.

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - É?

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Pode ler. Depois eu pergunto.

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Então está bem.

O SR. ROBERTO MUNIZ (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - BA) - Da Comissão de Assuntos Sociais, sobre a mensagem...

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Não, não. Não pode ainda. Aí é uma coisa burocrática: tem que haver uma segunda parte da deliberativa, para que possamos...

Nós temos que encerrar esta reunião?

(Intervenção fora do microfone.)

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - É preciso abrir uma segunda parte.

Então, eu vou primeiro continuar a discussão aqui, e depois abrimos uma segunda parte, aí V. Ex^a faz o relatório.

O SR. ROBERTO MUNIZ (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - BA) - Está bom.

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Com a palavra o Senador Humberto Costa. Depois, com a palavra aqui os membros, então abrimos uma segunda parte.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Bom, infelizmente eu não pude acompanhar todas as exposições. Peguei um finalzinho do Dr. Cechin e um pouco do final também do Dr. José Cláudio, mas eu queria levantar algumas coisas bem rapidamente.

Primeiro, eu acho que é preciso haver uma compreensão muito clara de que, sem que o País volte a se desenvolver, a crescer, o problema da saúde suplementar não vai estar resolvido. Lógico que eu sou defensor, e muitos de nós o somos, de um sistema de saúde pública que seja universal - esse é o grande objetivo -, mas isso decorre da própria natureza do sistema econômico que nós temos.

Há a opção de as pessoas poderem ter um plano de saúde privado por n razões que possam justificar. O próprio quadro de redução do número de usuários de planos de saúde mostra a forte vinculação disso com a situação econômica do País, com o desemprego... Então, acho que a primeira coisa que nós temos que discutir é esta: ou o Brasil faz uma opção por um outro modelo econômico que procure promover o crescimento econômico, gerar emprego, melhorar a renda da população, ou então isso vai se tornar algo praticamente permanente.

A outra coisa que eu vejo é que algumas das questões que foram levantadas, apesar de serem absolutamente justas, cabe às próprias operadoras encaminhar. Não tenho dúvida de que o processo, por exemplo, de implementação do prontuário eletrônico, especialmente se ele tiver também uma interface com o que se pretende fazer no SUS, ajuda bastante. Ajuda bastante o profissional, para ele saber, como o senhor disse, se aquele paciente já teve algum tipo de exame realizado que já facilite o seu diagnóstico, como é que ele evoluiu, que medicamentos tomou... Lógico. Mas quem é que tem a responsabilidade de fazer isso também? São as próprias operadoras. Elas que têm que implementar esse modelo, assim como a ideia de trabalhar com promoção em saúde na área suplementar é muito recente.

Antes, esse sistema, de certa forma, foi alimentado pelas próprias operadoras. E, quando ela procura intervir, não o faz muitas vezes mostrando a lógica de uma hierarquização. Por exemplo, quando se vai discutir a questão do que chegou a

ser chamado de "médico porteiro", que seria uma espécie de médico de família, vem em cima do aspecto econômico, e não do aspecto adequado, que é o de você ter uma atenção básica, uma atenção de média complexidade, uma atenção de alta complexidade. Então, eu acho que isso também envolve um debate que poderá e deverá ser feito em algum momento.

Agora, eu creio que a própria questão que motivou a realização desta audiência e da anterior, que foi aquela resolução, foi algo que não teve, de fato, uma interação maior com os consumidores, para que as pessoas pudessem entender, para que as pessoas pudessem saber que aquilo valeria para os planos novos. Mas, mais do que isso: o caráter draconiano que aquilo ali tinha. É óbvio que uma coisa como aquela não tinha como receber qualquer tipo de guarida, nem no Congresso Nacional, nem na sociedade. Então, essas coisas também precisam ser levadas em consideração.

E a outra coisa que eu defendo mais do que uma consolidação de tudo que existe de norma, de mudança de lei, etc., etc., acho que seria uma adequada uma revisão da legislação que trata de planos e seguros de saúde. Quando essa lei foi criada, lá em 1998, nós tínhamos uma realidade que é muito diferente da que existe hoje. Portanto, acho que valeria a pena fazer essa discussão.

Eu gostaria de poder intervir em outros temas relativos a isso, mas, como eu não tive a oportunidade de ouvir, especialmente a fala das pessoas que representam as entidades de defesa do consumidor, eu vou me limitar a fazer essas observações e, depois, procurar me inteirar um pouco mais do debate que foi travado aqui.

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

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Desculpe. Só há mais outra coisa que eu queria dizer.

Há algumas questões que são do interesse do setor público e do setor privado. Aqui, o Dr. Cechin mostrou a quantidade de tomografias, de ressonâncias magnéticas, mas, na hora em que vai se discutir, por exemplo, como regular a adoção de novas tecnologias, ninguém quer. O próprio setor privado não quer que se faça isso. Quando a gente vai discutir a política de judicialização, se levantam muitas vozes dentro do próprio Judiciário contra esse tipo de coisa. Existem também esses outros temas que precisam ser tratados. O Ministério da Saúde tem uma comissão... É o Ministério ou é a Anvisa?

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - O Ministério. Ele tem uma comissão para a definição ou a regulação da adoção de novas tecnologias no privado e no público. No entanto, isso é interpretado como uma interferência inadequada, que não se devia fazer, que atrapalha a relação do sistema que nós temos, capitalista... E o resultado é que a gente tem isso... São coisas que eu não sei se são folclóricas ou verdadeiras. Há gente que diz que, na Avenida Paulista, há mais tomógrafos que na Europa, no Canadá... Não sei se isso é bem verdade, mas, certamente, o que a gente tem é algo que é completamente desnecessário. O cara bota um PET Scan, o concorrente dele bota também, e o mesmo plano de saúde credencia os dois. Não é verdade? Então, é preciso discutir isso.

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

Consulto ao Plenário se podemos proceder à leitura da indicação constante da Mensagem 88/18, em virtude da excepcionalidade do contexto atual da Casa.

Os Senadores que aprovam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)*

Aprovado.

Passamos à segunda parte da 32ª Reunião, parte deliberativa, leitura de relatório de indicação de autoridade...

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE) - Só uma pergunta. Depois, o pessoal vai poder...?

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Voltamos, voltamos. É que o Senador Roberto tem um compromisso e pediu para antecipar.

Leitura de relatório de indicação de autoridade.

2ª PARTE

EXTRAPAUTA

ITEM 1

MENSAGEM (SF) Nº 88, de 2018

- Não terminativo -

Submete à apreciação do Senado Federal, de conformidade com o art. 52, inciso III, alínea "f", da Constituição Federal, combinado com o art. 6º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, o nome do Sr. Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho, para exercer o cargo de Diretor da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na vaga decorrente do término do mandato da Srª Karla Santa Cruz Coelho.

Autoria: Presidência da República

Relatoria: Senador Roberto Muniz

Relatório: A Comissão dispõe dos elementos necessários para dispor sobre a deliberação.

Informo que, nos termos do art. 383, II, "c", do Regimento, os cidadãos poderão encaminhar informações sobre o indicado ou perguntas a ele dirigidas por meio do portal e-Cidadania, no endereço www.senado.leg.br/ecidadania, ou por meio do Alô Senado, no número 0800-612211.

Concedo a palavra ao Senador Roberto Muniz para proferir a leitura do seu relatório.

O SR. ROBERTO MUNIZ (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - BA. Como Relator.) - Muito obrigado, Presidente.

Submeto à apreciação dos membros do Senado Federal o nome do Sr. Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho para exercer o cargo de Diretor da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na vaga decorrente do término do mandato da Srª Karla Santa Cruz Coelho.

Anexados à mensagem, encontram-se o *curriculum vitae* e as declarações do indicado, além de cópias de documentos legais.

O *curriculum vitae* informa que o Sr. Paulo Roberto Filho é brasileiro, casado, é bacharel em direito, tendo-se graduado, em 2003, pelo Centro Universitário de Ensino de João Pessoa, no Estado da Paraíba.

O indicado declara ter atuado como advogado no escritório Nóbrega Farias & Trajano Advogados Associados entre os anos de 1999 e 2012, tendo iniciado suas atividades antes mesmo de concluída a graduação em direito. Entre os anos de 2003 e 2009, trabalhou como assessor jurídico da Fundação de Ação Comunitária. Nos anos de 2009 e 2010, ocupou o cargo de Procurador Geral do Município de Esperança, da Paraíba. Concomitantemente, no período de 2009 a 2011, o indicado foi assessor jurídico da Diretoria Comercial da Companhia de Águas da Paraíba (Cagepa).

A partir de 2012, o Sr. Paulo Roberto Rebello Filho passa a atuar exclusivamente no Poder Executivo Federal. Inicialmente, trabalhou no Ministério da Cidades. A partir de 2015, transferiu-se para o Ministério da Integração Nacional, para ocupar cargo semelhante de assessor especial do Ministro. No ano seguinte, passou a ocupar o atual cargo de Chefe de Gabinete do Ministro de Estado da Saúde.

Além da vida profissional, o *curriculum vitae* do indicado apresenta sua formação acadêmica, na qual se destacam - eu tive a oportunidade de destacar alguns cursos - os cursos de Capacitação em Gestão e Direito da Saúde (em andamento), de Licitações e Contratos Administrativos (2015), de Orçamento Público (2015) e de Governança Corporativa (2018), além da participação na 17ª Sessão do Comitê de Especialistas em Administração Pública da Organização das Nações Unidas.

A partir de 2013 até a presente data, o indicado atuou, na condição de conselheiro, junto a diversas entidades, como a CBTU, o Conselho Nacional de Trânsito, a Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba (Codevasf), o Conselho Nacional de Saúde, o Grupo Hospitalar Conceição, a Caixa Participações e a Caixa Seguridade.

Ressalte-se que, para enfatizar sua qualificação, o indicado incluiu carta em que manifesta sua convicção de que sua formação acadêmica e trajetória profissional o habilitam para o desempenho do cargo de Diretor da ANS.

Dessa forma, a documentação enviada cumpre o propósito de apresentar as atividades profissionais do indicado e atender ao disposto na alínea "a" do inciso I do art. 383 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF).

Em complementação ao *curriculum vitae*, as autoridades indicadas a cargos públicos e sujeitas à aprovação do Senado Federal - o que faremos, se V. Exª puder, amanhã -, na forma do art. 52, III, "f", da Constituição Federal, devem apresentar declaração sobre elementos a serem avaliados pelos Senadores, elencados nos cinco itens da alínea "b" do inciso I do art. 383 do RISF. Assim, a documentação enviada pelo indicado para atender a esses requisitos contém declarações, certidões e todos os documentos necessários.

Para atender ao item 1, ele envia declaração de que não possui parentes que exercem ou exerceram atividades, públicas ou privadas, vinculadas à sua atividade profissional.

Quanto ao item 2, por meio de outra declaração de sua autoria, ele informa que participou, como sócio, da empresa Vitrine Empreendimentos Ltda., dos anos de 2003 até 14 de junho de 2006.

Acerca da regularidade fiscal, nos âmbitos federal, estadual e municipal (item 3 do citado dispositivo do RISF), o indicado declara que não possui débitos nas três esferas: 1) cópia de Certidão Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, emitida pela Secretaria da Receita Federal em 30 de agosto de 2018; 2) cópia de Certidão Negativa de Débitos Estaduais, emitida pela Secretaria de Estado da Receita da Paraíba em 8 de agosto de 2018; 3) cópia de Certidão Negativa de Débitos de Tributos Municipais, emitida pela Secretaria da Receita Municipal de Cabedelo, da Paraíba; 4) cópia de Certidão Negativa de Débitos Tributários e Certidão de Dívida Ativa - Negativa, emitida pela Secretaria de Estado de Fazenda do Distrito Federal em 8 de agosto de 2018.

Em relação ao item 4 da alínea “b” do inciso I do art. 383 do RISF, ele declara que é réu nos autos da execução fiscal movida pela Fazenda Pública do Município de Cabedelo, em decorrência de débito de IPTU que já foi quitado.

Assim, tendo em vista a documentação enviada e considerando o histórico pessoal e profissional aqui resumido, entendemos dispor esta Comissão dos elementos necessários para deliberar sobre a indicação do Sr. Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho para exercer o cargo de Diretor da ANS, na vaga decorrente do término do mandato da Sr^a Karla Santa Cruz Coelho.

Esse é o meu parecer, Senadora Presidente. Se for possível, peço para colocar na pauta de amanhã da nossa Comissão.

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Obrigada, Senador.

Nos termos do art. 383, inciso II, alínea “b”, do Regimento Interno do Senado Federal, esta Presidência concede automaticamente vista coletiva aos membros da Comissão.

Consulto o Plenário, em atenção ao pedido do Relator, sobre a inclusão na pauta de amanhã da presente mensagem, para sua deliberação, arguição e votação.

Os Srs. Senadores que aprovam permaneçam com se encontram. *(Pausa.)*

Aprovada.

A matéria retornará à pauta da reunião de amanhã, para arguição do indicado e posterior votação em escrutínio secreto da indicação.

Agora continuamos a nossa pauta, que, temos que enfatizar, não foi interrompida, porque, senão, teríamos um problema burocrático. Vamos dar a palavra, então, aos presentes convidados.

Como às 16h começa o Plenário - geralmente não começa às 16h, mas sempre pode começar -, vamos tentar nos manter entre três e cinco minutos, para que todos possam fazer as suas considerações.

Com a palavra o Sr. Leandro, Presidente da ANS.

Inclusive - deixe-me já colocar -, cada um falará três, quatro, cinco minutos; se depois sobrar um tempo, não tendo começado, nós poderemos voltar para continuar a discussão.

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Obrigada, Senadora.

Preliminarmente, vou fazer só alguns esclarecimentos de algumas informações equivocadas que foram citadas.

Foi citado que 96% dos contratos são coletivos. Na verdade, 80% dos contratos são coletivos.

Foi citado que o TCU apontou falhas regulatórias. Na verdade, o TCU fez recomendações de aprimoramento à ANS, que estavam, inclusive, em linha com o que a própria ANS já se propunha a fazer em relação ao seu aprimoramento regulatório.

Uma coisa que acho que ficou clara aqui, Senadora, é que a gente precisa ter uma agência reguladora forte - não é? - e valorizada, exatamente para cumprir a sua missão institucional. Nós possuímos um quadro de servidores bastante dedicados; é diminuto, são cerca de 600 servidores para regular um mercado que atende 25% da população brasileira; então, é um corpo técnico bastante dedicado. E o fortalecimento da agência é importante exatamente para garantir que os direitos sejam preservados e que os serviços sejam oferecidos de forma adequada.

No que diz respeito a uma das sugestões que foi feita sobre consolidação da regulação para fins de comunicação ao beneficiário, permita-me discordar da sugestão, porque uma resolução usa uma técnica de redação legislativa que não é uma linguagem muito acessível ao consumidor de plano de saúde. Na verdade, a gente tem uma página na internet, dentro do nosso *website*, que é dedicada ao consumidor e procura traduzir, numa linguagem mais acessível, tudo o que é relevante para o consumidor de plano de saúde. A gente precisa, de fato, melhorar a nossa comunicação como órgão regulador no que diz respeito a tornar essa linguagem cada vez mais compreensível ao consumidor e ao usuário de plano de saúde. E acredito que, não através de uma consolidação de normativos, mas sim através de uma linguagem mais acessível e que não use os termos técnicos que uma resolução requer.

No que diz respeito, Senadora, aos itens que foram apontados aqui como sugestão, eu me permito sumariá-los, com a sua licença. No que diz respeito especificamente ao reajuste, a ANS já deseja aprimorar essa metodologia. Antes mesmo de qualquer outra manifestação, já era de interesse da própria ANS aprimorar a sua metodologia. A gente já tinha contratado estudos feitos sobre esse assunto e já tinha feito uma primeira discussão em câmara técnica.

(Soa a campanha.)

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Fizemos recentemente uma audiência pública para colher subsídios em relação ao tema, e a diretoria responsável deverá apresentar uma nova metodologia a ser aplicada no caso dos planos individuais. Isso não é um reconhecimento de que a metodologia atual é falha. Não! Isso é uma constatação de que, em um primeiro momento, aquela metodologia se mostrava adequada. Mas é possível aprimorá-la buscando exatamente transparência e previsibilidade. Ou seja, podemos dar esse salto qualitativo em termos regulatórios, e isso está no âmbito da nossa competência.

Uma segunda questão que foi colocada aqui, que é fundamental, é que os preços e os reajustes dos planos são consequência de um modelo assistencial. Então, a gente precisa mudar o modelo assistencial voltado para o paciente, para que a operadora não seja uma mera intermediadora financeira, para que ela faça gestão de saúde da sua população. Nesse sentido, Senadora, talvez possa ser pensado algum incentivo ao contratante de plano de saúde, para que ele valorize aquelas operadoras que entreguem melhor resultado em saúde.

E aí, nesse sentido, o terceiro aspecto que pode ser endereçado é em relação à transparência.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Mas por quê? Ele não vai saber?

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Exatamente. Através da transparência, tanto em termos de resultado em saúde dos serviços quanto de uma transparência da própria operadora para os contratantes em relação à sua estrutura de custos, o contratante de plano de saúde vai estar mais engajado nesse processo e podendo discutir de uma forma mais adequada exatamente o que ele quer, qual é o modelo assistencial que ele quer, um modelo que olhe mais para resultado em saúde, que coloque o paciente no centro do sistema, porque isso importa para ele.

Outra proposta que foi colocada - a quarta proposta que foi colocada aqui - em relação a registro eletrônico de saúde é uma ação, eu diria, fundamental e com efeito de curto prazo. Se todos nós pudermos acessar os nossos dados de médicos no nosso celular de uma forma fácil, e darmos esse acesso ao médico com toda a proteção de dados necessária - não é uma tecnologia de *rocket science* -, isso não é difícil de se implementar, tecnicamente falando. A dificuldade é de coordenação dos interesses. E nesse sentido é que preciso haver um olhar mais macro, e o que a agência faz é acompanhar o Ministério da Saúde em relação à política do registro eletrônico de saúde.

Outro item que foi colocado aqui, pensando na sustentabilidade do setor, é a ideia da poupança saúde, que talvez possa ser um tema também do Legislativo.

E, por fim, um ponto que foi muito bem colocado aqui pelo Senador Humberto: todos nós, como cidadãos, queremos um Sistema Único de Saúde melhor. Não existe melhor regulador para o setor privado do que um Sistema Único de Saúde público melhor. Se a gente tiver um Sistema Único de Saúde melhor, a gente vai ter um sistema privado ainda melhor. Então, acho que todos nós gostaríamos, sim, muito de ter um sistema público melhor, e de que isso seja um fator também indutor de melhora da qualidade e da prestação de serviços no setor privado de saúde.

Nesse sentido, sobre a integração público-privada, há interesse total da ANS também nesta discussão sobre como a gente consegue otimizar os recursos que nós temos num País tão carente de recursos para exatamente entregar melhor resultado de saúde para a população, seja no âmbito público, seja no âmbito privado.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Obrigada, Diretor-Presidente da ANS, Leandro Fonseca da Silva.

Com a palavra, Ana Lúcia Vasconcelos, Secretária Nacional de Relações de Consumo, da Secretaria Nacional do Consumidor, do Ministério da Justiça.

A SRª ANA LÚCIA KENICKEL VASCONCELOS - Boa tarde, gente.

Retomando o assunto, a gente ouviu cada setor, cada colega aqui representando o seu setor, e o que ocorre é que a Senacon se preocupa mesmo é com o consumidor. E, dentro dessa visão, qualquer ação que for proposta e, além de proposta, concretizada a favor do consumidor terá o nosso apoio. Então, eu até gostaria de solicitar para a Senadora - eu não sei se é isto - um projeto de lei que unificasse os atendimentos tanto do sistema público quanto do sistema privado no Brasil, porque eu acho que vai ser uma economia de saúde e de dinheiro imensa. Podemos pensar nisto - não é, Senadora? -:

num projeto grandioso de unificação de prontuários, para que o brasileiro tenha acesso a sua ficha, para que não haja três, quatro, cinco diagnósticos diferentes, com vários exames que, como foi citado aqui, até prejudicam a sua saúde. Eu acredito que existam alguns médicos que não sejam tão éticos assim e possam mesmo pedir exames desnecessários. Quero crer que não. Mas a gente precisa de soluções.

A solução tem que necessariamente passar pela ANS. As principais mudanças, eles que têm que fazer essa colocação para o mercado, para as operadoras, pois eles que são os coordenadores. Como a Senacon coordena a defesa do consumidor no Brasil, a ANS tem essa missão. Eles têm que fazer com o olhar para o consumidor também, não só para as operadoras, não só para o segmento empresarial.

E vamos construir mais condições de solução, que a gente viu pouco aqui. Foram muitos discursos, muitos números. A impressão que se tem é de que as operadoras estão todas quebradas; de que o consumidor é o culpado de tudo, porque utiliza muito o sistema de saúde. E, nossa, gente, temos que fazer alguma coisa pelas operadoras também, porque a gente está para dar harmonia ao mercado de consumo. Mas vamos conversar todos juntos, vamos ver o que conseguimos de concreto.

As ideias foram colocadas e contamos com o apoio da Senadora e da ANS também, como agência reguladora.

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

Com a palavra, Igor Rodrigues Britto, advogado do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec).

O SR. IGOR RODRIGUES BRITTO - Senadora Marta, Senador Humberto, algumas questões a gente vem ouvindo há bastante tempo e, como eu disse para a senhora, eu acho que já é passado o momento de a gente virar uma chave e dar um mergulho um pouco mais profundo nas discussões dos problemas.

Há muitos anos, a gente vem ouvindo do setor, das operadoras a sua insatisfação, a sua indignação com o uso excessivo dos pacientes em procedimentos. Na perspectiva de nós que somos consumidores e trabalhamos com isso, nós visualizamos isso de uma forma aparentemente até constrangedora para as operadoras, porque, veja só, Senadora, na perspectiva do usuário, do consumidor, do paciente, o credenciado é a operadora. Ele procura profissionais que estão na lista apresentada e publicitada em suas propagandas pelas operadoras. Inclusive, a razão de escolha - e nós recomendamos aos consumidores - das operadoras é a rede credenciada. Se a rede credenciada provoca esse tipo de postura... É vergonhoso para operadoras, por exemplo - eu fico imaginando -, como grandes operadoras que são - pertencem a grupos, a bancos, a grandes instituições financeiras -, não terem a mínima competência de fazer um *due diligence*, de avaliar e evitar esse tipo de coisa.

Por óbvio, não há nenhum consumidor que entre em uma sala de ressonância magnética e aperte o botão para fazer duas, três, quatro ressonâncias magnéticas sozinho. Não há ninguém que se submeta de forma autônoma a cirurgias; são médicos, são profissionais. A pessoa está sentindo dor. A mãe, o pai que leva o seu filho; o filho que leva o seu pai, a sua mãe, sentindo dor, a um atendimento médico, ele os submete a qualquer tipo de exame, a qualquer cirurgia, a qualquer tipo de tratamento que é indicado por aquele profissional da medicina que é credenciado por essa operadora, que ele contratou exatamente em razão disso.

Então, transferir esse custo excessivo do gasto para os consumidores... É hora de a gente eliminar esse tipo de discurso - é a nossa visão - e realmente mergulhar em quais são os problemas, porque esse não pode ser o problema. Isso ou é incompetência da operadora ou é má-fé do profissional credenciado e contratado pela operadora - ou seja, eles têm contrato em razão disso - ou também...

(Soa a campainha.)

O SR. IGOR RODRIGUES BRITTO - ... é, de novo, uma cegueira da agência reguladora, que enxerga isso com naturalidade. E a corda via estourar para cima do consumidor que está fazendo muita ressonância magnética, está fazendo muita cirurgia.

Soluções: nós vemos muitas soluções paliativas vindo, não só às vezes sugeridas pelo setor produtivo, mas também pelo Governo, como planos de saúde que são capengas, pernetas, porque são pela metade, serviços que são menores... Olhem só: se a incorporação, Senadora, de novos procedimentos não pode ser feita, então não há razão para existir esse tipo de mercado, não é verdade? Se a incorporação de novos procedimentos é um problema, então nós não estamos falando de saúde. Que saúde é essa que tem que ficar ultrapassada? É óbvio, faz parte do negócio, da atividade. Quem não quer brincar não desce para o *playground*; quem não quer se molhar não vai para a chuva. Esse é o negócio. Faz parte da atividade modernizar. Toda empresa busca modernização, então ela não pode ser contrária a oferecer o que há de melhor para o seu cliente. Isso não pode ser problema. Isso não é problema, na verdade, na perspectiva dos consumidores. Isso é a razão de ser do negócio.

O consumidor vai realmente procurar um profissional de saúde, o primeiro que ele achar na lista. Às vezes, como o Senador Humberto Costa brilhantemente disse, essas soluções podem aparentar ser paliativas, como a necessidade de haver um filtro em que o consumidor primeiro busque um determinado profissional de saúde. O consumidor que está sentindo dor, o paciente - a mulher, o homem, a criança, o idoso - que está sentindo dor procura realmente o primeiro que vai atender. Se ele tiver que procurar algum profissional dentro de uma porta de entrada para daqui a seis meses conseguir uma consulta, necessariamente ele vai para o primeiro que apresentar ali uma agenda disponível para isso.

E, se isso gera muitos custos, de novo, Senador, onde estão os dados sobre isso? Há muitos anos a gente ouve que isso é impacto, mas onde estão os dados sobre isso? A agência reguladora tem que dar um jeito de saber onde estão essas informações, torná-las públicas, e, aí sim, todos, de forma participativa e colaborativa, apontamos as falhas e buscamos as soluções. Na nossa visão leiga, de quem acompanha a regulação, essa é a forma de normatizar, essa é a forma de regular as situações.

Por fim, eu queria só terminar, Senadora. Desculpa por tomar bastante tempo, mas é muito precioso esse espaço. Nós estamos numa semana única, na única semana em que nós podemos ter...

(Soa a campanha.)

O SR. IGOR RODRIGUES BRITTO - ... participação social aqui no Senado. Então, eu queria gastar o máximo de tempo, mas prometo que já termino.

Sobre essa consolidação das normas, o Diretor Leandro comentou agora, a partir da sugestão do Dr. José Cláudio, que é sempre muito importante, de que a norma, a regulação seja mais facilitada. Por um lado, a complexidade da norma não pode ser causa da desobediência. As empresas também reclamam e têm uma grande quantidade de normas sobre pagamento de impostos, mas isso não significa que elas vão deixar de pagar impostos em razão disso. É claro que é preciso haver uma consolidação, não para ajudar o cumpridor da lei, porque existe o princípio básico de que a ninguém é dado o direito de desobedecer a lei porque a desconhece, mas para facilitar o conhecimento pelo consumidor. A norma tem que ser simplificada sim; a linguagem não precisa ser técnica.

Bill Clinton, há muitos anos, estabeleceu norma para que toda a regulação americana fosse simplificada. Existe uma política pública, nos Estados Unidos, na Índia, no Japão, em que a regulação tem que ser...

(Soa a campanha.)

O SR. IGOR RODRIGUES BRITTO - ... de linguagem simplificada para o público ascender. Indianos, orientais, europeus vão para os Estados Unidos aprender isso. Então, acho que os reguladores no Brasil precisam saber isso também. Eu só queria concluir, Senadora. Vou terminar.

Amanhã, eu imagino, pelo que entendi - não podia deixar de manifestar isso -, as sabatinas dos diretores de agências reguladoras serão para nós da defesa do consumidor um momento precioso. E a senhora sabe que, nas últimas sessões, audiências e sabatinas, nós tentamos contribuir mandando manifestação, e a senhora, de forma bastante democrática e receptiva, como sempre, acolheu as nossas perguntas. Eu queria solicitar, então, ao Senador Humberto Costa e à Senadora Marta que nos deem oportunidade de amanhã também elaborar nossas análises, fazer perguntas sobre a perspectiva dos consumidores para o indicado à diretoria da agência reguladora.

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

Vamos agora à participação da Unidas, José Luiz Toro da Silva.

O SR. JOSÉ LUIZ TORO DA SILVA - Obrigado, Senadora Marta Suplicy.

Saúdo o Senador Humberto Costa.

Este debate e a iniciativa são muitos ricos, principalmente para nós tirarmos soluções, tirarmos propostas.

No livro do Mauricio Ceschin com o Drauzio Varella, *A Saúde dos Planos de Saúde*, num momento, o Drauzio Varella pergunta quem está contente com essa regulação. O consumidor não está contente, o prestador não está contente, o órgão regulador não está contente. Quem é, portanto, que está? O prestador de serviço não está contente. Ora, se nós temos essa insatisfação tão generalizada, eu volto à sugestão do Senador Humberto Costa: eu acho que nós precisamos rever o marco legal. Eu acho que essa forma, como foi adotada, foi importante num determinado momento, mas hoje nós precisamos também trazer para essa regulação os prestadores de serviço. Nós não podemos regular só uma parte do setor e a outra parte não ter regulação alguma ou uma regulação que vai ser quase por indução. Então, nós precisamos fazer um debate maior trazendo também os prestadores de serviço para essa regulação, e que a agência tenha poderes não só do lado das operadoras, mas também dessa agência ou de outra maneira que a lei estabelecer.

É importante, mais uma vez, ressaltar a necessidade de um tratamento diferenciado para as autogestões, tanto na questão da própria lei, de o próprio art. 8º, §1º, da lei ser aperfeiçoado, como também na própria regulação exercida pela agência, porque nós temos uma lei moldura que delega à agência o preenchimento de alguns conceitos, e nós entendemos - particularmente na gestão, e é uma discussão que temos levado dentro da agência e temos já logrado êxito em algumas questões - que precisamos avançar, porque entendemos que há uma limitação indevida nas autogestões, principalmente quando acaba restringindo-se a determinada categoria profissional, como, por exemplo, no que concerne ao art. 2º, inciso III, da resolução que trata das autogestões.

Nós entendemos que as autogestões podem ser a solução. As autogestões têm que ser incentivadas. Nós vemos hoje, inclusive, que lá fora empresas estão optando por um modelo de autogestão. Então, nós entendemos que deve, sim, a legislação estimular e induzir comportamentos para que os trabalhadores e os servidores públicos...

(Soa a campanha.)

O SR. JOSÉ LUIZ TORO DA SILVA - ... possam ter, portanto, esses serviços através de autogestão - autogestão, inclusive, em que eles participem da administração de forma direta e indireta para fazer a gestão do seu plano de saúde.

Então, em face dessas especificidades, da ausência de finalidade lucrativa, do fato da transparência, nós entendemos que esse modelo deve ser, portanto, estimulado. E o que nós vemos, infelizmente - e volto à questão da Resolução nº 23 da CGPAR -, é que, ao invés de estimular, acaba desestimulando, acaba justamente levando para o mercado, inclusive, os próprios servidores públicos.

Nós entendemos que há necessidade de a legislação ser mais clara com referência a isso. Nós entendemos que há possibilidade de a regulação caminhar, avançar um pouco mais nesse incentivo que está preconizado na própria Constituição Federal, que é o direito de associação.

Muito obrigado.

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

Com a palavra agora a Fenasaude, o Diretor Executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar.

O SR. JOSÉ CECHIN - Senadora Marta, elogio o seu esforço de buscarmos soluções frente aos inúmeros problemas aqui relatados. Vou dizer que as operadoras estão adotando ações, em linha com o que o Senador Humberto Costa disse - que cabe às próprias operadoras tomar várias ações -, e cito algumas delas.

Considerarem-se, por exemplo, promotoras de saúde, gestoras de saúde. Não era assim no passado; hoje é assim.

Investir na atenção primária. As operadoras estão investindo bastante em atenção primária. As operadoras estão recomendando que se permitam planos em que haja ou um médico ou uma equipe médica de atenção primária que seja o cuidador e o integrador dos cuidados médicos da pessoa. Que ela indique o caminho no labirinto e o escritório final aonde o paciente deve chegar quando tem um sintoma, um problema, um mal-estar qualquer. O médico seu, conselheiro de família, conhece o labirinto, sabe a qual dos destinos finais ele deve chegar.

As operadoras estão investindo nessa linha. Tudo isso, sempre imaginando, no fim das contas, que se está agindo em cima dos formadores dos custos para que eles cresçam menos e as pessoas tenham mais condições de ter e manter seus planos. Entre essas ações, está a negociação direta com fabricantes para reduzir preço de materiais que são extraordinariamente caros - não preciso nem dizer do investimento em prontuário eletrônico - e também as mudanças na forma de pagamento. O Leandro citou aqui há pouco que uma operadora, numa audiência pública, num seminário público, há tempos disse: "Tive como meta mudar 15% das formas de pagamento no ano passado. Atingi! Tenho como meta 30% neste ano. E vou ter mais metas, maiores ainda, para o ano que vem." É um item importante para ter racionalidade no sistema.

Todas essas medidas, como bem apontou o Senador Humberto Costa, estão na alçada das operadoras.

(Soa a campanha.)

O SR. JOSÉ CECHIN - Há agora, assim, uma questão de assimetria regulatória entre, de um lado, as operadoras reguladas e, do outro lado, o restante da cadeia de saúde, que não é regulado na mesma intensidade. Trata-se, portanto, de regular, por exemplo, a instalação de equipamentos, como parece ter intuído o Senador Humberto Costa, já que na Paulista há tantos de determinado tipo. Precisaria haver uma regra para isso. Seria razoável uma regra desse tipo. Deveria haver regra para preços de órteses e próteses, que são muito caras.

De toda forma, a gente já tem proposta que foi encaminhada no sentido de que, sim, se faça uma ação legislativa, uma lei obrigando especialmente os hospitais a publicarem dados de resultados clínicos. Essa é uma ação que cabe a esta Casa. E há uma outra que cabe ao Congresso Nacional, produto...

(Soa a campainha.)

O SR. JOSÉ CECHIN - ... da CPI das OPMEs, de três ou quatro anos atrás: um projeto de lei que criminaliza o pagamento e o recebimento de comissões, que tinham algo, na verdade, de escandaloso no meio do caminho. Está nesta Casa legislativa especificamente atuar nessas duas linhas.

As operadoras ainda investem muito na detecção de fraudes. Como disse aqui, há consultas em excesso. Não estamos culpando quem está fazendo; estamos constatando. E, se não constatarmos e não tivermos a informação, não teremos soluções. As operadoras devem fazer isso? Elas tentam fazer, mas, assim como disse o Senador Humberto Costa que o Conitec tem dificuldades, o médico assistente da pessoa acha muito estranho que a equipe médica da operadora...

(Soa a campainha.)

O SR. JOSÉ CECHIN - ... pergunte a ele: "Por que você está recomendando esse procedimento?"

Por isso que eu disse: nós temos que ter um alinhamento completo, que começa com as pessoas, suas atitudes e comportamentos, com os profissionais, inclusive na sua formação, com os hospitais, com as operadoras, com a indústria; o segmento como um todo, para acharmos essa solução inovadora, revolucionária na área de saúde. É isso que a gente pensa e imagina.

Muito obrigado.

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

Agora, com a palavra José Cláudio Ribeiro Oliveira, da CNU.

O SR. JOSÉ CLÁUDIO RIBEIRO OLIVEIRA - Cumprimento todos os colegas que me antecederam e, mais uma vez, a nossa Presidente e o Senador Humberto Costa.

Eu queria dizer que realmente esse é um segmento de suma importância para a sociedade. O segmento de saúde suplementar, hoje, atende aproximadamente 50 milhões de beneficiários no Brasil, e ele desafia o Sistema Único de Saúde, então nós temos que ter um cuidado especial com o segmento da saúde suplementar.

Nós temos uma agência reguladora que, sem dúvida nenhuma, é quem tem mais informações, hoje, do nosso segmento, da saúde suplementar, e tem técnicos de primeira linha. Hoje, depois de 20 anos de regulamentação dos planos de saúde, a ANS tem técnicos capacitados que conhecem profundamente esse segmento, diversamente de quando ela foi criada. Hoje eu digo isso porque conheço os técnicos da ANS, que são técnicos dedicados e que conhecem esse segmento. E hoje eu me dou o direito exatamente de cobrar por isso, porque os técnicos conhecem e têm as informações.

Quando eu mostrei aqui as informações do Sistema Unimed, essas são informações que estão lá na ANS, em relação aos nossos custos assistenciais. Quando eu falo, aqui, por exemplo, das normas, esses técnicos também as conhecem. Eles sabem que, quando o juiz vai decidir uma questão da saúde suplementar, ele tem que ter ali na sua frente a Lei 9.656; ele tem que ter na sua frente a Lei 9.961; ele tem que ter na sua frente, dependendo do caso, o Estatuto do Idoso; ele tem que ter na sua frente o Código de Defesa do Consumidor; ele tem que ter...

(Soa a campainha.)

O SR. JOSÉ CLÁUDIO RIBEIRO OLIVEIRA - ... na sua frente o Código Civil no que pertine às relações contratuais e tudo mais. Além de conhecer tudo isso, ele tem que descer para as resoluções.

Então, o Dr. Leandro que me desculpe, mas achar que é uma técnica esse fatiamento, vamos dizer assim, da regulamentação... Pode até ser, mas não está funcionando. Por que não está funcionando? Porque o STJ demorou 20 anos para consolidar uma jurisprudência em relação aos inativos. Certo? Julgou na semana retrasada, depois de 20 anos para consolidar. E demorou 18 para consolidar a questão do reajuste por faixa etária, que ainda não se consolidou porque está lá no Supremo. Então, não está funcionando, porque, na hora em que desce para o segundo plano, há 23 resoluções do Consu, há 433 RNs, há 29 súmulas normativas e há mais...

(Soa a campainha.)

O SR. JOSÉ CLÁUDIO RIBEIRO OLIVEIRA - ... uma centena de instruções normativas de cada uma das diretorias da ANS.

Então, se a gente não facilitar a vida dos operadores... E, quando eu digo operadores, não é só o beneficiário, não; é o juiz que julga uma demanda, é o advogado que, eventualmente, vai intentar uma demanda, são os órgãos de defesa do consumidor, o Senacom, enfim, todos os operadores deste segmento.

O que se vai prejudicar ao se facilitar a vida dos operadores desse segmento? Só isso que eu coloco.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Quero agradecer a todos os palestrantes, os debatedores. Não poderia deixar de ler uma questão, última, para o Presidente da ANS, da mesma pessoa que, no e-Cidadania, se manifestou duas vezes.

Primeiro, ele gostaria de saber "o que pensa o Diretor-Presidente da ANS sobre a proposta das entidades de defesa do consumidor de a ANS também regular o reajuste dos planos coletivos". É uma grande questão, principalmente porque o reajuste dos planos coletivos ajuda a determinar o reajuste dos planos individuais. A questão dele está muito bem colocada.

E a mesma pessoa, uma hora depois - ela está nos acompanhando, chama-se Son Marinho, do Rio de Janeiro -, diz que concorda "com a Srª Ana Lúcia [...] da Secretaria Nacional de Consumo, [que] os planos coletivos são a maioria, e a ANS deveria regular o reajuste deles também".

Eu ia fazer uma pergunta nessa direção, mas o tempo está já muito curto. Eu tinha trazido até um gráfico para que pudessemos entender. Vou ver se conseguem mostrar esse gráfico, mas está muito clarinho, não dá. O gráfico é de 2000 a 2018. O número de beneficiários de planos de assistência médica, por tipo de contratação do plano, no Brasil foi: de 6,5% para 31,5% nos planos coletivos de empresas - isto é o que essa pessoa do Rio de Janeiro, o Son Marinho, quer saber, ou seja, por que não existe um controle sobre isso - e, nos planos individuais, de 5% para 9%. Então, realmente são muito fortes esses dados. E por que não são controlados esses reajustes? É a pergunta.

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Obrigado, Senadora, pela oportunidade de falar sobre o tema.

Desde o início da regulação, desde o ano 2000, a população com plano de saúde aumentou em 54%. Nesse mesmo período, a população brasileira aumentou em torno de 18%, ou seja, houve um crescimento bastante significativo da cobertura de planos de saúde no Brasil, ao longo desses anos.

Essencialmente, esse crescimento se deveu exatamente à dinâmica do mercado de trabalho. Com o crescimento da economia, com o desenvolvimento do País, com o mercado de trabalho se desenvolvendo, a formalização sendo ampliada, o próprio contratante de plano de saúde entendeu ser um benefício importante a ser dado aos seus colaboradores o plano de saúde, exatamente para manter a sua população saudável, ativa e produtiva, reduzindo o absenteísmo e o presenteísmo.

(Soa a campanha.)

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Portanto, o crescimento da base de planos coletivos, ao longo desses anos, refletiu exatamente a dinâmica da economia brasileira, que se mostrou bastante acelerada durante alguns anos. Nos dois últimos anos, de fato, houve a crise econômica, que afetou essencialmente esse segmento, com uma redução expressiva: em torno de 3 milhões de beneficiários se reduziram.

No que diz respeito ao reajuste atualmente calculado, ele é baseado em uma metodologia internacional, academicamente reconhecida, chamada Yardstick Regulation, em que se busca transferir a capacidade de negociação que existe em um determinado mercado para outro que não tenha essa capacidade de negociação. Por isso o cálculo do reajuste individual é baseado no reajuste que ocorre no mundo coletivo, porque ele tem mais capacidade de negociação. Essa metodologia se mostrou bastante útil, especialmente no início da regulação. A gente tem feito discussões sobre o aprimoramento dessa metodologia, na verdade, muito mais no intuito de dar mais transparência e previsibilidade, de forma que possa ser melhor compreendido pela sociedade o porquê daquela variação.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Eu gostaria de fazer uma pergunta - desculpe interrompê-lo. Se eles têm, no coletivo, mais possibilidade de negociação, por que eles conseguem subir muito mais do que o individual? Deveria ser o contrário.

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Então, o resultado da média dos coletivos...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - A operadora é que tem mais peso.

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - O resultado da conta do coletivo, da medida de tendência central é que determina o individual.

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

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Então, os 10% que foram aplicados, por exemplo, este ano, são o resultado da tendência central do reajuste de todos os coletivos. Então, alguns coletivos foram mais do que 10%, outros foram menos do que 10%, e a tendência central apontou para 10%. Existe um conjunto...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Não chegou a 300%, ou o dado está equivocado?

(Soa a campainha.)

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Nenhum chegou a isso?

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Não, não. Muitas vezes se confunde também reajuste de faixa etária com reajuste de plano. Então, às vezes, o reajuste de faixa etária está junto, está no mesmo momento do reajuste anual do plano de saúde. Então, muitas vezes pode estar havendo uma confusão sobre reajuste de faixa etária com o reajuste anual do plano de saúde.

No que diz respeito aos planos coletivos, há uma regulação sobre os planos coletivos pequenos, de até 30 vidas, exatamente porque esses têm um poder de negociação menor com a operadora de plano de saúde. E por que 30 vidas? Porque acima de 30 vidas, o contratante pode migrar de operadora sem a necessidade de cumprir carência novamente. Então, se está insatisfeita com um reajuste que foi dado por uma operadora, a pessoa migra para outra, e não vai precisar cumprir carência se tiver acima de 30 vidas.

(Soa a campainha.)

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - A lógica da regulação procurou também preservar esse coletivo com menor poder de negociação na sua relação com a operadora de plano de saúde.

Espero ter respondido a questão do plano coletivo.

Um último comentário apenas, sobre informações. O *site* da agência eu recomendo que seja visitado. Há muitas informações ali, no *site*. Dados financeiros das operadoras estão disponíveis, dados de avaliações que a ANS faz sobre operadoras estão disponíveis, vários dados sobre níveis de reclamação, sobre ressarcimento ao SUS; há muita informação disponível.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Eu tenho mais uma questão para o senhor também. De acordo com a reportagem do jornal *Folha de S.Paulo*, de 2014, relatórios técnicos do Ministério da Fazenda apontam que a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) tem metodologia falha para definir o reajuste de planos de saúde individuais e familiares. O documento de 2018 diz que há erros conceituais no cálculo dos aumentos e que é permitido às operadoras repassar ao consumidor o custo de falhas de eficiência.

Pelo que eu entendi, que foi colocado aqui, as próprias operadoras reclamam da sua dificuldade em ter eficiência, mas quem está pagando o custo da falta de eficiência são os consumidores. E, além dessa avaliação do Ministério da Fazenda, também o TCU, em seu relatório, destaca que a agência não realizou verificações *in loco* para aferir a fidedignidade das informações econômico-financeiras que lhes são comunicadas pelas operadoras, inclusive quando encontrados indícios de inconsistências nessas informações.

Em seu voto, o Ministro Benjamin Zymler reconhece que não cabe avaliar, entre aspas, "a veracidade da premissa [...] de que pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos tenham na prática paridade de forças nas negociações de reajustes com as operadoras", pois "é precisamente o reconhecimento da existência de assimetrias e falhas na dinâmica do mercado que justifica a criação e a atuação dos órgãos reguladores".

Assim sendo, a pergunta para o Diretor da ANS é se a agência tem falhado em monitorar estratégias, implementar mecanismos de correção no mercado. Se falhou, qual é a melhor forma de fazê-lo? E, se o está fazendo, como está indo?

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Sobre os reajustes de planos coletivos, eles são monitorados pela agência. Quando há algum *outlier*, um reajuste muito alto, a operadora é chamada a se explicar.

A recomendação que o TCU fez foi no sentido de que fosse feita uma visita técnica *in loco* para verificação da fidedignidade dessas informações que são prestadas quando desse monitoramento. Foi uma recomendação do TCU. A agência também já tinha intenção de fazer visitas técnicas mais detidamente em operadoras. Somos, de novo, uma agência não muito grande. Então, precisamos usar o nosso sistema de informação...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Então, não começaram.

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - A gente vai fazer... O TCU nos deu 180 dias para apresentar um plano de trabalho exatamente para a volta...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Lembra do museu, hein?

(Soa a campanha.)

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - ... para um plano de ação exatamente para os pontos que eles colocaram como recomendação. E a gente vai retomar essas visitas técnicas.

No que diz respeito...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Também o Ministério da Fazenda dizia que a metodologia é falha para definir o reajuste de planos de saúde individual e de familiares e que há erros conceituais no cálculo dos aumentos, o que, então, permite às operadoras repassar ao consumidor o custo de suas falhas.

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - O Ministério da Fazenda, por força da lei, é sempre ouvido. O que a lei coloca é: a ANS estabelece o reajuste, ouvido o Ministério da Fazenda. Então, todo ano, a ANS encaminha para o Ministério da Fazenda a sua nota técnica sobre o assunto.

Neste ano, o Ministério da Fazenda devolveu a sua nota com alguns apontamentos do que ele considerava como a melhor técnica possível para o caso. Todavia, a nossa área técnica discordou. Inclusive, os apontamentos que foram feitos pelo Ministério da Fazenda foram simulados e dariam um percentual de reajuste maior do que os 10% que a ANS anunciou. Então, a nossa área técnica discordou, e os diretores acompanharam o posicionamento da nossa área técnica.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Está respondida essa questão.

A última. O brasileiro vai ao mercado para contratar planos de saúde e se depara com a seguinte realidade: os preços iniciais dos planos de saúde coletivos geralmente são mais baratos que os individuais e familiares, porém, no momento dos reajustes, enquanto os planos individuais e familiares são regulados e limitados pela ANS, apesar das críticas ao atual modelo de reajuste, os ajustes dos planos coletivos não são regulados pela agência e geralmente são maiores do que os impostos aos contratos individuais. No entanto, se a opção do consumidor é pelo plano individual, é quase impossível encontrar algum corretor ou agência de seguros que comercializasse o contrato individual.

Isso era o que eu estava mostrando, que está subindo exponencialmente o número de pessoas que vão para o coletivo. Acho que o senhor deu uma certa explicação. As pessoas querem mais planos, elas entraram em planos e, depois, não conseguem mais bancar os planos devido à situação econômica. Mas é uma pergunta simples: por que esse plano coletivo se tornou o queridinho?

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Bem, ainda existe um conjunto importante de operadoras que vendem planos individuais, mas não dá para negar que existe também um conjunto importante de operadoras que não vendem, e não vendem desde muito tempo atrás. Elas pararam de comercializar plano individual há mais de 15 anos.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Por quê?

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Por uma decisão delas. Há representantes aqui das operadoras de planos de saúde que podem falar, inclusive, sobre esse tema.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Se alguém depois quiser comentar isso porque...

O SR. LEANDRO FONSECA DA SILVA - Como reguladores, nós gostaríamos, sim, que todo tipo de contratação estivesse, de fato, disponível e acessível à população. Nós não temos nenhuma preferência por determinado tipo de contratação.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Pois é, mas fica uma indagação um pouco delicada. Se o individual é controlado e o coletivo não é controlado e aumenta exponencialmente, fica uma pergunta: por que as operadoras não querem mais ter o individual e vão para o coletivo?

Algum dos operadores pode responder isso?

A defesa do consumidor do Ministério da Justiça quer responder! Pois não!

A SRª ANA LÚCIA KENICKEL VASCONCELOS - O que acontece? O coletivo não tem nenhuma regulação, então ele é de livre negociação para a operadora e só depende de uma reunião entre eles para definir-se o reajuste que fazem, sabe-se lá com quais dados, porque é aquela transparência que a gente não tem. E eles podem ser rescindidos unilateralmente, a qualquer tempo...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Então, ele é mais interessante?

A SRª ANA LÚCIA KENICKEL VASCONCELOS - Para a operadora é muito mais. O individual...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Ele também quer dar...

O SR. JOSÉ CLÁUDIO RIBEIRO OLIVEIRA - Vou fazer só uma observação.

Na verdade, no Sistema Unimed, nós continuamos comercializando planos individuais, a grande maioria dos Unimeds continua comercializando planos individuais, tanto que, do que existe hoje de planos individuais dentro da saúde suplementar, praticamente 50% são de cooperativas do Sistema Unimed.

Eu só vou discordar um pouquinho porque, na verdade, não é que o plano coletivo não seja regulamentado. O plano coletivo é regulamentado, sim! Ele é regulado, sim! Para você comercializar um plano coletivo, você tem que fazer uma nota técnica, você tem que registrar o produto na ANS... Há, vamos dizer, uma série de regramentos idênticos aos de um plano individual. O que você não tem é um reajuste regulado pela ANS. Se o plano tem mais de...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Não há teto.

O SR. JOSÉ CLÁUDIO RIBEIRO OLIVEIRA - ... 30 vidas, você negocia diretamente com a empresa contratante.

Na questão da rescisão também. Por quê? Porque, na verdade, nesses planos coletivos, geralmente não há carência, então a empresa sai de uma operadora e consegue imediatamente ir para outra operadora sem o cumprimento de novos prazos de carência. Por isso que há também a rescisão imotivada. Isso daí está lá na lei, quer dizer, foi uma opção do legislador quando editou a Lei 9.656.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Alguém mais quer complementar?

O SR. JOSÉ CECHIN - Eu acrescentaria... Eu achei que o José Cláudio ia falar sobre aquele gráfico que ele apresentou aí, da linha do reajuste e da linha da evolução dos custos do Sistema Unimed. Por anos a fio, o reajuste não recompôs a variação dos custos. Isso é um fenômeno que tem acontecido, nas nossas associadas, nas suas carteiras de planos individuais.

Imagine, Senadora, uma pessoa que tenha comprado um plano em 1985. Está vivendo; carrega até hoje. Tinha-se a ideia do que seria a tecnologia médica 20 anos depois? De quais seriam os riscos na sociedade? No entanto, essa operadora carrega esses planos antigos com os reajustes que foram definidos pela ANS, desde o momento em que passou a ter controle de reajuste, e há uma discrepância grande entre o custo que ela carrega e o que ela recebe de receita.

A gente nota isso por um indicador que se chama sinistralidade. As pessoas tendem a associar isso com o número de eventos. Não; é uma razão econômica a sinistralidade: é a razão entre o que se gasta com assistência médica sobre as receitas das mensalidades. Algo razoável deveria estar na faixa aí de 80%, 85%. Nos planos individuais, isso vai a 95%, 100% e, em algumas vezes, a mais de 100%. Ou seja, traduzindo em outras palavras, as operadoras, nessa situação, estão operando no prejuízo. Essa é a explicação.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Isso se ressarce no coletivo?

O SR. JOSÉ CECHIN - Não acredito que os pagadores dos coletivos gostariam de ouvir uma resposta afirmativa em relação a essa pergunta, Senadora. *(Risos.)*

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Eu sei que não, mas que isso fica tudo meio mal explicado fica um pouco.

O SR. JOSÉ LUIZ TORO DA SILVA - Só para ficar claro, Senadora...

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - O senhor é negativo também na autogestão?

O SR. JOSÉ LUIZ TORO DA SILVA - É só para deixar claro que as autogestões não podem disponibilizar planos individuais familiares, porque são grupos fechados. Então, não se aplica essa realidade para nós, e nós temos os maiores índices de perpetuidade dentro do plano de saúde, porque são os próprios trabalhadores, os próprios servidores que participam da administração do plano.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Também têm prejuízo?

O SR. JOSÉ LUIZ TORO DA SILVA - Têm. Há situações, até tendo em vista a alta sinistralidade, o fato de ser o setor que tem o maior percentual de idosos... Muitas vezes, temos problemas, por exemplo, de patrocínio, como hoje se discute o custeio, em nível federal, da Assejepar. Então, existem situações desse tipo.

Todavia é uma outra realidade, porque são planos de autogestão.

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP) - Bem, eu agradeço, agora definitivamente, a todos.

Acho que ficaram bastantes sugestões importantes. Nós vamos agora analisar. Acho que dá para propor algumas coisas de legislação e acho que nossos ouvintes e Senadores - porque, às vezes, parece que não há Senadores escutando, mas eles estão todos nos gabinetes, fazendo coisas, recebendo, olhando e tal - vão aproveitar bastante o que foi feito aqui.

Agradeço o tempo de cada um de vocês. Sei que é precioso e que muitos tiveram que sair dos seus Estados.

Muito obrigada.

(Interrupção do som.)

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. Bloco Maioria/MDB - SP. *Fora do microfone.*) - Nada mais havendo a tratar, eu declaro encerrada a reunião.

(Iniciada às 14 horas e 13 minutos, a reunião é encerrada às 16 horas e 49 minutos.)