



Planos de Saúde

9 e 10 de dezembro

Local: Auditório Procuradora de Justiça Simone Montez Pinto Monteiro, PGJ-MG

Endereço: Av. Álvares Cabral, 1690, 1º andar, bairro Santo Agostinho, Belo Horizonte, MG

PROGRAMAÇÃO

09.12.2019 - segunda-feira

09:00 - Abertura: Amauri Artimos da Matta, Promotor de Justiça e Coordenador do Procon-MG -

09:10 - Lei dos Planos de Saúde: propostas e desafios

Presidente de Mesa: **Marcus Teixeira Braz** - Diretor Adjunto da Diretoria de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Palestrante: **João Alceu Amoroso Lima** - Presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)

Debatedores:

Sidney Rosa da Silva Jr. - Promotor de Justiça do Ministério Público do Rio de Janeiro e Diretor da Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor

Patrícia Cardoso Maciel Tavares - Defensora Pública do Rio Janeiro. Coordenadora da Comissão de Defesa dos Direitos do Consumidor do Colégio Nacional de Defensores Públicos Gerais

Cláudio Pires Ferreira - Presidente do Fórum Nacional das Entidades Cíveis de Defesa do Consumidor

Fernando Martins de Freitas - Advogado. Representante da Comissão de Defesa do Consumidor do Conselho Federal da OAB

Leandro Almeida Jesus - Diretor Executivo do Procon Maceió. Vice-presidente da Associação Brasileira de Procons (PROCONSBASIL)

Andrey Vilas Boas de Freitas - Coordenador-Geral de Estudos e Monitoramento de Mercado da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon)

11:55 - Esclarecimento de dúvidas

12:25 - Intervalo

14:00 - Coberturas nos Planos de Saúde

Presidente de Mesa: **Amauri Artimos da Matta**, Promotor de Justiça e Coordenador do Procon-MG

Palestrante: **Teófilo José Machado Rodrigues** - Gerente de Assistência à Saúde - Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência

Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Debatedores:

Douglas Faquim - Advogado da Backer Faquim Sociedade de Advogados . Membro da Comissão de Saúde Suplementar da OAB-MG

Felipe Rossi - Diretor da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge)

Renata Salvador Grande - Diretora comercial do Mater Dei

Jordana Miranda Souza - Advogada do Escritório Miranda Advogados e Consultores e Membro Comissão de Saúde Suplementar da OAB-MG

Marcos Rafael Marinho Reis - Advogado da Oliveira Rodarte Advogados especializado em acompanhamento de Operadoras de planos e Administradoras de Benefícios do setor de saúde suplementar

Mônica Maria Teixeira Coelho - Coordenadora do Procon de Belo Horizonte

16:45 - Esclarecimento de dúvidas

17:15 - Encerramento

10.12.2019 - terça-feira

09:00 - Reajuste e Revisão dos Planos de Saúde (Individuais e Coletivos)

Presidente de Mesa: **Elias José de Alcântara** - Presidente da Comissão de Saúde Suplementar da OAB/MG

Palestrante: **Rafael Pedreira Vinhas** - Gerente Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos - Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Debatedores:

João Roberto Rodarte - Estatístico, Diretor da Plurall e da Rodarte Nogueira

Raquel Marimon - Presidente da Prospera

Sebastião Pereira dos Santos Neto - Juiz da 2ª Vara Cível de Belo Horizonte e membro do Comitê Executivo da Saúde de Minas Gerais

11:00 - Esclarecimento de dúvidas

11:30 - Encerramento

TRANSCRIÇÃO DO 23º ENCONTRO SOBRE CONSUMO E REGULAÇÃO: PLANOS DE SAÚDE

09/12/2019

SR. AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Nesse evento sobre plano de saúde. Eu vejo aqui que a mesa, ela é pequena para o número de convidados. Eu vou fazer, então, eu queria dar as boas-vindas a todos vocês. Agradecer a contribuição de todos, do palestrante da ANS, o Dr. João Paulo, do Dr. João Alceu Amoroso Lima, nosso palestrante que vai contribuir com uma fala sobre a Lei dos Planos de Saúde - Propostas e Desafios.

Eu queria agradecer também a presença do Dr. Marcus Teixeira Braz, da ANS, que vai presidir esse painel. Agradecer a presença dos meus colegas Sidney Rosa Silva Júnior, do Ministério Público do Rio de Janeiro, colega Patrícia Cardoso Maciel Tavares, defensora no Rio de Janeiro, Dr. Cláudio Pires Ferreira, presidente do Fórum Nacional das Entidades Cíveis de Defesa do Consumidor, colega Fernando Martins de Freitas, também, advogado representante da comissão de defesa do consumidor do Conselho Federal da OAB, colega Leandro Almeida de Jesus, que é diretor executivo do Procon Maceió, vice-presidente da Associação Brasileira dos Procons, colega Andrey Vilas Boas de Freitas, coordenador-geral de Estudos e Monitoramento de Mercado da Secretaria Nacional do Consumidor.

Eu queria, então, agradecer a todos, dar as boas-vindas, e dizer que Procon Estadual, através da sua Escola Estadual de Defesa do Consumidor, com mais esse evento, é o último evento do ano, vem exatamente contribuir para a discussão que tem sido realizada no país sobre a lei dos planos de saúde, propostas e desafios desse setor que a todos alcança e que os consumidores precisam. Dizer que esse evento, como todos os outros da Escola Estadual de Defesa do Consumidor, ele será degravado, e tão logo degravado, ele entrará no site do Procon Estadual para que todas as pessoas que vieram e também as que não puderam participar, assistir o evento, possam ter nos mínimos detalhes todas as discussões que aqui forem realizadas. Dizer também que o site do Procon-MG, ele tem todos os eventos que o Procon fez desde o início de 2017 até o presente momento, todos os eventos do Procon foram degravados, de modo que a gente tem um

banco de dados aí muito grande, muito importante para todos vocês poderem examinar, poderem baixar, sob vários aspectos da defesa do consumidor.

Com essas palavras, eu queria convidar e já passar os trabalhos para o Dr. Marcus Teixeira Braz, que é diretor-adjunto da Diretoria de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que irá presidir os trabalhos da manhã. E Dr. Marcus, fique à vontade, eu me... vamos fazer uma substituição aqui. O senhor fica à vontade, então, para conduzir os trabalhos a partir de agora.

SR. PRESIDENTE MARCUS TEIXEIRA BRAZ: Bom dia a todos, especialmente seria bom nós chamarmos todos os palestrantes à mesa, não é? Então, eu gostaria de convidar o Dr. João Alceu Amoroso Lima, por favor. O Dr. Sidney Rosa da Silva Júnior.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE MARCUS TEIXEIRA BRAZ: Dr. Cláudio Pires Ferreira, o Dr. Fernando Martins de Freitas, o Dr. Leandro Almeida Jesus, o Dr. Andrey Vilas Boas de Freitas. Mais alguém, não? É isso, né? E a Dra. Patrícia Cardoso Maciel Tavares. Desculpe, doutora. Com jeitinho coube todo mundo.

Bom, o meu nome é Marcus Braz, eu sou especialista em regulação da ANS desde o ano de 2007, atualmente eu sou diretor-adjunto da Diretoria de Fiscalização. Em primeiro lugar, eu gostaria de agradecer o convite feito pelo Ministério Público de Minas Gerais, que é parceiro da ANS, né? É muito importante para nós integrar... irmos a esses eventos e termos os parceiros junto a nós, tá?

Os parceiros da ANS são um programa criado no ano de 2003 para que a ANS, através de termos de cooperação, ela crie canais de troca entre ela e os parceiros para soluções envolvendo o mercado de Saúde Suplementar. Ok?

Bom, a gente veio aqui falar hoje sobre a Lei 9.656 de 98, é uma lei que está fazendo 21 anos, é uma lei que é um Marco definitivo para o mercado de Saúde Suplementar. Ela trouxe muitas inovações, ela estabeleceu direitos claros para os beneficiários, obrigações para as operadoras, mas o Direito é uma ciência social, e como tal, ele deve acompanhar as mudanças que ocorrem ao longo do tempo, não é? Então, é salutar que nesse momento, passados 21 anos, que a gente analise todo o mercado, né, a conjuntura de hoje, com a conjuntura do passado, e a gente discuta, para que a gente possa discutir, que mudanças são possíveis para melhorar ainda mais

esse mercado.

E a gente que entender que hoje em dia praticamente um terço da população brasileira tem plano de saúde suplementar, né? Que esse mercado, ele é muito importante até mesmo tendo em vista que o SUS tem notórios problemas, e a gente tem que pensar formas de alterar a lei, talvez, permitir o ingresso de mais pessoas, mas sem perder os direitos que os beneficiários conseguiram.

Assim, dessa forma, vou ser breve, eu gostaria de começar essa mesa com o primeiro palestrante. Por favor. Obrigado.

SR. JOSÉ ALCEU AMOROSO LIMA: Eu vou pedir para a organização colocar em modo de *slide*. Opa, ótimo.

Um bom dia a todos. Em nome do Amauri, eu cumprimento toda a mesa e agradeço o convite para participar desse encontro. Meu nome é João Alceu Amoroso Lima, eu sou... estou aqui como presidente da FenaSaúde, desde janeiro desse ano, mas represento também o grupo NotreDame Intermédica, que é um plano de saúde mais baseado em São Paulo, com algumas operações no Rio de Janeiro e em outros estados.

Nós... Eu estou aqui acompanhado, inclusive, pelo meu colega Helton Freitas, diretor da FenaSaúde, presidente da Unimed Seguros, é um mineiro que está aqui para me ajudar a explicar para vocês as nossas propostas.

Eu já na entrevista rápida que eu tive logo antes de começar aqui com a Juliana(F), que está por aí, ela já me fez algumas perguntas, já me cutucou com algumas perguntas, e eu, antes de começar essa apresentação, eu já queria abordar um pequeno ponto que eu acho que acabou pautando esse assunto de planos de saúde no que diz respeito à FenaSaúde nos últimos meses, né? Houve lá em... não me lembro agora, abril, março, um artigo do Elio Gaspari, do Rio de Janeiro, falando sobre um suposto plano diabólico de mudar todo o plano, de negociações, ele até usava termos nos porões de Brasília, da FenaSaúde, das empresas de saúde, e dali saíram uma série de desdobramentos desse documento vazado e de supostas propostas da FenaSaúde de limitar a atenção aos idosos, de limitar cobertura, segmentar cobertura, cobra isso, não cobra aquilo, etc. e tal.

Eu queria já começar dizendo que isso tudo é balela. Tudo *fake news*. Tudo isso não condiz com o que a gente está propondo, tá? Sempre que consultado, naquela época, eu dizia, primeiro,

não queria entrar no debate que estava meio surreal, até, em alguns aspectos sobre o que a gente estava propondo, e nós dizíamos: "Olha, pessoal, esperem até outubro que nós vamos fazer, como fizemos, um fórum de Saúde Suplementar em Brasília, em que apresentamos formalmente as nossas propostas". Que lançamos esse livreto aqui, que é um pouco da essência do que eu vou apresentar hoje aqui. Desculpa eu estar de costas para vocês aqui.

Que contextualiza, como foi dito aqui, os últimos 20 anos, o que tem acontecido, talvez parte do que eu diga já é... já são pontos que vocês já assimilaram, e no final lista uma série de propostas que não necessariamente implicam em mudança do Marco legal. Que botaram esse outro carimbo também, mudanças no Marco legal propostas pela FenaSaúde. Há, sim, alguns aspectos podem, sim, mudar o Marco legal, outros, a maioria deles, mudar o Marco infralegal, que é regulação. Assim como apenas mudanças de práticas também, que não necessariamente passam por mudanças de Marco legal ou infralegal. A gente listou com... um único objetivo. Aliás, objetivo esse baseado em dois pilares, que é aumentar acesso e expandir o mercado privado. Só isso.

Então, é uma crítica que a gente tem recebido sempre de sermos, vamos tirar direito do consumidor, contra o consumidor. Isso não tem nada a ver, gente. Nós temos 47 milhões de clientes consumidores. As empresas têm infraestruturas enormes de Ouvidoria, de SAC, de Serviço de Atendimento ao Consumidor, de gestão de NIP, de gestão de cuidado, de senhas, de acompanhamento, de prevenção. Os consumidores são a essência para a gente também. Não tem essa oposição que tentam criar como nós contra o consumidor e o consumidor contra os planos de saúde. Não existe isso. Nós temos muito mais atenção com o consumidor do que muitos que nos criticam. Porque o consumidor depende... paga o meu prêmio, paga a minha receita. Se eu não cuidar bem dele, eu perco... eu perco a razão de ser ou o cliente.

Então, esses primeiros... Eu vou ter que olhar para lá. Esse é o sumário do que eu pretendo apresentar aqui nos próximos 45 minutos mais ou menos. Nós vamos falar da rápida... rapidamente da FenaSaúde, contextualizar um pouquinho o que está acontecendo no mercado e no mundo, inclusive, de saúde. Isso é outro ponto que eu queria fixar bastante aqui, o que está acontecendo com a saúde no Brasil, seja ela pública ou privada, não é um privilégio, entre aspas, do Brasil, está acontecendo em todos os países do mundo, em maior ou menor grau. E às vezes dependendo do nível de renda do país, os problemas têm tamanhos ou soluções diferentes.

E, finalmente, lá no ponto cinco, uma agenda com alguns pontos para... que nós queremos

sugerir para serem discutidos democraticamente, republicanamente no Congresso Nacional quando implicarem em mudança de Marco legal ou no nível da ANS, quando forem... Aliás, como já está fazendo, inclusive, a ANS está com uma agenda de revisão do estoque regulatório, não é? Já endereçando a uma série de pontos, alguns deles até coincidentes com coisas que a gente fala aqui.

A FenaSaúde é uma entidade que representa 15 grupos de operadoras e seguradoras de plano de saúde, muitos dos quais, imagino que vocês estejam familiarizados, estão ali, inclusive, a Seguros Unimed, presidida pelo Helton, mas nomes como Amil, Bradesco, SulAmérica, o NotreDame Intermédica, enfim, que são os maiores *players* aí desse mercado de seguro privado, de seguros e planos privados, né? Aquelas 15 empresas, do bolo inteiro de saúde suplementar no Brasil, representam mais ou menos, um pouquinho de diferença de acordo com a medida, 40% do mercado. Seja ele de beneficiários ou das despesas ou da arrecadação. Então, tem esse número em mente que, apesar de serem apenas 15 empresas do total de cerca de 1.400, o mercado é mais ou menos dividido entre 1.100 operadoras e 300 operadoras de planos odontológicos. Entre essas 1.100 operadoras, estão, inclusive, as próprias Unimeds, que são cerca de 400, não é, Helton, por aí, 360. Portanto, este é o universo de empresas. Essas 15 empresas que nós representamos têm esse peso de 40% no mercado como um todo, não é?

A gente faz pesquisa ano... a cada dois anos, nos últimos 10, 12 anos, com o Ibope, algumas da Datafolha, foi feita pela Qualicorp, a semana passada. Confirmou alguns dos pontos que a gente também viu nas nossas pesquisas. E pesquisa após pesquisa, desde sempre, está ali o plano de saúde como o terceiro item de desejo dos brasileiros, depois de casa própria e educação, com o nível de satisfação entre satisfeitos e muito satisfeitos, sempre gerando ali em torno de 80%, um pouquinho menos, um pouquinho mais, conforme o ano da pesquisa, mas é um número que nos dá um conforto grande. As outras opções são regular e ruim, tá? Então, se botar o regular ali, deve ir para 95% e a parte que critica mais é da ordem de 4, 5%.

E outro mito que a gente sempre escuta, que planos de saúde são os mais reclamados, mais reclamados, o Idec adora dizer isso, porque o Idec vive basicamente em uma base de usuários de planos de saúde, mas entre os 20 assuntos mais reclamados pelos consumidores, saúde, plano de saúde especificamente, está lá em 17º lugar.

Antes de entrar nos gráficos, eu queria, de novo, talvez com o risco de estar aqui ensinando o padre a rezar ou chovendo no molhado, fixar esses quatro conceitos que são muito importantes,

e às vezes ou frequentemente até, esquecidos por pessoas que propõe, ou reguladores, ou o próprio Judiciário muitas vezes, quando se manifesta em ações nesse negócio, né, no setor de saúde suplementar. O mutualismo, o pacto intergeracional, o risco moral e a seleção adversa. Isso, de novo, conceitos mundiais de seguros e planos de saúde, não necessariamente assuntos brasileiros.

O mutualismo, de novo, óbvio, todos contribuem para aqueles poucos que utilizam. E a gente, como operadora de plano de saúde, tem a missão, a responsabilidade, a função de gerir estes fundos que a gente chama do mútuo de todo mundo que eu recolho o prêmio para pagar os poucos que eu uso, né? Isso é muito importante quando se trata de coberturas fora de contrato, quando se trata de rol de procedimentos, custos, enfim... limitação de reajustes de planos individuais, porque nós somos o gestor desses fundos. Eu estou recolhendo de um lado, pagando do outro, se eu não mantiver isso em equilíbrio, as empresas quebram. Como já quebraram muitas. Algumas quebraram fazendo barulho, outras quebraram sendo adquiridas por outras e, enfim, sendo... A ANS tem um mecanismo de venda de carteira, né? Venda compulsória de carteira, enfim, o próprio regulador começa a ver que os números não estão saudáveis e tem essa função, como regulador também, de manter o mercado em equilíbrio.

Muito bem. O outro conceito que é o pacto intergeracional. Os grupos de risco são organizados por faixa etária. Idades mais altas, todo mundo entende esse conceito, têm doenças crônicas, têm mais exames, mais internações, portanto, maiores custos; e idades mais baixas, com exceção do primeiro ano de vida, isso é um dado estatístico para... só de curiosidade. Uma vez nós fizemos um levantamento na SulAmérica, na qual eu trabalhei muitos anos também, fazendo levantamento estatístico de custo sobre o custo por idade, como se cada faixa etária fosse um ano. Eram cem faixas etárias lá, teoricamente, o custo por ano, ao longo do tempo, né? Então, tinha lá um gráfico que mostrava que o custo de zero a um, não é, do nascimento até o primeiro ano, ele era um... tinha um pico, e a partir dali o custo caía, ficava muito baixo, e lá nos cinquenta e pouco anos de idade, ele começava a subir a curva de novo, e passava na terceira idade, ele sabia bastante. Então, isso equivalia dizer, o atuário, o estatístico gosta disso, que o custo de um recém-nascido ou de uma pessoa de zero a um ano, é equivalente a de uma pessoa de 55 anos de idade. Isso é onde as... quando se traçava uma reta no gráfico, onde as curvas se encontravam. Por quê? Porque o recém-nascido, tem os gemelares, tem os prematuros, tem hoje, cada vez mais comum os triplos até, e enfim, essas... pessoas tendo filho mais velhas também, tem uma série de mudanças que impactam bastante essa primeira faixa etária.

Então, quando a gente fala de pacto intergeracional, por exemplo, não vai necessariamente, o idoso, o jovem, subsidiando o idoso, não. Aqui mesmo, a primeira faixa etária que a ANS estabeleceu, que a lei estabeleceu, é de zero a 18, justamente para diluir já esse custo de primeiro ano de vida, porque se fosse faixa etária por ano, o recém-nascido ia ter um preço equivalente a de uma pessoa de 55 anos. Então, já foi... essas faixas etárias que a ANS estabeleceu, serviram não só para padronizar o mercado, que tinha N combinações de faixa etária em todos os contratos, mas foram feitas com base em estudos atuariais, estatísticos, etc., para permitir algum tipo de... desse subsídio, digamos, entre os mais jovens e os mais velhos, mas não necessariamente o subsídio total, porque o que é que acontece hoje, nas faixas etárias que a ANS estabelece, a última... são 10 faixas etárias, sendo que a última não pode ser seis vezes maior do que a primeira. Isso equivale a uma variação de 500%. Qualquer um que fale em 500%, acha, 500%, um número absurdo, e tal, mas não é. Na verdade, essa variação é até maior, mas ela já está feita de tal forma que haja algum tipo de subsídio.

E lá diz o seguinte, que a faixa etária, a última faixa etária, que é... atualmente começa com 59 anos, ela não pode ser seis vezes maior que a primeira. Certo? Então, isso traz um desafio para o mercado ao precificar produtos, porque apesar das faixas etárias, da primeira faixa etária ser, sim, bem mais barata, como o custo principal está nas faixas etárias, na última faixa etária, que é a partir de 50 anos, eu tenho que olhar para aquele custo e é aquilo que vai puxar o preço da primeira faixa etária, que tem que ser no máximo seis vezes, cinco vezes menos. Eu não sei se vocês... se eu estou fazendo... digamos que o custo da faixa etária do idoso seja seis, portanto, do jovem, o da primeira faixa etária tem que ser um. Mesmo que ele atuarialmente, estatisticamente custasse 0,5 ou 0,1, ele tem que ser um, porque eu estou precificando pela faixa etária que traz mais custo para manter o equilíbrio do mútuo, e isso puxa as mais novas. Quando nós falamos, e nós vamos mais à frente tocar assunto, de rever essas faixas etárias, nós estamos inclusive abordando isso. Como atrair mais jovens ou a população, mais jovens, sem ter esse problema de o preço estar guiado lá no mais velho. Portanto, se você aumentar os números de faixas etárias, talvez a gente consiga resolver parte desse problema.

O terceiro fundamento é o risco moral, que basicamente, gente, diz o seguinte: tem uma máxima do seguro que vale para qualquer seguro, de automóvel, de residência, de incêndio, e tudo. Você, o indivíduo, né, que faz o seguro, a empresa, enfim, tem que se comportar como se seguro não tivesse, como se não tivesse nenhuma proteção, como se acontecesse alguma coisa, você é que vai bancar aquele risco. Esse tem que ser o seu comportamento. Qualquer mudança de

comportamento ou atitude que seja decorrente do fato da pessoa dizer ou pensar: "Não, eu tenho seguro, então, tudo bem. Vou assumir esse risco, vou ser mais audacioso, vou ser mais agressivo, vou...", qualquer coisa que... esse é o risco moral, é a mudança de comportamento.

Então, uma pessoa que para o carro em uma rua erma, que sabe-se que tem muito roubo, se o carro não tiver seguro, ele não vai parar. Ele vai de táxi, ele vai arrumar um estacionamento, ele não vai parar o carro lá, mas se ele tem seguro, fala: "Ah, não, se der algum problema, eu tenho seguro". Isso é risco moral, e isso pode ser aplicado em qualquer tipo de seguro, inclusive no saúde também. Inclusive no saúde também. Se a pessoa faz mais exame, vai mais ao médico só porque ele sabe que está coberto no plano de saúde, isso é risco moral. Isso, é um fenômeno, não é pecado, não é uma irregularidade, é só uma coisa que acontece na nossa natureza e que encarece também os planos de saúde.

E a seleção adversa. A seleção adversa diz o seguinte: estão propensos a comprar algum tipo de... vale também para qualquer tipo de seguro, tá? Estão propensos a comprar qualquer tipo de seguro as pessoas mais expostas aos riscos. Isso é natural, isso é não errado, não é pecado, não é penalidade, não é... Isso acontece em qualquer tipo de seguro. A natureza do seguro é um seguro que a gente chama antisseletivo, é natural que isso aconteça. Se uma pessoa que trabalha em área de risco, talvez tenha mais propensão a querer comprar um seguro de vida do que uma pessoa que não está exposta àquele risco. Isso é seleção adversa. Os seguros de uma maneira geral, planos de saúde em particular, tem ferramentas para diminuir um pouco o efeito desses fenômenos, entre elas, o formulário de declaração de saúde, franquias, coparticipações, etc. e tal. Serve para reduzir o efeito, mas o efeito está sempre lá e ele também encarece o plano de saúde.

Vamos falar um pouquinho da situação hoje do mercado. Cerca de... talvez vocês já tenham ouvido isso em outros lugares, eu vou passar rápido, 23% da população brasileira tem plano de saúde. Apesar de a gente falar ali que tem 71 milhões de beneficiários, quem fez a conta rápida já viu que não dá os 23%, eu estou me referindo aos que tem plano de saúde, porque a ali, a gente tem lá 47 milhões de beneficiários com planos de saúde e cerca com 24 milhões com planos odontológicos. E, aliás, é até um assunto que eu acho que a ANS poderia publicar, eu já estou trabalhando para ter esse dado, que existe uma dupla contagem muito grande. Muito provavelmente uma parte enorme dos 23 milhões que tem plano odontológico também tem plano de saúde. Então, se fizer uma contagem por CPF ali, contar um só, quem tem os dois, não vai dar os 71 milhões, tá? Mas é... a estatística ali que a gente mostrou é dos que tem planos de saúde. E,

portanto, 77% da população, que são os... estão cobertos exclusivamente pelo SUS. Um outro conceito que eu gosto sempre de dizer, os 23% que tem planos de saúde também estão cobertos pelo SUS, tá? Os 77 que eu estou falando, estão exclusivamente cobertos pelo SUS ou do próprio bolso, enfim, do uso particular, como a gente diz.

Esses são os números de dezembro de 2008, dos planos de saúde, que não é da FenaSaúde. Isso aqui é do sistema como um todo, não é? São estatísticas, inclusive, da própria ANS, arrecadação da ordem de 200 bilhões, despesas assistenciais da ordem de 161 bilhões. E a sinistralidade de 83%. Esse é um outro ponto que é muito importante fixar nessas discussões, inclusive, quando a gente levar essa discussão para Brasília, para Congresso, tudo mais, a gente bate muito nessa tecla, porque as pessoas não conhecem, geralmente, se pensa nos 200 bilhões que as empresas de planos de saúde arrecadam, mas não pensa nos cento e sessenta e tantos bilhões que voltam para o sistema, que irrigam o sistema privado de saúde no Brasil. Todos os hospitais, clínicas, fisioterapeutas, laboratórios, todas as iniciativas privadas saem daqueles 161 bilhões que eu me referi ali.

Para você ter uma ideia da dependência do sistema privado, 90% da renda dos principais hospitais privados, isso é uma estatística da própria Anahp, que é uma associação, assim como a FenaSaúde representa grandes hospitais. Noventa por cento da receita dos principais hospitais vêm dos planos de saúde. E 80% da receita dos principais laboratórios advém dos planos de saúde. Este é o grau de dependência do sistema privado de saúde na sua conotação mais ampla dos planos de saúde.

Essa pizza aí é importante também para vocês verem para onde estão indo os recursos. Conforme eu já mencionei, cerca de 83% vai para irrigar esse sistema privado, ok? Isso é um... eu acho que é fácil de conceder(F). Aí nós temos lá 9,9% de despesas administrativas, que são justamente despesas para fazer esta máquina de 1.500 operadoras, com todas as suas filiais, com todos os seus custos de regulação, de auditoria, de produto, de marca, etc., estão naqueles 9%. Dois vírgula nove por cento são despesas de comercialização. Corretores ou vendedores, agentes, que vendem planos de saúde Brasil afora.

E aquela fatia ali de 4%, são despesas operacionais, impostos e o resultado das operadoras. Então, isso dá uma dimensão para tirar um pouco aquela impressão que os 200 bilhões geram na cabeça de muitas pessoas, que acham que as operadoras de saúde estão nadando em dinheiro. Quatro por cento é o que sobra antes do Imposto de Renda, para pagar algumas despesas

operacionais e resultado das operadoras. Isso é... eu acho pouco, pessoalmente. Naturalmente quando você fala 4% ali, deve ter um monte de gente que está abaixo da linha d'água ali, com resultados ruins, e algumas empresas acima da linha d'água, com resultados mais razoáveis, tá? Mas hoje, nas empresas mais eficientes que a gente tem visto no mercado, o resultado ali gira, sei lá, 7 ou 8%, tá?

Esse é um retrato do que aconteceu no período dos últimos 20 anos, basicamente. Eu não vou vendo o início da série ali(F). É 1998?

SR. PRESIDENTE MARCUS TEIXEIRA BRAZ: Dois mil e um.

SR. JOSÉ ALCEU AMOROSO LIMA: Que foi o primeiro ano, na verdade, a Lei 9.656 é de 99, entrou em 2000, portanto, 2001 já teria sido o primeiro ano completo, digamos assim, da agência. Que a agência começou a publicar. Muito bem. Obrigado, Helton. Então, a gente vê um aumento constante nesses últimos... até o pico ali, 2014, que chegou a... chegamos a ter 50.7, se eu não me engano, 50.2 milhões de usuários, não é? Eu, pessoalmente, acho que 2014 foi um ano... artificialmente bom, a gente estava aqui com vários artigos mundo afora, o Brasil bombando, o Corcovado decolando, o governo injetando muito recurso na Economia. Mas depois veio a ressaca, veio a crise, veio a recessão que a gente vê nos últimos três anos e agora é que a gente começa a ver a economia saindo um pouco da crise, né?

Mas nesses últimos... nesses quatro anos, de 14 a 18, você vê ali uma perda da ordem de 3 milhões de usuários, dos 50.2 para 47.2. E a linha de cima, pessoal, aquela verdinha lá, é o bolo total de despesas. São os tais 160 bilhões lá que a gente mencionou nos outros gráficos, né? Então, vejam que mesmo com três milhões a menos de usuários nesse período de 14 a 18, a inclinação da curva de custos estava explodindo lá em cima. Conseqüentemente, e esse agora é a linha vermelha que é o custo por beneficiário, aumentando quase que exponencialmente ali. E dali é que vem os reajustes que a gente fala que são três vezes maior que a inflação. Vem desse fenômeno, que mesmo com menos gente, a explosão de exames, de custos, de internações, e... sem falar em fraudes, abusos, desperdícios e etc., puxando aquele custo lá de cima, o custo total da saúde.

Então, a gente observou nesse período de 14 a 18, as despesas assistenciais com o crescimento nominal da ordem de 52% e real, tirando o [ininteligível] de inflação da ordem de 21%. A quantidade de procedimentos do lado direito, embaixo ali, aumentou 17%, em que pese a queda de 6% do número de beneficiários. Ou seja, menos gente usando muito mais, quando vocês

combinam com o outro, você tem um número bem maior de exames por pessoa, ou por beneficiário. E conseqüentemente, a despesa assistencial per capita, aquele 'numerozinho' no meio ali, subiu em número reais, 28%, se não tivesse a inflação, né? Com a inflação, 61%. E isso é o que gera uma reação muito grande, as pessoas reclamam muito. "Como é que o IPCA está 2, 3%, e o plano de saúde sobe 10, 12, 15%?", etc. e tal. Isso aqui é a explicação, tá?

Aí o... alguns dizem... Desculpa, antes de mostrar o gráfico, eu já vi gente propondo projeto de lei e achando que a solução seria vir plano(F) de lei para proibir os planos de saúde de aumentarem. Ponto. Só que é uma coisa, que... pelo amor de Deus, né? Não adianta nada isso. Não é assim que funciona, você tem que tentar atacar as causas que causam os aumentos, e mesmo assim nós vamos ver que algumas delas estão aí para ficar e vão continuar, faça chuva ou faça sol, e vão continuar empurrando os aumentos de saúde para níveis bem acima da inflação.

Nós fizemos um levantamento, base 2017. Na verdade, compilamos dados de três grandes consultorias mundiais, algumas... A Wale(F), a Mash(F) e a Willis(F), são grandes empresas que têm consultoria de saúde no mundo inteiro. E a pergunta que fizemos para elaborar esse gráfico que eu vou mostrar no próximo *slide* era o seguinte: quantas vezes neste país, naquele ano, acho que é 2017, a inflação médica foi superior à inflação geral de preços? No Brasil, a inflação dos planos de saúde contra o IPCA. Mas cada um, cada empresa... E ali pede inclusive sistemas públicos, exclusivamente público. Tem países europeus lá também, porque eles conseguem medir isso também, independente de ter contrato privado e tudo mais, é possível medir.

Então, vejam lá, eu listei aí, sei lá, 15 mais ou menos, mas ó, o levantamento tinha 34 países, e o Brasil no *ranking* de 34, estava em 15º, portanto, ali no meio do bolo, né? Mas eu chamo a atenção que tem países, como o Canadá, que naquele ano, a inflação médica, entre aspas, foi 4,7 vezes superior à inflação, enquanto no Brasil foi 3,4 lá. E aí tem os Estados Unidos um pouco acima também, etc. e tal. Tem um efeito visual aí na história que a inflação no Canadá é 1%, nos Estados Unidos também, está beirando ali um pouco mais de que isso, então os aumentos de plano de saúde são três e tanto por cento, outro é... mas a gente está botando em perspectiva aqui, vezes o índice oficial de inflação, tá? A inflação médica contra a inflação geral de preços.

Portanto, a mensagem que fica aqui é a seguinte: isso é um fenômeno global, global, causado por quatro principais mudanças estruturais que nós vamos ver agora.

Então, aqueles últimos gráficos mostram que subiu a utilização, a tecnologia de custo está subindo, os custos estão subindo conseqüentemente, isso afeta preços e o número de

beneficiários, porque a renda é, sim, uma barreira de entrada para o sistema.

Que mudanças estruturais são essas, mais uma vez, não exclusivas do Brasil, que afetam os planos de saúde ou sistemas públicos de saúde? E afeta o SUS também, inclusive, aqui, não é uma prerrogativa só de plano privado, não. E que afetam todos os países? Primeiro, é a mudança demográfica. A gente já sabe disso, a gente já vê isso, eu só queria trazer isso para o aspecto de plano de saúde, não é? Nós temos hoje 13%, se eu não me engano, vou pedir uma colinha aqui, 13,4% de pessoas com mais de 60 anos no Brasil, da composição etária do Brasil. Daqui a 10 anos serão 17%, e daqui a 20 anos, 23%. Muito menos nascimentos, e as pessoas vivendo mais, a pirâmide vai... ao invés de ser aquela pirâmide com a base muito jovem e pessoas vivendo pouco, ela vai engordando, vai virando um barril, não é? E na medida que essas pessoas vão chegando a classes, a faixas etárias mais altas, pressão no custo. Isso é meio óbvio, todo mundo entende isso, não é? Então, vamos passar para o próximo.

A transição etária. Não só tem gente que está nascendo menos, está mudando a composição etária, mas as pessoas estão vivendo mais tempo também. Hoje em dia, nas carteiras das operadoras tem muita gente de cem anos, eu inclusive, digo que os de cem anos são até os mais saudáveis que chegaram lá, né? Mas eu acho que a gente não... a humanidade, eu não estou falando da gente no Brasil, não, a humanidade não rompeu ainda a barreira dos 120 anos, porque já tinha gente que tinha feito 120 anos no início do século. Só que o século... século que eu digo, o passado, a expectativa de vida era 40 anos, hoje está em 80 anos mais ou menos, não é? Mas os 120 continua aquele... em um limite meio biológico ainda que segundo alguns cientistas, historiadores, o próprio Yuval Harari nos seus livros de *homo sapiens* e *homo Deus*, está dizendo que esse limite já, já vai ser rompido, porque o desafio do homem agora é vencer a morte, não é? O desafio da tecnologia é vencer a morte. Tem pessoas no mundo aí que dizem que morte é um problema a ser resolvido, tecnologicamente com remédios, com tratamentos, etc. e tal.

Esse gráfico aqui é interessante porque nós... eu tentei fazer aqui para mostrar para vocês, eu isolei um fator que é o fator faixa etária. Aquelas duas linhas dizem o seguinte: a linha pontilhada debaixo é um dado de 2016, da Unidas, Unidas é uma associação parecida com a FenaSaúde que representa os planos de autogestão. E tem bastante gente lá, os maiores planos lá são a Cassi(F), o Banco do Brasil, e têm vários... Banco Central, ou empresas privadas que têm planos de autosseguro. E eles fizeram uma amostra. Isso aqui é custo, tá, gente? Custo. E você vê lá que a última faixa etária, de 59 e mais, o custo vai para acima de R\$ 10 mil per capita, que é bem

superior aos 4.300 da faixa anterior, né?

O que esse exercício(F) mostra é o seguinte, se eu pegar a faixa etária de... 2056, portanto, 40 anos de 2016, que é a base do estudo, e colocar a distribuição etária de 2056, como se fosse 2016, portanto, o resto não muda. A gente congelou todos os fatores. Utilização, custo, fraude, está tudo lá. Eu só fiz as mudanças por faixa etária. Peguei a distribuição de 2056, botei agora. O custo per capita ia ser aquela segunda linha lá, naquela segunda linha, cuja... que é superior em 48% à linha atual. É apenas é um exercício estatístico isso, mas mostra o seguinte: se eu isolasse todos os fatores e pegasse só o de faixa etária, só o de envelhecimento e faixa etária, daqui a 40 anos, só por este fator, o custo seria 50% maior. Se fosse inflação zero, e o resto tudo igual. É só um exercício de isolar fatores aqui, tá? Naturalmente que o que a gente vê aqui é uma série de fatores. Infelizmente, no caso de saúde, todos os fatores empurrando o custo para a mesma direção, você vê pouquíssimos fatores que estão segurando ou diminuindo o custo.

As outras duas mudanças, então a gente falou de demográfica e etária. As outras duas, de novo, não é privilégio nosso, apesar de que esse primeiro aí é um pouco dos países em desenvolvimento, digamos assim. É uma transmissão epidemiológica de doenças contagiosas para doenças crônicas. A gente... De doenças epidemiológicas... contagiosas para crônicas. A gente migrou nos últimos 20 anos, 30 anos, de doenças de tuberculose, febre amarela, hepatite, aquelas vacinas todas que a gente tomava quando era pequeno, catapora, e por aí vai, para... muitas delas extintas hoje, ou pelo menos controladas, algumas até reapareceram recentemente, mas a maioria bem controlada, para doenças que são características de faixas etárias mais altas, que são as doenças crônicas, que são doenças com as quais você pode viver, conviver com qualidade de vida, desde que tratada. E acompanhada e monitorada, etc. e tal. E isso é uma carga de custos muito elevada também.

E eu chamo a atenção só que muita... algumas são, se não todas essas doenças novas, crônicas, tem a ver com o comportamento. Tem a ver com hábitos e comportamentos. A gente está vendo aí a questão de diabetes, a questão de coisas vasculares ligados a sedentarismo, obesidade mórbida, uma série de coisas que estão ligadas a comportamentos, ou mal comportamentos, eu diria.

E, finalmente, o último fator também, mundo inteiro, não é privilégio do Brasil, que é mudanças estruturais de tecnologia. Não pensem em tecnologia só como novo aparelho de ressonância ou de ultrassom que você vê em 3D o neném dentro da barriga da mulher. Não,

pensem principalmente em drogas novas, em terapias novas, terapias genéticas, drogas para oncologia. Eu sei que... eu não sei se vocês acompanharam, mas é só um exemplo para você ver onde é que nós estamos chegando, há dois meses atrás mais ou menos, acho que foi a SanoFi, né, Helton, que lançou um medicamento para doença rara, uma dessas que cada vez mais temos lido a respeito.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [00:42:19]: Novartis.

SR. JOSÉ ALCEU AMOROSO LIMA: Foi a Novartis, obrigado. Para a AME, que é essa atrofia muscular, dose única, US\$ 2,125 milhões. Dose única. Eles alegam que cura até. Eu não sei se estão dispostos a vender e participar do se curar, recebe, se não curar, não recebe. Essa história estoura não relata ainda, não, apesar de o Mandetta estar tentando implementar algumas coisas do gênero no Brasil com algumas drogas de alto custo também. Mas esse [ininteligível] está chegando. E tem terapias, a gente(F), cada vez, ouve mais terapias ou drogas que são feitas para você, conforme o seu... composição genética, e etc. e tal. Isso vai chegar, sim, gente, mas vai custar uma fortuna. Principalmente nos primeiros anos. E isso impacta o nosso custo também, tá?

Vamos falar então da agenda. Nós, conforme eu disse, publicamos isso. Esse livreto que eu vou deixar esses três aqui, cadê o Amauri? Ele pode ser baixado no site da FenaSaúde, tem lá um... PDF, pode ser baixado livremente, sem custo nenhum. Mas isso aqui resume um pouco do que a gente tem falado, e trabalhado, e tentado conciliar com outras entidades, inclusive os Procons. A CNSeg, a... Fazendo uma rápida observação aqui, a FenaSaúde pertence a uma Confederação Nacional de Seguros. A FenaSaúde é uma das federações embaixo dela. E essa CNSeg tem feito um trabalho muito bacana com os Procons do Brasil todo, e são parceiros aqui do Amauri, de eventos, eu não sei se alguém já participou de algum desses, são colóquios Brasil afora. Eu acho o próximo vai ser Recife, se eu não me engano, para pegar vários estados do Nordeste, onde aborda-se não só plano de saúde, como previdência privada, automóvel, enfim, todos os pontos que deram mais demandas ou de consumidor ou mais atrito, mais discussões, mais dúvidas, etc. e tal. A gente tem feito, fizemos cinco ou seis no ano passado, aliás, esse ano, e no ano que vem deve ter outra série programada também.

Portanto, depois dessa propaganda, vamos entrar aqui nos principais pontos, volto a frisar, nem todos eles significam mudança em Marco legal, são mudanças que têm como dois pilares principais acesso e sustentabilidade, ok?

E por acesso aqui, isso é um ponto importante, nós estamos propondo isso também para

reduzir para a velocidade com que os custos aumentam, acho impossível simplesmente estancar isso, porque essa é uma onda, conforme eu expliquei aqui, inexorável, mas também para criar produtos mais acessíveis, mais baratos, para que pessoas que não estão no sistema, aqueles 77% lá, que não estão no sistema, possam ter uma porta de entrada no sistema privado. Ainda que parcialmente. E eu acho que daí é que surgem dúvidas ou críticas do tipo: vocês estão fatiando, estão segmentando. Não, todo mundo tem que cobertura universal aqui, todos nós, pelo SUS. Alguns optam por cobrir isso, ou o todo disso, ou parte disso, na iniciativa privada. Outros gostariam, muitos gostariam, e outros não terão essa oportunidade, infelizmente. Nós queremos endereçar para aqueles que gostariam, que querem, que apreciam, que tem desejo, para planos mais baratos que deem acesso ao sistema privado, tá?

A atenção primária à saúde, um pouco óbvia, foco na promoção e prevenção de doenças. Isso já é praticado no SUS, principalmente, é muito forte isso. Na iniciativa privada, nos planos privados, ainda que exista, nunca foi estimulado como nós gostaríamos que fosse estimulado agora, né? E a gente quer ter produtos organizados para hierarquizar o acesso, para que pessoas não simplesmente se percam no sistema utilizando-o indevidamente. As empresas se propõe a criar produtos que têm equipes multidisciplinares para acompanhar as pessoas, tanto na parte de prevenção como quando ele precisar usar o sistema para orientá-lo na navegação ao invés de deixar simplesmente as pessoas soltas, e umas especialista aqui e ali, dar a falsa impressão de ter direitos ilimitados, posso ir a qualquer especialista, faço quantos exames quiser, e no final as pessoas se perdem ou até acabam tendo que fazer procedimentos inadequados e desnecessários, né?

Então, isso... a atenção primária à saúde, seriam produtos criados com esse foco, tá? E para fazer ele, algumas mudanças têm que ser feita, porque ele, sim, prevê a hierarquização de acesso, você precisa passar pela sua estrutura de APS nas empresas antes de acessar os especialistas.

Estatísticas mostram que quando você tem um sistema instalado de hierarquização de acesso e atenção primária à saúde, as internações podem cair até 17%, os serviços de pronto-socorro, a procura por serviços de pronto-socorro pode sair até 30%, e esse... eu acho que tem um erro aqui, não é hospitalização, eu acho que exames podem ser reduzidos em até 30%. Eu vou checar esse ponto, porque hospitalização e internação acabam sendo basicamente a mesma coisa.

O outro ponto que a gente endereça é o equilíbrio financeiro dos contratos. Esse é um assunto sensíveis, as pessoas acham que o fato de ter uma mão forte do regulador limitando os

reajustes dos planos individuais é uma proteção. Acaba sendo uma proteção para os que estão dentro do sistema. Mas ele é um inibidor do desenvolvimento do próprio mercado de plano de saúde privado, individuais, e foi isso que a gente viu nos últimos 20 anos. Nenhuma empresa, nenhuma das grandes empresas vendem mais planos individuais. Algumas vendem muito... microrregiões ou muito... redes fechadas, mas o plano individual como um dos muitos que existem por aí ainda em portfólios antigos, não são vendidos mais. Por uma razão muito simples: seria uma irresponsabilidade das empresas e dos seus administradores vender algo que você sabe que sobe três vezes a inflação, mas que você só poderá corrigir menos que isso. Uma vez e meia, eu não sei. Tem um histórico de reajuste da ANS.

Então, apesar de a ANS ter feito mudanças no sistema, na metodologia, enfim, no último ano, aplicadas agora, inclusive com erros que geraram reajustes ainda menores, nós estamos propondo que as empresas reajustem seus planos conforme a experiência de seus portfólios. Ainda assim com fiscalização ou autorização da ANS. Mas não com um bem bolado do Brasil todo que gera um sistema, um índice que acaba simplesmente desestimulando o mercado. Então, é isso que a gente está falando aqui de reajuste para os planos individuais.

O último ponto aqui, que é o escalonamento de aumentos por faixa etária, também é polêmico. Que aí vem aquela história do Estatuto do Idoso, de cobrar dos velhos, que não tem mais renda, e etc. e tal. Mas basicamente o que foi dito aqui, e aqui eu volto com aquele gráfico lá da Unidas, para você verem como os custos acabam subindo muito lá na última faixa etária, mas parte da razão que tem aquele pico ali da última faixa etária é porque ela é uma faixa etária de 40 anos. É mais do que 50, é, 59... Aliás, mais do que 59. Então, como o bolo todo está em uma faixa etária só, o que é que acontece? Quando as pessoas completam 59 anos, você tem um pico de reajuste de, sei lá, 60, 70%, que dá uma... o pessoal de Procon aqui deve estar acostumado com essas reclamações, da NIP, da Procon, da Justiça, da tudo. Porque você concentra naquele momento o que está previsto dali para a frente. O que foi discutido na última vez que esse assunto estava no Congresso Nacional, no famoso... quando o Rogério Marinho era o relator de uma comissão especial para discutir mudanças no Marco legal, era justamente quebrar no sentido de dividir essa última faixa etária em intervalos de cinco anos, ou o que fosse, para suavizar esse impacto que acontece hoje aos 59 anos. Então, imaginem, a conta não é tão simples, mas só para a gente marcar aqui a ideia, que esse reajuste de 60 anos, de 59 anos, fosse de 60%. Ao invés de 60% ali aos 59 anos, que fosse 15 ali, 15 dali há cinco anos, 15 dali há 10 anos, e 15 dali há 15 anos. Essa foi a proposta que foi dita lá na comissão especial. E foi bombardeada por todo mundo.

Porque as pessoas ficaram: não, mas uma pessoa depois dos 60 anos não pode ter mais reajuste, o Estatuto do Idoso, tal. Bem, ficou como estava, e continuou o impacto pesado aos 59 anos. Então, a gente está dizendo o seguinte: vamos discutir isso sem emoções, estatisticamente, matematicamente, porque é, sim, um benefício de diluir isso ao longo de faixas etárias.

Modulação de coberturas, isso é uma outra polêmica que a Juliana(F) andou me perguntando aqui antes, né, Juliana, que era... isso foi entendido como... essa modulação de cobertura como redução de cobertura, redução de direitos. Ouvi absurdos como... tal como vai cobrir Cardiologia e não vai cobrir Ortopedia, coisas do gênero. É bem mais simples que isso, gente. Basicamente, nós estamos dizendo o seguinte: para ter coberturas menores, preços menores, a cobertura ambulatorial é que tem preços mais baratos, certo? Óbvio. Não está acontecendo isso. Ocorreram... quando essas segmentações foram desenhadas ou regulamentadas, a cobertura ambulatorial, o segmento, a segmentação ambulatorial... aliás, uma observação: a segmentação de coberturas já existe há 20 anos, então não nos acusem de criar segmentação, está na lei, já é feito, têm os planos referência, têm os planos hospitalares e os planos ambulatoriais.

O que nós estamos sugerindo é fazer uma mexida nessa divisão de ambulatorial e hospitalar para que produtos fiquem mais baratos. O que aconteceu nos últimos 20 anos? A terapia... vou dar um exemplo só, o assunto é mais complexo. As terapias de câncer, por exemplo, imaginem que uma pessoa tem recursos e quer assumir o risco da pequena despesa, do exame, da consulta, que é só cobrir eventos catastróficos, hospitalares, certo? Mas se você falar para aquela pessoa que tem tratamentos oncológicos de custo pesado, e eu estou falando de 500 mil por ano, coisas pesadas, que são... quimioterapias, na verdade, que são feitos em ambiente ambulatorial, a pessoa que tem o hospitalar: "Opa, esse risco aí eu não quero assumir. Eu quero cobrir isso também". Então, ele vai para o plano referência.

No plano ambulatorial, se tem alguém querendo comprar ele, ele encareceu muito, por quê? Porque ele cobre terapias oncológicas que custam muito caro e estão no ambiente ambulatorial. Então, o que está se sugerindo? Isso é só um exemplo, tá? O que a gente está sugerindo aqui é que haja mais opções dentro da segmentação ambulatorial para, por exemplo, ter um plano só de consultas e exames. Por exemplo: "Ah, eu quero consulta, exame e terapia", "Ok. Consulta, exame e terapia, aqui está"; "Não, eu quero consulta, exame, terapia e urgência e emergência", "Ok, está aqui". É só mais opção. Eu não consigo entender como é que alguém pode

ser contra a gente oferecer mais opções que caibam no bolso de quem está comprando. Essa é a ideia.

Porque a gente entende que, se plano só de consultas e exames forem vendidos, e vão custar muito mais barato do que uma consulta nessas redes populares de consultas que estão surgindo, vai ser melhor para o consumidor e vai atrair esses indivíduos que não estão no sistema, que não tem nada hoje. Então, qualquer coisa é melhor. Inclusive, um diagnóstico mais cedo no segmento privado para depois, então, se tratar no SUS, tá? Isso inclusive leva a outro ponto que deve ser discutido, que é a integração do privado com o SUS. Porque, infelizmente, hoje, se você, se alguém de nós aqui chegar com exames privados, digamos, feitos no setor privado, diagnosticado, pronto. Se uma mulher for fazer os exames e diagnosticar um tumor no seio, no sistema privado, e for fazer essa cirurgia, ou tentar fazer a cirurgia no sistema público, ela tem que ir para o início da fila e fazer esses exames de novo pelo sistema público. Porque é uma discussão complexa, que nós não vamos abordar aqui, de dupla porta, por que uma pessoa tem recurso e pode fazer o privado e furar a fila do outro que está lá esperando? É cruel a discussão. Mas se você quer atrair mais gente para desonerar o sistema público, a gente tem que fazer essas integrações funcionarem melhor, ok?

Um outro ponto que está aqui, só para passar esse *slide*, mecanismos financeiros e não financeiros de contenção de custos. Nós estamos falando em franquia agregada anual. Esse é um tema que gerou muita reação porque as pessoas não entenderam, mas a franquia agregada anual é um mecanismo que existe nos planos privados dos Estados Unidos, do Canadá, da Austrália, e do mundo inteiro. Só o Brasil que não entendeu e nem pode fazer. Eu vou dar... tentar explicar por um exemplo também. O que são as franquias agregadas anuais? São valores elevados de franquia que a pessoa que está contratando um plano individual está disposta a assumir como despesa dele. Então, eu vou dar um exemplo, de novo, tentando ser didático, mas não necessariamente dizendo que os números são esses, mas imaginem que um plano de saúde custa mil reais por mês, determinada pessoa, mil reais por mês. Portanto, essa pessoa vai gastar, mesmo que não use nada, ela vai gastar R\$ 12 mil por ano, certo? Imagine que a operadora chegue para ela, para essa pessoa, e fala assim: eu tenho uma opção para você aqui. Eu vou te dar um desconto de 50%. Você vai pagar R\$ 500,00 por mês, mas você tem uma franquia agregada anual de R\$ 6 mil. Ou seja, os primeiros seis mil, que podem ser em uma visita ao pronto-socorro ou em N consultas ao longo do ano, mas até acumular 6 mil, a despesa é sua. Para a pessoa, teoricamente, é a mesma coisa. Na segunda hipótese do desconto, o pior que pode ficar para ela é: os R\$ 6 mil, que ela vai

pagar porque ela tem o desconto, e se ela usar, usar, usar, vai encher o copinho até R\$ 6 mil, vai dar os 12 mil, a partir dali tem cobertura.

Pasmem que quando a pessoa tem os primeiros R\$ 6 mil de franquia, ela vai gastar isso de uma maneira muito mais racional. Ela vai ser o guardião daquele próprio recurso, porque se ela gastar só 3 mil, ela terá economizado 3 mil ao final do período, né? Esse é o conceito de franquia agregada anual. Temos que fazer algumas modificações na lei? Sim. Porque quando a lei fala de franquias e coparticipações, para um produto dessa natureza, isso seria visto como se fosse uma franquia de 100%, ou uma coparticipação de 100% até encher o tal copinho, no nosso exemplo, de R\$ 6 mil. Ah, foi ao médico, gastou... Teve uma internação, foi R\$ 2 mil; R\$ 2 mil, você paga. Mais dois, você que paga. Na terceira, quando chegar aos 6 mil, a partir dali funciona como um plano normal de saúde. E são períodos anuais isso. Isso é muito comum nos Estados Unidos. As pessoas assumem uma parte do risco e, portanto, gerenciam muito melhor naquela primeira fatia de despesas.

E os descontos são relevantes, tá, gente? Combates a fraudes e desperdício... como diz o... no inglês é *no-brainer*, que é fácil vocês entenderem que, sim, tem iniciativas aqui, algumas têm que mudar Código Penal, algumas têm que mudar a regulação, mas, enfim, é uma maneira conjunta que eu acho que não nos divide, muito pelo contrário, nos aproxima, tanto para o regulador como de entidade de defesa do consumidor de maneira geral. E novos modelos de remuneração, isso aqui é muito mais uma coisa entre operadoras e seus prestadores, hospitais e laboratórios, eu só estou citando aqui para mostrar que o leque de iniciativas não é necessariamente mexer só em produto, mexer só na lei ou na regulação isso aqui já está acontecendo, inclusive. E, aliás, já acontece há muito tempo, o que a gente está dizendo aqui é aumentar, eu vou dar um exemplo, a maneira mais comum de fazer pacote de compartilhar risco com prestador mais antiga, mais comum são os pacotes para parto, por exemplo, que é um procedimento absolutamente comum. Então, em vez fazer aquele *fee for service*, que é você, o que gasta vai consumindo, você diz: "Olha, chegou na maternidade, eu vou pagar aqui X mil reais por parto". Alguns vão custar mais, outros vão custar menos, mas você passa para a maternidade ou para o hospital o incentivo de fazer uma boa gestão dos custos e desperdícios, até porque, como ela vai receber fixo, ela vai ganhar mais, quanto mais eficiente ela vier a ser.

A gestão de prestadores também é um assunto, digamos, interno, operadoras com prestadores e a ANS. Hoje, o que acontece é uma amarra muito grande, burocrática e regulatória

para substituição de prestadores na rede, isso acaba dando uma força exagerada aos prestadores de imporem custos mais altos, acabam pressionando muito as operadoras.

Esse é um tema polêmico também, difícil, complexo, que é a incorporação de novas tecnologias, no famoso rol de procedimentos, estamos lá em plena temporada do rol que vai entrar em 2021, mas o que a gente está dizendo, o que aconteceu com o rol, pessoal, é o seguinte, o rol serviu para padronizar todas as coberturas de plano de saúde no Brasil, e isso tem um mérito enorme, porque senão era uma bagunça, um famoso faroeste. Mas a proposta inicial do rol, que era que fosse um plano, um plano, não, um padrão, uma lista mínima de coberturas, e a partir dali operadoras poderiam criar produtos, e cobrir isso, e cobrir aquilo, etc. e tal. [ininteligível] a cada dois anos com novas incorporações, com novas incorporações, com novas incorporações, de forma que hoje ainda continua sendo ali uma lista mínima de coberturas, mas muito elevada. Portanto, o custo é muito alto, porque cobre tudo, simples assim.

Então, a gente tem trabalhado junto com a ANS, e de novo, conforme eu falei, a temporada está aberta para essas discussões, e a ANS mudou as regras, inclusive, melhorou as regras de incorporação de tecnologias nessa última rodada, onde hoje são exigidos, geralmente são especialidades médicas, laboratórios que vão lá, vão dizer: olha, esse remédio tem que entrar, porque ele é superbom, resolve tudo, o outro, essa técnica nova. Geralmente, assim, as entidades [ininteligível] apresentam sugestões, e hoje há uma exigência muito grande de dizer: olha, primeiro, me prove que isso realmente agrega valor, que são essas avaliações de tecnologia em saúde, que são relatórios que têm que ser feitos e comprovados. E outra são os famosos AIRs, análise de impacto regulatório, que são exigidos hoje porque, ok, pode ser que seja, imagine essa droga da Novartis aí, não tem dúvida que ela cura, U\$ 2 milhões, bota para dentro do rol, isso vai custar bilhões de dólares por ano no Brasil, podem pagar? O sistema aguenta? O SUS aguenta? Há uma discussão que tem que ser feita se o sistema consegue suportar esse tipo de cobertura, senão quebra o SUS e quebra o privado, então é isso que a gente está dizendo aqui com relação ao rol de procedimentos.

Enfim, essas propostas, essa discussão, essa apresentação, de uma maneira geral, está em livretos [ininteligível] aqui, disponíveis num link que está aí na apresentação, e tenho impressão que ele vai ser distribuído aqui, essa apresentação vai ser disponibilizada, portanto, o link está disposto a todos vocês. Muito obrigado.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE MARCUS TEIXEIRA BRAZ: Muito obrigado, Dr. João Alceu, eu gostaria de chamar agora o Dr. Sidney Rosa.

[falas sobrepostas]

SR. SIDNEY ROSA DA SILVA JÚNIOR: Bom dia a todos. Eu não tenho apresentação, não, vou ser bastante breve porque tem bastante gente para falar hoje. Queria, primeiramente, agradecer o Amauri, pelo convite, um grande amigo, grande membro dessa luta na defesa do consumidor. Queria cumprimentar todos da Mesa, o faço na pessoa da Dra. Patrícia Cardoso, a única mulher da Mesa, precisamos de mais mulheres nessa Mesa. E é bem interessante a gente falar esse tema, especialmente depois da palestra do Dr. João, muito didática, muito boa, muito técnica, eu acho que o debate tem que ser nesse nível. A gente tem andando num ambiente muito polarizado em todos âmbitos nesse país, e a gente tem que cada vez mais ampliar as discussões para um ambiente mais... discutir problemas e não discutir posições ideológicas.

Talvez um dos pontos que talvez mais tenha acirrado esse embate polarizado entre órgãos de defesa do consumidor, e prestadores, operadoras, tenha sido a forma como esse debate foi levado a cabo nas arenas políticas e regulatórias. A gente viu alguns momentos onde debates ocorridos na agência reguladora foram judicializados, depois de algumas coisas serem assentadas na agência reguladora, órgãos de defesa do consumidor levando isso em discussões perante o Supremo Tribunal Federal, discordando daquele debate que era democrático. Em alguns momentos, projetos de lei de operadoras, como a gente viu no caso dos planos populares, debate, um projeto que foi levado à arena política pelas operadoras, que desconsiderava uma série de questões, uma série de avanços que foram debatidos democraticamente no âmbito da agência reguladora. Então, eu acho que esses atalhos políticos e atalhos regulatórios não levam a gente a nenhum avanço, a gente precisa sentar e debater isso de forma mais técnica e focando no problema.

O Dr. João colocou que os planos de saúde não são um setor problemático, não são, eles constam como 17º no ranking de mais reclamados no Sindec. O grande problema é que às vezes as situações relacionadas à plano de saúde não levam aquele usuário vá no Procon, o cara está num ambiente, numa situação tão problemática que ele já vai direto ao Judiciário, ele vai no plantão judiciário, ele leva aquela ação. Então, se a gente for levar essa conta em consideração a todos os ambientes de onde a gente pode conseguir, em termo mais genérico, reclamação, contando processos judiciais, a gente vai ver que o ambiente é muito mais problemático. Mas é

problemático em razão da postura das operadoras, das empresas? Talvez a gente tenha um ambiente aí que a gente precise resolver, que é o ambiente da informação.

Uma vez, eu estava fazendo um exercício, e aí eu perguntei a alguns familiares meus, pessoas que, em tese, esclarecidas com relação, até o âmbito jurídico, pessoas que eram do âmbito jurídico, e eu perguntava assim: Seu plano de saúde, ele é individual ou é coletivo? Ninguém sabia responder isso, ninguém sabia responder. Pessoas do direito, pessoas da área médica até não sabiam responder se aquele plano era individual ou coletivo, para a gente ver o nível de assimetria de informação que o consumidor vive em relação a esse mercado. Então às vezes a gente está debatendo no âmbito da... e às vezes a gente se pega com isso, a gente tem que fazer a autocrítica, a gente está debatendo uma questão técnica, a gente tem sempre que fazer esse exercício, assim, como isso chega ao consumidor, o que ele acha que ele está comprando. Porque o consumidor acha que está comprando uma coisa, quando ele vai usar, é outra, a operadora tem razão, está lá no contrato, está cumprindo as normas regulatórias, mas o consumidor, ele comprou aquele produto achando que era uma coisa e chegou lá era outra. Então a gente tem que endereçar esse problema, é um problema que precisa ser endereçado o quanto antes. Não adianta a gente estabelecer mais normas, estabelecer maior segmentação, maior modulação de coberturas, e essa talvez seja a maior crítica, quando órgãos de defesa do consumidor falam: ah, vamos aumentar a segmentação, vamos aumentar a modulação de coberturas. A preocupação não é ser contra modulação, ou ser contra segmentação, é como isso atinge o consumidor, do ponto de vista informacional, como que o consumidor entende essa modulação de coberturas.

Isso está muito ligado, por exemplo, à questão do rol, foi falado aqui do rol, que o rol, há uma discussão grande que eu acho até que é uma discussão um pouco infértil, se o rol é exemplificativo, o rol é taxativo. O rol, como rol, ele é alguma coisa que tem um limite, se fosse exemplificativo, não precisa ser rol. Mas, assim, de que forma a gente operacionaliza um rol taxativo nesse âmbito onde há uma assimetria de informação considerável entre consumidor e prestador de serviço? Eu participei de todas as reuniões relacionadas à nova normativa do rol, que hoje é muito festejada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, para entender como que funciona o rol, como que funciona o acréscimo de novas tecnologias. E, de fato, assim, algumas tecnologias precisam ser acrescidas com alguma parcimônia. Não dá para trazer uma tecnologia de 2 milhões por uso para um ambiente onde você vai ter esse uso massificado de vários consumidores, mas nessa participação no rol, estava com a Patrícia, inclusive, em algumas

reuniões, né, Patrícia?

E a gente, em uma primeira reunião, eu lembro que foi apresentado o formulário onde as pessoas poderiam sugerir novas tecnologias, se discutia: ah, é um ambiente democrático, qualquer um pode apresentar uma sugestão de inclusão de nova tecnologia. Lembro que tinha um senhor, até o senhor falava: “Ah, o meu médico falou que essa tecnologia era mais barata, mas não consta no rol, a operadora não quis cobrir”. E falava-se para ele: não, agora o senhor vai poder preencher o rol e apresentar essa nova tecnologia, esse novo tratamento para ser incluído no rol. E aí começou a discussão sobre rol, requisito, requisito tal, requisito X, impacto, e evidência. E aí eu falava para a Patrícia: Olha, esse senhor não vai conseguir fornecer essas informações, eu acho que só a gente e as operadoras que vão conseguir fazer. Acabou a reunião, eu falei para a Patrícia: Eu acho que nem a gente, nem com o nosso corpo técnico a gente consegue, só indústria e prestadores.

Isso é uma alegoria, mas demonstra claramente, assim, o quão difícil é para a sociedade participar dessa discussão sobre inclusão de novas tecnologias. Então, talvez a gente tivesse que pensar num modelo onde tivesse alguma estrutura que pudesse analisar, até inclusão de novas tecnologias, de modo contínuo, como existem em outros países, claro que você precisa de uma estrutura própria para isso, mas onde você não tenha um input nesse processo unicamente do setor médico hospitalar, de prestadoras, operadoras e indústria, seria importante que os consumidores, que a população tivesse uma maior transparência e um entendimento melhor desse processo, inclusive para fins de participação.

Algumas questões são importantes serem discutidas também com mais clareza. A questão do reajuste, a gente fica muito, as últimas discussões sobre reajuste trataram basicamente de fórmulas matemáticas, se a fórmula é boa, ou se a fórmula é ruim, era difícil até para a gente entender o quanto isso impactaria o consumidor, na mudança de um reajuste, se isso impactaria para mais, para menos, como que isso seria aplicado nos reajustes passados. O fato é que existe um problema, tem um problema sério aí, os planos individuais não estão sendo vendidos, como que a gente endereça esse problema? E de fato o Dr. João tem razão, não dá para a operadora precificar um produto para 80 anos à frente sem a segurança de que vai ter algum tipo de acompanhamento. Agora, do ponto de vista dos consumidores, também tem uma desconfiança grande do quanto isso vai ser aplicado e de quanto essa liberdade vai ser utilizada de forma regular ou não. Então assim, é um problema que parece passível de ser endereçado, passível de

ser discutido de forma técnica junto com a agência.

O problema é que quando a gente fala assim “passível de ser discutido perante a agência”, a gente começa a verificar outras tentativas, por exemplo, de diminuir a atribuição da agência, de diminuir a competência da agência para discutir essas questões. Hoje, se fala, uma série de notícias que surgiram, certas ou erradas, o fato é que existe uma discussão grande sobre uma maior acumulação de competências no Consu, no Conselho de Saúde Suplementar. O Consu já está previsto na lei, ele tem uma previsão de indicar diretrizes políticas, diretrizes maiores para o âmbito da saúde suplementar, mas é necessário que haja um poder concentrado na agência reguladora para regular a matéria técnica. Quando a gente fala de mecanismos financeiros, foi falado na palestra mecanismo financeiro de regulação, por exemplo, coparticipação e franquia. Teve uma discussão muito grande na agência de saúde suplementar, na Agência Nacional de Saúde Suplementar, sobre coparticipação e franquia, eu inclusive participei de várias e várias consultas públicas, de Audiências Públicas, esse processo que durou eu acho que uns dois anos isso. E se chegou a algumas discussões interessantes, a gente discordava de muita coisa, né, Patrícia? A gente manifestou muita discordância, mas manifestamos concordância com outros pontos. O fato é que depois de uma discussão de dois anos, você acaba aceitando aquilo como possibilidade. Quando a resolução estava pronta, chegou a ser editada inclusive, essa resolução foi atacada no STF, e o STF, numa decisão muito ruim, disse que aquela resolução era inconstitucional porque deveria estar prevista na lei, mas já estava prevista na lei, os mecanismos financeiros estão previstos na lei de plano de saúde. E posteriormente a isso, uma série de outras medidas regulatórias foram adiante, uma série de outras propostas legislativas pretendiam regular via lei os mecanismos financeiros de regulação, como coparticipação e franquia. No nosso modo de ver, isso é um atalho ao sistema democrático. Se você tem um processo de dois anos sendo discutido entre vários atores, órgãos de defesa do consumidor, operadoras, laboratórios, hospitais, e você depois dessa discussão, quando a resolução é editada, você vai para um atalho e tenta anular aquilo, isso, para o sistema, é muito ruim, para o sistema, isso traz uma insegurança muito grande, e você cria efetivamente essa ideia de polarização que a gente tem que evitar.

Um outro ponto que me parece problemático ainda nessa regulação que existe hoje, e aí talvez seja um problema legal, está exatamente... e as propostas que foram noticiadas de alteração da lei talvez tragam algum tipo de melhoria nesse sistema, é exatamente a questão da liquidação extrajudicial das operadoras. Hoje, o sistema é muito ruim, hoje, o sistema é de verificação se a empresa está em dificuldade, a agência reguladora estabelece um sistema de

maior observação, com as direções fiscais, direção técnica, e a partir do momento que se verifica que realmente ela não tem condições de cumprir, se liquida. Não se permite nenhum ambiente de recuperação extrajudicial daquelas operadoras, isso, para o consumidor, é muito ruim, porque ele acaba sendo surpreendido com a liquidação de uma empresa, não se permite uma maior facilidade para a empresa sair daquela situação financeira difícil, e muitas vezes o consumidor acaba ficando sem o produto. Por que ele fica sem o produto? Há uma inconsistência, no meu modo de ver, regulatório, que o que acontece? Quando uma empresa está em processo de liquidação, uma primeira fase é a agência determinar alienação compulsória da carteira, ou seja, a operadora é obrigada a vender aquela carteira para outra operadora. Nesse período de alienação compulsória, o que tem acontecido? Ninguém compra aquela carteira. Por que ninguém compra aquela carteira? Porque depois desse período, abre-se um outro período de oferta pública, onde as operadoras podem comprar parte daquela carteira, e elas compram as partes boas daquela carteira. Então os idosos, doentes crônicos, aqueles contratos com mais idosos, mais doentes crônicos acabando ficando, ninguém compra, são essas pessoas que acabam ficando sem plano, e dificilmente elas conseguem se realocar em outro plano. Criar um ambiente onde haja efetivamente uma recuperação judicial das operadoras extrajudicial, sem que haja um processo de liquidação imediata, alienação de carteira, de só observação daquele processo de realmente declínio econômico-financeiro da operadora é muito importante, a gente precisa debater isso, uma modificação legislativa que permita uma recuperação extrajudicial das operadoras é muito importante para o consumidor também.

Sobre a questão dos mecanismos assistenciais, mais uma vez, como os mecanismos financeiros de regulação tiveram esse revés, ou seja, houve uma discussão muito grande na agência sobre coparticipação e franquia, e posteriormente isso foi atacado via STF, e houve um revés muito grande, os mecanismos de regulação assistencial acabaram não sendo discutidos e todos eles estão sendo tentados de serem implementados via alteração legislativa. O que isso é muito ruim, seria muito mais interessante que tivesse um ambiente de discussão desses mecanismos de hierarquização, de direcionamento, dentro da agência reguladora, para que se pudesse efetivamente debater como isso funcionaria, como isso impactaria o consumidor. E mais uma vez, não é um antagonismo com prestadores, não é um antagonismo com operadoras, é só que nesse ambiente democrático é possível trazer a visão do consumidor para aquele produto e fazer com que aquele produto seja moldado de uma forma que ele não impacte negativamente o consumidor. Isso não significa que a operadora vai ter menos lucro, que a operadora vai perder, vai

ter uma limitação de como reajustar aquele produto. Na verdade, o que a gente quer é que o consumidor entenda aquilo que ele está contratando e saiba exatamente o que ele pode esperar daquele produto que ele contratou.

Com relação à rede, sobre essa questão da expectativa, há uma dificuldade, se propõe a flexibilização da rede, uma maior facilidade de substituição de prestadores, qual é o problema disso? A gente recebe muita reclamação de consumidores que compram o produto em razão da rede que é oferecida, a oferta de determinados produtos é feita: olha, eu tenho esse, esse e esse hospital, compre o meu produto. E o consumidor compra aquele produto não porque ele tem cobertura maior do que o rol, ou porque ele efetivamente é uma empresa mais segura, ele compra porque tem aquele hospital que está perto da casa dele. Então quando você altera essa rede, e hoje eu ainda acho que a regulação é muito flexível com relação a isso, porque, não sei, eu não sei dizer aqui em relação a bairros, mas no Rio de Janeiro, o Rio de Janeiro é um município muito grande, então você permite que eu feche o hospital do lado da casa da pessoa e abra outro a 100 quilômetros de distância, e eu estou cumprindo a regulação, porque eu estou dentro do mesmo município. Isso para o consumidor é terrível, isso a gente precisa endereçar esse problema, porque, obviamente, a operadora não pode ficar presa à uma rede inflexível, às vezes, o próprio prestador está cobrando um valor astronômico, e a operadora não quer pagar aquele valor, mas como você endereça isso do ponto de vista do consumidor que adquiriu aquele produto porque o hospital é do lado da casa dele, e aquilo foi ofertado como uma grande característica daquele produto? Quem assume esse risco? Como que a gente dilui esse risco na operação?

A gente tem que pensar, e isso é um ponto importante, como trazer essas mudanças que estão propostas e são noticiadas em jornal como propostas de operadoras, ou propostas de órgãos de defesa do consumidor, lobbies que são feitos no Congresso, como que a gente traz isso para um ambiente de discussão de problemas? A gente precisa se debruçar sobre essas questões do ponto de vista técnico, sem paixões, como falou o Dr. João, mas que as empresas e as operadoras também entendam que o consumidor adquire aqueles produtos com base naquilo que lhe é ofertado. E imaginar que o consumidor entende o produto que está sendo contratado com aquele contrato que lhe é oferecido é uma ilusão completa, o consumidor não entende aquele contrato que lhe é oferecido. O corretor que vende o contrato ao consumidor muitas vezes fala muitas coisas que não funciona, não são o correto. Outro dia, eu cheguei na minha casa, eu encontrei na caixa do correio um panfleto que dizia assim, era uma tabela, um panfleto de planos de saúde com uma tabela de preços, e dizia assim: ah, plano individual empresarial, tanto. O que é

um plano individual empresarial? Sim, tinham vários preços, plano individual empresarial, não sei o que, plano individual empresarial, isso para o consumidor é terrível, precisa... a agência também precisa se olhar um pouco para esse ambiente de corretagem, para esse ambiente de vendas, porque esse ambiente é extremamente danoso ao consumidor. Quando você vende talvez seja o momento mais importante daquela operação, porque exatamente onde vai dizer ao consumidor o que ele tem direito ou não, para que ele possa escolher: não, eu não quero essa empresa, eu quero a outra, que me oferece um serviço melhor.

Então, a nossa preocupação, Dr. João, é muito essa, não é limitar operação, fazer com que a empresa não tenha reajuste. Eu, particularmente, tenho uma posição até que eu acho que tem que realmente diluir os reajustes em mais faixas etárias, eu acho que isso é favorável, é benéfico ao consumidor, mas que isso seja feito numa discussão democrática, numa discussão ampla, não pode ser num projeto de lei que seja aprovado de uma hora para outra no Congresso Nacional, sem que a gente tenha conhecimento nem do texto, a gente só tem conhecimento muito próximo da sua aprovação, mas que isso seja discutido. E eu acredito que abrindo essa discussão a gente vai conseguir olhar para esses problemas de uma forma técnica, de uma forma sem paixões, porque o consumidor efetivamente não tem o ambiente dos planos de saúde como 17º na sua lista de reclamação, a gente ainda tem esse ambiente no nível altíssimo de reclamações.

Hoje, tem um robô no Rio de Janeiro que a gente consegue analisar os dados do Tribunal e verificar o número de reclamações, infelizmente, eu não trouxe aqui o ranking como estão os planos de saúde, mas o volume é gigantesco de processos em face de operadoras de plano de saúde. E o que eu noto, a gente não terminou ainda uma pesquisa sobre isso, que grande parte dos problemas está entre o consumidor ter comprado um produto, ter adquirido um produto achando que ele ia prestar determinado serviço, quando, na verdade, o produto prestaria outro, na venda, ele teve uma impressão ruim, uma percepção ruim daquilo que seria ofertado para ele. Então, a gente precisa endereçar essa assimetria de informação.

Eu não vou me alongar mais, tem muitas outras pessoas para falar, obrigado pela atenção de vocês, eu estou à disposição para o final para as perguntas.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE MARCUS TEIXEIRA BRAZ: Muito obrigado, Dr. Sidney. Agora, eu gostaria de chamar ao púlpito a Dra. Patrícia Cardoso.

[falas sobrepostas]

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Posso falar daqui? Porque eu estou supergripada, eu estou, assim, desculpa até a minha voz. Então vou falar daqui porque aí eu posso falar sentada.

Primeiramente, eu queria agradecer ao Amauri pelo convite, é um amigo querido, e estar aqui é um prazer, tá, Amauri? Queria cumprimentar a todos da Mesa, na pessoa das mulheres que estão na plateia, menos terno e gravata, e mais vestido, né, gente? Estou sozinha aqui, mas vamos lá. Eu fiz umas anotações, eu também não trouxe nenhuma apresentação, porque o tempo também é curto, eu vou tentar ser muito breve.

A partir da fala do presidente da FenaSaúde, Dr. João, e do Sidney, meu amigo também querido. Eu sou defensora pública, e a gente atende aos consumidores de saúde suplementar, ou seja, na minha porta, provavelmente agora, nesse momento, tem algum consumidor no Nudecon lá do Rio sendo atendido com uma demanda de saúde suplementar. Então, a visão da defensoria, e, hoje, o público de saúde suplementar é um público de defensoria, no passado, se questionava isso: Ah, como que a defensoria vai defender quem tem dinheiro para pagar plano de saúde? Mas com a coletivização dos planos, nos últimos anos, o acesso à saúde suplementar, hoje, ele está nas camadas mais simples, mais humildes, e menos informadas também, na sua base e na hora da contratação, eu venho ratificar, fazer minhas as palavras do Sidney, assim. Então, hoje, os planos são predominantemente coletivos, quase 90%, 80% e poucos são planos coletivos e comercializados no seguinte ambiente, a grande maioria, num ambiente desse panfletinho que o Sidney falou, que pegou na caixinha de correio dele, e nos RHs das empresas assim. Vai querer plano de saúde? Ou então: você tem direito a plano de saúde. Acabou.

Então, hoje, trabalhar a venda do produto que gera receita para o negócio desse mercado, para mim, é o maior desafio. Maior que tentar mudar a lei lá no Congresso, é esse, é um dever de casa que efetivamente o mercado não faz, não faz. É vergonhoso, é vergonhoso o lucro que se tem com essa venda de... eu vou ser assim, até usar um termo chulo, é uma venda de esquina, de camelô, é uma venda de camelô. Porque a pessoa chega no Nudecon dizendo que a ANS fixou o reajuste em 10, e o dele aumentou 35, e aí a gente começa lá no Nudecon a fazer um trabalho de Sherlock Holmes, né? Todo defensor é psicólogo e detetive, mas já é inerente. Aí começa a tentar descobrir se o contrato é coletivo, como que está sendo boletado, se tem administradora de benefício, se o cara foi aumentado por causa da faixa etária, se tem mais gente no plano, se tem uma associação que migrou ele para uma outra associação, e ele já não sabe de que associação, é

isso, é isso. O ambiente de negócios é ridículo, não tem outro nome. E a partir disso, começam a surgir os problemas de assimetria de informação, sem contar todos os outros problemas que esse mercado enfrenta.

Esse 17º lugar aqui, desculpa, João, mas eu acho que esse 17º lugar não pode ser mais colocado nessa apresentação, porque ele não condiz com a realidade. Quando a pessoa reclama de saúde suplementar é porque geralmente agregado já vem uma urgência ou emergência, ele não vai para o Procon, Procon não tem o poder de judicializar, ele vai parar no plantão do Judiciário, ele procura um advogado, ou então ele procura a defensoria. Então, para a gente poder ver índices reais de insatisfação, e de judicialização, e de reclamação, não é nem é judicialização, é de reclamação, a gente tem que olhar para a judicialização. Então, se você for procurar na judicialização, a judicialização é enorme, o próprio mercado admite que a judicialização é enorme e quer combater a judicialização com todos os mecanismos que tiver, porque judicialização não é uma coisa boa. O Brasil tem hoje 80 milhões de processos, sei lá, cada hora a gente ouve um número, 80, 90, 100, sei lá, mas é um absurdo. O fato é que esse 17º lugar, ele não condiz com a realidade.

Eu, no Nudecon, depois que eu... eu sou titular do núcleo há oito anos e estou na defensoria há 27 anos, são 25 anos de defensora e dois anos de estagiária, no Nudecon, a gente tem um projeto maravilhoso, eu vou falar do meu projeto, estou elogiando o meu projeto de conciliação. Realmente, a gente tem hoje índices de 90% de conciliação com o mercado de saúde suplementar. E eu acabei tendo que criar um departamento no Nudecon de saúde suplementar, tamanha é a quantidade de reclamações e a complexidade do tema, porque não é um tema simples. A gente tem lá, a gente trabalha hoje com a Constituição, CDC, a 9.656, a lei da agência, e todas as RNs, não é algo simples, até para quem é especializado em defesa do consumidor, você entender de todas as normas, assim. Primeiro que conhecer a quantidade de RNs da agência já é uma... é quem está um pouco inteirado disso, eu não sei nem quantas são, mas num outro dia eu, numa reunião da Câmara, alguém falou, eu quase caí dura. Eu falei: Ah, está explicado porque eu não consigo conhecer todas. E então, assim, é um ambiente complicado, e as reclamações existem.

Eu pontuei aqui algumas observações, o risco moral em saúde, ele não pode ser igual ao risco moral de outros contratos de seguro. Mutualismo, ok, é um contrato de seguro, mas, assim, existe um elemento em saúde suplementar, não é o usuário, aquele cara que tem um carro e que

não toma cuidado, para o carro em qualquer lugar inseguro porque sabe que tem um seguro, se o carro for roubado, o seguro vai pagar, não toma tanto cuidado com o trânsito, porque o seguro vai pagar, não é essa... Seguro de incêndio, só está assegurado aquilo que está dentro de casa, não é igual ao rol, só vai pagar o que está no rol também, é diferente, a gente está falando de saúde. E quando vocês comercializavam planos, planos de saúde, os contratos, vocês vendem saúde, é esse o chamariz. Venha, tenha uma saúde suplementar, tenha mais do que o SUS pode te oferecer. Eu não estou dizendo que *ipsis litteris* está escrito no contrato, nem poderia, nem ninguém faria uma doideira dessa, mas o fato é que quando a pessoa compra um contrato desse, em algum momento, ela está achando que ela tem muito, que ela está comprando saúde. E quando a gente fala em risco moral, aí no meio dessa relação entre consumidor paciente e o plano, o mercado, tem o médico, tem o prestador, tem o laboratório, tem o hospital, tem a clínica, ninguém entra hoje, alguém aqui consegue entrar num laboratório e falar assim: hoje eu quero fazer uma tomografia, um PET, acordei cismada que estou com câncer, quero um PET, quero um PET Scan, alguém consegue fazer isso? Tem um médico que prescreve. Então, e você quando está na situação de paciente, vocês, por mais que até mesmo se você for médico, você está numa situação de hipervulnerabilidade. Se o médico vira para você e fala “vamos fazer esse exame”, você fica até desconfiado. Eu vou dar um exemplo meu, vou contar uma intimidade, tá?

Eu estou supergripada, na verdade, eu estou com sinusite. Eu estava me arrastando nessa gripe a semana inteira, semana passada, vim para BH, doente e tal. Sábado de manhã, eu acordei e me diagnostiquei, tem algum médico na plateia? Vai ficar bravo comigo, desculpa, eu me diagnostiquei, estou com sinusite, dor na face, muito fanhosa, prostração, tentei debelar a gripe, muito muco, eu faço sinusite de repetição, sabia que eu estava com sinusite. Cheguei numa médica com febre, sábado, é caso de emergência, não é que eu estou escolhendo, porque tem essa história, a pessoa não pode escolher, não pode ir num alergista, tem que ir na atenção primária, ok, fui na emergência. Cheguei lá, eu cheguei para a médica, falei: Você, me desculpe, mas eu vou te falar, eu acho que eu estou com sinusite, a gente vai ficando mais velho, conhece o nosso corpo. Ela me fez fazer radiografia, ela num exame clínico, ela teria identificado a minha sinusite. A pediatra do meu filho botava aquele pauzinho na língua do meu filho, via o muco lá no fundo e diagnosticava. Então é esse o ambiente de negócio, eu fiz a radiografia, deu sinusite, estou tomando amoxicilina há dez dias.

Então, assim, é esse o ambiente, você não pode achar que o risco moral é igual num outro contrato de seguro, isso não existe, gente. As pessoas chegam fragilizadas na frente do médico,

então a gente tem que levar isso em consideração. E assim, quando a gente fala em reajuste de plano de saúde, reajuste de plano individual e plano coletivo, tem uma história assim, e quando a gente já está há muito tempo nessa estrada, eu já era defensora antes da 9.656, na verdade, eu já trabalhava com defesa do consumidor, em 90, quando o código foi editado, porque eu já trabalhava no Nudecon. E a gente tinha poucos planos de saúde, mais hospitalares e tal. E o que aconteceu naquela época? Eu acho que é uma trajetória, a gente tem que analisar, a gente não pode deixar de olhar para essa trajetória do mercado. E eu vou falar aqui não como uma, não pesquisei isso cientificamente, não fiz mestrado, nem doutorado nisso, eu sou uma mera observadora a partir do olhar do consumidor, de quem atende o consumidor, aí esses anos todos.

Num passado, a gente tinha, assim, os planos de saúde como meros repassadores do valor para os prestadores, lá atrás. Uma época de hiperinflação era muito bom esse negócio, porque você ficava dois meses com aquele dinheiro ali dos consumidores, depois repassava, não existia discussão do preço que se pagava, eu acho que não tinha muito isso, existia uma discussão, mas não... porque era um negócio tranquilo, esse mero repasse era fácil fazer. Com o passar dos anos, estabilidade da moeda e tal, esse simples repasse para o prestador, ele acabou não sendo suficiente em termos de negócio. O que aconteceu? Começaram a dizer não para o consumidor. Isso foi antes da 9.656, e eu era defensora pública, eu peguei, eu lembro de um caso de um senhor que teve um AVC e teve uma negativa de internação, porque diziam que ele tinha doença pré-existente porque ele declarou que era hipertenso, era esse o ambiente. E aí: não, não, não, os planos começaram a se comportar dessa maneira, o mercado, e aí veio a 9.656 para regulamentar minimamente um mercado que estava muito desorganizado. E é o que a gente tem até hoje.

Depois, veio a lei da agência, a Agência Nacional de Saúde Suplementar é uma agência que está fisicamente lá no Rio, eu acho que faz o seu dever, não estou falando isso porque eu estou num ambiente público e nem na tua frente, *longa manus(F)* aqui de Leandro, de Simone e tal, mas assim eu estou falando isso porque é uma agência que tem um ambiente democrático muito bom, assim, muito real, sabe. A gente participa, a gente tem interlocução, e muitas das questões que precisaram, ao longo desses anos todos de 9.656, serem resolvidas, estão sendo resolvidas pela regulação. Eu acho que o trabalho da regulação, ele vem sendo bem eficiente. Não entendo a necessidade dessa modificação tão radical da legislação, porque o que vem por aí é bem radical, eu acho, porque teve um movimento, há uns dois anos atrás, de discussão de um projeto de lei real, com número, porque esse PL, eu acho que não é aquele PL lá de dois anos atrás. Aquele tinha número, era uma agregação de vários PLs de saúde suplementar, tramitando sobre o regime de

urgência, sendo que o PL que trazia urgência já tinha perdido o seu objeto, que era o PL do exame de Zika, e o negócio continuou tramitando com... o negócio, a PL, desculpa, com urgência. Agora é um novo PL, que a gente não teve acesso assim formal a esse PL, eu acho, e ele é dado como aprovado certo. Todos ambientes que a gente vai agora tem como uma aprovação certa desse PL de modificação da 9.656, e, além... e não se ouviu os órgãos de defesa do consumidor, a gente está aliado desse debate, se esse debate é republicano, eu não sei se é, eu, sinceramente, a gente... vocês foram ouvidos? Os Procons foram ouvidos? As entidades foram ouvidas formalmente? A defensoria não foi, eu sou presidente da Comissão do Condege e eu não fui.

Então, assim, é um... e outras tantas ocorrências, tantos outros fatos têm acontecido em termos judiciais do Judiciário, de modulação da própria lei e das regras da agência. Então, a gente tem inúmeros repetitivos afetados, a questão do reajuste depois dos 59 anos, a gente já teve um repetitivo nos planos individuais que autorizou o reajuste após 59 anos, praticamente, e agora a gente está com outro repetitivo dos 59 anos nos planos coletivos, com Audiência Pública marcada para fevereiro, que também pode modular da maneira bem... de uma forma bem parecida com os 59 anos no individual. E assim, os contratos coletivos já sofrem um reajuste anual que não é um regulado pela ANS, por sinistralidade. Eu não sei o que vai acontecer agora com esse repetitivos dos 59 anos. Tem o repetitivo do rol taxativo. Então assim, são inúmeras ações no Legislativo e no Judiciário tendentes a mudar aquilo que hoje trouxe como garantia desses consumidores mal informados ao acesso, não é um acesso restrito, eu acho que pagar uma mensalidade de um plano de saúde não dá direito irrestritamente a tudo, senão não precisaria existir rol, é uma questão de português, rol é uma questão de português. Nesse rol, tem que ser trabalhado de uma forma melhor, já pontuei isso lá na agência e concordo com o Sidney, mas o fato é que hoje a gente tem muitos problemas e que estão tentando ser solucionados. Porque assim, o mercado não está satisfeito, mas os consumidores também não estão, aqueles 80% de satisfação, não sei se está aqui ou em outra pesquisa, não sei se... você falou aqui dos 80, do Ibope, é uma satisfação, é óbvio, porque as pessoas têm pânico do SUS. Não que o SUS seja ruim, o SUS, ele tem as suas ilhas de excelência, a gente sabe, prevenção a HIV, vacina, tratamento de câncer, transplante, mas, assim, hoje, as pessoas têm pânico de ir num... aqui é UPA também?

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: [pronunciamento fora do microfone].

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Lá, no Rio, todos, a atenção primária toda entregue à OS, hospital, as pessoas ficam apavoradas. Então, quem tem um plano de saúde já

agradece a Deus, para quem acredita, agradece a Deus por ter um plano de saúde. Então assim, e hoje a gente tem consumidores insatisfeitos, a gente tem planos insatisfeitos, eu acho que para a gente chegar a um denominador comum a gente teria que ter um debate mais democrático e republicano.

Custos, eu ouvi o Sr. Alceu falar um pouco de custos, como as empresas estão gerenciando esses custos e gerenciando o preço. A saúde suplementar perdeu muitos clientes, 3 milhões de clientes nos últimos anos, e esses clientes, eles saíram dos planos coletivos, basicamente, que é uma pesquisa da própria agência também. Porque quem tem seu plano individual está agarrado nele que não solta, né? A pessoa está lá apegada, que não vai soltar de novo nenhum, porque não deve soltar, não deve realmente soltar hoje em dia. Essa evasão, ela veio do plano coletivo, das pessoas que não estão conseguindo pagar, e das empresas que estão mandando embora, não estão conseguindo pagar. Então, a agência fez um dever de casa muito interessante, no sentido de aprimorar a regra de portabilidade, para a pessoa poder ir para um plano menor, fazer um *downgrade*, acabou com a janela, uma coisa que a gente reivindicou muito lá no... Quer falar?

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Só ia corrigir, nesse período, daqueles 3 milhões, cerca de 500 mil são individuais, 125 mil por ano têm cancelado [ininteligível].

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: É a crise também, né? A gente está vivendo uma crise muito grande, que todo mundo espera que a gente consiga sair, mas o Brasil está numa crise ferrenha há quatro, cinco anos, assim, então, tem muito a ver também. E eu acho que qualquer movimento de mudança legislativa, numa grave crise, é tão complicado, sabe, gente, e a gente está vivendo uma crise, isso está impactando o setor, não só o setor de saúde suplementar, outros setores da economia. Então, assim, aquela migração, aquele projeto de migração para planos coletivos, para sair da regulação de preço do individual também não está dando mais certo, porque as pessoas estão indo embora.

E custos, eu queria muito falar sobre custos, assim. Eu vou usar uma fala aqui do... o Alceu falou assim: custos, essa ligação entre prestador e plano é uma ligação, assim, entre nós, assim, como se fosse uma ligação que não tem a ver com o consumidor. Realmente, ela não é uma ligação, essa relação jurídica, ela não sofre influência da agência, não é regulada pela agência, mas ela traz um impacto direto e imediato no consumidor, por quê? Porque o custo tem que ser auditado, controlado, para que esse preço final não faça um impacto muito grande lá no consumidor. Porque, hoje, a gente vê que está... eu não sei, que eu não estou no bastidor do

negócio, não sou do mercado, mas, assim, está tudo bem, está tudo ótimo entre os prestadores e os planos. Primeiro racha assim, que nem sei se foi racha, mas o primeiro movimento grande de racha de um grande prestador com um plano grande foi agora com o descredenciamento por parte da Amil ou da Rede D'Or, que aconteceu há pouquíssimo tempo. Não sei por que motivo eles não chegaram a um denominador comum, mas por que não mudar a forma de remuneração? Por que não enfrentar, ter como adversário maior não só quem está consumindo, quem está dando despesa, que, na verdade, quem... não é o consumidor individualmente, é o consumidor com o prestador que tem dado. E quem é, quem tem condição de brigar no mesmo patamar, vira para o seu prestador e fala: olha, eu não vou te pagar mais numa tomografia no interior do Maranhão do que eu te pago no Einstein, não vou te pagar. O mercado, os grandes têm que se enfrentar para que o preço para o consumidor continue acessível, para que os clientes continuem consumindo saúde suplementar, é óbvio isso.

Então assim, quando a gente fala em rol, drogas, e terapias de altos custos, são exceções esse remédio aí caríssimo, são exceções, eu acho que o gargalo está no dia a dia, está na quantidade de exames, como essa minha radiografia, está se trabalhar melhor o prestador, se auditar, eu sei que são milhares de procedimentos por dia, né? Imagino o que é uma auditoria de um plano de saúde, não é uma coisa simples, mas assim, se tomar conta, muito mais conta dessa relação com o prestador, se vai mudar de *fee for service* para outro tipo de... até num próprio colóquio da FenaSaúde, há dois anos ou três, lá em São Paulo, que eu tive oportunidade de ir, a gente viu palestrantes internacionais falando dos mesmos problemas, não é uma jabuticaba, porque a gente diz que as coisas aqui do Brasil são jabuticabas, só tem no Brasil, mas não, não é uma jabuticaba.

Então assim, formas de remuneração, fraude, é um mercado muito predatório. E assim, e a parte frágil desse mercado predatório é o consumidor que não sabe nem o que compra, a realidade é essa. Quando o Alceu falou em produtos acessíveis, me veio a questão dos planos acessíveis, e que é uma terminologia daquele PL de dois anos atrás, já existem variantes de planos, a gente já tem plano ambulatorial, com participação mínima do mercado, eu acho que não chega a 5%, porque é um negócio que não funciona, do jeito que foi colocado hoje assim. A gente tem uma judicialização imensa lá no Rio de Janeiro em planos ambulatoriais, porque a pessoa sente uma dor de barriga, vai parar num plano ambulatorial, numa assistência ambulatorial, está tendo um infarto, tem que se internar para fazer um cateterismo, é isso que... Então assim, hoje, a gente tem... Acabou meu tempo, né? Hoje, a gente tem planos ambulatoriais com esse tipo de

problema, tá?

Fazer, então, para concluir aqui, eu venho dizer é o seguinte, que o ambiente de negócio tem que ser aprimorado, tem que se investir na venda e no pós-venda, tem que se ter uma discussão mais democrática e republicana de toda e qualquer modificação que vá se fazer na legislação infraconstitucional, na lei dos planos de saúde que foi tão benéfica, que é tão benéfica, ai de nós se não existisse, ai de nós, como consumidores que todos somos, se não existisse 9.656 e se não existisse a agência. E a gente tem que discutir isso de uma forma democrática, não acalorada, não polarizada, a gente tem que ser pelo menos ouvido, que é o que não está acontecendo. E nunca deixando de esquecer... nunca deixando de lembrar, desculpa, que existe uma Constituição nesse país, e que essa Constituição é uma Constituição solidária, que é uma Constituição que traz como direito e garantia fundamental a defesa do consumidor, e que para a gente poder desrespeitar a defesa e a proteção do consumidor nesse país a gente tem que fazer uma nova Constituição. E não somente uma nova lei, tá bom? Muito obrigada pela atenção de vocês.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE MARCUS TEIXEIRA BRAZ: Dra. Patrícia, muito obrigado. Agora, eu gostaria de passar a palavra para o Dr. Cláudio Pires Ferreira.

SR. CLÁUDIO PIRES FERREIRA: Bom dia a todos e a todas. Gostaria de começar saudando e agradecendo nosso querido amigo, Dr. Amauri da Matta, pelo convite. O Fórum Nacional das Entidades Cíveis de Defesa do Consumidor, muito grato por mais esse convite para discutir um tema que afeta todos nós, consumidores brasileiros, especialmente aqueles consumidores da saúde suplementar.

Eu vou fazer uma breve manifestação, só aqui apenas para retratar melhor o cenário que a gente tem na saúde suplementar. Em torno de mais de 70 milhões de consumidores possuem plano da saúde no Brasil, o equivalente a 23% da população, em torno de 47 milhões de planos assistenciais, em torno de 23 milhões de planos odontológicos, operadora de plano de assistência, temos 762, e 292 operadoras de planos odontológicos, faturamento, 179 milhões, com alta de 11%, comparado com 2017. Eu gostaria de ressaltar esse projeto que está tramitando já há vários anos no Congresso que é o PL 7.419 de 2006, 2006, e eu gostaria de ressaltar alguns aspectos positivos e negativos.

E os aspectos positivos que eu gostaria de chamar atenção dos colegas, primeiro, é a oferta

obrigatória de planos individuais, a gente entende que é bem importante para o consumidor ter opções, e aí gostaria de até concordar com o presidente da FenaSaúde, que o consumidor, quanto mais opções ele tiver, melhor, obviamente, desde que acompanhado de um debate franco, de um debate democrático, como bem ressaltou a Dra. Patrícia. Cobertura para acompanhantes de pacientes menores de 18 anos, idosos, parturientes, pessoas com deficiência, por incrível que pareça, a gente tem que, apesar do Código de Defesa do Consumidor completar 30 anos o ano que vem, a gente tem que saudar a entrega ao consumidor de um contrato do plano coletivo. Outro aspecto bem interessante e bem positivo para o mercado de consumo é o estímulo às ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, já foi ressaltado aqui amplamente, o SUS também faz isso, eu acho que nós, entidades civis, enfim, os demais membros e órgãos do sistema nacional de defesa do consumidor também devemos nos dedicar um pouco mais a essa questão. Ampliação da portabilidade de carência de um plano para outro, isso daí é bem importante, especialmente quando há alguma falta de cobertura, quando há redução de hospitais, enfim, é extremamente importante essa ampliação.

Pontos negativos que a gente gostaria de deixar bem pontuado aqui, e o primeiro deles, primeiro desse projeto de lei é a redução do poder coercitivo da ANS ao reduzir o valor e a graduação das multas. Eu acho que, e aí eu gostaria de me somar ao que a Patrícia falou com relação à ANS, eu acho que a ANS, bem ou mal, mal ou bem, é uma das agências federais que tem uma atuação mais positiva no que diz respeito à defesa do consumidor, falhas, enfim, existem, como é natural, mas enfim, dentre o cenário das agências reguladoras em nível federal, a gente entende que a ANS é uma das que mais contribui para regular esse setor. Outro aspecto também negativo é a mudança da forma de pagamento, do ressarcimento ao SUS, esse é um problema que a gente tem que aprofundar esse debate e discutir cada vez mais esse mecanismo de ressarcimento do SUS para aqueles consumidores que utilizam o plano de saúde suplementar. Outro aspecto bem importante é a flexibilização das regras de garantias financeiras para operação. Isso aí eu acho que flexibiliza demais e sem a devida... sem o devido debate, né? Então é uma flexibilização que a gente entende que não é positiva para o consumidor brasileiro.

A supressão de projeto de leis que buscavam ampliar as coberturas assistenciais, né? A gente entende que toda a cobertura assistencial deve ser, na medida do possível, ampliada. A gente entende também que a questão do rol também a gente não pode simplesmente ampliar, a gente tem que ter a... um debate técnico sobre essa questão do rol, enfim, ver se aqueles procedimentos efetivamente prometem os resultados que eles propagam.

Eu gostaria também de ressaltar aqui, e apesar de já ter sido... falado anteriormente, esse gráfico é o gráfico comparativo pelo IPCA, serviços médicos e outros. Então, se a gente notar, a partir de maio de 2005 começa os planos de saúde, o custo do plano de saúde ser superior aos serviços médicos, aos serviços laboratoriais e hospitalares e aos produtos farmacêuticos e óticos. Então, a gente nota ali, desde aquele... daquele período, em torno de 2005, começa uma espiral, e aí não vou aprofundar no tema, é apenas para colocar um cenário, né, que efetivamente os planos de saúde têm, e aí a gente também tem que aprofundar a discussão, o porquê os planos aumentam os percentuais que estão sendo praticados. Eu acho que até em determinado ponto tem um aspecto que tem relevância, eu acho que tem que aumentar, porque aumenta a complexidade dos tratamentos, dos das drogas, dos medicamentos que são oferecidos ao mercado, mas a gente tem que debater muito, porque aqui eu acho que uma das conclusões que a gente já pode tirar é que falta muita informação, né? E aí quero pontuar a palavra do Sidney quando ele disse que muitos consumidores não... sequer sabem se o plano é individual ou se é um plano coletivo. Então, eu acho que está faltando muita informação, muita informação. Esse é, na minha opinião, um dos piores trechos que está faltando é a questão da informação ao consumidor, que tem sido extremamente deficiente, e aí eventos como esse eu acho que nos faz aprofundar esse tema que é extremamente importante para o consumo atual.

Temas relevantes que a gente gostaria, já me encaminhando para o final, para ser ao tempo que me foi oportunizado... oportunizado, primeiro é o aspecto... é o incentivo, oferecimento de planos individuais. A gente acha que o plano individual tem que ser cada vez mais ofertado, né? E até aquela retirada em massa em números expressivos dos planos de saúde já sinalizam que devem ser priorizados também, não são excludentes, mas devem ser ofertados planos individuais.

Mecanismos proativos de educação ao consumo da saúde suplementar, em especial informações sobre cláusulas contratuais, controle de orçamento financeiro e familiar e uso racional da assistência médica... da assistência à saúde.

O índice econômico próprio para o setor, para que o consumidor possa ter com base nesses insumos o que é que representa o reajuste, o que impacta, enfim, o que... como se forma aquele reajuste daquele plano de saúde. Então, a gente defende também que um plano... um índice de... econômico próprio para os planos de saúde, a gente entende como bem importante.

Avaliação da rede assistencial das operadoras em relação ao número proporcional de seus consumidores. E, por último, a revisão do modelo de remuneração, e esse é um outro aspecto

também bastante controvertido, que já foi ressaltado aqui, que há muita controvérsia entre os planos de saúde e os prestadores de serviços, que é justamente a revisão desse modelo de remuneração dos prestadores de serviço.

Então, eu agradeço o convite do Amauri para participar desse debate. Eu acho que esse debate deve ser cada vez mais aprofundado e, assim, eu acho que a gente tem que procurar mecanismos para informar cada vez mais o consumidor, especialmente nessa questão de plano de saúde suplementar. Obrigado a todos.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE MARCUS TEIXEIRA BRAZ: Muito obrigado, Dr. Cláudio. Agora, eu gostaria de chamar a fala do Dr. Fernando Martins de Freitas.

SR. FERNANDO MARTINS DE FREITAS: Bom dia a todos. Meu nome é Fernando Martins, eu falo aqui pela Comissão Nacional de Defesa do Consumidor do Conselho Federal da OAB, e quero agradecer ao Ministério Público de Minas Gerais na pessoa do Dr. Amauri pelo convite e pela oportunidade que nos dá enquanto Conselho Federal da OAB em participar desse tipo de debate. Quero adiantar que o Conselho Federal da OAB fará um debate, na verdade, uma audiência pública, Dr. João, no... a nossa expectativa é que seja feita na primeira semana de março de 2020, exatamente porque entendemos que é importante que esse debate aconteça com calma, organização e que efetivamente todos sejam ouvidos de uma maneira organizada. Eu acompanhei, há dois anos atrás, quando se tentou dar ensejo, dar cabo ao projeto de lei que a Dra. Patrícia fez referência na Câmara, e aí foi uma correria danada. Eu lembro que as entidades se comunicavam e todo mundo ia para a Câmara, tentava falar com o deputado, tentava colocar ali as suas considerações, mas no ambiente de insegurança legislativa muito grande, porque ninguém sabe o que é que de fato ia acontecer; se aquele projeto ia passar, se não ia, em qual extensão que ia passar. E a gente não quer que isso se repita. A gente não quer que aquele atropelo que teve no... na oportunidade do... quando o deputado Rogério(F) era o relator, que isso aconteça novamente, porque se quiser, e se for efetivamente ser colocado e ser avançado esse projeto, que seja feito de uma maneira é cautelosa.

E aí a primeira colocação que eu acho importante ser feita é porque eu tenho uma certa ressalva a partir de uma visão constitucional do que se pretende fazer com essa alteração legislativa, e eu vou explicar o porquê. E aí pegando também a fala da Dra. Patrícia quando ela faz referência à Lei nº 9.656. O que é que aconteceu naquele momento, há 21 anos atrás? Exista um

momento, um momento político e um momento de... do mercado de insegurança, onde não tinha uma regulamentação adequada do tratamento que se deveria colocar para os beneficiários, para as operadoras, para os prestadores de serviços, e aí veio a codificação, veio uma regulamentação através de uma lei sobre como é que deveria ser tratada a relação consumidor-operadora-prestadores-ANS, etc. O que é que aconteceu, na verdade, naquele momento ali? Naquele momento ali foram solidificados direitos e deveres dos consumidores, da mesma forma que das operadoras, enfim, de todos os agentes, de todos os atores que participam desse processo.

Quando há a solidificação de direitos, pode haver, no futuro, uma alteração legislativa? Sim, mas desde que se não modifique o núcleo do serviço que foi garantido há 20 anos atrás. O que é que eu estou querendo dizer com isso? Há 20 anos atrás, quando se garantiu ao consumidor que ele teria o direito de exigir da operadora o tratamento para a sua doença sem restrição, que é isso que a 9.656 fala, obviamente respeitada a questão da segmentação, mas ela garante ao consumidor que ele receba o tratamento para... de seu eventual problema de saúde, eu não posso vir agora, no ano 2019/2020, e alterar o núcleo da lei, que é a garantia desse direito, porque se assim for feito, nós teremos uma violação ao princípio da vedação do retrocesso.

O Supremo Tribunal Federal, há mais de uma década, já vem trabalhando com o princípio e aplicando o princípio da vedação do retrocesso. E o que é que esse princípio fala? Ele não impossibilita uma alteração legislativa, mas ele fala que o núcleo dos direitos adquiridos e da segurança jurídica que foi gerada lá atrás, ela deve ser respeitada, e aí só pode se ter avanços, e não retrocessos.

E quando a minha fala vem nesse sentido, ela vem especificamente em um ponto que foi colocado aqui, que diz respeito a estabelecer módulos dentro dos seguimentos. Em outras palavras, e simplificando, às vezes até de uma forma perigosa, a coisa, mas tentando exemplificar, nós temos a seguinte realidade: uma pessoa que vai ao hospital, o plano dela é segmentação hospitalar, ela... por exemplo, vai ao hospital porque está com uma suspeita de uma sinusite, e ela, a partir de exames que são feitos, ela é diagnosticada com uma situação que precisa imediatamente de uma cirurgia. O que é que tem... o que é que traz, e aí eu peço até desculpas, se o... a leitura, se o texto que nos foi passado como a proposta, se ela não é de fato a proposta real. Mas aparentemente é, né? Mas a gente leu, tem um projeto, pelo menos um modelo de projeto, que aparentemente é aquilo ali. O que é que traz nesse modelo?

Na segmentação hospitalar traz a divisão em oito módulos, o que seria, por exemplo, um

módulo trataria... a pessoa teria direito ao acesso ao hospital, ao acesso ao exame, mas para ela ter direito a UTI, ou CTI, ela teria que ter contratado um outro módulo. Perfeito? Então, ela contrata um módulo que dá direito ao hospital, mas para ela ter direito a acessar a UTI, ela tem que ter outro módulo.

Essa pessoa que foi ao hospital para uma situação que, no primeiro momento, era uma sinusite, pode ser que não seja. Pode ser que ela tenha que ser internada, pode ser que ela tenha que passar por um procedimento cirúrgico e pode ser que ela tenha que precisar da UTI. Se ela precisar da UTI, como é que vai ser resolvida essa questão? Porque no contrato dela não tem essa garantia. O módulo que ela contratou, dada a liberdade que foi dada a ela, não vai ter essa garantia. Ela vai ter que ou ser encaminhada para um hospital público, ou vai ter que arcar com as despesas, ou vai ter que ser encontrada alguma outra forma de se resolver o problema daquela pessoa. E qual é o problema nisso? O problema nisso é que quando se traz esses módulos, na verdade, está tirando dessa pessoa o direito de ela ter tratado a sua doença.

O problema não é modular, o problema não é estabelecer módulos. O problema é, a partir do estabelecimento desses módulos, se afastar o tratamento do consumidor e, como foi dito aqui, a vulnerabilidade inerente ao consumidor não permite que ele preveja, e nem se ele não fosse vulnerável, a nenhum de nós é possível prever eventual doença ou procedimento que teremos que nos submeter. E aí volto a dizer, aí eu volto ao estado inicial, efetivamente tinha que alterar a lógica da lei mesmo para isso dar certo, essa questão do módulo. A lei não poderia mais prever uma cobertura para uma doença de forma ampla, mas isso, como disse, é um retrocesso aos direitos adquiridos há 20 anos atrás. Então, nessa parte, eu entendo que a lei vai ter eventual lei ou eventual projeto de lei, que efetivamente foi colocada a discussão no parlamento, vai ter que enfrentar essa primeira questão.

No entanto, outras questões já penso que são mais suscetíveis, sim, de alteração, e a questão da vedação ao retrocesso, como disse, não quer dizer que não possa ter uma alteração legislativa. Cito aqui um exemplo. Na oportunidade do deputado Rogério Marinho, onde se discutia se poderia fazer o reajuste a partir de 59 anos, eu, particularmente, disse lá na OAB Federal que eu concordava, em que pese várias entidades de defesa do consumidor não concordarem. Eu concordava exatamente porque conseguia visualizar ali a questão de diluir o preço, a questão de tirar esse reajuste significativamente grande nos 59 anos e permitir que com a diluição, a pessoa, por exemplo, entre 59 e 65, que ela pagasse um reajuste razoável, não tão

impactante. Esse tipo de alteração eu entendo que deve, sim, ser discutida. Na minha avaliação, é uma alteração legislativa suscetível de progresso, porque ela não altera a essência do serviço, ela só modifica com relação ao equilíbrio econômico-financeiro, da mesma forma que aqui foi citada a franquias, que também acho que pode ser e deve ser discutida assim; da mesma forma que foi citada a coparticipação, que acho, sim, que pode ser discutida e pode ser revista; da mesma forma que é colocada a questão de como se alcançar o preço do produto e os reajustes. Todas essas questões que envolvem a manutenção da prestação do serviço de saúde suplementar, elas são suscetíveis de discussão, e acredito que devem ser, sim, discutidas porque nós não temos na realidade de hoje a mesma realidade de 20 anos atrás, mas deve ser observada, na essência, a questão do consumidor ter direito de ter um tratamento efetivo para a sua doença.

E aí eu, mais uma vez, eu volto a pedir desculpa se efetivamente... e essa não é a intenção, mas está na proposta que nós recebemos, que diz o seguinte: que quando o tratamento for ambulatorial e domiciliar, que a operadora não estaria obrigada a fornecer os medicamentos. Isso também é extremamente preocupante, porque o tratamento domiciliar é tratamento. Tratamento ambulatorial é tratamento de saúde da pessoa. Tirar a obrigação da operadora emprestar os medicamentos para a cura, para o tratamento daquela doença, para esse tipo de seguimento ambulatorial ou tratamento ali domiciliar, é retirar, aí volta o que eu falei no começo, é retirar a essência do contrato de plano de saúde, que é o tratamento da saúde da pessoa.

Agora, do outro lado também identifiquei uma questão que eu acho que a lei tem que regulamentar, que é a questão da não obrigação dos medicamentos não nacionalizados. Isso já foi discutido no STJ, já tem posicionamento consolidado, mas ainda assim gera judicialização. As pessoas tentando adquirir medicamentos, por exemplo, com... que não sejam aprovados pela Anvisa. Então, se a lei às vezes traz isso de forma expressa, direta e objetiva, certamente retira esse tipo de discussão, ou pelo menos diminui mais ainda esse tipo de discussão, do poder Judiciário.

Com relação ao rol, e aí já me encaminhando para o encerramento, com relação ao rol, eu tenho uma posição um pouco diferente dos colegas. Eu acho que o rol, de fato, ele não pode ser taxativo porque quando o rol tem... se tem a compreensão que o rol é taxativo, entra na mesma história do começo, se tira possibilidades de tratamento e de cura, mas também entendo que há determinados medicamentos que devem ter as suas limitações, devem ter o... as suas especificações para se conseguir alcançá-los, mas se dizer que o rol é taxativo vai trazer um

impacto nefasto para os consumidores.

É certo que tudo tem um custo, é certo que tudo tem um preço, mas também engessar dizendo, e não de forma expressa, como observei que não está de forma expressa isso, mas dando a entender que o rol é taxativo, traz um malefício a essa relação e vai aumentar a judicialização, e mais do que isso... e aí finalizando, Dra. Patrícia, da Defensoria, que eu imagino que deve compreender as vezes que eu... [ininteligível] que eu vou te dizer. Quando aquela pessoa chega na Defensoria, mesmo que tenha na lei dizendo que determinada cobertura, por exemplo, nas questões modulares, ela não vai ter direito, não tem direito a Centro de Terapia Intensiva, não tem direito à UTI. Quando essa pessoa chega na Defensoria, não tenha dúvida que o defensor, ou advogado, ele vai buscar o recurso onde? Na Constituição Federal. Ele vai alegar o direito à vida, à dignidade da pessoa humana. Ele vai alegar o direito à saúde, direito fundamental social, e essa norma vai prevalecer sobre essa norma eventualmente infraconstitucional que vier a ser criada.

Em outras palavras, o que é que eu estou querendo dizer? Vai se alterar uma lei para não resolver. É muito melhor, às vezes, se dedicar, gastar energia para as questões de preço, para as questões de reajustes, para as questões que não colocam em cheque o direito à vida, as questões que viabilizam o plano de saúde funcionar. Essa energia, eu acho que ela vale mais do que tentar modificar as questões relacionadas à cobertura.

Para não me estender, muito obrigado. O Conselho Federal, a Comissão Especial de Defesa do Consumidor está à disposição. Vamos promover um debate em março e todos já estão de antemão convidados. Muito obrigado.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE MARCUS TEIXEIRA BRAZ: Muito obrigado, Dr. Fernando. Gostaria de chamar agora o Dr. Leandro Almeida Jesus.

SR. LEANDRO ALMEIDA JESUS: Bom dia a todos. Cumprimento a Mesa na pessoa do Dr. Amauri, já agradecendo o convite e a oportunidade de estar aqui falando em nome da Proconsbrasil, e sobrepõe aí às minhas costas uma responsabilidade muito grande, haja vista ser os mais de 800 Procons aí espalhados pelo Brasil. Cumprimento e fujo um pouquinho à ordem das coisas, quero cumprimentar a Patrícia, a única mulher nessa Mesa. Gostaria que o cenário fosse diferente, Patrícia, não só pela delicadeza feminina, não só pela beleza feminina, mas também pelo poder que a mulher exerce sobre nós, homens, né, haja vista... lá em casa, tudo o que eu quero fazer, minha mulher não deixa. Quando ela... quando eu quero fazer, ela diz não, e quando

ela quer fazer, eu digo não, ela faz. Então, ela tem...

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Aí é que o casamento vai--

SR. LEANDRO ALMEIDA JESUS: Exatamente, o casamento--

[risos]

SR. LEANDRO ALMEIDA JESUS: Mas aí eu tenho a oportunidade de vir aqui e conversar com vocês e... no papel de que eu não sou casado com o mercado. Então, eu tenho aqui que defender o meu peixe, que é o consumidor. E foram aí diversas colocações, o assunto que a gente vem debatendo aí já desde quando, salvo me engano, foi colocada essa proposta em outubro e já houve uma carta, inclusive... Ah, o negocinho de passar por aqui. Inclusive uma carta... um manifesto público assinado por diversos órgãos aqui presentes contrário a essa proposta de mudança da legislação por tudo aquilo que já foi dito aqui, né, pela... a possibilidade de uma redução na cobertura, uma possibilidade de falta de controle nos reajustes, enfim, que já existem, como também já foi colocado dos dados apresentados, a gente tem 23%... vinte e poucos por cento da população é coberto pelo plano de saúde; desses tantos, 80% é plano coletivo, que já sofreu uma desregulamentação. E hoje os tribunais aí apresentam dados aí, inclusive que foram relatados pela... a Profa. Marilena Lazzarini, conselheira de... conselheira do Idec, apresentou na semana passada no Senado para a gente uma... um levantamento feito em São Paulo, Poder Judiciário, aonde aponta lá que as maiores discussões relativas aos planos de saúde tratam-se justamente do reajuste dos planos, e esses reajustes só acontecem, assim, de forma descontrolada nos planos coletivos. Então, a desregulamentação, ela traz essa... esse descontrole.

Então, a gente, para não ficar só em um discurso de bater na FenaSaúde, a professora... também Profa. Juliana Pereira, que já compôs a Secretaria Nacional de Defesa do Consumidor e hoje representa a Qualicorp, apresentou semana passada essa pesquisa que foi feita pelo Datafolha, e aí a pesquisa aponta que o item mais desejado pelos consumidores que possuem plano de saúde, ali 72%, é a transparência. Então, com base em tudo que foi dito aqui, e pela Patrícia, ela explicou, assim, de forma tão... tão simples, né, a falta de transparência nos dados que são apresentados, a falta de transparência na venda... no momento inicial da venda do contrato, como você disse, parece que o plano de saúde é comercializado como peixe na feira. Não tem... não tem técnica, não tem conhecimento técnico a pessoa que está lá vendendo o plano de saúde, e ele, ele é um preposto da empresa, e ele não conhece nada. Ele... às vezes... a gente teve um caso no Procon do consumidor que fez um plano odontológico, queria fazer um implante e o

vendedor, na hora de vender o plano, falou: Não, pode ir lá que... pode fazer o plano que tem implante, sim. E ele, por felicidade do consumidor, ele filmou o preposto dizendo que tinha a possibilidade de fazer o implante por aquele plano que estava sendo feito, só que não tinha, e aí ele levou para uma discussão no Procon. Isso dos casos que chegam no Procon, há casos que nem chegam no Procon, como foi dito aqui também, nem vou logo para a Justiça, porque são casos mais complexos. Então falta transparência.

Eu acho que o principal ponto, e aí é... de discussão nessa questão da transparência é: se as empresas, elas estão operando no vermelho, ou próximo do vermelho, que não parece ser a verdade quando você olha dados, e aí os dados, eles são interessantes, porque dados, eles são feitos para colaborar com o discurso e, ao mesmo tempo, podem desconstruir um discurso. Eles são feitos para contestar, serem contestados, né?

Então, a gente verifica que o Ipea apresenta um índice superior de reajuste dos planos e superior à inflação do país. O plano de saúde afirma: Não, a gente está acompanhando o mercado internacional, os... é assim em vários lugares do país... do mundo. Mas o fato é que a maioria dos senhores aqui, a grande maioria, não teria condição de pagar um plano quando idosos chegarem a ser, ou se já são, não... talvez não receba... a maioria aqui não recebe um salário que possa pagar um plano de saúde aos 59 anos de idade. Semana passada chegou no meu balcão uma pessoa que tinha um plano, que mudou a faixa etária, passou de R\$ 2,5 mil para R\$ 4 mil. Qual é o percentual... qual é o valor que se paga hoje por um plano aos 59 anos? Três, quatro mil reais? Talvez a maioria aqui não receba isso de salário por mês para o seu sustento, mas teria que pagar, sim, um plano de saúde privado, tivesse que ter.

Então, os números não batem, as contas não fecham, não fecham para o mercado, não fecham para o consumidor. O consumidor, historicamente, é a pessoa mais vulnerável, é o *player* mais vulnerável nessa relação, é quem precisa que nós tenhamos altivez no discurso. Isso é que é a parte boa, porque só estamos aqui porque precisamos discutir e ser... e levantar a voz em favor do consumidor, porque o... essa relação do mercado agora, atualmente tem se mostrado bastante prejudicial ao consumidor.

O mesmo contexto de discurso que a gente está usando aqui, Patrícia, a gente pode usar para falar da franquia de bagagem, né? Não se... os dados lá das empresas aéreas, do transporte aéreo, não batem, e aí foi flexibilizada a cobrança da franquia. Aí o consumidor se prejudica. Ao invés de se flexibilizar, talvez, as... os módulos, as formas de segmentação, as formas de

comercialização, é preciso que eles façam talvez uma auditoria, ou então verificar o método de mercado que eles estão adotando, mudar a fórmula de mercado deles, verificar... como você disse, quem determina qual é o exame que vai ser feito é o médico, não é o consumidor. Ele não chega lá, como disse você, não é ele que chega lá e vai dizer: “Eu quero fazer tal procedimento”. É o médico, é a categoria médica. Então, categoria médica, precisa rever seus conceitos, né?

Então, aí, para ser mais... já caminhando aqui, peguei esse... essas informações aqui da apresentação da nossa querida Juliana Pereira, aonde ela propõe... De fato, precisam haver mudanças? Precisam, precisam se haver mudanças. As empresas precisam talvez trazer mudanças e propostas de alteração dentro da Câmara de Saúde Suplementar, para que já sejam feitas mais resoluções. Enfim, já são tantas, mas talvez mais algumas. Não alterar o marco legal. Então, trazer transparência para os dados que são apresentados, verificar dentro da corporação se os procedimentos adotados pela classe médica estão certos. Talvez aí já diminua o prejuízo. Se você tem uma diminuição no prejuízo, você tem um aumento no lucro, tá? Haver esse diálogo, mas um diálogo em que exista diálogo. Você trazer a proposta pronta e querer a aprovação não é diálogo; você tem que trazer a proposta flexível de alteração. E a contraconstrução de consenso, ou seja, é preciso que o mercado funcione, porque a quebra de uma empresa representa desemprego, representa falta de circulação financeira e econômica no país, mas o consumidor é quem não pode pagar a conta, porque no final, nós é que pagamos a conta, e essa conta... é preciso ser revisto esse conceito, as empresas precisam entender que elas precisam também compartilhar do pagamento das... dessas contas.

Agradeço a atenção de todos, representando aqui o Proconsbrasil, Procon Maceió e, por fim... eu vim a Belo Horizonte, não tinha mar, só tinha barro(F), mas eu trouxe a foto do mar para vocês irem visitar Maceió. Obrigado, ó, Minas Gerais, espero não te esquecer jamais.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE MARCUS TEIXEIRA BRAZ: Muito obrigado, Dr. Leandro. Gostaria de chamar agora o Dr. Andrey Vilas Boas.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: [pronunciamento fora do microfone].

[risos]

SR. ANDREY VILAS BOAS DE FREITAS: Já é boa tarde? Acho que já é boa tarde.

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Não, ainda não é, não.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [02:30:44]: Ainda não. Está quase.

SR. ANDREY VILAS BOAS DE FREITAS: Está quase. Prometo que eu não vou ficar entre vocês e o almoço, tá? Vou tentar ser o mais breve possível. A vantagem de falar por último aqui é que muitas coisas já foram abordadas, então a gente só tem que fazer um esforço de sintetizar. Vamos lá.

Eu não tenho dúvida de que eu sou o novato em termos de direito do consumidor. Apesar de ter 23 anos de... ser como servidor público, eu estou na Secretaria Nacional do Consumidor só desde janeiro deste ano. Então, não tenho dúvida de que sou novato, e é uma área nova para mim, e o ano foi muito intenso. Eu vinha conversando no caminho para cá de como esse ano foi intenso em termos de aprendizagem, em termos de descobertas, e a gente lida com infinitos setores diferentes, e às vezes é bom... às vezes é muito difícil, mas às vezes é bom, porque as soluções que a gente consegue encontrar em alguns setores às vezes podem servir para outros. Mas vamos lá, vamos parar de filosofar.

Eu comecei... o seminário falava em propostas e desafios. Eu acho que esse é o desafio permanente de quem atua na defesa do consumidor, é... como trabalhar com o setor privado, permitindo que ele funcione adequadamente, permitindo que ele gere emprego, gere riqueza, desenvolva tecnologia, gere inovação, mas estabelecendo uma relação de boa-fé, de respeito ao consumidor, de transparência, de... o ambiente onde o consumidor possa adquirir aquilo pelo qual ele está pagando e saber exatamente o que está adquirindo e, se não der certo, ter a quem recorrer. Então, acho que esse é o desafio permanente para a gente que está atuando nessa área, em todos os setores, em todos os mercados, e nesse mercado de saúde também.

Vou falar de algumas coisas que são... acho que são conhecidas, assim. Bom, o SUS é o nosso sistema de saúde pública. Ele é... por definição universal, qualquer cidadão deve ser atendido e vai ser atendido nos limites das condições técnicas e materiais disponíveis na sua localidade, mas deve ser atendido, mas o nosso setor de saúde, ele é dual(F). Ele é muito importante, assim, quando a gente pensa... quando pensa em saúde, a gente lembrar disso, o esforço de ter um setor de saúde suplementar que funcione, que seja... que ofereça condições adequadas para o consumidor é simplesmente decorrente do fato de que o nosso sistema público de saúde não dá conta de atender, ele sozinho, todas as demandas existentes.

O nosso sistema público... se o nosso sistema público de saúde desse conta de atender todas as demandas existentes, provavelmente não haveria espaço, ou haveria espaço apenas para

uma... um atendimento muito elitizado no setor de saúde suplementar. Então, lutar para que o setor de saúde suplementar seja o mais funcional possível é também uma forma de lutar para que o SUS também seja funcional. São duas faces da mesma moeda: quanto melhor o setor de saúde suplementar funcionar, quanto melhor ele atender uma quantidade grande de consumidores, mais recursos vão estar disponíveis no SUS para atender uma outra parcela da população, que por questões diversas, que a gente não vai ficar discutindo eternamente aqui, não têm condições de serem atendidos pelo setor privado. Então assim, faz parte dessa lógica de buscar um setor de saúde privado que funcione, também pensar na dualidade no sistema de saúde brasileiro como um todo. E isso vale para os dois lados.

Uma redução muito grande, ou uma ineficiência do setor de saúde suplementar, transborda necessariamente para o SUS. Se o setor privado de saúde encolher e for incapaz de oferecer produtos que atendam às necessidades dos consumidores, a consequência imediata disso é um transbordamento desses consumidores para o SUS. Isso é o que a gente tem que ter em mente sempre.

Aí são algumas características que a gente conhece, a criação da ANS, a lei, a assistência que os órgãos de defesa do consumidor para além da ação regulatória prestam ao consumidor. Tem algumas subdivisões. Hoje, o grosso dos planos privados são planos coletivos, e duas ideias que já foram faladas aqui, que são fundamento do funcionamento do sistema suplementar, que são o mutualismo e a solidariedade intergeracional.

Mutualismo para mim... falar de mutualismo é importante por duas razões quando a gente está falando de saúde suplementar. A primeira é entender o seguinte: se a base de beneficiários reduz, o custo para cada um deles aumenta. É isso na prática o que significa o mutualismo. Se a nossa base de beneficiários de planos de saúde se reduzir, o custo que vai ter que ser dividido pelos que restam é necessariamente maior. Então, quanto mais ampla for essa base, provavelmente vai resultar em um custo menor, ou em reajustes menores para cada um dos indivíduos. Isso é uma conta meio óbvia. É um bolo, se o bolo é maior, as parcelas são menores; se o bolo é menor, as parcelas são maiores. O custo do serviço não vai continuar o mesmo. E mutualismo também é muito importante, porque ele, acho que, dá uma conjuntura do sistema que acho que já foi comentado aqui em relação a outros aspectos. Para mim, o pior sinal de que a informação nesse setor é ruim, que o consumidor entende pouco o que está comprando, é que a maior parte deles não tem ideia de que está comprando um sistema de mutualismo.

Ouvi a frase... para além da indignação individual, evidentemente, mas ouvi a frase: “Eu paguei esse plano durante tanto tempo e agora que eu preciso dele, eu não consigo... que eu estou esperando”, dá bem a sensação, a demonstração de que não tem, não está clara essa ideia de mutualismo. Não está clara essa ideia de que se trata de um funcionamento onde a gente recolhe hoje o que vai ser gasto hoje, e não interessa... não é uma capitalização; se eu não utilizar, não tem uma poupança guardada para mim, para eu poder usar mais para frente. Me parece que esse é um dos aspectos que mais são obscuros para a maior parte da população, de não entender essa lógica de: Ah, eu pago todo mês o meu plano de saúde e quando eu preciso dele, tenho esse problema... E isso dá muito para mim essa... esse sinal de que há questões em relação à prestação de informações ao consumidor que precisam evoluir muito.

E a questão de solidariedade intergeracional já foi muito debatida aqui, que assim, já foi falada por vários palestrantes, né? É a ideia de que a gente reparte os custos entre as diferentes faixas etárias que compõem o conjunto dos beneficiários. A ideia de você ampliar o número de faixas depois dos 59 anos, e juro para vocês, assim, não estou entrando no mérito se é... se vai ou não, se deve ou não, mas a possibilidade de ampliar tem um outro benefício que eu não sei se foi dito aqui, me parece que não. Para além de não concentrar todo o reajuste aos 59 anos ali, que dá um pico, e isso pode excluir muita gente no momento em que as pessoas mais precisam de plano de saúde, é trabalhar também com outra... um outro requisito regulatório. Se existe na lei a regra dizendo: o plano... “o valor da última faixa não pode ser seis vezes maior que o valor da inicial”, se você concentra um aumento muito grande na última faixa, necessariamente você está aumentando as outras, necessariamente você está aumentando a inicial. Se você dilui, o mais provável é que você também possa cobrar mais barato da faixa inicial. Não só porque está mais diluído, mas é porque você também dilui esta regra dessa relação de seis vezes para um da última faixa para a primeira. Se a última faixa é uma faixa mais para frente e ela não é... não acumula 50% de reajuste, ela acumula 15, então o reajuste para cá pode ser menor, tá?

Eu também vou ter que concordar com os meus colegas de defesa do consumidor. Assim, existem muitos problemas. A sinalização dada pelo Sindec é uma sinalização que é muito enviesada, porque o mais provável é que as pessoas procurem uma assistência judiciária, quando têm um problema em relação à questão de plano de saúde, porque normalmente acontece em momentos críticos, salvo alguma questão mais administrativa, do tipo não conseguir algum tipo de informação ou o meu reajuste foi para além do que eu do que eu imaginava que seria, a maior parte das outras questões diz respeito a... uma boa das questões diz respeito a não ter a cobertura

adequada, e não ter a cobertura adequada só acontece quando você precisa da cobertura adequada e não tem. E essa situação de emergência, ela vai para o Judiciário.

Os dados são do Observatório de Saúde Suplementar da Faculdade de Medicina da USP, e eles dão conta do tamanho da questão. São Paulo é um bom indicativo porque concentra uma grande massa de beneficiários. Então, os números aí, eles tendem a refletir de uma maneira relativamente adequada a situação do Brasil. Não são poucas questões, não são poucos casos, são muitos casos.

Esses dados são da ANS, eles mostram como é que estão divididas essas reclamações. Ela... eles refletem, da mesma forma que no Judiciário, questões diversas que aparecem. O verde grande é cobertura. Sim, vocês podem ver como isso é significativo. O segundo maior, que é esse 'cinzazinho', é contratos e regulamentos, e, ó, pasmem: o azul é só terceiro, reajuste. É só o terceiro problema. A maior parte das pessoas faz um esforço grande e tende a lidar com reajuste como problema só quando ele, na verdade, ele se torna impeditivo de continuar tendo o plano. A questão em relação aos reajustes me parece... é muito mais nesse sentido do que de fato questionar se o reajuste foi na proporção adequada. Me parece que a discussão em relação... do consumidor em relação ao reajuste é muito mais quando ele se dá em uma magnitude tal que torna para esse consumidor um impeditivo de continuar a ter o plano de saúde do que de fato, ah, foi de 15, ou de 20, ou de 30, ou de 5. É mais quando ele se torna de fato um elemento a expulsá-lo do plano, o que é um problema para ele. E dizer que, olha, os maiores problemas são coberturas, contratos e regulamentos. É dizer, de novo, a informação não está adequada. E aqui eu vou fazer um parêntese rapidinho.

A Secretaria Nacional do Consumidor fez um trabalho forte esse ano junto ao INSS, junto ao Banco Central, junto à Federação Brasileira de Bancos, a Febraban, para avançar nas questões relativas a empréstimo consignado para idoso, e a gente conseguiu construir uma regulamentação...

[risos]

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: [pronunciamento fora do microfone].

SR. ANDREY VILAS BOAS DE FREITAS: Amauri, eu falei para fazer isso só se não tivesse boa a palestra.

[risos]

SR. ANDREY VILAS BOAS DE FREITAS: Está indo bem, está indo bem. Deixa. E eu estou falando desse contrato em relação ao empréstimo consignado porque ele agiu, entre vários aspectos, em relação ao aspecto que foi comentado aqui também. A comercialização de planos de saúde por prestadores de serviços diversos, por terceirizados, é muito similar ao que acontece com a oferta de empréstimo consignado por--

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Pastinha.

SR. ANDREY VILAS BOAS DE FREITAS: É, não vamos chamar de pastinha, por--

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Correspondentes bancários.

SR. ANDREY VILAS BOAS DE FREITAS: Por correspondentes bancários. É.

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: É a mesma coisa, é o risco. Entrega para todo mundo vender, está dando no que dá.

SR. ANDREY VILAS BOAS DE FREITAS: Então assim, me parece que as soluções que a Febraban está propondo para a regulamentação do setor em relação aos correspondentes bancários, principalmente os menores, os mais pequenos, que chegam na ponta mesmo dos municípios menores, talvez seja uma solução interessante para a negociação das prestadoras de seguro de saúde negociarem junto a esses terceirizados. Acho que a forma como você pensa os incentivos econômicos para essa... para a atuação desses agentes, é muito interessante nessa regulamentação nova que a Febraban está propondo, que vai entrar agora em vigor, agora em janeiro, porque ela pode ser... transbordar para esse setor de saúde e pode mudar a forma como se dá essa atuação, com outra forma de prestação de informação, com outro cuidado em relação à venda do produto, com outros cuidados no pós-venda, que podem melhorar, mas muito, assim, enormemente. E se não melhorar a totalidade, cria elementos bem interessantes para haver a punição daqueles que agem de forma predatória, daqueles que agem de forma fraudulenta.

Então assim, me parece que a gente poderia fazer um esforço nesse sentido de tentar entender do que é que dessa regulamentação da Febraban poderia servir de modelagem para esse... né, para esse setor de saúde suplementar. Talvez fosse algo interessante.

Aí, só uma comprovação(F) de que no Sindec a gente tem uma certa discussão que dá... se dá principalmente.. Desculpa, eu estou falando fora do microfone, que se dá principalmente em relação a... me parece, questão de informação. São problemas com contratos, com o SAC, e o reajuste acaba sendo uma... tendo uma questão um pouco mais para baixo.

Também aí em relação a uma... ao público que é supervulnerável, que é acima de 60 anos, as questões também são muito parecidas, a maioria(F) é em relação à cobertura.

Só uma... eu vou passar isso rápido, porque só... são só dados comprovando, a apresentação está à disposição dos senhores. Isso me parece ser algo muito preocupante. Tem havido desde... nossa, muito míope.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: [pronunciamento fora do microfone].

SR. ANDREY VILAS BOAS DE FREITAS: É. Tem havido uma concentração no mercado. E falando aqui da minha parte economista, concentração de mercado tem que ser sempre olhada com algum tipo de cautela. Normalmente, ela resulta em algum tipo de redução de oferta para o consumidor, ou o leque de produtos se concentra também, ou o preço tende a se aproximar mais, haver menos diversidade de preço. Então assim, essa concentração de mercado, ela precisaria ser olhada com cautela, e também com a cautela de entender que condições estão fazendo com que planos de saúde de diversos tamanhos estejam saindo mercado.

Me preocupa muito acontecer, como já vi acontecer, municípios em que às vezes você tem uma operadora de plano de saúde, e essa operadora de saúde deixa de... de plano de saúde, que também é dona do hospital da cidade, deixa de existir. Assim, mesmo com todo o esforço da agência de... ah, de tentar encontrar mecanismo adequado para realocar essas pessoas em outros planos de saúde, há situações em que a pessoa tem que se deslocar de município para poder ter atendimento. Isso é muito sério. Então assim, enquanto... eu volto ao início: encontrar um ambiente econômico, encontrar um modelo que permita que operadoras de planos de saúde de tamanhos diversos possam operar e possam oferecer produtos diversos é um esforço nosso também. Como é que a gente consegue equilibrar esse funcionamento para que a gente não caminhe para um modelo onde haja muita concentração e uma consequente elitização do mercado.

Esse gráfico é bem conhecido, a população brasileira está envelhecendo. A gente estava passando de um formato de pera, vai, com a base um pouquinho mais larga, para um formato mais de barril, mais concentrado em cima, o que é um problema quando a gente está pensando em solidariedade intergeracional.

E esse gráfico é um gráfico bem interessante também. Essa é a pirâmide estrutura etária dos beneficiários dos planos privados de saúde. A concentração está em torno de 30 anos ali. Isso é um sinal bem ruim, porque mostra que a gente não está conseguindo ou atrair, ou atrair e

manter os mais jovens. Não ter os mais jovens compromete a ideia de solidariedade intergeracional e compromete a própria formação desse indivíduo dentro dessa ideia de: “Ah, eu posso ter um plano de saúde”; “ter um plano de saúde é importante para mim”; “ter um plano de saúde faz parte de toda uma ideia de ter um certo tipo de cuidado com a saúde, ou ter acesso a um certo tipo de informação em relação à saúde”. Então, esse é um modelo bem... esse é um dado bem interessante, bem preocupante também. Meu tempo já está... já encerrou, então eu vou encerrar também. Eu agradeço a--

EM CORO: Ah!

SR. ANDREY VILAS BOAS DE FREITAS: Eu agradeço a oportunidade. Eu acho que há muito a se discutir, acho que o mais importante é pensar em diálogo. Essa não é uma solução, não é um mercado, não é um contexto em que a gente vai conseguir suas soluções fáceis. A gente ainda está vivendo um momento de recessão econômica, e momentos de recessão econômica, eles não só dificultam todas essas... todo esse funcionamento desse setor, mas eles vão e voltam. Não há de se... não é razoável esperar que a gente vai viver os próximos 50 anos só em expansão econômica agora. É bem provável que a gente tenha momentos de crescimento e momentos de crise, e a gente tem que ser capaz de [ininteligível] evoluindo esses modelos dessa forma.

Estava conversando com o Cláudio no começo, antes de a gente começar, e eu acho que é muito importante ter isso em mente. A gente trabalha com algo que é um processo em construção, ele vai ser sempre um processo em construção. O dia que a gente achar que esse mercado de saúde no Brasil está resolvido, não precisa fazer mais nada, está na hora de a gente sair e deixar outra pessoa entrar no lugar. É um processo de construção, porque muda a conformação etária da população, mudam as condições econômicas, muda a tecnologia, muda... A gente recebe imigrantes de outros países que trazem novas condições de saúde que a gente tem que lidar, a gente tem descobertas novas da medicina com que a gente tem que lidar. Então assim, a gente tem a proposta de tratamentos totalmente novos que podem ser... podem revolucionar a forma como a gente entende de saúde no mundo, mas que vêm associados a custos altíssimos. Então, tudo isso faz parte de um contexto em constante discussão. Ter em mente, ter esses espaços de discussão e ter em mente essa possibilidade frequentemente estar voltando ao tema e frequentemente estar rediscutindo, tendo diálogo e propondo novas soluções, eu acho que esse é o caminho mais acertado. Mais do que ter respostas agora é pensar no processo como algo em construção infinitamente. Eu agradeço a oportunidade e estou à disposição.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE MARCUS TEIXEIRA BRAZ: Muito obrigado, Dr. Andrey. Dr. João Alceu, o senhor tem dez minutinhos para falar alguma coisa, fazer a tréplica, se o senhor quiser.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: [pronunciamento fora do microfone].

SR. PRESIDENTE MARCUS TEIXEIRA BRAZ: Réplica.

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Coitado.

[falas sobrepostas]

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Coitadinho(F).

[risos]

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: Dez minutos? Jura? Está funcionando aqui? Alô? Muito bem(F). Essa divisão dos palestrantes hoje foi um pouco desigual, hein, Amauri?

[risos]

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Também acho, José (sic) Alceu.

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: Mas... João.

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: João Alceu.

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: A Patrícia me chamou de José para a palestra inteira.

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Desculpa.

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: Vamos lá.

[risos]

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: Deve ser a sinusite.

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Mas é--

[falas sobrepostas]

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: É a sinusite. É a sinusite.

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Mas é muito parecido.

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: Vamos lá.

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Pelo menos eu acertei o Alceu.

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: Eu fiz observações aqui sobre alguns pontos levantados por cada um dos palestrantes. Então, se couber nos dez minutos, eu vou tentar pelo menos...

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: [pronunciamento fora do microfone].

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: Pelo menos falar um pouquinho sobre cada uma delas, né? E... enfim, vamos lá. Na... o Sidney falou... aliás, todos falaram de assimetria de informação, necessidade de transparência. Assino embaixo, endosso isso, trabalhamos muito para isso. Por favor, visitem, pelo menos no que diz respeito às empresas que trabalham conosco ou que estão na FenaSaúde, o nosso site, tem o... o Instituto de Saúde Suplementar tem muito dado disponível, muito dado disponível, e ainda assim a gente sabe que pode melhorar no quesito de transparência, né? Mas falou-se de... para a questão de reajuste. Eu queria só dar um exemplo para conhecimento da Mesa de como é que os planos individuais são reajustados nos Estados Unidos, como o mercado... por mais que seja um país muito mais rico do que o Brasil, mas o modelo lá tem um pouco... especialmente o modelo privado suplementar tem semelhanças com o nosso. Uma diferença grande que eles têm lá é que eles têm reguladores estaduais, né? Portanto, cada estado americano tem lá a sua ANS, e eles têm reuniões anuais para tentar coordenar, mas eles são regulações estaduais. Lá, as empresas reajustam os seus planos, as suas carteiras de planos individuais conforme a sua... a experiência de seus portfólios, que é uma das coisas que a gente está pregando aqui para não ter um índice único o Brasil todo que compara todos os quinhões do Brasil com Avenida Paulista, em São Paulo, que é o lugar mais caro, provavelmente, do Brasil.

Só que lá as agências estaduais monitoram como podem... como pode... como monitora a própria ANS aqui, recolhendo informações mensais ou periódicas das empresas, monitoram a evolução desses custos, de forma que lá é o seguinte: ela, a regulação é por exceção. Você deixa que as empresas façam os seus reajustes baseado em seus custos e, para aquelas empresas que publicarem reajustes muito discrepantes da média daquele estado, da média daquele padrão, da média que o agente regulador monitora, elas são chamadas na fiscalização para não só demonstrar, e se não o fizerem, são multadas e aí os reajustes são revistos, digamos assim. Então, é um foco diferente. Deixa o mercado atuar, deixa o mercado competir, e para aqueles que saírem da curva, digamos assim, por distorções, sejam elas quais forem... pode ser que alguém tenha um reajuste muito alto e comprovou que por alguma razão aquele portfólio estava com aquela necessidade de reajuste. Portanto, muda um pouco.

E um outro ponto importante é que... e o Helton gosta muito de falar isso, e eu endosso, é que a solução para a questão dos reajustes de planos individuais, na verdade, já está dada, ela já existe. A gente até... alguém até mencionou em algum momento a questão do individual coletivo, né, a confusão do... Provavelmente esse vendedor de pastinha que nós estávamos falando aí estava fazendo menção aos MEIs, né, que são Microempreendedores Individuais que se aproximaram muito do... são famílias, na verdade, às vezes tem um sócio ou outro, mas regra geral é um número muito pequeno de pessoas. Esses planos, assim como os famosos PMEs, Pequenas e Médias Empresas, eles já são regulados pela ANS no sentido de que essas empresas só podem reajustar estes portfólios de acordo com a média do seu portfólio para outras empresas com até 30 vidas. São os *pool* da ANS que a gente chama, né?

Então... a NotreDame Intermédica, por exemplo, tem lá 400 mil pessoas em planos MEIs e PMEs até 30 vidas, por exemplo, e eu faço a averiguação disso e vou lá e reajusto em 12% todos, seja do indivíduo, outros que têm 29 vidas, onde estiver. É aquele *pool* lá.

Então, a solução que... para um reajuste individual é muito parecido com isso. Ou faça-se um *pool* dois individuais, que é o que a gente está sugerindo, porque há características especialmente com relação à seleção adversa, mas enfim, isso é outra história, ou até que se incorpore os individuais nos *pools* das pequenas e médias empresas. Já... e o mercado já aceitou isso, já tem uma norma para isso, uma regulação da ANS para isso. Esse era um ponto que eu queria frisar.

Todo... vários apresentadores aqui, de uma maneira mais explícita ou não, mencionaram, e assim, os temas foram vários, mas projetos de lei aprovados na calada da noite em Brasília, enfim... desculpa, os nomes eu estou um pouco perdido aí. Da OAB.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [02:57:57]: Fernando.

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: Fernando. O Fernando até pediu escusas aqui: Não, se não for isso, mas estou comentando em cima do que chegou para a gente, a própria OAB se manifestou, várias entidades se manifestaram sobre esse documento vazado lá em... não sei quando é que foi, em março talvez. Março, abril, e que gerou um artigo do Elio Gaspari no Rio de Janeiro, umas matérias do Valor Econômico e uma série de críticas, principalmente da Ligia Bahia e da Marilena Lazzarini, e do chefe, do... esqueci o nome dele. Gente, isso não existe. Não tem nada, até onde eu sei pelo menos, ou então, se existe, é tão secreto que nem eu sei, mas não existe nada sendo trabalhado nos porões de Brasília com deputados para aprovar um negócio no fim de

semana, de uma noite para o dia. Não existe isso. Aquele projeto de lei que vazou era um trabalho, e isso... aliás, a Ligia Bahia adora dizer “apócrifo”, “que não tem o autor”, que não sei o quê, mas dois dias depois daquele vazamento, eu estive com o Leandro e o Rogério Scarabel na ANS falando sobre aquele assunto, e estava o Maurício... o Maurício Nunes também. É um trabalho que a FenaSaúde estava coordenando com outras entidades de operadoras, Abramge, Unimed, enfim, para... a estratégia qual era? Era ir fazendo aos poucos já que o plano, o PL, que eu não sei o nome, que era o famoso bloção, que tinha lá vários assuntos sendo discutidos em Brasília, não chegou à conclusão do relator Roberto... Rogério Marinho, nós fizemos uma... construímos, começamos a construir aquele projeto para começar a submetê-los por ondas aos vários *players* do setor, para tentar conseguir algum tipo de alinhamento, digamos assim. Na primeira onda... na primeira, a frustração foi pessoa, porque na primeira onda em que nós abrimos aquela discussão para, na época, as entidades representativas de hospitais e de empresas de diagnóstico, aquele documento que ia ser submetido a uma série de mudanças nas ondas seguintes, foi vazado e tido como... aí começou a fantasia toda, tido como pronto, já apresentado em Brasília, já com deputados se articulando.

Isso existe. A energia que várias entidades aqui presentes gastaram fazendo manifestos, manifesto de *pay-per-view*, documentos publicados... Teve um deputado que eu esqueci o nome agora, que chegou a fazer uma notificação para o Ministério da Justiça e da Saúde para verificar quantas vezes eu tinha ido lá, checar meu nome. Nunca pisei nos dois lugares.

Então criou-se esse mundo paralelo de... e a coisa foi tomando corpo. E até você mencionou aqui o manifesto lá de Brasília do *pay-per-view*, de várias entidades assinando contra divisão. Tinha gente até com adesivo na tela contra isso. E a gente olhava aquilo e falava assim: Gente, perdeu-se o controle de um negócio que tomou dimensão absolutamente desproporcional.

Naquele evento, inclusive, onde foi feita essa manifestação, nós chamamos... tinham 38 jornalistas lá, e eu abri a coletiva de imprensa dizendo :Isso aqui tudo que estão falando é balela, é balela. Mesmo... não só o plano diabólico é balela, como a interpretação que se deu inclusive, Fernando, de... como você mencionou aqui, de não ter UTI, de não ter... Isso não existe. Houve um frenesi coletivo, começou a tirar conclusões absurdas de limitações e regras.

O que nós queremos propor eu disse aqui, é uma subsegmentação adicional dos planos ambulatoriais porque, como alguém disse aqui, isso representa só 4% do custo. E isso dado a duas coisas: uma, ou a percepção do risco, as pessoas só querem cobrir para não chegar a ter situações

de internação, ou por falta de renda, porque o plano ambulatorial ficou muito caro, porque ele começou a incorporar coisas que poderiam ser segmentadas, como a gente está falando hoje.

Então era um ponto que eu queria frisar. Deixa eu ver aqui nas minhas outras anotações.

A Patrícia sugeriu não usar o ranking do... Não é Procon, é Senacon?

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Sindec.

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: Sindec. Ok. Entendo. A gente achou que a ideia aqui... como os outros 16 que estão na nossa frente também deve ter situações parecidas de serem também judicializados ou reclamados, a gente achou que estava comparando banana com banana. O fato é que há esse mito de que nós somos os monstros, a pior coisa do mundo. Nós fazemos 1,5 bilhão... Nós que eu digo, o sistema, tá? Não necessariamente as operadoras [ininteligível] de saúde. Um bilhão e meio de procedimentos por ano, o número de senhas, o número de pedidos, de negócio, como já foi falado aqui, o coeficiente emocional muito elevado. As pessoas reclamam por qualquer coisinha que está diferente, demorou. Eu mesmo recebo ligações porque a senha não saiu ainda para tentar ligar para o hospital para fazer as coisas, para ajudar.

Então assim, é tenso, ele tem tendência de ter reclamação sim, muitas delas por coisas que não são fundamentadas, como reajuste ou a restrição de cobertura aqui e ali. Mas sim, reconhecemos que o volume de reclamação é grande. Mas isso é um assunto prioritário em todas as empresas com suas estruturas de tratamento do consumidor, de ouvidoria, de resolução de conflitos, e até de parcerias com entidades como essa aqui presente, para fazer trabalhar nessa linha da informação e da transparência.

Falou... a Patrícia comentou do risco moral não ser... não comparar saúde com os outros. Patrícia, você não sabe como eu estou arrependido de ter comparado. Porque eu sempre fico me policiando: Não compare franquia de plano de saúde com franquia de automóveis só dá problema e realmente não funciona.

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Ai, que bom!

[risos]

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: Mas, o que eu quis dizer... o que eu quis dizer foi que o fenômeno chamado risco moral, ele acontece em qualquer categoria, classe, segmento de seguro. Eu não estou comparando saúde com automóvel, com previdência, com... O que acontece?

Porque as pessoas tendem a agir de forma... Nós... Não é pecado isso, não, gente. Eu sou assim também. Nós tendemos agir de maneira diferente se você tem algum tipo de proteção securitária quando você age, e isso vale em relação a seus filhos, nossa família, todo mundo.

Então, isso acontece. Eu estava só dizendo didaticamente, que essas forças, o mutualismo, a seleção(F) adversa, o risco moral, etc., fazem parte, estão aí e tem que ser precificados, né? Tem que ser precificados.

A Patrícia também mencionou o projeto de lei secreto. E não existe isso, não tem. Eu não faço parte de nenhuma conspiração--

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Mas, se existir--

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: Não existe.

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Agora eu acertei.

[falas sobrepostas]

[risos]

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: Eu quero protocolar uma reclamação de bullying com as entidades de defesa do consumidor presentes.

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Gente, eu estou ficando lelé. Mas se existir, a gente pode participar da discussão? Eu estou falando em nome de todos da mesa.

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: Se existir, eu vou te dar um crachá para os porões de Brasília,

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Não, estou fora!

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: Nos encontramos lá, então.

SRA. PATRÍCIA CARDOSO MACIEL TAVARES: Não, estou fora! Porões não.

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: Vamos lá, pessoal. O Cláudio... não sei se foi o Cláudio ou foi você, falou de um projeto de lei de 2006, que confesso que são tantos que eu já nem lembrava desse também. Mas temos alguns pontos lá que foram até tratados aqui e ali, e mudaram, evoluíram de lá para cá. Mas lá tem... o primeiro ponto e, aparentemente, Cláudio, você ou passou batido ou concordou com ele, que é a oferta obrigatória de planos individuais.

Gente, isso não é por aí. Isso que existe. O mercado é aberto, o mercado é concorrencial, o

mercado é livre, as empresas farão questão de oferecer planos individuais quando sentirem que tem condições de oferecer e de tratar, como foi dito aqui, a 40, 50, 60 anos, um contrato de longo prazo, que não pode ser cancelado unilateralmente pela operadora. Só farão isso quando tiverem sentimento de que o contrato vai ser cumprido, de que as normas foram cumpridas, que os reajustes vão ser refletidos, independente da renda do Brasil, da condição do Brasil.

Se o seguro, se o custo está subindo por uma razão, há sérias razões que nós falamos aqui hoje, 20%, o preço tem que subir 20% senão quebra, vai quebrar ainda prejudicar um monte de gente que pagou, que está querendo se proteger e não vai ter. Simples assim.

Você tem que regular eficiência, desperdícios, falcaturas, fraudes. Isso estamos juntos. Estamos juntos nessa briga. Mas os custos de saúde, escutem o que eu estou dizendo, vão subir sempre muito mais do que a inflação por fenômenos que a gente falou aqui hoje. E vem mais coisa por aí, essas terapias genéticas que prometem curar, ser uma coisa meio... bem, tipo [ininteligível] mesmo para os indivíduos, conforme seu genoma, etc., vão chegar e são muito, muito, muito caras. E nós vamos ter um dilema, como sociedade, até para o SUS de discutir que grau que isso vai ser incorporado em prejuízo de assistência primária à saúde, vacinação, prevenção, que salvam muito mais gente, a princípio. Então, é uma escolha de Sofia. É uma coisa muito grave, muito cruel, muito como difícil. Mas, no do sistema privado, se for incorporado, seja pelo rol, seja pelo Judiciário, os preços têm que refletir isso. Simples assim, senão o sistema quebra. Mais dia, menos dia, o sistema quebra.

Então, o Fernando também falou do projeto secreto. O Leandro falou de reajustes controlados dos sistemas dos planos de saúde coletivos. Isso, inclusive, é uma bandeira da Marilena Lazarine. Eu estava com ela lado a lado lá na... Eu acho que você estava lá também, que tinha muita gente lá no Senado. E, de novo, a Marilena, ou o Idec, eu não sei, parece ter uma posição de que o sistema está assim, porque as empresas não – já ouvi isso do Idec – as empresas não vendem individual, porque o coletivo está liberado, entre aspas, né? E que se controlar o coletivo passa [ininteligível] individual.

Desculpa, não pode ter uma coisa mais errada do que essa. O mercado é livre concorrencial. Não é controlando seguro, o seguro individual também... desculpa, o coletivo, você vai resolver o problema. Não é. Você vai resolver o problema atacando a raiz, a incorporação de novos medicamentos...

Quando digo que não deve incorporar, não é porque eu sou contra, não. E se tiver

problema pessoal, vou ser o primeiro a correr atrás para ter o tratamento. Quero saber se ele cabe no bolso do sujeito para pagar. O sujeito que, aos 59 anos, aposenta com uma renda baixa, num país que 70% dos empregos formais no Brasil, as pessoas ganham menos de R\$ 2 mil por mês. Essa é nossa realidade. Nós não podemos querer ter um ano de quando o primeiro mundo, a droga supernova, o tratamento genético supernovo, com uma renda dessa. Não dá. Eu não conseguia... Ou ele vai ficar elitizado, como foi dito aqui, pelos preços vai elitizar, ou você começa a tratar de segmentações, de limites, de módulos, como a gente está sugerindo, para, ainda que não integralmente, que algumas pessoas consigam ter algum tipo de cobertura, até básica muitas vezes, no sistema privado, melhor que o que o SUS.

Foi dito aqui pelo o Andrey dessa sinergia do sistema público com o sistema privado. Está evidente isso, cada um sai de um lado, tira do outro, o ônus do gasto e tudo mais. Vários dos pontos que nós temos falamos disso, dessa integração com o SUS. Eu mencionei um na minha palestra que é a questão de aceitar, no sistema, já no nível hospitalar do sistema SUS, exames ou diagnósticos já prontos feitos no sistema privado. Tem uma discussão complexa aí do [ininteligível] Porta, do Fura Fila, etc. e tal. Mas, mais cruel é a pessoa saber que está com um procedimento que precisa tratar agora e não poder, não ter dinheiro para fazer isso. Isso é grave e também.

Um outro ponto que eu não mencionei, que a gente fala também, é essa... eu sei que é complexo, eu só estou aqui retratando as nossas dificuldades de discussão como sociedade. É a inclusão em redes de prestadores, de operadores individuais... desculpe, de operadores de saúde suplementar, de hospitais da rede pública. Isso é um outro... um sistema complexo, porque tem muitas cidades pequenas, a gente fala de capitalização aqui, de como atingir o consumidor nos municípios muito pequenos. A gente tem que sair de Belo Horizonte, sair de São Paulo, sair das grandes cidades, tem que ir lá para as cidades menores, que, muitas vezes, tem um hospital só, que pode ser federal ou estadual, enfim, do SUS, que não pode ser credenciado de uma empresa... Eu não estou me referindo a hospitais privados que são da rede do SUS, estou me referindo a hospitais públicos, não podem ser credenciados. E a gente tem casos vários de hospitais privados que são da rede SUS.

Eu vou dar um exemplo só, e talvez seja ruim, porque é paulista, aquela coisa de São Paulo, mas que é o da Beneficência Portuguesa em São Paulo, que é 80%... mais de 80% de atendimento SUS, gratuito, mais de 80%. Mas os 20% da porta privada deles representa 80% da receita do hospital. Portanto há um... não sei se subsídio cruzado é o nome, tal, mas o fato é que o hospital

consegue sustentar 80% de atendimento ao SUS pela porta de entrada que ele tem para o sistema privado. Isso não é possível nos hospitais puramente públicos. Tem prós, tem contras, talvez alguém aqui entenda muito mais desse assunto do que eu não. Mas nós estamos só colocando isso para discussão, porque são formas de tentar trazer mais gente para o privado desonerando o sistema público.

E falou-se aqui de concentração de mercado também, o Andrey, e a elitização. Eu acho que nós não chegamos lá ainda, não, mas a continuar como estamos, sim, é um risco. Quando a gente fala que a ANS publica relatórios, que lá no Marco Zero, lá em 98, tinham, se eu não me engano, 2,2 mil... mais 2 mil operadores, hoje são 700 e tantos como foi citado aqui. Alguém fala: Ah, isso concentrou, concentrou. Gente, dessas quase 800 operadoras que existem hoje, mais da metade, tem menos de 10 mil vidas. E aí, falou-se aqui no mutualismo, na necessidade de escala para você poder absorver, angariar esses riscos todos, né?

Então, eu acho que ainda existe espaço, e é necessário algum grau de consolidação, sim, mas que há um risco de concentração, se isso não for dosado, ele está aí. Está aí para a gente ver.

Foram essas observações que eu vim aqui. Nós... quando o Amauri me convidou para vir aqui, eu vi a lista, eu falei: Gente, eu vou eu vou trazer o Elton comigo pelo menos para ele avisar a família, que...

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: para te dar um apoio moral aí.

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: Pois é, para dar apoio moral. Ele é médico, ele já me trata aqui mesmo, se for o caso.

Mas eu quis observar tudo isso, nós estamos lá na FenaSaúde, e eu fui para lá no início do ano com essa missão, até como até aqui discutido, de transparência, de abrir o jogo, de mostrar nossa proposta, de publicar, de falar, de escutar, de falar algumas verdades que às vezes são muito difíceis nesse tema.

Portanto, nós estamos abertos sim, participaremos tantas quanto forem as vezes... se for Maceió, então, melhor ainda, que lá tem um mar bonito e tal. Mas foi um prazer estar aqui. E se tiverem perguntas, estou aqui para responder. Meu voo para São Paulo é bem mais tarde, mas só não sei como é que vocês estão aí com relação ao estômago de vocês. Muito obrigado.

SR. PRESIDENTE MARCUS TEIXEIRA BRAZ: Obrigado, Dr. João. Agora a gente para perguntas. Que gostaria, por favor, para anotar aqui os nomes e...

SR. JOSÉ REIS: Com licença. Meu nome é José Reis, advogado depois dos 55 anos, eu era mecânico. É o seguinte, eu vou ser breve. Eu pergunto à Mesa e aos demais colegas aqui, na condição de cidadão, se houvesse, por parte do Governo Federal, inserções massivas na mídia, rádio, TV e imprensa em geral, por mudanças de hábitos, comportamentos individuais ou não, quem ganharia com isso?

Eu penso, na minha humilde posição aqui, que segurado de benefício de plano de saúde, operadora de planos de saúde e Governo Federal, evitando-se assim, um grande número de doenças evitáveis em primeiro grau. Isto é, higiene, em primeiro lugar, comportamento com o corpo, comportamento com a higiene.

E nessa caminhada aí, eu encerro a minha pergunta, porque essa mudança de hábitos e comportamentos ajudaria, quem sabe, a diminuir a doença nesse país. Muitas são evitáveis com um simples ato: lavar as mãos diariamente, a todo momento. Obrigado.

SR. PRESIDENTE MARCUS TEIXEIRA BRAZ: Alguém mais quer fazer perguntas?

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Todo mundo com fome.

SR. AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Eu fiz algumas anotações. O pessoal fala que eu falo muito, mas...

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Senta aqui, Amauri.

SR. AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Não, aqui está tranquilo. É rapidinho, dois minutos.

Eu anotei aqui sobre as falas. São coisas que a gente percebe... Tem um projeto hoje no Congresso Nacional que é para... a tentativa do projeto, que já vem acontecendo com a questão do consumidor.gov, que é de um Judiciário cada vez mais ele exigir que o consumidor tente, antes de propor a ação, a resolução do problema de forma amigável, seja com a empresa, seja usando o consumidor.gov, em razão, exatamente, do excesso de demandas que faz com que o Judiciário, ele acabe não tendo condições de resolver os problemas, né? A gente sabe que tem essa questão.

Então, uma coisa que o colega Sidney falou, que eu acho que é importante, que é uma questão para refletir, até que ponto... a agência reguladora, eu acho que ela tem que ser fortalecida para fazer esse papel de mediação e, naturalmente, ser o veículo de composição entre os diversos interesses envolvidos no tema, de modo que que isso seja prestigiado, sabe? Eu acho que a agência reguladora, ela veio no âmbito da reforma do Estado, como sendo aquela instituição que tem conhecimento técnico e que, por fazer toda uma mediação buscando equilíbrio nas

relações entre fornecedores e consumidores, ela me parece ser a grande novidade da reforma do Estado, que foi inaugurada com o ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, que é exatamente o local propício para a regulação, para a mediação, para composição de todos os interesses.

Outra questão que me chamou a atenção na fala do Dr. Fernando, que foi uma questão simples que acontece, de você ter um contrato de plano de saúde, precisar de um tratamento e, em determinado momento desse tratamento, você ter a necessidade de uma UTI, por exemplo, e isso não está coberto ou... como fica o consumidor? E aí vejo judicialização da questão e o juiz, vendo que o paciente pode morrer, ele dá a liminar e depois, lá na frente, vai se discutir o que que vai ser feito.

Na medida que o sistema... parece que o Dr. João comentou isso aí *en passant*, o sistema de saúde complementar ao do estado, mas que, por outro lado, tem que atender as normas que o estado, ele prevê. Eu acho que é uma outra questão importantíssima na medida que esse tema tem sido discutido, é a gente encontra uma forma de os dois sistemas se comunicarem para que o consumidor, no momento que ele precisa de algo que o plano de saúde não oferece, que o estado, da mesma forma, ou imediatamente, chame para ele a responsabilidade para que o serviço que o consumidor precisa, ele seja efetivado, e não seja o Judiciário que faça esse papel. Então, tem uma responsabilidade que eu penso aí do Sistema Único de Saúde e dessa comunicação, que eu não sei exatamente como deveria ser feita.

Queria só situar aqui uma questão, que eu acho que tem pessoas também da sociedade aqui. Se falou muito em plano individual, plano coletivo. Porque o plano individual, o reajuste, ele é autorizado pela ANS, já o plano coletivo, parte-se de um pressuposto que uma empresa, uma associação que contrata coletivamente um plano de saúde para os seus associados, para os seus empregados, eles teriam mais condições de negociar e essa relação.

Uma coisa que acontece e que eu acho que é importante também de se refletir, a questão do cálculo atuarial. Nós temos recebido diversas consultas de Procons, de promotores, com relação a esses reajustes, né? E pelo que eu vi da apresentação do Andrey, do que foi falado, são dois problemas maiores: questão de cobertura e a questão de reajustes.

E aí, nós conversando, né, Elias, com os colegas da OAB, da Comissão de Saúde Suplementar aqui da OAB de Minas, a gente acho que acertou, são os dois temas que são mais palpantes, é a cobertura, que vai ser falada agora à tarde, e reajustes amanhã de manhã.

Mas o que eu queria dizer e que aflige a todos nós, órgãos de defesa do consumidor, é você

tem um contrato. Dr. João, que foi feito com base num cálculo atuarial e que a operadora não tenha condições de diluir... quando ela propõe o reajuste em razão dos custos, em razão da utilização do plano coletivo, ela propôs 130%, tem casos aqui de 130%, tem casos de 70%, e uma pergunta que a gente coloca é: por que não o cálculo atuarial ter previsto isso em períodos mais curtos, já que tem uma cláusula dizendo de você pode rever o valor da mensalidade, por que não diluir isso em vários anos e deixar que acumule em 100%, 150%, e depois queira cobrar essa conta do consumidor, que, na prática, para a gente, aquela excessiva onerosidade que, em tese, o plano teria se não desse o aumento, ele está transferindo para o consumidor uma excessiva onerosidade?

Então, de se pensar nessa diluição. Me parece que já há algumas decisões do STJ preocupado com isso, de diluir, já que tem um cálculo atuarial, que o cálculo atuarial consiga pensar isso de uma forma a diluir o reajuste.

Um outro problema que eu acho importantíssimas, que acontece mais, penso eu, no plano coletivo, que não é um problema só da saúde, é um problema de seguros em geral, que é o fato do associado, do empregado, ele ter o seu representante na empresa, a associação, e entrar num plano coletivo sem saber de nada. Ele não tem conhecimento das cláusulas do contrato. É um problema que é em relação aí, me parece, muito, muito grande em relação aos planos coletivos.

E a última questão, só eu queria perguntar, a pergunta do senhor foi muito interessante. O Ministério Público, ele hoje tem como prioridade na atuação da defesa do consumidor, a promoção da alimentação saudável, da segurança alimentar e nutricional em Minas Gerais. E sua pergunta foi muito interessante. Eu queria só perguntar a FenaSaúde se ela ou suas operadoras, tem algum programa de prevenção, envolvendo alimentação saudável, que possa, efetivamente, fazer com que o senhor disse, que é diminuir a doença da população, os níveis de doença e, conseqüentemente, fazer com que o plano possa gastar menos na cura e poder prevenir mais. Eram essas colocações que eu gostaria de fazer.

SR. PRESIDENTE MARCUS TEIXEIRA BRAZ: Alguém mais? Não?

Bom, com relação à pergunta do Sr. José Reis, a ANS, hoje em dia, ela tem programas que incentivam as operadoras a buscar esse programa preventivo. Mas eu acho que o Dr. João pode falar com mais propriedade sobre o assunto.

SR. JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA: Agora sem o meu fiel escudeiro que me abandonou, o meu médico particular, o Dr. Elton. Então tenho que tomar cuidado aqui.

Sim, o senhor abordou a questão de hábitos e higiene de uma maneira muito ampla. Isso é um problema cultural da sociedade brasileira. Não é só de saúde.

Eu vou dar um exemplo que me irrita como cidadão, profundamente, é o fato de que só agora, e ainda está se arrastando, estamos lutando, o Marco legal do Saneamento. Isso está em discussão há 30 anos. Se o de saúde ficou 10 anos em discussão, esse daí está há 30 anos. E você tem uma parcela enorme da população brasileira que não tem banheiro para ir. E isso tem um impacto enorme na saúde pública e privada. Talvez até se alguém fizesse um cálculo direitinho, vale-se até o investimentos, a questão é de caixa, botar agora para ver isso... esse benefício vir ao longo dos tempos.

Do nosso... as empresas tem sim, planos de prevenção. A prevenção agora está até em, entre aspas assim, na moda, as pessoas têm falado muito sobre isso, não talvez na escala que o senhor sugeriu, de uma campanha, mega campanha governamental, mas de prevenção e hábitos.

Eu diria o seguinte, aliás, eu cheguei a mencionar na minha conversa aqui, naquele momento que eu falei do plano de franquias agregadas, ninguém melhor que o próprio cidadão para ser gestor de sua saúde. Nunca uma empresa, seja ela empregadora ou plano de saúde, vai conseguir induzir ele se ele não tiver convencido do benefício daquilo. Então, as pessoas tem que mudar. Porque, realmente, o que se vê hoje em termos de sedentarismo, obesidade, diabetes, coisas do gênero, é uma epidemia. Isso sem falar no problema de depressão e distúrbios mentais.

O comentário que o senhor, eu não sei quem e leu aqui, mas esse troço estava muito empresa uma semana atrás, porque o autor estava fazendo tour pelo Brasil aí, não sei se veio a Belo Horizonte, o autor judeu Yuval Harari, que escreveu livro 'Homo Sapiens', que escreveu o livro 'Homo Deus', e o outro que são dicas para o século 21. Em determinado... um dos livros, ei os três, mas um deles, ele fala sobre grandes heróis da medicina, que explicam até a onde nós chegamos hoje. Aliás, o título é um pouco disso, né? Como nós chegamos aqui.

E ele cita lá alguns cientistas que inventaram... o cara que inventou a penicilina, o cara que inventou a vacina 'XPTO', enfim, ele tem uma lista lá com nomes, e por um método, que eu não sei qual foi, alguma ciência deve ter por trás disso, que ele é um historiador, ele diz para o lado... com uma lista, uma tabela de quantas pessoas teriam sido beneficiadas ou salvas em milhões e tal. E o número um da lista, um 'troço' que ninguém... eu não lembro o nome, mas ninguém ouviu falar, ninguém venera essa pessoa, é um britânico que instituiu o hábito de lavar as mãos. O incentivo a lavar as mãos e a higiene pessoal. E o número de vidas salvas por isso é disparado o maior da lista,

muito mais do que antibiótico, medicina tal, etc. e tal. O outro saneamento básico.

Então, lá ele botou essa perspectiva na lista de pessoas que tiveram impacto na existência, na sobrevivência, na longevidade do ser humano. E o primeiro é lavar as mãos, higienizar as mãos, uma coisa incrível.

Voltando ao tema do reajuste, esses reajustes, os atuários calculam, eles são anuais, portanto, diluir eles, você vai começar a fazer um acúmulo para frente, o problema vai crescer mais ainda. Eu não conheço, e naturalmente que vocês vivem isso mais perto do que eu, o reajuste de 130%, 170%, enfim, pode ser que... devem existir mesmo, porque existem abusos e muitas vezes esses reajustes estão muito mais relacionados a um preço de entrada aviltado por competição, desconto, promoção, o que for, e a empresa já quer corrigir ele numa primeira virada. Mas uma forma de corrigir isso, pelo menos para os planos menores, que são geralmente os que estão mais sujeitos a esse tipo de pressão de operadoras, é o que a ANS faz, é o *pool* de vida, é o *pool* de 30. O reajuste dessas apólices citadas aqui, de 130%, com certeza não são de PMEs ou de pequenos grupos que estão dentro dos *pools* da ANS, é até uma irregularidade no caso, porque eu não me lembro, não sei se você já viu alguma, algum *pool* que deu 130%. Isso não existe.

E eu vou falar um 'troço' polêmico aqui, que outro dia eu falei, as pessoas ficaram olhando para mim com cara de mentiroso. O ideal para a gente, pessoal, é reajuste zero. Quanto mais baixo o reajuste, mais pessoas entram no sistema, mais pessoas ficam com... veem valor daquilo, cabe mais na renda das pessoas. O reajuste zero é o ideal. Só que não existe, por razões que a gente falou aqui.

Nós temos que nos acostumar que esse reajuste vai... se em média foi em 2016, é possível que continue três, quatro vezes a inflação. A inflação agora está caindo para níveis bastante baixos. A gente deve ver uma safra de reajustes também puxando para baixo também. E ele ser um projeto de lei que impõe reajuste pelo IPCA, ou por isso, por aquilo, não vinga. Não vinga, as empresas saem.

SR. PRESIDENTE MARCUS TEIXEIRA BRAZ: Só complementando as perguntas do Dr. Amauri, a ANS, hoje em dia, ela já tem um instrumento para fazer essa intermediação entre o público e as operadoras, né? Através do Disque ANS, a gente faz um processo da NIP, que é a notificação de intermediação preliminar, em que os beneficiários pode tirar dúvidas, ou então pode levar seus problemas, a gente encaminha esse problema para a operadora. E elas têm um prazo hábil, dependendo da situação, para resolver.

O índice de resolutividade da NIP hoje em dia é de 93%. Na verdade, é um programa muito bom, até. Talvez ele não seja tão conhecido público, e aí... Mas acho que esse ano já foram mais de 150 mil pessoas atendidas através do problema. Pode ser maior. Claro que sempre pode ser maior, pode ser mais julgado, mas é um momento bem interessante.

Quanto à maior comunicação entre o OPS(F) e o SUS, em algumas situações a operadora é obrigada sim,, a estabilizar e levar o cliente para o SUS. A Consu nº 13, por exemplo, trata desse assunto, que é urgência e emergência no prazo de carência lá, o cara é obrigado a estabilizar, garantir a vida e levar para o SUS. Mas realmente os dois sistemas se interligam e a gente precisa, mais para frente, pensar com calma de uma forma de melhorar esse intercâmbio entre os dois e aumentar as possibilidades de atendimento.

Mais alguma pergunta?

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: [pronunciamento fora do microfone].

SR. PRESIDENTE MARCUS TEIXEIRA BRAZ: A NIP diz que é ANS, fazer por e-mail, mas quando você liga para o Disque, tem um roteiro de perguntas. E aí, através do roteiro, ele vai te jogar ou para pergunta, para resposta, ou então, para o atendimento no sentido de solução do problema. Tem as duas vias.

Mais alguma pergunta? Não? Bom, eu queria agradecer o Dr. Amauri pelo convite, foi ótimo. Agradecer todos da Mesa, acho que foi muito boa discussão, um bom nível, enfim, é isso. Boa tarde. Bom almoço.

[aplausos]

SR. AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Há diversos restaurantes self-service aqui próximos. A gente retorna, então, 2h da tarde. Ok? Para isso e continuarmos.

[intervalo]

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Eu vou presidir aqui a Mesa da tarde, eu queria convidar para compor a Mesa o Dr. Teófilo José Machado Rodrigues, que é gerente de assistência à saúde da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Convidar o Dr. Felipe Rossi, que é diretor

da Associação Brasileira de Planos de Saúde, Abramge.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Dr. Douglas Faquim, advogado da Becker Faquim Sociedade de Advogados e membro da Comissão de Saúde Suplementar da OAB de Minas.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Convidar a Dra. Renata Salvador Grande, que a diretora comercial do Mater Dei.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Dra. Jordana Miranda Souza, advogada do Escritório Miranda Advogados e Consultores e membro da Comissão de Saúde Suplementar da OAB Minas Gerais.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Dr. Marcos Rafael Marinho Reis, advogado da Oliveira Rodarte Advogados especializado em acompanhamento de operadoras de planos e administradoras de benefícios do setor de saúde Suplementar.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: E a Dra. Mônica Maria Teixeira Coelho, que é coordenadora do Procon de Belo Horizonte.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Dr. Douglas, Douglas Fachin, advogado da Baker Faquim Sociedade de Advogados.

Bom, então nós vamos fazer uma dinâmica aqui, que é a mesma da parte da manhã. E queria, já de início, agradecer a participação e a contribuição de todos aqui da Mesa para esse evento, que é muito importante, e que está sendo realizado em conjunto, em parceria com a Comissão de Saúde Suplementar da OAB de Minas Gerais.

E para tratar do tema coberturas dos planos de saúde, eu gostaria de passar a palavra ao Dr. Teófilo José Machado Rodrigues, da ANS, que vai fazer a sua exposição e, posteriormente, nós teremos os debates. Dr. Teófilo, fique à vontade a vontade.

SR. TEÓFILO JOSÉ MACHADO RODRIGUES: Inicialmente, Dr. Amauri, agradecer pelo convite em nome da diretoria é um prazer sempre estar nesses eventos organizados pelo Ministério Público.

Senhores debatedores, senhoras e senhores, meu nome é Teófilo, eu sou, então, gerente de assistência à saúde lá da Agência Nacional de Saúde. Essa gerência, ela cuida... o mais visível do trabalho dela é o rol de procedimentos, né? Eu sou de formação médico, servidor público desde 1983, e na Agência desde 2005 estou lá.

Então vamos à nossa apresentação. Eu que passo aqui? Ah, esse aqui. Bom, eu tenho aqui uma boa possibilidade.

Então, vamos falar sobre coberturas assistenciais. A minha gerência é uma gerência... Eu estou meio perdido aqui. É que ele não tem o pontinho, né? Não tem problema.

Então nós estamos lá na gerência geral de regulação assistencial, dentro da Dipro. A missão da ANS: promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Do que nós estamos falando, são 47 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e 24 milhões de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos.

Ainda aqui falamos dos beneficiários. Aqui sobre o tipo de contratação. A primeira ali em cima, a linha vermelha, são os planos coletivos empresariais, que onde temos 31 milhões de beneficiários; na linha do meio, azul, são os planos individuais, onde temos em torno de 9 milhões; e a última linha, os coletivos por adesão, com 6,3 milhões de beneficiários.

Aqui os planos novos e os antigos. Os planos novos são aqueles que vieram depois da lei, a partir de janeiro de 1999, ou que a essa lei foram adaptados à época, vem sendo adaptados.

Mas ainda temos um montante de quase 4 milhões de beneficiários ainda vinculados a planos antigos, ou seja, planos que não estão regulamentados pela Lei nº 9.656, são regulamentados pelo seus contratos.

Aqui uma distribuição da saúde suplementar no país, onde aí dá para se perceber uma forte concentração de beneficiários na região Sul-Sudeste. Aqui uma distribuição beneficiários por operadora. Então nós temos aqui embaixo... Ele não tem aquele apontador? Então não tem problema. Então nós temos aqui na linha embaixo, duas operadoras que tem 6,7 milhões

beneficiários, ou seja, 14% do mercado. E vamos subindo, até que nós temos lá 73 operadoras que detêm 70% dos beneficiários, num total de aproximadamente 728 operadoras com beneficiários... operadoras ativas.

Aqui, os números da saúde Suplementar em 2018. Quando nós tivemos ali, são números em milhões, nós tivemos 216 milhões de consultas ambulatoriais, 57 milhões de consultas em pronto-socorro, 8 milhões de internações, 861 milhões de exames complementares e 93 milhões de terapia. Em termos de dinheiro, a receita desse setor, em 2018, foi de R\$ 195 bilhões, e as despesas assistenciais R\$ 161 bilhões que circulou no mercado o ano passado com despesa assistencial. A sinistralidade do setor girando em torno de 82%.

Aqui uma distribuição das consultas por especialidade. Então destaque aqui é a clínica médica, que 12% das consultas são em clínica médica. E aqui, na curva, ginecologia e obstetrícia, pediatria, oftalmo, são, então, os números das consultas na saúde suplementar.

Então, falando mais sobre o rol de procedimentos, compete, então, pelo art. 4º, da Lei nº 9.661/2000, compete à ANS elaborar o rol de procedimentos. O rol de procedimentos é aquela cobertura mínima obrigatória, que toda operadora de planos de saúde é regulada pela Lei nº 9.656, ou seja, dos planos de saúde a partir de janeiro de 99, os adaptados a ela, são obrigados a oferecer, né? Então esse é o mínimo. Operadoras podem oferecer mais do que isso em seus contratos. Mas o rol é o que ela minimamente tem que oferecer aos seus beneficiários.

Aqui é uma evolução do que foi o rol. O rol começa lá em 98, quando é promulgada a lei, com o Consul nº 10, que foi a primeira lista de procedimentos que deveriam ter cobertura obrigatória, que foi publicado. Isso em 98. Depois veio a Consul nº 11, que fala sobre procedimentos em saúde mental. E a Consul nº 12, de cobertura de transplante. Desde então, a ANS vem com alguma frequência atualizando o rol de procedimentos

E aí, então toda essa relação de RNs que mexeram com o rol, sendo que a partir 2010, na RN 211, a gente estabeleceu que esse processo, que antes era mais irregular, não tinha uma regularidade de atualização, a partir 2010, a ANS determinou que essa atualização seria a cada dois anos. E assim vem sendo feito.

Como vocês podem ver aí, entre um atualização e outra, tem alguma RN de atualização, mas que foi feita por conta de algum normativo, determinação judicial, uma alteração de lei, alguma alteração legislativa, com por exemplo, a bolsa de colostomia, o antineoplásico oral, que foram leis que foram aprovadas legislativa e a gente foi obrigado a incorporar, independente

daqueles dois anos que temos definido lá na 211. E em 2016, também teve a corporação dos exames para o Vírus Zika. E aí, por uma questão de saúde pública, em que era necessário incorporar com urgência no rol de procedimentos para essa patologia, que foi um trauma muito grande, todos lembram, né?

Atualmente, está em vigor a RN 428, que foi aprovado em 2018, em vigor em 2018, que está hoje com a lista do rol, né?. Então, a RN 428, de novembro de 2017, que entrou em vigor em janeiro de 2018, ela atualizou o rol, revogando a anterior. Ela é composta, a RN, ela tem quatro anexo. No anexo um, que é a lista de procedimentos; o 2, que são as diretrizes de utilização, as diretrizes clínicas e o protocolo de utilização, né?

Então, a lista são aquele todos aqueles procedimentos listados lá, que tem cobertura obrigatória por rol. Sendo que alguns desses procedimentos, ele tem uma diretriz de utilização, ou seja, ele é coberto, mas não em qualquer condição, ele tem condições sobre... nas quais está indicada a cobertura dele, está obrigatória a cobertura do procedimento.

E assim, olhando na lista de procedimentos... É pena que aqui não dá para apontar, está muito pequeno também a letra. Mas aqui, então, na primeira coluna, são as listas de procedimentos, ali à frente... Aqui no meio é uma coisa mais de uso interno, que a gente faz, é onde estão classificados esses procedimentos, são procedimentos gerais, procedimentos terapêuticos, cirúrgicos. E, naquelas últimas colunas ali, se o procedimento, ele está... ele é de cobertura em que tipo de segmentação, se é no oncológico, se é no ambulatorial, se é em todos. Então ali está odontológico, ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, referência, se é um procedimento de alta complexidade, isso tem importância lá, quando se fala em CPT, né?

E finalmente lá, a DUT. Ou seja, todos aqueles procedimentos que na última coluna lá está escrito a DUT, e ali tem o número dela, esses só são cobertos se atendidos os critérios que estão descritos lá na DUT.

A DUT, ela procura... o objetivo da DUT é assim, é trazer qual a melhor evidência científica para se usar esse procedimento, né? Porque tem... o procedimento, ele não tem indicação em qualquer situação. Então a gente descreve na DUT qual a melhor situação, onde há evidência científica, para se usar esse determinado procedimento. E a cobertura está vinculada a isso.

Aqui um exemplo de DUT. Então, por exemplo, a mamografia digital, ela tem uma DUT, a cobertura obrigatória para mulheres entre 40 e 69 anos; o câncer de mama e ovário, aquela

avaliação genética do BRCA 1 e BRCA 2, ele tem também critérios de indicação. Não é toda mulher que precisa fazer esse exame, né? Então tem todo um critério. Essa DUT é bem maior do que isso aí, eu só coloquei um recorte dela.

Aqui nós temos as diretrizes clínicas. Atualmente tem três diretrizes clínicas, que são as situações em que esse procedimento... como esses procedimentos são considerados. Por exemplo, o que é uma consulta com puericultura? Lá na diretriz clínica está falando que é uma consulta. O médico vai fazer isso, vai fazer aquilo, tudo descrito lá. Tratamento da hérnia de disco, como é que funciona a cobertura, né?

O protocolo utilização, que é... isso entrou através da mudança legislativa, que é o fornecimento de bolsas de colostomia para pacientes que tem colostomia, que usam drenagem urinária, bolso de... Então tem todo um protocolo de como fornecer, a quantidade que cada paciente tem direito num determinado período. Nesse protocolo traz toda essa descrição.

Bom, a cobertura do rol. Lá na página da ANS www.ans.gov.br, tem um aplicativo, que é o verificador de cobertura, onde qualquer beneficiário, qualquer pessoa pode acessar e ver se determinado exame que o seu médico solicitou, se ele está no rol ou não. Então, nesse verificador de cobertura, que é aquela primeira caixinha a esquerda ali, ao alto, à minha esquerda aqui, ao alto, verificado de cobertura. Lá você clica, vai preencher o que você quer, plano só ambulatorial, internação, vai escrever o nome do procedimento, e ele vai dizer se aquilo tem cobertura no rol, como é que está no rol, como é que tá a cobertura dele.

Também tem... a ANS tem um aplicativo que pode ser colocado no celular, e é muito fácil de instalar, também onde você consegue verificar a cobertura do rol.

Na página da ANS ainda, aqui na nessa aba ANS, tem ali essa aba que abriu, a segunda caixinha ANS, em transparência institucional, a gente tem os pareceres. Então, transparência institucional, o último item aqui embaixo, pareceres técnicos da ANS.

Anualmente, a gente faz uma revisão daquilo... o que está demandando muita confusão, o que as pessoas não estão entendendo muito bem, o que o Poder Judiciário está questionando, o Procon está questionando. Então a gente pega esses temas e destrincha, interpreta, deixa de forma mais clara, como é que se dá a cobertura, o que é a cobertura. Então, atualmente a gente faz atualmente, estão lá já os pareceres de 2019, desde... e tem também os antigos, pareceres antigo. A gente vai todo ano trocando... aquilo que já não está... as pessoas já incorporaram, a gente vai ver que não precisa mais ficar aqui, a gente vai tirando. Então, tem lá, é uma boa

maneira de consultar cobertura, de entender a cobertura, nesses pareceres técnicos. E eles têm sido muito usados pelo Judiciário, esses pareceres, no auxílio das questões que aparecem. Então aí, os pareceres técnicos. Está lá. O primeiro lá é sobre o Spinraza, enfim, são...

Aqui uma questão que até hoje de manhã falaram um pouco, que são questões de queixas lá na ANS. Então, o que sobressai mais são queixas de cobertura, que é o que está em verde; contratos e regulamentos é esse clarinho; o azul é sobre reajustes; e outras situações.

Então, cobertura é um tema que dá bastante dúvida no consumidor, no beneficiário, bastante dúvida no prestador, e é um tema que é bem reclamado na Agência. Mas, por outro lado, como foi dito hoje de manhã também, a ANS tem lá sua notificação de intervenção preliminar, a NIP, onde se resolvem essas questões, feitas as queixas lá na ANS, nos canais competentes. E isso tem todo um sistema com as operadoras, e 93% dos casos consegue se resolver isso com essa intermediação que a ANS faz entre o beneficiário e a operadora.

Aqui que eu anotei lá, puxei do SEI. Na verdade, a gente tem vários canais onde entram queixas, perguntas, né? Tem o SEI, o [ininteligível], enfim, ouvidoria. Eu peguei só essas que entraram pelo SEI. Em 2018, então, a gente teve lá 412 demandas no SEI vindo do Judiciário, mas essas daí, de 2019 até hoje... até ontem, 291.

Uma outra RN também que a gente promulgou... publicou em 2017, que também envolve a cobertura, as dificuldades na interpretação da cobertura, é a Resolução Normativa 424. Essa resolução trata do tema junta médica, né? Naquelas situações em que a operadora discorda do pedido médico, da indicação do procedimento, da indicação do material, então é possível que se faça uma junta médica envolvendo o médico que solicitou o procedimento, o médico do beneficiário, o médico da operadora que está questionando e um terceiro médico, que é chamado de desempatador, que vai tentar resolver essa situação da melhor maneira possível. Então a junta médica é para dirimir... médica a gente fala, mas é médica ou odontológica, também podemos ter divergências odontológicas.

Então é dirimir divergência técnico assistencial, então são as divergências contra problemas de assistência, sobre procedimentos [ininteligível] de saúde a ser coberto pelas operadoras.

Eu não sei como está... como é o tempo.

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Uma hora.

SR. TEÓFILO JOSÉ MACHADO RODRIGUES: Não, eu vou terminar muito antes. Para a gente

poder debater mais.

Então, essa Resolução Normativa 424, que dispõe sobre os critérios para a realização, então ela aponta todo passo a passo, como se forma a junta, as situações em que cabe junta, como deve funcionar todo esse processo.

Então, algumas regras que eu aponte aqui, que eu destaquei da RN. Ela é formada por três profissionais, um assistente, o médico da operadora e o desempatador. O desempatador é escolhido em comum acordo entre as partes. Pode ser feita uma junta presencial ou à distância, dependendo da situação, às vezes se faz uma junta à distância, não precisa a presença do beneficiário. Ou, se for o caso, se o desempatador assim o entender, ele pode querer uma junta presencial.

Mas, por outro lado, a junta ela não impacta no tempo da obrigatoriedade da cobertura, a garantia do atendimento. Aqueles prazos da garantia de atendimento da RN 259, eles continuam valendo, mesmo que a operadora faça a junta. Salvo no caso, e aí está previsto na norma, se o desempatador pedir mais um exame, pedir mais alguma coisa, que isso vá ter um impacto na garantia do atendimento. Isso pode ser feito uma vez apenas, e por três dias úteis, esse atraso na garantia do atendimento da 259.

A 259, esse aqui é um recorte dela, é sobre a garantia de atendimento. Então, o que fala lá na 259? O atendimento de urgência e emergência tem que ser imediato, ou seja, não cabe junta para urgência e emergência. Você não vai questionar e parar para pedir um exame numa situação de urgência e emergência; exames de análises clínicas, 3 dias; consulta básica, 7 dias; demais serviços, 10 dias; consulta em especialidades, 14; procedimentos de alta complexidade, 21 dias; e consulta de retorno, aí fica a critério do médico assistente.

Então, caso em que não se admite a junta: urgência e emergência, lógico; em eventos não previstos no rol, então não vai se pedir uma junta se o evento não tem no rol, não tem cobertura; quando há indicação de órteses ou próteses, mas por evento não coberto; e nos casos em que há indicação de OPME(F) ou medicamento sem registro na Anvisa. Porque lá na RN 428 fala muito claro, o que tem cobertura são medicamentos, materiais com previsão, com registro na Anvisa, e previsão de uso na bula, né? Então, o que tem cobertura tem que estar com registro na Anvisa ativo e tem que estar previsto na bula a utilização do material, do medicamento.

O ano passado a gente passou o ano construindo uma RN, que foi a RN 439, para disciplinar, para normatizar, para botar no papel tudo o que a gente vinha fazendo desde então,

desde o início lá da Consul nº 10, na atualização, no projeto de atualização do rol. Esse processo de atualização, ele sempre foi... levou em consideração a saúde baseada em evidência, o que é mais cientificamente aceito. Mas isso nunca foi colocado no papel. E o próprio processo, ele era... ele não estava todo normatizado. Com essa norma que a gente passou o ano passado construindo, a gente passa a normatizar todo o processo, como ele vai funcionar. E aí a gente vai ver mais à frente.

Então, ele define claramente as etapas, os fluxos, para alteração do rol. Os objetivos dele: propor o aprimoramento do processo. Então, aquele processo que a gente fazia, ele está agora mais aprimorado, um processo mais robusto, mais transparente, garantindo mais segurança jurídica aos atos, mais previsível, estabelecendo critérios de elegibilidade para as propostas e parâmetros técnicos, enfim.

Então, a Resolução Normativa, a gente está, atualmente, no auge desse processo de atualização do rol, já dentro dessas normas da RN 439. Então a gente criou um formulário lá, o FormRol(F), que a gente chama, o formulário na base do Data SUS, que estava baseado esse formulário, onde todas as pessoas, e não só como antigamente, a gente estava fazendo só os membros do CoSaúde, que era um comitê formado pelos membros da Câmara de Saúde Suplementar, só eles é que podiam, no início do processo do rol, mandar contribuições. A participação pública ficava lá no final do processo, na consulta pública. Agora não, é desde o início todos que quisessem, que pudessem, que tivessem condições, poderiam apresentar propostas nesse FormRol(F).

Então, essas propostas na RN tem os critérios de elegibilidade para ela. Evidentemente que não é só chegar lá no FormRol(F) e escrever: Eu quero esse exame. Você tem todo um critério e elegibilidade, a gente verá mais à frente, para ser aceita essa proposta.

Então, a gente define também o escopo das análises, delimita as etapas e produtos, a participação social, e uma atuação mais ampliada da Decol, da Diretoria Colegiada da Agência, que é quem, no final, decide pela atualização do rol. O rol, a área técnica faz toda a análise, todo o processo, mas a Dicol é que bate o martelo. E antes, como fazia... como funcionava? A gente fazia todo o processo e, no final, apresentava para a Diretoria Colegiada: Ó, de tudo o que a gente estudou, estamos aqui apresentando a nossa proposta de área técnica. Agora não, com essa normativa, a gente vai no passo a passo, apresentando à Dicol cada etapa que a gente cumpre, para quando chegar no final, o processo já está todo amarrado, né, já está todo bem definido.

Então, aqui, ó, são os critérios de elegibilidade de uma proposta, é o art. 9º da RN. Então, o que é preciso ter naquele formulário do FormRol na proposta de atualização do rol que alguém queira apresentar? Esse formulário esteve aberto de fevereiro a maio, né? Atualmente, então, já não tem mais possibilidade de apresentar uma proposta nesse ciclo, e o que chama mais, assim, o que é mais importante nesse... seria que eu preciso ter entre todas essas 16 itens (sic), mas tem três itens mais pesados, que é uma avaliação econômica em saúde, né? Eu tenho que fazer uma avaliação econômica em saúde, saber assim, esse procedimento que eu estou apresentando, ele é efetivo, ele é custo efetivo, ele é custo minimizador? Enfim, toda... todos os critérios de análise econômica em saúde, e a gente usa para isso como referência os manuais do Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde tem uma comissão, que é a Conitec, que é uma comissão que avalia a incorporação de tecnologia no SUS, do qual também nós da ANS, a minha área técnica lá, nós temos representantes nessa comissão. Então, a gente usa esses manuais da ANS como referência.

Então, o proponente tem que apresentar uma avaliação econômica em saúde, ele tem que apresentar uma análise de impacto orçamentário, né? Eu, ao colocar algo no rol, ao pretender colocar algo no rol, eu tenho que saber qual é o impacto que isso tem no sistema. Não é simplesmente: Olha, essa tecnologia é usada, ela serve, tal, mas qual é o custo disso no sistema? Então, essa análise de impacto orçamentário é necessária.

Eu preciso também apresentar um parecer técnico-científico, ou uma revisão sistemática, que é dizendo assim: existe evidência científica? Quais são as evidências científicas de que esse procedimento, ele é bom, de que esse procedimento serve para o que você está falando, de que esse procedimento é melhor do que um que já tenha no rol para essa mesma indicação de uso, né? Para que é que eu vou incorporar, imaginando, um procedimento que é um impacto orçamentário altíssimo, que tenha uma avaliação econômica de saúde similar, mas que ele é igual ao que eu já tenho no rol? Eu já tenho no rol um procedimento que resolve essa questão, e esse outro não me traz nenhum benefício a mais a não ser me trazer um custo orçamentário muito maior.

Então, tudo isso é feito... quando esses formulários chegam, chegaram lá, nós passamos nesse crivo de todos esses 16 itens de elegibilidade, e a partir daqui, separamos o que continua e o que não continua por não preencher os critérios da elegibilidade. E assim foi feito, nós recebemos um total de 1.137 propostas que vieram por esse FormRol nesse período que estava aberto para as contribuições. Desse total, 671 procedimentos eram para... eram para...

procedimentos, né? Seiscentas e setenta e uma propostas eram procedimentos; 285 eram propostas de incorporação de medicamentos; e 181 eram propostas de mudança de termo descritivo. Mudança de termo descritivo é como está lá na... listado no rol, eventualmente as entidades médicas, entidades profissionais, alteram alguma forma, como ler aquele procedimento, como ler aquele exame, aquela cirurgia. Então, essa... o termo descritivo seria uma proposta para isso. Dessa maneira que está no rol está de acordo com o que se pratica hoje? Está de... É assim mesmo? Está da melhor maneira ou não? Então, alteração em termo descritivo era assim.

Nesse outro quadro aqui à direita, desses formulários, então, recebidos, a gente recebeu 671 para procedimentos, 285 medicamentos e 181 termo descritivo. Na triagem inicial, passaram 231, ou seja, teve uma gama muito grande ali de propostas de procedimento que não atendiam aos critérios de elegibilidade, ou documentação incompleta, não apresentava o PTC, não apresentaram a análise de impacto orçamentário... enfim, estavam... não estavam completamente... o formulário estava... não estava preenchido, né?

Em uma segunda avaliação, e aí a gente entra mais fundo dentro do formulário, a gente entendeu... encontrou lá 74 formulários de procedimento que foram considerados elegíveis e eles estão agora na parte seguinte, né, continuaram no processo; 116, medicamentos; 24, termos descritivos. Um total de 214 itens que estão na fase da análise, né?

Então, no caso dos procedimentos, nós temos aí um resumo, 671 que vieram inicialmente, 231 passaram no primeiro o filtro e 74 seguiram. E ali, eu coloco 58 unidades de Análise Técnica, ou AT, porque muitos desses procedimentos no caso ali, às vezes eles vieram... o mesmo procedimento veio por mais de uma entidade; de repente uma sociedade médica e uma sociedade de pacientes, ou uma clínica, ou um hospital mandaram o mesmo... a mesma proposta. E a gente para fins de trabalho e organizar o nosso trabalho interno, a gente agrupa esses procedimentos. Então, ficaram 58 unidades de análises de procedimentos. Medicamentos a mesma coisa; eram 285 inicial, 150 passar em um primeiro filtro e 116, 116, 59 unidades. Ou seja, tem medicamento que ele foi apresentado para o mesmo... o mesmo medicamento para o mesmo o uso por mais de uma entidade, ou a indústria farmacêutica, mais uma clínica, uma clínica de especialidade, enfim. No termo... etapa do termo descritivo, estando então com 24 termos descritivos para analisar.

Atualmente, o cronograma do rol é esse aqui. A gente teve... ali está a versão 2, porque ele

teve uma mudança da versão inicial que foi proposta lá em dezembro de 2018. Para agora, a gente teve que fazer uma pequena mudança por umas questões de contratação que a gente... a ANS está trabalhando da seguinte maneira: agora nós estamos na fase da análise técnica. Então o proponente, ele é convidado, a gente já está com todo o cronograma desenhado até março. São 20 reuniões propostas, já realizamos seis. Nessas reuniões, o proponente vai lá falar sobre a tecnologia dele, ele vai, apresenta o PTC, a análise econômica em saúde, a análise de impacto orçamentário, e os membros do... da Câmara de Saúde Suplementar que participam, e aí tem representante de todos os setores, todos os atores da saúde suplementar, eles vão lá e fazem um contraponto também levando... levam técnicos, especialistas em avaliação econômica, em avaliação de impacto orçamentário, em tecnologia de saúde, para fazer contraponto e dizer sobre aquilo que está sendo apresentado, se aquilo é assim mesmo, se não é. E é nós da... nós, técnicos da agência, participamos dessa reunião, analisando e anotando o que é discutido.

Nós estamos... já contratamos pareceristas externos em entidades de referência no país em avaliação de tecnologia em saúde, e essas entidades também nos mandarão o parecer sobre essa tecnologia. Ou seja, então essa tecnologia que está apresentada, ela está passando pelo crivo do proponente que apresenta toda a documentação; do setor que faz o contraponto, questiona, pergunta. Vão receber, então, o parecer de especialistas reconhecidos no Brasil como de... os melhores aí que cuidam desse assunto, e a partir disso tudo, eu, técnico da ANS, faço a minha... construo a minha recomendação para apresentar para o diretor, para os diretores, tá?

Então, nós estamos atualmente nessa fase, que é aqui, de agosto/19 até maio/20, que é fazendo essas reuniões, recebendo esses pareceres dos nossos pareceristas e... para construir a recomendação técnica, que é o penúltimo item ali, onde eu vou fazer uma nota técnica dizendo: de tudo o que eu estudei, de tudo o que a gente recebeu, de tudo o que a gente discutiu nessas reuniões, nós recomendamos que se incorpore ao rol essas e essas, por esses e esses motivos, não incorpore essas e por esses e esses motivos, tá? Isso vai para a Diretoria Colegiada, que(F) em aprovando essa recomendação, ela libera para uma consulta pública. A partir daí, na consulta pública, podem ser apresentadas também por todo mundo novas contribuições, aí agora só sobre esses temas da recomendação. Não cabe na consulta pública novas... novos pedidos de coisas diferentes daquilo que está ali. É só o que foi discutido que pode-se ter contribuição da consulta pública. Fechada essa consulta pública, aí a gente publica a RN, isso em novembro de 2020, para entrar em vigor em janeiro de 21.

Então, nós estamos ali naquela fase... já passamos aqui pela abertura do FormRol, recebemos os formulários, analisamos a elegibilidade, estamos na análise técnica. Depois, vai recomendação, deliberação da Diretoria Colegiada, consulta pública, deliberação da Colegiada de novo e o processo de atualização termina, tá?

Todo esse processo, toda a documentação, todas as apresentações, elas estão sendo... essas reuniões, elas estão sendo transmitidas ao vivo pelo YouTube. Então, qualquer um no Brasil pode acompanhar. Estão disponibilizadas na página da ANS essas apresentações, então quem quiser ver. Nessa aba “Participação da Sociedade”, o último item aqui embaixo é “Atualização do Rol de Procedimentos”. Dentro dessa aba “Atualização de Procedimentos”, nós temos lá como é feito o processo, fluxo das etapas, o cronograma. Então, eu tenho os dois cronogramas lá dentro. Como participar do processo. Aí estão os dois cronogramas, que é aquele cronograma inicial, e o segundo ali é o cronograma das reuniões, das 20 reuniões que eu falei que estão ocorrendo; nós estamos na sexta.

Aqui é o cronograma, como ele está no... lá, né? Então, aqui, essa primeira coluna aqui é a reunião, foi a primeira reunião, foram aquelas quatro tecnologias; aqui a segunda reunião; e aqui à direita, a outra... a quarta coluna, a tecnologia em saúde. Então, está lá, teste cutâneo de puntura ou intradérmico com medicamentos. Aí tenho para o que... qual o uso, quem apresentou? Associação Brasileira de Alergia e Imunologia, e assim vai, e lá o número do protocolo. Então, isso está também lá, toda essa organização. Para quem quiser acompanhar, tiver algum interesse em algum tema específico, já tem lá o dia e o horário em que ocorrerão as reuniões, pode acompanhar pelo YouTube. Bom, muito obrigado. Espero ter atendido pelo menos em parte.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Nós é que agradecemos, Dr. Teófilo, pela apresentação, e a ideia é exatamente nós discutirmos e trazermos aqui para o evento questões que possam ser discutidas, né? Nós temos aqui especialistas para debater, e eu queria sem maiores delongas convidar o Dr. Douglas Faquim para fazer o uso da palavra pelo tempo de 15 minutos. Dr. Douglas, fique à vontade.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [04:13:33]: Com licença.

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Você foi?

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: [pronunciamento fora do microfone].

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: [pronunciamento fora do microfone].

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: [pronunciamento fora do microfone].

SR. DOUGLAS FAQUIM: Ok. Primeiramente, gostaria de cumprimentar a todos na pessoa do Dr. Amauri. Muito obrigado pela oportunidade de, né, fazer parte desta Mesa com tantas personalidades.

Bom, eu sou advogado, né? Um dos advogados, na verdade, que atua em favor do consumidor. Então, a gente tem aqui a Mesa composta, né, tanto por debatedores que, né, olham sob a ótica dos planos de saúde, das operadoras, eu sempre procuro ver o lado do consumidor, sem esquecer da importância dos planos de saúde, né? Então, nunca vou dizer aqui que na dúvida, há juízo (sic). Não é assim que funciona, tá? Vamos ali por partes. Tem muitas coisas nesse meio tempo.

O que se ouviu falar muito, né, inclusive aqui com as palavras do Dr. Teófilo e mais cedo, é sobre limitação à assistência, que basicamente... e uma delas é o rol da ANS, né? Então, o que eu... qual é a minha visão? É aquela do... né, do advogado que escuta diretamente, tanto eu quanto... havia um defensor público mais cedo, tem a Dra. Mônica também que vai falar, que é do Procon.

O consumidor médio é uma pessoa que ganha entre um, dois salários mínimos, é aquele consumidor que tem um plano de saúde coletivo. Então, é um beneficiário ou da empresa que ele mesmo trabalha, ou do cônjuge, ou do... né, ele é dependente, ele não tem instrução, né? Então... instrução para entender toda essa complexidade de sinistralidade, enfim, né, todo esse contexto que tem, que é importante, que tem que ser regulado, né? Antes de tudo, um plano de saúde, ele é uma empresa, e se ele não der lucro, ele vai falir, né? Falindo, vai ter desemprego, as pessoas vão ficar desassistidas. Então, né, a falência de... né, de empresas não atende a ninguém. Contudo, quando se tem uma doença, vou colocar aqui um caso de câncer, por exemplo, é muito difícil a gente explicar para o consumidor de que ele, pela legislação, ele vai ter que ir para o SUS, e muitas vezes ir para o SUS significa... né, não tem uma sobrevida muito grande. A grande verdade é essa.

Então, tem que se ter... né, tomar cuidado para, primeiro, ver se houve algum, né, erro ali da operadora ou da primeira análise. Existem vários canais e formas de não litigar, de tentar resolver esse... essa lide, esse problema sem ser o judicial.

Uma coisa, né, que eu gosto muito de falar: às vezes é comparado, não por maldade, mas penso eu na inocência, que o seguro saúde é como se fosse de carro. Não. A vida talvez é... o

principal bem tutelado pelo direito é a vida, é a saúde, né? Um veículo, se você ficar sem um veículo ou tiver algum prejuízo, um prejuízo financeiro que vai ser esperado(F); a saúde, não. Então, eu pessoalmente não gosto, né, embora às vezes até a gente acabe fazendo essa comparação com veículos, né, de cobertura de dano moral, cobertura de... só perda... só furto e roubo, só... e assim, é até um pouco grosseiro comparar, né, o ser humano com um veículo de automóvel.

Eu falei isso, né, na nossa última reunião que teve na... da Comissão da OAB de Saúde Suplementar, muita gente, né, ficou surpresa. Por incrível que pareça, diferentemente do que parece, o consumidor, ele não quer litigar de forma nenhuma. Ele quer o tratamento, né? E não é uma opção, ele: Ah, eu ficaria melhor se eu tivesse esse tratamento. Então, o tratamento de saúde ou você vai ter... vai se recuperar, ou você não vai ter e vai continuar doente, ou vai ter que pegar empréstimo e vai pagar o resto da vida, ou vai ter que pegar... vai ter que fazer vaquinha *online*. Quantos casos a gente vê, né, de vaquinhas, vamos dizer, *online*? Porque, com certeza, né, entendam, a pessoa não está confortável em pedir dinheiro para sobreviver.

Bom, como foi dito aqui várias vezes, eu não vou nem me delongar com relação a isso, o rol de procedimentos da ANS é aquele rol de procedimentos, inclusive, eu peguei praticamente o que está no site da ANS, são aqueles “*procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde*”. Então, seria o... vamos dizer, o rol mínimo, é a cobertura mínima, geralmente atualizada a cada dois anos, igual foi falado aqui há pouco, e esse ano vai ser de três anos.

Foi, inclusive, também questionado... não vou dizer questionado, mas levantaram essa dúvida sobre será que esse... que é importante ter esse... né, essa etapa de, né, de discussão pública, técnica. É muito importante, mas muitas vezes isso também engessa. Foi o caso da Zika, por exemplo. Teve que ser colocado, né, apesar de toda essa discussão, porque era pública e notória essa necessidade. O que demonstra não só nesse caso, como tantos outros o quanto demora, né? A medicina, ela está muito... evoluindo muito rápido e tem essas questões burocráticas, né, republicanas, democráticas, que é impossível deixar de passar realmente.

É importante, que eu sempre oriento os clientes, eu não sei o porquê, mas parece ser muito mais comum o consumidor ser comunicado por telefone de que determinado procedimento foi negado. Eu, sinceramente, eu tenho a minha teoria, mas independente, por um motivo ou por outro, é feita por telefone. Qual é a orientação que sempre é passada? Solicite negativa por

escrito. É simples, é um direito do consumidor e uma obrigação da operadora de saúde em apresentar em até 24 horas, né? Eu sempre oriento. Pode ser até por correspondência; obviamente, por e-mail, hoje em dia é bem mais rápido, é muito mais interessante para todo mundo? Por quê? A partir da negativa é que vai se poder analisar se aquela negativa, ela realmente... ela é, vamos dizer, ela é plausível ou se vai ser necessário litigar, né, judicializar a questão, ou se vai poder... se a gente consegue uma alteração junto à Ouvidoria da operadora ou até a utilização da ANS.

Igual havia falado, né? Ouvidoria é pouco comum, tá, pela minha experiência que a Ouvidoria do plano, ela reveja, né, um tratamento que foi negado e na Ouvidoria ter alguma alteração.

A ANS é fundamental, né? Embora essa complexa... esse complexo trabalho de atualizar rol e tantos outros trabalhos muito importantes que a ANS faz, mas sem dúvida nenhuma aqui interessa diretamente... não que interessa, mas que beneficia diretamente, praticamente imediatamente o consumidor é a reclamação perante a ANS, que pode ser feito tanto pelo Disque ANS, tanto pelo próprio site. Inclusive, o site é muito bom. Eu, inclusive, o utilizei várias vezes, centenas de vezes, né?

Qual é o porém da utilização da ANS? A ANS, né, ela tem um trabalho institucional importantíssimo, mas se você vier a questionar um procedimento que está fora do rol da ANS, seja pelo telefone, seja pela NIP, a resposta que vai vir é: O plano de saúde não é obrigado a cobrir procedimentos que não estão no rol da ANS. E eles realmente fazem um trabalho muito bem feito. É... o que eu sempre brinco, estava falando com a Dra. Mônica, parece que as operadoras de saúde têm mais pânico da ANS do que do Judiciário. Então, tem casos de procedimentos judiciais que demoram a ser cumpridos, às vezes meses, mas os prazos da ANS, senhores, eles são cumpridos à risca, todos os casos que eu acompanhei. É um trabalho importantíssimo que a ANS presta aos consumidores.

O Procon, né? O Procon é mais com relação à orientação, porque como ele não tem papel, né, judicante, ele não vai poder litigar esse processo, vai ficar mais realmente na orientação. Às vezes são instaurados, né, alguns processos, a operadora responde como se fosse um processo judicial falando que contratualmente não é obrigada a cobrir aquele procedimento, por isso não vai ser coberto e ponto final, né? A gente tem ali uma prova, né, de que isso... que a gente tentou resolver isso sem ser judicialmente, mas, na prática, não funciona, não... Não é que não funciona,

mas não tem tanta serventia que é para a autorização do procedimento.

É difícil generalizar tudo, né? Obviamente, aqueles procedimentos... exemplo, os procedimentos estéticos, né? Acho pouquíssimo provável que uma ação judicial com relação a procedimento estético seja julgado procedente, porque tem que ser excluído, isso é óbvio, mas até o que é estético, o que é reparador, isso varia de acordo, né, com o entendimento de cada... não de cada médico, mas de cada caso, e às vezes medicamento às vezes é o uso ou não de robô, que inclusive hoje em dia não está... é experimental, eu acho que até hoje, na verdade.

Então, o que é importante? Cada caso ser analisado com calma, e caso a caso. Então, às vezes um medicamento X vai servir para um caso e não vai servir para o outro. Às vezes, o tratamento que está sendo indicado realmente às vezes não é aplicado naquele caso, ou está sendo... enfim, pode acontecer erros, pode... enfim, tem uma série de questões que precisam ser analisadas caso a caso, e é importante a figura do... né, de um advogado atualizado, de um defensor público, é até possível utilizados os juizados especiais, embora, eu, pessoalmente, eu realmente nesse caso específico, não sei se é a melhor opção, tendo em vista que é preciso instruir muito bem o processo, porque é uma questão médica, é uma questão complexa, e é complexa para o advogado, é complexa para o consumidor, é complexa para o Judiciário. Então, quanto mais provas, né, nesse tipo de processo é mais importante. Então, nem sempre, né, o Juizado nesse tipo de questão vai ser recomendado.

O STJ, Superior Tribunal de Justiça, ele tem como função... ele é responsável por uniformizar, dentre outras coisas, tá, uniformizar a interpretação federal de lei federal do país todo, e o plano... os planos de saúde, né, estão regidos por uma lei federal. Obviamente o STJ, ele, né, tem ali aplicabilidade. Já, inclusive, publicou uma súmula, né, basicamente falando que o Código de Defesa do Consumidor se aplica aos contratos de saúde, exceto aqueles administrados por entidades de autogestão. Dou um exemplo aqui. Os planos de saúde da Vale, por exemplo, eles são os mais comuns, eles são... o plano de saúde é a própria operadora. Então, tem algumas exceções à regra, lembrando que cada caso é um caso. Inclusive, é bem recente essa notícia, o STJ colocou em pauta para amanhã... tá? Então, vai ser julgado amanhã o recurso... esse recurso especial, em que vai ser debatida... esse recurso especial, ele é muito importante, porque foram ouvidas diversas entidades, pró-consumidor, seja de operadoras de planos de saúde, OAB. Então, é um processo que está sendo amplamente discutido. Ele não vai solucionar a questão do rol da ANS de forma rápida com esse julgamento. Isso... esse... né, essa discussão, ela vai ser muito mais

ampla, mas já é ali um sinal do que a gente pode esperar para os próximos anos, né? Então, vai ser discutido... vai, nesse julgamento, lembrando, vai acontecer amanhã, sobre o rol de procedimentos, se o rol de procedimentos é meramente(F) exemplificativo; se deve prevalecer a opinião do médico do consumidor, né, ou se a operadora ali, ela pode negar o procedimento que o médico... está sendo negado ou propor outro; e também se no caso de recusa, né, de... a negativa de procedimento que não conste no... né, de procedimentos que não constem no rol da ANS, se essa negativa, ela é lícita ou não, né, se se caracteriza exercício regular de direito e se afasta a obrigação de apurar eventuais danos morais.

Igual eu havia falado, isso vai ser discutido amplamente, né? Eu acho importante fazer... é o que eu tenho pretendido fazer nos próximos... a partir do ano que vem é estudar o direito comparado, porque comparar... né, igual eu havia falado anteriormente, o seguro de carro com o seguro saúde muito complicado. Vou fazer essa análise. A partir, né, dos outros erros, ou de outros acertos de outros países, seja, né, desenvolvido ou não, para se saber, né, como é que vai ser direcionado esse rol, esse problema do rol de procedimentos, que, obviamente, ele tem que existir, é inegável, né? Não tem como se existir um plano de saúde em que se contemple absolutamente todo tipo de tratamento que o médico quiser ou... é muito mais complexo do que isso.

Bom, eu terminei, né, o que eu tinha planejado. Se eventualmente tiverem dúvidas, ao final vou estar aqui à disposição para esclarecer. Espero que eu tenha ajudado, contribuído com essa visão do consumidor, que é aquela parte frágil, é aquela parte que não entende contrato, que a gente precisa digerir tudo. Isso tudo que é dito aqui, a gente precisa digerir e falar para a pessoa em algumas frases, porque não vai entender. Tem que ser algo bem simples, bem objetivo. Eu agradeço a atenção de todos.

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Nós é que agradecemos, Dr. Douglas, pela sua exposição. E eu passo a palavra agora ao Dr. Felipe Rossi, para a sua apresentação em 15 minutos.

SR. FELIPE ROSSI: Estão me escutando? Boa tarde a todos. Agradecer o convite do Ministério Público para participar aqui da Mesa. Agradecer o convite do Elias também lá da Comissão de Saúde Suplementar da Ordem. Eu sou advogado há 20 anos, fiz 20 anos esse ano, e mexo com plano de saúde desde estagiário, e o que eu enxergo ao longo desses... apesar, né, dessa minha cara juvenil, mas o que eu vejo é que existe uma grande evolução no... vocês me

avisam aí o tempo, viu, gente? Existe uma evolução do entendimento do Jurídico com relação a esse exame que tem que ser feito entre individual e coletivo. Não sei se vocês já tiveram a curiosidade de ver, ou a oportunidade, lá em 98, 99, um dos primeiros casos que eu lembro de ter era da desembargadora Maria Elza, e justamente o que prevalecia era essa questão da individualidade, do direito à vida, da dignidade da pessoa humana, e isso é extremamente complicado quando a gente pensa em um sistema.

A gente estava em um encontro da... sobre judicialização em Porto Alegre há mais ou menos dois, três meses atrás, tinha uma desembargadora... uma desembargadora não, uma juíza federal do Paraná, e ela levou... a apresentação dela foi muito interessante, porque a apresentação dela foi psiquiátrica. Ela mostrou uma série de teorias psiquiátricas, que existe uma síndrome, eu sempre esqueço o nome dela, porque eu sempre colo essa... eu acabei de ler e esqueci de novo. Mas o que é que acontece? O julgador ou qualquer pessoa que enquanto ele vai examinar um problema de saúde, ele vai tender a decidir a favor do individual do que em prol do sistema, em prol da coletividade. Por quê? Porque o individual, a gente consegue materializar o problema que a pessoa está vivendo. Então, eu estou falando isso por que? Porque operadora de planos de saúde nenhuma funciona para negar. Eu acho que essa fase, depois de 20 anos de regulamentação, ela já passou. Eu acho que os nossos amigos da ANS estão aqui, eles podem confirmar, acho que os picaretas do mercado, até onde eu sei, todos já foram embora. Eu não conheço mais picareta operadora que esteja funcionando mais. Pode ter uma ou outra que é mais polêmica; agora, picaretagem eu não... eu acho que não tem mais.

A regulamentação foi extremamente benéfica, e a gente... e nós enquanto sociedade, nós vamos ter que fazer uma opção: se a gente quer ter um sistema de saúde viável ou não. É muito fácil... não vou dizer que é fácil, mas é mais simples a gente querer desfazer todo um arcabouço de regra e todo um arcabouço econômico, que foi legalmente montado através de um órgão regulamentador, que não é perfeito, mas que acerta na maioria das vezes, que aí eu sou um grande crítico, mas eu, com relação a parte da regulamentação, para mim a ANS hoje, ela é essencial.

Então, nós enquanto sociedade, nós vamos ter... nós, eu falo advogados, consumidores, o Poder Judiciário, Ministério Público, qualquer pessoa que está abaixo da ANS, nós vamos ter que fazer opção, se nós vamos atender a autoridade dela ou não. O Dr. Teófilo mostrou aqui todo o processo que existe para... seja em relação à atualização do rol, a todo critério que existe de

segurança econômica e jurídica com relação à introdução de um procedimento ou não, e por um motivo muito simples: porque cartão... desculpa a comparação que é feita com seguro de automóvel, mas aqui eu vou usar de cartão de crédito. Não existe cartela de(F) cartão de crédito sem limite e não existe almoço de graça.

Então, a operadora existe é para dar acesso, e principalmente para dar segurança para quem não utiliza, porque se vocês pensarem, é essencialmente uma operação de confiança. Consumidor confia na operadora, paga ali mensalmente com base na esperança de quando ele for precisar, ele vai ter, quanto também o prestador de serviço atende na esperança de que quando ele mandar a conta, a operadora vai ter dinheiro para pagar. Então, quando uma operadora quebra, o problema não é só da... do... por exemplo, da perda do emprego, porque a... pelo menos as que eu já vi, todo passivo trabalhista foi pago; o grande problema que fica é para a população de consumidor que fica desassistida, que não tem onde recorrer e que até... e pelo menos, acho que uns quatro anos para cá, cinco anos para cá, tem agora a portabilidade que foi feita, e eu tenho as minhas críticas, mas enfim, existe aí, e fica a batata quente para a rede credenciada, que atendeu e não tem onde receber. O foro... a Vara Empresarial de Belo Horizonte tem lá pelo menos uns seis, sete casos de falência que são milhões de reais que a rede não tem onde receber, apesar de que tem ativo lá e ativo não dá.

Então, por que é que eu estou falando isso tudo? Porque quando o legislador optou por ter uma agência reguladora, optou lá no art. 3º, que para mim é o essencial dessa realidade nossa, que ele dá competência para a ANS não só para resolver as operadoras, mas também da relação com o prestador e consumidor, eu entendo que a autoridade da ANS hoje, ela tem que ser inquestionável com relação a essa parte de regra enquanto coletiva. Eu acho que nós temos crítica às regras, às vezes pode melhorar, às vezes piora, mas isso é feito no foro competente lá dentro da ANS. Eu acho que é muito complicado enquanto um operador do direito, e isso acontece, infelizmente, aos montes, se sente à vontade para questionar se determinada ausência de cobertura no rol é abusiva ou não, dado que abusividade é um critério subjetivo que cabe a N formas de defender.

Então, o que eu estou trazendo para vocês é o seguinte: não existe mercado sem segurança jurídica, e a segurança jurídica vem com a regra do órgão regulador. Por que é que eu estou falando isso? Porque, por exemplo, amanhã nós vamos ter o... muito bem citado pelo Dr. Faquim? Douglas. Amanhã nós vamos ter o julgamento do... com relação ao rol de procedimentos, se ele é

exemplificativo ou taxativo. Esse julgamento, ele é essencial para o sistema, porque se for decidido amanhã que essa... que esse rol da ANS, ele é o mínimo e que não cabe à operadora... que seria abusivo pela parte da operadora simplesmente cobrir o mínimo, ela faz o preço dela de acesso com base na cobertura mínima, e isso for considerado ilícito, abusivo, eu sinto muito, mas os preços vão subir. Não existe almoço de graça, gente.

Eu acho que a gente... nós precisamos nos conscientizar disso. Da mesma forma que aí eu vou... já que nós estamos abertos aqui para o debate, vou aproveitar a oportunidade que eu estou trazendo... que eu estou tendo, que eu estou... acho que a gente... vale a discussão, da mesma forma que tem 20 anos que nós temos um mercado que chegou a 50 milhões de consumidores e não cresce mais. Então, será que não está na hora de vir uma lei mudando o marco regulatório e criando um plano, que nós vamos chamar de *Standard* popular, mas que traga consulta, exame? Por quê? Porque nós precisamos de gente no mercado para tornar as coisas sustentáveis, nós... Ah! Mas os críticos: Ah, mas consulta e exame não é plano de saúde. Realmente, não é o plano de saúde da forma que nós temos hoje, mas igualmente, e aí eu vou chamar aqui, quem é mais velho vai lembrar, no Governo Itamar quase ninguém tinha carro porque carro era muito caro. Então, o Itamar virou e falou... Ricardo vai lembrar. Ah! Se bem que você é mais novo do que eu. Falou assim: Não, eu quero um carro de US\$ 7 mil. Aí, então, o que é que a indústria fez? Trouxe o carro 1.0 e aumentou, sei lá, o mercado duas vezes, três vezes mais.

Então, será que não está na hora de a gente criar um modelo de produto inicial que a gente traga gente para o mercado? Ah, vai dar exame e consulta? Vai. Por lei, vai, porque se for pela resolução, nós vamos continuar brigando no Judiciário. Eu tenho que trazer gente para o sistema, entendeu? Eu não posso mais pensar em 50 milhões de pessoas falando: “Ah, isso não é plano de saúde”. E os 170 milhões que não têm planos de saúde e que dependem do SUS?

Outra coisa também que eu acho que é uma crítica que nós temos que fazer aí enquanto cidadão é o seguinte: não é verdade que o SUS não funciona, e olha que eu sou o maior concorrente do SUS. Sabe, a parte de câncer do SUS é excelente dentro da capacidade que o SUS consegue, mas até onde eu sei, lá no Comitê de... do Tribunal lá que a gente participa, e eu tenho pessoas muito próximas a mim que trabalharam no Mário Penna, trabalham no Baleia(F), trabalham em entidades... até onde eu sei, a parte... o câncer, tratamento de câncer no Brasil não é problema. O problema no Brasil, até onde eu sei, é problema de consulta, de especialidade, de exame. Então, por que não pegar essa demanda reprimida que existe no SUS e, sim, passar para as

operadoras enquanto uma alternativa para quem quiser? Quem não quiser, continua no SUS. Agora, o que a gente não pode é restringir falando que não é plano de saúde. Aí o que é que acontece? O mercado não é... é um mercado que não é regulado, vêm as clínicas populares que provavelmente estão atendendo bem, porque o mercado só cresce, só que com quase nenhuma proteção, e quem dá o... vamos dizer, quem está roendo o osso, que são as operadoras que dão as coberturas mais caras, nós... infelizmente, a gente não pode participar, porque existe uma proibição da ANS.

Então, para terminar, e aí que... para terminar, e me colocando aí à disposição de debate, de perguntas, o que for, o que eu gostaria de destacar é o seguinte: é que enquanto sociedade, a gente precisa reconhecer na ANS uma autoridade normativa, técnica, e que a palavra dela tecnicamente tem que ser referendada, porque se está lá no rol é porque foi feito um debate para aquele procedimento estar ou não, porque não... Estavam falando muito do Spinraza, que é um medicamento lá de 2 milhões, que é um absurdo. Eu fico imaginando uma operadora do interior que tem lá 20 mil, 30 mil vidas(F) pegar uma... dar o azar de pegar um Spinraza pela frente. Como é que vai ficar as 19.999 pessoas que ficaram sem? “Ah, mas é uma cobertura”. Sim, é uma cobertura, mas será que essa coletividade tem capacidade para bancar um risco desse? Eu acho que é isso que nós temos que fazer. É fácil? Não. Se a gente... é muito mais fácil eu pensar no individual: “Não, cobre, depois a gente vê”. E aí tem... nós tivemos uma série de evolução aqui no... até que o TJ-MG é um TJ de vanguarda, hoje nós temos NAT-Jus, nós temos uma série de ferramentas. Tem a Junta de Divergência da ANS que o Dr. Teófilo falou, que eu acho que é muito pouco utilizada, e que, inclusive, até fica aqui a minha sugestão para a ANS, Dr. Teófilo, de nós conseguirmos fazer convênios arbitrais, porque às vezes a gente faz discussões técnicas na seara do Judiciário que deveria ser feita, por exemplo, nas sociedades, sociedade médica.

Então, existe hoje a lei de mediação, por que não, então, fazer um convênio com os tribunais de... dessa parte assistencial, ela ter árbitros eleitos? Porque ali a gente faria essa discussão técnica da parte médica mesmo. Acho que isso não... teria necessidade, porque pelo menos as operadoras que a gente gera e advoga, quando o NAT(F) fala que determinado procedimento, situação, aquela situação, ela é coberta ou teria que ser dada, a operadora nem discute. A gente faz o acordo e mata o processo na hora, inclusive, às vezes até pagando alguma coisa de dano moral ali para ficar livre, entendeu?

Então, é essa que é a mensagem. Me coloco à disposição de eventuais perguntas, e muito

boa tarde. Muito obrigado.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Muito obrigado, Dr. Felipe Rossi. Eu passo a palavra agora à Dra. Renata Salvador Grande, diretora comercial do Mater Dei, para a sua manifestação.

SRA. RENATA SALVADOR GRANDE: Ok.

[risos]

SRA. RENATA SALVADOR GRANDE: Boa tarde. Tudo bem, gente? O meu nome é Renata, né? Queria agradecer o convite em nome do Dr. Amauri. É um prazer muito grande, um desafio também muito grande estar aqui, né, como hospital para falar um pouquinho para vocês, tentar contribuir um pouco para esse debate.

A gente da Rede Mater Dei de Saúde, hoje nós somos três hospitais aqui, dois em Belo Horizonte, um em Betim-Contagem e estamos saindo do estado agora, indo para Salvador. Então, será a quarta unidade, né? Então, com em torno aí de 1.100 leitos, né, e um entendimento muito grande aí do cenário há 40 anos no mercado, a gente tem uma preocupação muito grande não com os hospitais, mas com o sistema de saúde como um todo, né? E a gente vem discutindo muito isso internamente. Os números apresentados pelo Dr. Teófilo não é algo que a gente, né, toma de café da manhã todos os dias. Então, como é que o número de beneficiários está caindo, o gasto com saúde crescendo, e a gente não consegue ver uma melhora tangível, ou, né, algo que realmente faça sentido. E aí a gente começou uma discussão interna com, principalmente, os seis *stakeholders* que a gente tem, tentando entender em cada uma das atuações como é que a gente pode contribuir com cada um deles.

Então, os seis são as operadoras, né, os nossos pacientes, os nossos fornecedores, os nossos... a comunidade, né, que a gente está inserida, os... deixa eu colar. O corpo clínico, né, que é um... tem um papel fundamental nessa cadeia, e os nossos colaboradores. E aí discutindo um pouco e trazendo para cá, tentando fazer um *link* entre os três principais, que seria os nossos pacientes, né, que a gente entende e vê cada vez mais a importância de realmente colocar eles no centro do cuidado, empoderando, engajando eles cada vez mais para que eles realmente façam parte do cuidado, né, para que eles realmente se responsabilizem pela saúde deles. A gente hoje tem um braço dentro do hospital de inovação, que é o Inovater, a gente criou um painel do

paciente onde a gente realmente dá o acesso a esse usuário do que é que... do prontuário dele, né? Isso gerou um... não um transtorno, mas gerou uma mudança muito grande inicial, porque há uma transparência muito grande, né? A gente dá ao usuário, assim, quando vai ser a sua próxima medicação, quando o médico vai passar para te atender, quais são os próximos procedimentos que você vai realizar, quais são os procedimentos que a gente já pediu autorização para a operadora, quantos dias tem que esse pedido saiu daqui, quantos dias tem que a operadora está com esse pedido. Então assim, isso tudo gera uma transparência e tira a gente da zona do conforto, porque a gente tem mais uma pessoa nos cobrando, né, para administrar e operar da melhor forma possível.

A gente tem, né, por outro lado também, um corpo clínico, né? Hoje são 5 mil médicos cadastrados. É um hospital de... uma rede hospitalar de corpo clínico aberto. Então, a gente fazer a gestão desse corpo clínico é um desafio para a gente muito grande, mas é essencial que a gente consiga fazer isso. Então, hoje, a gente tem tido uma atuação muito grande para que a gente consiga montar protocolos que realmente façam sentido e que reduzam a conta hospitalar, né? A gente, hoje, tem tentado muito uma discussão muito grande, pautas positivas com a operadora para a gente parar de falar só sobre o valor final da conta, mas também sobre a performance, né, começar a discutir indicadores de performance para tentar entender o sistema como um todo; e aí não só esse usuário custou mais para o sistema, mas a sua carteira gerida dessa forma está gerando uma redução por causa disso e disso de uma forma muito transparente.

É uma quebra de paradigma também, porque hoje a gente vê, né, e aí falando já um pouco sobre o terceiro ente, que são as operadoras, a gente vê que as operadoras, elas começaram a se preocupar muito mais com esse valor final da conta, né? E aí quando eu falo em operadoras, a gente divide principalmente porque a lida, ela é diferente com as autogestões e com as seguradoras, né? A gente vê as autogestões muito mais preocupadas, engajadas aí, até porque o relacionamento, ele é maior, né, mais duradouro com os seus usuários. Então, é aquela pessoa que está sentada ali do seu lado trabalhando com você, ou é aquele usuário que... aquele colaborador que vai estar, né, por mais tempo com aquela carteira, enquanto a seguradora, a gente sabe, que vai ser, pode ser algo de um ano, né? Quando a gente chega no final daquele um ano de contrato, a gente pega uma sinistralidade... a gente quando eu falo é a gente vendo esse cenário, né? Não é a gente como hospital, mas a gente vê reajustes, né, significativos, o que fazem com que... faz com que essas empresas tenham que trocar, e aí elas não conseguem ver o ganho a longo prazo, e aí realmente é algo que tem que ser trabalhado mesmo. E a gente tem tentado

muito desenvolver esse lado mais... a gente brinca que são as pautas positivas, né? Ao invés de falar só sobre reajuste, ao invés só de falar dos casos que estão pendentes de autorização, de pagamento, inadimplência, glosa, é começar a mostrar para as operadoras mesmo um pouco do perfil epidemiológico delas dentro do hospital. Então, qual é o perfil desse paciente, né? O que é que a gente consegue criar juntos para diminuir essa conta hospitalar no final?

Então, pensando muito nisso, a gente hoje, a gente criou algumas linhas de cuidado que a gente já consegue ver, assim, facilmente a redução que isso tem gerado para a conta final. Então, é uma linha de cuidado para um paciente diabético, é uma linha de cuidado para o hipertenso, para um cardíaco. Então, a gente consegue acompanhar esse paciente, a gente consegue acompanhar esse usuário como um todo, né? Não só no momento em que ele vai para o pronto-socorro, que ele precisa de um atendimento de urgência. Então, a gente faz um acompanhamento mais voltado para a saúde dele do que para a doença, e é claro que essa redução, ela não é no momento do início da atuação, né? A gente precisa estabilizar esse paciente para que a gente consiga gerar os ganhos, né?

E pensando muito nisso, né, a questão do atendimento, e aí, né, corroborando com o que o Dr. Felipe falou, a gente tem tentado focar muito na questão da atenção primária, né, tentados em começar também essas discussões que hoje estão tão... todo mundo fala que... sobre novos modelos de remuneração, acrescentar valor, e agora a nova moda é atenção primária, né, que todo mundo agora faz atenção primária. Só que não adianta você fazer essa atenção primária se você não conseguir fazer o cuidado desse paciente integral, né?

Então, o que é que a gente... porque o que é que a gente tem visto, e principalmente com o produto que a gente tem, que é o saúde corporativa? Hoje, a gente tem 2.800 colaboradores, mais dependentes, a gente está em torno de 6 mil usuários. A gente tem... a gente montou uma autogestão por RH, onde a gente tirou de dentro do hospital esses usuários, a gente colocou dentro de uma casa, que a gente chama de saúde corporativa, onde tem o médico da família, que faz o acompanhamento desse usuário e dos seus dependentes, e as reduções que a gente já conseguiu ver na prática são, assim, absurdas, né? Então, a gente reduziu em quase 50% o número de idas ao pronto-socorro, né? Então esse usuário, ele realmente não precisava de um pronto-socorro, ele poderia ter sido atendido em uma atenção primária, uma redução de 67% nos pedidos de exames de alto custo. Então, a gente vê também que há um abuso, a gente sabe que tem o abuso da caneta, né?

Quando você fala do cartão de crédito, eu gosto muito desse exemplo também, porque assim, o usuário, querendo ou não, ele chega no hospital com cartão de crédito ilimitado, né, e se a gente não consegue dar esse limite para ele, ou através do médico, a gente consegue fazer essa gestão, é um desafio muito grande reduzir essa conta, né, porque assim, ele vai fazer o exame aqui, aí ele não gostou desse médico, ele vai em outro médico que não tem acesso ao exame, ele vai repetir o exame novamente. Então, na hora que a gente conseguiu colocar esse colaborador que, né, é um exemplo muito pequeno, mas que a gente já vê... o Google, o Dr. Google, né, que a gente já vê uma redução muito grande, a resolutividade da saúde corporativa hoje gera(F) em torno de 77% a 80%. Então é algo muito significativo, né, que tem uma redução muito grande na conta final hospitalar.

Então assim, a gente tem trabalhado muito na questão do cuidado integral e focar mais na saúde do que na doença, e a gente lançou essas linhas de cuidado há mais ou menos uns quatro, cinco anos atrás, e as operadoras, elas chegavam para a gente e falavam assim: “Eu não quero”. Aí a gente falou assim: Mas por que é que você não quer? “Porque eu quero ver o que vocês estão ganhando, que a gente não está conseguindo enxergar, porque na possível que vocês querem reduzir a conta hospitalar sem ter nada em troca”. E realmente, assim, é acreditar que esse é o futuro, né? A sustentabilidade do sistema mesmo. A forma como a gente está, os números, né, eles não mentem, eles não deixam a gente chegar a outra conclusão. Se a gente não mudar a forma como a gente está atuando, a forma como a gente está entregando o cuidado para esse usuário, realmente é insustentável. As operadoras não conseguem se manter, né? Os hospitais também sem receber não conseguem se manter. O usuário, ele está insatisfeito, porque muitas vezes, né, ele tem a certeza de que, e a gente também tenta dar isso para ele, que ele merece o melhor cuidado, né? E aí na hora que a gente entra um pouquinho na discussão da ANS, eu também acho que a ANS é peça fundamental, né, porque hoje a gente tem uma dificuldade já muito grande na hora que a gente tira essa figura, e eu acho que beiraria um pouco o caos, né?

Então assim, por mais que a gente sente algumas vezes a necessidade de uma celeridade maior, porque a gente tem a certeza de alguns procedimentos que realmente geram um benefício e geram um desfecho como um todo muito melhor para o usuário, a gente sabe que a energia também é finita, né? E todo mundo acha que é prioridade, acha que aquele procedimento vai mudar o cuidado e a saúde, mas a gente tem... não tem outra forma na nossa visão, né, a não ser mudar a forma como a gente também entrega a saúde, entrega o cuidado, porque a conta, ela é simples, né? Se a gente não consegue reduzir a conta hospitalar, a autogestão não se mantém, a

seguradora não consegue vender plano de saúde, e aí a gente se encontra nesse cenário onde, apesar do número reduzir, a gente não consegue reduzir o valor total, né, o valor da saúde como um todo.

A gente... outra preocupação que a gente tem visto, e a gente tem visto as empresas cada vez mais engajadas, né, porque o custo com a assistência médica é o principal custo, né, da folha de pagamento? Então, o olhar, ele tem... oi?

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: [pronunciamento fora do microfone].

SRA. RENATA SALVADOR GRANDE: O olhar, hoje, ele tem sido muito mais crítico porque as empresas, de alguns anos para cá, elas viram isso, e assim, representa entre 10% a 20% da folha como um todo. Então, na hora que você consegue... qualquer redução que você consiga fazer nisso é um impacto muito grande por ser o resultado, né, como empresa. Então, a gente tem se aproximado muito das empresas também, né, para ajudar nessa gestão, para entregar para elas um pouco do que a gente entende como cuidado integral e consequente redução do valor final, e é realmente o que a gente acredita.

Eu não vou estender muito na minha fala, vou deixar para o debate também, para responder alguma questão que vocês tenham que seja mais pontual, mas eu acho que seria... foi importante trazer só a visão hospitalar.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Muito obrigado, Dra. Renata, pela excelente fala. Queria chamar agora a Dra. Jordana Miranda Souza para a sua fala, advogada do escritório Miranda Advogados e Consultores e membro da Comissão de Saúde Suplementar da OAB Minas Gerais. Com a palavra, a Dra. Jordana.

SRA. JORDANA MIRANDA SOUZA: Boa tarde.

EM CORO: Boa tarde!

SRA. JORDANA MIRANDA SOUZA: Agradeço o convite do Ministério Público, é um prazer estar aqui. Parece coincidência, o meu tema tem duas abordagens, aqui, com vocês. Primeiro é a questão da taxatividade do rol de procedimentos, e segundo é a utilização de ferramentas de consultas na área de saúde.

Bem, nesses dois contextos foi muito pertinente o julgamento de amanhã no STJ. Bem, o

nosso contexto é desse aumento de ações na área de saúde. Eu estou na área de saúde há aproximadamente 30 anos, e a gente percebe, como o Dr. Teófilo disse, na... junto à ANS, o maior de reclamações diz respeito a coberturas contratuais, e da mesma forma, a gente percebe no Judiciário, alguns dados estatísticos demonstram isso, que as exclusões de procedimentos são os temas que geram maior judicialização.

Bem, nesse contexto, nós temos um aspecto que faz com que o Judiciário determine cobertura além do que está previsto no rol. E a maior discussão, tanto que está merecendo amanhã o julgamento no STJ, é se o rol exemplificativo ou taxativo. Bem, nesse contexto a gente o raciocínio no seguinte sentido: o art. 10 da Lei nº 9.656 é o que descreve a cobertura dos planos que a gente chama referência. O rol de procedimentos é o que regula a cobertura contratual. Até aí é de conhecimento de todo mundo. E o Judiciário entende, então, que esse rol é a cobertura mínima que tem que ser garantida pelas operadoras e que nada impede que elas forneçam cobertura além daquilo que é contratado pelo rol, aquilo que é previsto no rol.

Bem, qual é o raciocínio que vale a pena ser abordado e que é necessário que haja uma discussão maior sobre ele.

Bem, o Dr. Teófilo falou para a gente aqui, um aspecto que eu desconhecia, e que dá uma percepção para a gente da seriedade com que o rol é constituído.

O rol não é uma... não é... não tem origem apenas da ANS. Pelo que ele falou aqui, eu anotei alguns itens, ele gastou pelo menos 20 ou 30 minutos do tempo dele para falar sobre isso. As 20 reuniões para definir rol, os 16 critérios de elegibilidade, seguem manuais do Conitec, tem que haver evidências científicas, tem que haver custo, avaliação de custo e eficácia, tem entidades externas que são contratadas para avaliar a eficácia das propostas, a consulta pública e, por final, são editadas as resoluções normativas

Bem, nesse contexto de que o rol é editado uma proposta que é avaliada durante anos, nós temos aqui, para defender a taxatividade do rol, nós temos aqui alguns aspectos. Bem, se o rol fosse apenas exemplificativo não haveria necessidade de haver diferença entre os planos, não havia necessidade de haver diferença de preços e de cobertura entre os planos. Se o beneficiário pudesse comprar um plano baratinho ambulatorial, ele poderia ter... comprar o plano mais barato e ter direito a todas as coberturas, já que ele é exemplificativo. Não haveria sequer a necessidade de ter todo esse trabalho de fazer a revisão do rol de procedimentos.

Parafraseando o nosso colega Felipe, né? Parece até que a gente combinou. Mas fornecer

aquilo que não foi constatado, gente, pode causar sérios desequilíbrios econômico-financeiros do contrato. A gente vê o seguinte, o art. 757 do Código Civil determina expressamente que o contrato de seguro, ele é... o segurador se obriga, mediante o pagamento de prêmio, a riscos pré-determinados. Então, deliberar no sentido de a cobertura do rol é a cobertura mínima, gera, primeiro, a imprevisibilidade do negócio. A imprevisibilidade gera riscos para o mercado, e o risco do mercado inviabiliza a área de saúde suplementar.

Nós temos, hoje... Alguém comentou, creio que foi um dos nossos colegas que compõem a Mesa, comentou que as operadoras têm grande receio de ANS. A questão é a multa que as operadoras estão sujeitas a pagar se elas deixarem de atender a cobertura do rol, que pode chegar a R\$ 80 mil, e se for um contrato coletivo, para chegar a R\$ 1 milhão uma multa. Que, de fato, inviabiliza uma operadora também a multa da ANS.

Bem, um outro contexto, nós temos que avaliar o seguinte, se o Judiciário entende que o rol é exemplificativo e que o que vale é o pedido médico, nós temos que avaliar o que está contido no pedido médico.

Deixa eu só tomar uma água aqui., que a minha boca secou completa. Enquanto isso, vocês dão uma olhadinha aqui, por favor.

Bem, o que a gente percebe na literatura da área de saúde? Aqui demonstra, por exemplo, que há um despreparo e conflito de interesses. Aqui, temos aí alguns dados sobre medicamentos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, mais de 50% das prescrições de medicamentos são erradas. Aqui outro dado também preocupante: trabalhos científicos financiados pela indústria tem 405% de chance de resultados favoráveis ao financiador. Outra também: pesquisadores como projetos financiados tem 950% de prescreverem o fármaco que investigam. Viagens para participar de eventos, mais de 790% de chance... aumentam mais de 790% a chance do médico solicitar inclusão do fármaco.

Bem, então se a gente for considerar que o Judiciário... sob o ponto de vista do Judiciário, o rol é exemplificativo e o que vale é a solicitação do médico assistente, nós temos também que avaliar qual é o viés dessa solicitação, se ela está isenta de qualquer influência, avaliando simplesmente o estado de saúde do paciente, se essa indicação considerou a tecnologia coberta pelo rol, se considerou a tecnologia coberta pela saúde pública, se considerou custo benefício e qual a eficácia pretendida.

Bem, o tema de saúde foi visto debatido há um tempo atrás, em 2009, pela primeira vez no

Supremo Tribunal Federal. Daí para frente, houve uma evolução significativa dos debates na área de saúde nos tribunais de forma geral. Tivemos aí as Recomendações 31 e 36 do CNJ, que permitiu, então, que fossem editados, que fossem construídos ou constituídos os NATs, NAT-Jus, que são ferramentas, ou que são comitês, ou que são... depende, cada tribunal tem que ter um modelo. Que são constituídos por médicos e farmacêuticos, que fornecem relatórios, pareceres para o Judiciário.

Aqui em Minas Gerais, a gente tem o NATs UFMG, que assim, funcionou muito bem e vai ser reativado agora, em janeiro me parece, em 2020., segundo informações do IBDES.

O que nós temos... o que é que se pode assim, pretender com essas avaliações das tecnologias em saúde? O que é que realmente é necessário para o paciente? E como se pode conciliar necessidade do paciente com os recursos disponíveis? O magistrado não tem a menor condição de avaliar tecnicamente o que é melhor para o paciente. Se ele for considerar apenas o pedido médico, ele pode incorrer em erro, porque o pedido médico pode não conter realmente o que o paciente precisa.

Então, nesse sentido, nós temos disponíveis hoje os enunciados das... que foram editados a partir dos fóruns de saúde complementar... dos fóruns nacionais... que os magistrados se reuniram através do CNJ, esse fórum de 2019 foi composto exclusivamente por magistrados. Nesse último fórum de 2019, foram editados 103 enunciados que estão disponíveis, tanto no site do Comitê de Saúde CNJ, TJ-MG, mas também no CNJ tem esses enunciados.

Aqui em Minas Gerais, segundo pesquisa realizada pela Unimed Federação Minas, o NATs, TJ, UFGM, editou... Não, elaborou 331 pareceres, e constataram que em 155 pareceres a decisão do magistrado foi de acordo com o que foi... com a conclusão do NATs, contra 130 pareceres... contra 30 decisões que foram contrárias aos pareceres do NATs.

Os pareceres do NATs são bem estruturados, tem avaliação de medicina baseada em evidências, tem a bibliografia, tem a pergunta estruturada, o contexto do paciente e, no final, o NATs se posiciona se ele indica ou não o que está sendo solicitado nos autos, sem ver o paciente, é lógico, ele vai avaliar tecnicamente a evidência científica do que está sendo solicitado.

Bem, aqui foi uma demonstração do CNJ de onde tinha sido implantado NAT-Jus na saúde pública e complementar. Hoje já tem alguns lugares que já têm NAT-Jus, além do que está aqui.

Bem, então, por um último, só para a gente... só para efeito de discussão, ficam aqui as

nossas colocações. Conceder procedimentos além do que está contratado, além do rol, significa gerar custos a um... a terceiros em detrimento de um indivíduo por conta da mutualidade na qual funciona os planos de saúde. Na nossa sugestão é que os pareceres, as notas técnicas dos NATs, NAT-Jus, os enunciados, os bancos de dados da ANS, sejam utilizados cada vez mais pelos operadores da área do direito por conta da complexidade da área de saúde. Como área de saúde demanda estudos técnicos, demanda avaliações de novas tecnologias, nós, que temos o conhecimento do direito, não temos a capacidade de fazer... de atuar nessa área, sem esse suporte.

Então, fica aqui a nossa sugestão para melhorar... tecnicamente melhorar o conteúdo ou melhorar a nossa atuação nessa área de saúde. Obrigada.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTÁ: Convido agora, para fazer uso da palavra... Muito obrigado, Dra. Jordana. Ao Dr. Marcos Rafael Marinho Reis.

SR. MARCOS RAFAEL MARINHO REIS: Bem, boa tarde a todos. Agradecer mais uma vez pela oportunidade de estar participando um pouco esse evento, tanto o Ministério Público, a Comissão de Saúde Suplementar da OAB, e a todos os presentes.

Eu acho que para começar essa conversa, esse diálogo aqui, a gente tem que começar a entender um pouco do que a gente está falando. A gente vive numa sociedade, hoje, muito polarizada, tem os que são contra, os que são a favor. Muitas vezes a gente esquece do que nós estamos discutindo apenas para defender uma ideia.

Eu acho que a saúde Suplementar, ela não tem que ser observada sobre a ótica do consumidor, ou sobre a ótica das operadoras, ela tem que ser observada sobre a ótica da saúde, né? Então, defender os consumidores, defender as operadoras, ou defender um ou outro, não vai levar a gente a um resultado que seja satisfatório para todos.

Então, eu acho que é o primeiro ponto que a gente tem que entender o que é a saúde suplementar. A saúde suplementar, ela não substitui a saúde, que é um direito universal previsto na nossa Constituição. O direito à saúde de todo cidadão é um dever do Estado, não é da saúde suplementar. A saúde suplementar, ela vem com o objetivo de complementar isso, de satisfazer uma lacuna ou uma dificuldade, que às vezes a saúde pública contém.

Então, esse é o primeiro ponto que a gente tem que observar, que a gente tem que

observar como funciona a saúde suplementar. E a saúde suplementar funciona à base do mutualismo. E enxergar a saúde suplementar dentro mutualismo é não deixar de observar o indivíduo, mas entender que muito mais do que o indivíduo, a gente tem ali uma coletividade, né? É importante a gente observar a saúde ou as operadoras de planos de saúde, não como a parte contrária ao beneficiário, mas sim, a parte que está ali para gerir uma comunidade, que entre si se responsabiliza por uma saúde que não é amparada muitas vezes pelo Governo.

Então, dentro desse cenário, a gente pensar numa falta de limitação a esse atendimento, a essa cobertura, é a gente pensar que aquela comunidade específica, ela vai ter que dar para uma outra pessoa tudo aquilo que ela muitas vezes não vai dispor. Então, eu preciso pensar primeiro na sustentabilidade daquela relação, daquela comunidade, para que todos tenham o direito de acesso a tudo que for possível dar acesso.

E lembrar que quando não dão acesso numa saúde suplementar, eu não estou deixando a pessoa desamparada, porque a saúde pública continua existindo. A saúde suplementar, ela não substitui, ela não vem para ocupar o lugar da saúde pública, ela veio para complementar, dar um pouco mais de qualidade a determinados atendimentos que, pelo volume, às vezes não podem ser tão observados detalhadamente pela saúde pública.

Então, a nossa preocupação sempre, quando a gente observa essas discussões a respeito da cobertura, de limite de cobertura, de que limitar a cobertura é limitar um direito assegurado, a gente tem que visualizar o porquê dessa limitação, aonde a gente quer chegar nesse ponto.

Eu observei na prestação ali, um dado oficial da ANS, que nós temos hoje uma sinistralidade beirando 85%. E o que significa isso? É pensar que sobrou 15% para os operadoras? Não. Quando a gente fala de sinistralidade, nós estamos falando exclusivamente de despesa assistencial. E todo o restante tem que ser coberto por esses outros 15%. E o que seria esse outro restante? É a capacidade de atendimento da operadora, é a central de atendimento. Como o nosso colega colocou, é direito do consumidor ter a sua negativa formalizada. Mas tem que ter alguém lá para atendê-lo, para ele ter esse direito, tem que ter alguém lá para receber essa demanda e dar a ele... direcioná-lo à cobertura, ou direcioná-lo a uma negativa. Então, existe toda uma estrutura que precisa funcionar. E tudo isso tem que ser sustentado fora dessa sinistralidade. E isso não se sustenta desse formato.

Então, a gente tendo, hoje, um trabalho tão intenso de ANS, que foi muito bem apresentado aqui pelo Dr. Teófilo, o quanto a ANS tende a ser criteriosa no trabalho da

incorporação de procedimentos. Não é porque ela não quer incorporar, é pelo simples fato que ela precisa entender se essa incorporação vai trazer um resultado para toda a comunidade prevista ali dentro daquela operação. Eu não vou observar apenas a necessidade de um indivíduo sobre todos os demais, e sim, a de todos perante cada indivíduo.

Então, pensando nessa vertente, a gente visualizar como hoje é tratado, especialmente no Judiciário, essa questão da liberação do procedimento não coberto, é você pensar no quanto vai ser mantida essa relação, o quanto vai perdurar o sistema de saúde Suplementar.

Se a gente imaginar, voltar um pouquinho tempo, já estou há alguns anos... Não tem tantos quanto os nossos colegas de 30 anos e 20 e poucos anos na saúde, mas já estou há alguns anos na saúde para conseguir visualizar. Que há pouco tempo atrás, nós tínhamos mais de mil operadoras no mercado. E hoje, com dados da própria ANS, mais uma vez trazidos pelo Dr. Teófilo, nós temos hoje pouco mais de 700 operadoras no mercado. Então, isso é uma realidade que vem acontecendo, uma redução significativa e sistemática de operadoras com capacidade para dar o atendimento.

Recentemente eu tive um evento na ANS, em que o promotor do Distrito Federal apresentou a seguinte exposição: “Não existe plano individual disponível no Distrito Federal para ser comercializado”. E por quê? Nós temos que entender por quê? Não é interesse de operadora vender, por que será que não existem, hoje... há uma dificuldade tão grande de se encontrar planos individuais hoje em boa parte do país? Não é só no Distrito Federal essa realidade. Por quê? Por causa de toda essa complexidade, a gente entender que a cobertura é apenas uma parte do sistema de saúde suplementar. A ANS, ela é um órgão gerenciador, fiscalizador e regulador, ela regula toda a estrutura das operadoras, desde o atendimento, desde o recebimento, da vinda do plano, até a cobertura final dada aos beneficiários. Então, toda essa estrutura, ela precisa ser respeitada, existe todo um critério para que isso aconteça.

E você negar a ANS essa competência que é legalmente a ela segurada, é você negar toda essa estrutura. Acaba sendo quase que um desperdício financeiro do erário, das operadoras, da sociedade, ter um órgão que regula e que essa regulamentação não é respeitada.

Então, é importante a gente entender o papel de cada agente nessa relação de consumo. Que quando a gente pensa na hipossuficiência, a gente tem que chegar a hipossuficiência dentro da realidade em que ela está sendo tratada. A hipossuficiência não é do beneficiário perante a operadora, é do beneficiário perante a sua comunidade. Aquela operadora representa aquela

comunidade que está sendo tratada.

Outro ponto importante que foi apresentado na apresentação do Teófilo, é como vem reduzindo sistematicamente o número de beneficiários nos planos. A tendência era: quanto mais aumenta a população, maior seria a quantidade de beneficiários. E essa realidade não se mostra com os dados estatísticos oficiais. A tendência é uma redução cada vez maior do número. Por quê? Porque os planos estão se tornando mais caros? E por que os planos estão se tornando mais caros? Porque a análise, a conjuntura da cobertura está cada dia mais deixando livre ao Judiciário estabelecer aquilo que bem entender.

Recentemente nós tivemos uma publicação de uma súmula no Tribunal de Justiça da Bahia, que limitou os reajustes em todos os planos coletivos abaixo de 30 beneficiários, ao reajuste de plano individual estabelecido pela ANS. Então, até essa realidade, que muitos defendem quando se vai tratar de planos, “Ah, que os reajuste nos planos, ele se sobreponha, então, a sinistralidade que está sendo perdida. Então, que a operadora não fica no prejuízo”.

Essa realidade também não se mantém. Porque quando você pensa no Judiciário discussão de cobertura, ela não é a única discussão que acontece, a discussão de reajustes, também ela acontece, a discussão sobre os contratos que podem ou não ser rescindidos, ela também acontece. Então, tem toda uma estrutura que precisa ser observada no momento que a gente pensa na cobertura de um indivíduo. Porque se a saúde suplementar deixar de existir, ou se tornar financeiramente inviável para uma comunidade, ela vai se tornar inviável para todo mundo. Imagina 50 milhões de pessoas voltando para o SUS na situação que ele já está. Ele atende muito bem, ele tem as suas melhorias, ele tem a sua capacidade, mas dentro de um grau de atendimento. Se todos nós voltarmos a nossa atenção para o SUS, será que ele vai ter estrutura suficiente para esse atendimento?

Então, a gente tem que pensar deixar de lado um pouquinho o pensamento de: Eu estou por um lado, eu estou para o outro, e começar a pensar em que eu posso contribuir com o sistema, o que eu posso contribuir com a sociedade que está envolta àquela cobertura.

E nisso, eu vou trazer uma discussão para a ANS. O Dr. Teófilo apresentou ali, para a gente, todos os requisitos, as discussões a respeito de como incluíram o novo(F) procedimento, critério adotado, um processo que leva em torno de dois a três anos para ser elaborado, porque ele exige uma série de etapas, mas a gente também tem os pareceres técnicos que foram mencionados, muito bem mencionados por essa questão.

E a nossa preocupação, algumas vezes, é que alguns desses pareceres, de certa forma, trazem alguma subjetividade que deixa aberto uma ampliação de cobertura, às vezes, não prevista. Vou dar apenas a título de exemplo, o caso das áreas de atuação. Nós temos, como previsto na legislação, as especialidades... Toda a operadora é obrigada a garantir o atendimento em todas as especialidades médicas, mas não é obrigado a garantir uma área de atuação específica. Porque a área de atuação, muitas vezes envolve várias especialidades. Não é que o beneficiário vai deixar de ter atendimento, mas ele tem atendimento com a especialidade não com a área de atuação.

E recentemente a gente tem um parecer técnico da ANS dizendo que... reafirmando isso, que a operadora não é obrigada a dar área de atuação, mas ela tem que dar um profissional apto a dar aquele atendimento. Se eu tenho que dar um profissional apto a dar aquele atendimento e o atendimento de acordo com a solicitação, e o atendimento à solicitação é para uma área de atuação específica, abre margem à interpretação de que eu tenho que dar uma orientação específica. Que não se sustenta pela legislação.

Então, é importante, Dr. Teófilo... esses pareceres técnicos são extremamente importantes para dirimir dúvidas, para dirimir dificuldades, mas é importante também que eles sejam tratados com o mesmo critério que é utilizado na abordagem de um procedimento que vem para dentro do rol. Se eu tenho todo um cuidado, um procedimento adequado para gerar uma cobertura, para incorporar uma cobertura no rol, eu tenho igualmente que ter o mesmo cuidado, eu tenho que observar os mesmos critérios, a mesma gestão na hora de emitir um parecer, que é para elucidar essa cobertura. Porque senão eu posso, mediante este caminho que não tomou-se todo esse cuidado, criar uma ampliação de cobertura ou a ideia de uma ampliação de cobertura que, muitas vezes, não era a prevista.

E mais ainda, também uma sugestão, vou reforçar a gestão do Dr. Felipe, de tentar fazer com que a ANS se aproxime um pouco mais do Judiciário, que não... Eu vejo ali as demandas do... também foi apresentado do Teófilo, né? As demandas do Judiciário, no ano de 2009(sic), foram quase a metade do que foi em 2018. O que demonstra aí, aparentemente, um afastamento do Judiciário em relação à ANS, no que tange às coberturas.

Então, talvez tentar que a ANS tenha um movimento mais proativo de se aproximar do Judiciário para tentar demonstrar a importância do sistema, de mostrar o que é o mutualismo, de mostrar o que é o rol, o que ele representa, qual a sua importância, o que ele pode trazer de

malefício à sua inobservância, enfim, tentar trazer um pouco mais de conscientização.

No mundo que a gente vive, que a velocidade da informação, a velocidade da comunicação é tão grande e tem se tornado cada vez maior, já é difícil você pensar em falta de informação, de falta de clareza, hoje em dia qualquer notícia sobre saúde suplementar passa no Jornal Nacional, né? Saiu essa semana os planos que foram suspensas. A primeira notícia que veio em todas as mídias é: “Olha, planos suspensos pela ANS. Observe se o seu plano está vinculado ou não”.

Então, a informação hoje é muito grande. Ah, claro que tem sempre aquelas pessoas que têm uma dificuldade maior de acesso, mas a gente tem que observar a coletividade. E, no coletivo, a qualidade da informação, ela tem se transformado cada vez mais. E a gente tem sempre que observar isso na hora de pensar numa pessoa individualmente, né? É importante a gente manter o sistema, manter a sustentabilidade do sistema, para que ele seja bom para todo mundo, para o João, para a Maria, para o Marcos e para quem quer que seja.

É só uma reflexão que a gente veio trazer para vocês aí. Obrigado.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Muito obrigado, Dr. Marcos, pela excelente fala. Agora eu passo a palavra a Dra. Mônica Maria Teixeira Coelho, coordenadora do Procon de Belo Horizonte.

SRA. MÔNICA MARIA TEIXEIRA COELHO: Boa tarde a todos. Agradeço o convite. Cumprimento a todos na pessoa do Dr. Amauri, coordenador estadual do Procon em Minas Gerais.

Queria dizer que eu tenho um caso de amor com a área da saúde, porque foi procuradoria jurídica da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais de 1998 a 2000, depois fui superintendente jurídica da Secretaria de Estado de Saúde de 2000 a 2002, e também possuo um curso... um MBA pelo Ibmec em saúde. Então, durante um tempo, fui apaixonada pela saúde. Mas, infelizmente, a saúde me deixou doente, e eu tive que me afastar, porque a gente não aguentava mais tanto mandato segurança, pedindo a prisão do secretário de Saúde, medicamentos que as pessoas se negavam a fornecer, não só o SUS, mas também os planos de saúde. Então, tudo acabava com o pedido de prisão do secretário.

E aí eu continuei na área pública, mas saí da área da saúde. Mas continuo aí com esse *affair*, sempre analisando. Tivemos outro dia aqui, um encontro técnico com todos os Procons de Minas. E o nosso procurador-geral do município adjunto, Dr. Marlos, que já fez parte dos quadros

da Unimed, trouxe muitas informações para a gente. Tocou no assunto das coberturas, mas de uma forma mais rápida, porque o nosso objetivo, naquele momento, era outro, né?

E aí, o que eu trago do ponto de vista do consumidor que procura o Procon, é a parte apenas realmente da orientação, porque, infelizmente, no âmbito do Procon a gente então não pode fazer nada. Acaba combinado, realmente, na judicialização.

E a maior reclamação, realmente, combina contato da ANS, que é o problema das coberturas, né? E quando eles reclamam desses problemas nas coberturas, eles falam da falta de clareza, como o senhor disse aqui, e também na falta de, vamos dizer assim, clareza na hora da contratação. Porque embora esse rol, pelo que se entende, ele é taxativo, é nominativo, quando você faz a assinatura do contrato, você não recebe o rol ao que você tem direito. Eu não me lembro como que foi minha assinatura, mas eu sei que deve remeter a algum lugar onde que você vai consultar, né?

Dr. Amauri fazendo aqui uma analogia ao que o Dr. Douglas falou a respeito do seguro de carro, ele fez um trabalho maravilhoso na área de seguros, né? No caso a gente estava tratando de outros tipos de seguros, mas até já deixo uma sugestão aqui, Dr. Amauri, para a gente aprofundar nesse assunto. Porque, de repente, se os consumidores tiverem acesso ao que eles estão contratando no momento da assinatura do contrato, talvez o questionamento seja menor, né?

Mas eu e tive que fazer a minha mudança do meu plano antigo, e aí eu acho bom contar essa história, porque fica ilustrativo, porque eu tinha um problema no... Como é que chama, gente? A gente que não é da área. No nervo ciático. E o nervo ciático estava pinçando as minhas duas pernas. O ortopedista foi e me pediu um exame, não vou saber qual é, e ele falou assim: “Olha, eu vou te pedir um exame das duas pernas, porque realmente eu não sei de onde que estava vindo isso, você está sentindo dor nas duas pernas. Vamos pedir e tudo mais”.

Eu marquei o exame, né? Isso foi em 2016, ou 2017. E a autorização, a senha de autorização era conseguida na hora, muito bom, muito prático, maravilhoso. Mas a hora que eu me dirigi até o local para fazer o exame, a moça me falou assim: “Olha, infelizmente o seu exame foi negado”. Falei: Gente, mas como assim? Como? Por quê? Onde? Quando? A gente fica assim, né? “Ah, não, é porque o plano da senhora é antigo, e esse exame – eu não sei se era uma tomografia ou uma ressonância – a senhora tem direito a um por ano. Então a senhora vai ter que escolher. A senhora quer da perna esquerda ou da direita”.

[risos]

SRA. MÔNICA MARIA TEIXEIRA COELHO: Eu falei assim: Gente, mas eu estou pagando esse plano desde 95, e agora, em 2016, o estou precisando desse exame e tal. “É, infelizmente não vai ter como, não. A senhora vai ter que escolher”. Aí eu tive que voltar ao meu médico para perguntar qual pena que ele queria, porque... qual que era a mais importante, porque naquele momento eu estava sem o dinheiro para poder fazer o outro exame, que à época parecia que era um por volta de R\$ 500,00 a R\$ 600,00. Aí ele, depois de muito tempo... eu não marquei outra consulta, tentei pela secretaria. “Não, você faz da perna que está doendo mais”.

Então é engraçado, mas é triste. Porque, ao conversar com os meus colegas da área jurídicas, eles me falaram: Mônica, você pode continuar nesse plano, só que tudo o que você precisar, você vai ter que judicializar. Então, é uma escolha sua. Você vai conseguir, mas você vai judicializar.

E o tempo vai passando, né, gente? A gente vai ficando mais velho, aí a gente vai imaginando coisas mais terríveis acontecendo do ponto de vista da saúde, e você imaginando, você estar lá na cama do hospital: Pelo amor de Deus, chama fulano para ele impetrar qualquer ação aí para eu conseguir estar aqui nesse lugar e fazer o que eu tenho a fazer. Por quê? Porque essa conta dos 20 anos do plano de saúde que eu paguei e que não tiveram tantos eventos graves, foram exames rotineiros, consultas rotineiras, essa conta não foi levada em consideração.

Então, eu entendo totalmente o lado dos operadores de planos de saúde, consigo fazer esse exercício de me colocar no lugar do outro, para entender que as contas não fecham, que as coberturas realmente, elas não podem ser limitadas. Mas algo tem que ser feito para a gente saber qual que é a cobertura que a gente tem direito. Porque eu acho que a maioria das pessoas não tem essa ciência, né?

Outra coisa que eu acho muito triste é a parte de... por exemplo, ah, eu autorizo... Gente, o único caso real que eu vou contar foi esse, tá? Os outros eu vou falar só de relatos. Mas me preparei dessa forma para trazer para vocês a vida real. Porque como o Dr. Douglas diz, quem procura o Procon, na maioria das vezes, eu vou falar que quase na sua totalidade, não são pessoas que tenham a ciência que nós temos, são pessoas muito simples e que estão ali, às vezes, deixando de atender as suas necessidades básicas para ter aquele plano de saúde para a hora que precisar.

Então, quando eles não tem, eles falam: Mas, não, espera aí, eu estou abrindo mão disso, disso e disso, se a gente pensar que o teto do INSS são R\$ 5,8 mil, e que a maioria esmagadora dos

cidadãos brasileiros ganha até dois salários mínimos, como é que você vai pagar um plano de saúde aí, a partir dos 59 anos, que estava está chegando aí, por volta de R\$ 1,5 mil? Realmente essa conta, do ponto de vista do consumidor, também não fecha, né?

Então, esses casos são assim: Ah, não, Mônica, autoriza cirurgia, mas autoriza a prótese. Exemplos, tá, gente? Autoriza a cirurgia, mas o medicamento que vai ser utilizado não é conseguido. E aí, quando as pessoas te perguntam: “O que eu faço?”. Olha, conversa, fala na ouvidoria, é importante...

Ah, eu queria também trazer essa questão. Eu acredito muito nas ouvidorias, porque eu fui ouvidora geral adjunta do estado de 2013 a 2016. E aí eu falo para quem está presente aqui na Mesa, que eu acredito muito nas ouvidorias. Porque as ouvidorias, elas fazem o papel de consultorias para as empresas. Mas, muitas vezes o papel do ouvidor, ele é subestimado.

Então, tem gente que fala assim: “Ai, lá vem aquele ouvidor de novo, com aquela história”. Mas às vezes, naquela história que o ouvidor está trazendo repetidamente, é algo que está a chave para o seu negócio melhorar ou prosperar, ou então algo que você não está conseguindo enxergar, você fala assim: Nossa, não é que a resposta estava na Ouvidoria.

E aí, quando eu incentivo o cidadão, o consumidor a fazer reclamação na ouvidoria, fala assim: Não, não vou poder fazer isso, não. Porque eu vou ter que fazer outra cirurgia e o pessoal vai ficar com raiva de mim. Então, eu tenho medo de sofrer uma perseguição por ter reclamado. Por que, gente? Porque nós estamos tratando de saúde. No momento que a pessoa está mais suscetível e mais sensível. Então, como é que você fala? “Não, Dra. Mônica, eu não vou fazer isso, não, porque depois o médico vai ficar com raiva de mim”.

Fora, é triste falar, mas eu tenho que falar, porque são casos e casos que a gente recebe, fora os médicos que ainda tem a falta de hombridade de fazer cobranças paralelas, né? “Não, eu vou te operar, o seu plano cobre, mas eu vou te cobrar tantos por cento de honorários”. Assim, já virou uma coisa natural. Aí você que quer operar com aquele médico que você vai denunciá-lo para o Procon, você vai denunciá-lo para o Ministério Público, você vai denunciá-lo para a ANS? Então, eu também acho que é uma situação extremamente delicada, mas que é preciso que a gente fale.

Entendo o trabalho da ANS, vejo com ótimos olhos, mas entendo também que se tivesse excelente, a judicialização não estava tão em voga como ela está. E também a gente vê que o que é judicializado, tem um alto índice de vitória. Então significa que algo está errado também. Porque

se tem os NATs, se tem os NAT-Jus, e todas as assessorias que os juizes, desembargadores possuem e, mesmo assim, eles estão votando favoráveis aos consumidores, também é algo para se refletir, né?

Então, eu escuto muito assim, no caso de, por exemplo, a questão... dessa questão das coberturas, né? “Ah, não, Dra. Mônica, fui lá, melhorei meu plano, sabe? Achei melhor pagar para ficar livre”. Mas ok. E quem não tem a condição de pagar, faz o quê?

Entendo também que a saúde suplementar é suplementar, mas a gente sabe que, infelizmente, o SUS já fez aquilo que ele podia fazer, e eu também acredito muito no SUS. Acredito. Existem contratos assistenciais que são feitos no nível da Secretaria de Saúde para fazer esse suporte à toda rede SUS, porque muitas vezes ela realmente não aguenta. Mas quando a pessoa faz, celebra, contrata um plano de saúde, ela quer um tratamento diferenciado. E o que a gente tem ouvido, hoje em dia, é: Nossa, fui lá no hospital, tal. Está pior do que o SUS.

Então, em vez de a gente fazer algo diferente para melhorar, parece que a gente se igualou. Eu digo muito que quem trabalha na área de saúde tinha que ter um teste para ver se o coração dela era um pouco mais amoroso, porque a gente também não sente isso nos atendimentos, né? É um atendimento apenas numérico, então você é mais um que está ali.

E essa falta de amor, gente, é uma coisa que está generalizada, né? Agora, eu acho que a saúde e essa questão do amor, tem que estar mais juntos do que nunca, mais do que em qualquer outra área, porque a gente está padecendo e a gente está doente.

E aí, para finalizar, eu acho que essa questão, não sabia que o número de associados estava caindo, mas a gente presume pelos altos preços e tudo mais. Eu, quando fiz a minha alteração do plano antigo para o plano novo, eu senti isso de uma forma muito gritante.

Mas eu queria discordar da Dra. Jordana e do Dr. Felipe, quando fala que não existe almoço grátis, que as pessoas querem almoço grátis, né? Eu acho que a sensação que o consumidor tem é que ele já pagou demais por esse almoço e, finalmente, na hora que ele vai ter direito a refeição, ele é negado para ele. Então, vocês me desculpem dizer, mas é a sensação que a gente tem.

E eu acho que o nosso desafio é equacionar isso, né? As empresas precisam ter seus ganhos, precisam ter seus lucros, precisam fazer suas contas, mas eu acho que as empresas também tem que ter esse olhar para o consumidor de uma outra forma. Eu estou falando isso de uma forma muito generalizada, porque nós não temos tempo aqui para entrar em detalhes. A

ANS, talvez, fazer uma aproximação, não sei se já existe, com a Secretaria Nacional do Consumidor, a gente tentar montar comissões com os Procons Estaduais, com os Procons Municipais, para levar aquelas demandas que são as mais reclamadas, porque às vezes a gente está conversando sob uma ótima ilusionista, e às vezes a solução está muito próxima de nós.

Então, eu queria agradecer a todo mundo. Mas acho que é importante fazer esse contraponto, porque eu não teria nem dados do Procon para trazer para os senhores, porque realmente o nosso papel hoje é, realmente, de orientar e encaminhar as pessoas para o Juizado Cível ou para a Justiça Comum.

Então é isso que eu queria dizer para os senhores. Muito obrigada.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Obrigado, Dra. Mônica, pela excelente apresentação.

Pelo que eu entendi aqui, dos debates... Eu vou fazer o seguinte, eu vou passar a palavra para o Dr. Teófilo, na indagação do Dr. Marcos. E eu queria fazer algumas colocações para o Dr. Teófilo, que eu acho que são importantes.

Por exemplo, o plano referência. A Lei dos Planos de Saúde, ela garantiu a todos o plano referência. Eu queria que o Dr. Teófilo pudesse explicar, de uma forma até didática para todos nós, o que seria... a que direito que o consumidor teria nesse plano referência?

E anotei três coisas aqui, que quando eu fui promotor na área de saúde, era muito comum a gente enfrentar essas questões. Por exemplo, você tem um rol de procedimentos, né? A opinião do Dr. Teófilo, eu digo do Dr. Teófilo, mas da ANS. Pode haver exclusão de procedimentos? Por exemplo, você vem com um rol de procedimentos hoje, e retira desse rol um determinado tratamento que era previsto no anterior, isso é possível? Qual seria a justificativa para isso?

Uma outra questão que é importante, que a gente muitas vezes discute, é a combinação de procedimentos. Você não tem um procedimento específico para tratamento de uma doença. Mas o médico, com dois procedimentos do rol, ele consegue fazer uma combinação, e nessa combinação ele consegue tratar o paciente.

E a terceira questão: Qual que é o limite da autonomia do médico que entende que um procedimento 'x', ele é adequado para o tratamento de uma doença, até que ponto uma mudança ou uma recusa possa ofender a autonomia do médico é prevista no Código de Ética Médica?

Seriam essas questões para o Dr. Teófilo.

SR. TEÓFILO JOSÉ MACHADO RODRIGUES: Tem tempo para fazer uma passagem rapidinha do que cada um falou?

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Claro. Fique à vontade, Dr. Teófilo.

SR. TEÓFILO JOSÉ MACHADO RODRIGUES: Eu vou fazer uma passagem rapidinha.

Bom, inicialmente agradecer à Mesa, que não pegaram pesado comigo, não.

Bom, Dr. Douglas, você falou um pouco sobre o consumidor não entender as limitações do que está no contrato. Realmente assim, há uma assimetria de informação muito grande com o consumidor. E até, a ANS, eu preciso fazer aqueles pareceres, porque tem gente assim, que é do mercado que está com dificuldade de entender alguma coisa. Então, por isso que a gente faz aqueles pareceres, até para esclarecer.

Agora, imagina o consumidor mediano, que não é médico, enfim? Então tem mesmo assimetria de informação grande. a ANS trabalha isso, né? Na nossa página tem muita orientação, guia de planos, como contratar um plano, tem muita orientação para o consumidor, para diminuir essa assimetria de informação, essa ausência de informação que ele tem, para ele poder adquirir um plano com alguma consciência do que está fazendo, né? Então, lá na página, pode andar por ela que tem muita coisa voltada para esse tipo de...

Sobre três anos, realmente esse... a gente... eu frisei lá que na RN 211/2010, a gente estabeleceu que é de dois em dois anos. Mas, pô, agora foram três? É porque a gente precisou, para construir esse processo, esse ano 2018, para construir essa RN. Isso foi uma coisa bem complexa, ela é muito complexa, essa RN, o processo né? Mas a gente precisava amadurecer o processo, melhorar o processo, normatizá-lo, e aí realmente agora ficar nesses três anos.

A demora da incorporação, isso também é uma queixa, né? Nesse processo da RN, quando a gente frisou, a gente reafirmou os dois anos, a gente recebeu uma consulta pública, muita gente pedindo: Ah, por que não faz de ano em ano? Mas também a gente recebeu: Ah, por que não faz de três em três anos?

A gente achou que dois anos é um tempo adequado, tendo em vista esse processo. Eu aconselho vocês olharem, ainda que não vejam o processo ao vivo, mas deem uma olhada nas gravações que estão na página da ANS para ver como é construído o rol. É uma coisa muito... é interessante e bem complexa, né? Você vê pessoas, técnicos de alto gabarito falando sobre

avaliação de saúde, avaliação econômica em saúde, avaliação de impacto orçamentário, falando em revisão sistemática. É muito interessante. Então assim, não é uma coisa que vai...

Mas o rol é dinâmico, ele vem desde lá de 1998 evoluindo, cada rol vem evoluindo e pode ser, não sei, que... nesse não, mas pode ser que no futuro, a gente possa fazer uma incorporação, análise de incorporação mais rápida do que é hoje. Mas, enfim, isso não significa nenhuma... que a ANS está pensando nisso, não. É uma coisa... o rol dinâmico, está evoluindo.

Dr. Felipe falou muito sobre a regulação. Então, realmente o mercado... Eu falei lá no início que eu sou servidor público, sou médico desde 1983, como médico do antigo Inamps, e entrei na saúde suplementar muito antes da lei, trabalhando em autogestão de saúde. E eu lembro muito bem como era antes da inercia. Mudou muito, para melhor. E eu agradeço as palavras, realmente, a ANS veio para mudar o mercado.

Sobre a junta médica arbitral lá com o Judiciário, eu guardei as suas palavras.

SR. FELIPE ROSSI: É porque, qual que é a ideia? É porque como você tem lá no CNJ, o Comitê Nacional que participam os indicados de cada tribunal e tem um indicado da ANS, eu acho que se a gente trouxesse essa discussão usando a lei de mediação para entidades previamente habilitadas, eu acho que nós reduziríamos a judicialização com uma maior proteção do consumidor.

Porque, até pegando o gancho, mas eu não vou esticar, o médico, ele não pode ser tratado como ser absoluto da caneta, ele merece ter críticas, é preciso de uma segunda, terceira, uma quarta opinião. Então até por isso que o NAT-Jus vem muito para acrescentar, e acho que até por isso que diminuiu, inclusive, as consultas do Judiciário ANS, é que o NAT-Jus já estava fazendo o seu papel.

SR. TEÓFILO JOSÉ MACHADO RODRIGUES: Dra. Renata, você falou sobre o trabalho do Mater Dei. A gente conhece bem o trabalho do Mater Dei lá na ANS, a gente tem muita informação sobre a maternidade lá no Mater Dei, nesse processo da cesariana, enfim, a gente conhece bem o processo.

E muito feliz de saber que o Mater Dei está nessa linha que é o que a ANS, através da nossa gerência de promoção à saúde, vem falando, em linhas de cuidado. É isso que é importante.

Dra. Jordana, obrigado aí pelo elogio ao processo, né? Que é um processo... A senhora ficou surpresa com aquele processo. Eu aconselho, dá uma olhada para a senhora ver como é. O

que eu falei está lá, é verdade mesmo, é daquele... é um processo complexo, com bastante técnica, com bastante conhecimento e, enfim, é um processo que não se encerra ali. Ali é o que eu estou ouvindo do demandante, o que eu estou ouvindo de quem está fazendo contraponto. Em princípio, que tem feito mais contraponto são as operadoras, que também levaram pessoas de alto gabarito para questionar. E depois eu vou receber os meus pareceres de entidades reconhecidamente competentes para fazer essas análises, esses pareceres. E aí a gente vai fazer a nossa análise interna. Então, é uma construção bem bacana que a gente está fazendo.

Aquelas questões que a senhora colocou ali, no British Journal(F), aquilo a gente sabe bem que é daquela maneira mesmo que funciona, né? Ou não funciona.

Dr. Marcos, o parecer que o senhor mencionou, eu sei qual é, da área de atuação. É porque é assim, o que a gente está querendo dizer ali? Por exemplo, ginecologia, que é a minha especialidade, né? Eu tenho ginecologia pediátrica, tenho ginecologia... isso como área de atuação, ginecologia endócrina. O que a gente está querendo dizer é assim, a operadora não tem que contratar um ginecologista... porque o rol, ele obriga no Brasil inteiro, não é só em Belo Horizonte, Rio, São Paulo, ele obriga todo o Brasil, todas as operadoras do país inteiro. Então, eu não tenho como obrigar todas as operadores. Mas [ininteligível] tem um ginecologista endócrino lá numa cidadezinha, mas ela tem que ter o ginecologista, ela tem que ter, na rede dela, um ginecologista, porque ele é capaz de resolver aquele problema de saúde. Ele não é um ginecologista pediátrico, endócrino, mas ele tem capacidade de resolver aquele problema de saúde daquela pessoa á.

É esse parecer... os pareceres... Recentemente a gente começou a revisão de um lá, por uma queixa de que estaria, não estaria bem escrito, tal. E eu vou reler esse parecer que o senhor mencionou.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: [pronunciamento fora do microfone].

SR. TEÓFILO JOSÉ MACHADO RODRIGUES: Eu vou dar outra olhada lá para ver se não está realmente... está dando alguma dúvida.

Mas ali é o seguinte, aquilo está tendo muita demanda naquele tema. Eu não tenho como obrigar as operadoras a terem todos aqueles profissionais ali de subespecialidades, né? Então a gente põe geral. A operadora é obrigada a oferecer um profissional que atenda aquele paciente. Ele não precisa ser o ginecologista endócrino da hipófise, não precisa ser aquele super especialista. Ele pode ser...

A gente tem , com a Justiça, aproximação, existe um parceiro da cidadania que é... quem administra é a [ininteligível] Diretoria de Fiscalização, que tem uma atuação bastante interessante de aproximação com a justiça, elaboração desses pareceres, divulgação desses pareceres técnicos. É bastante interessante. Eu não sei muito detalhe dele, que isso é da outra diretoria, que é a Diretoria de Fiscalização.

Já estou quase terminando, Amauri. Então, Dra. Mônica, a senhora falou, também essa aproximação com a justiça, a gente tem, através com a parceria da Cidadania. Não, sobre questões judiciais tem, quer dizer, eu não...

SRA. MÔNICA MARIA TEIXEIRA COELHO: Eu falei sobre uma aproximação com a Secretaria Nacional do Consumidor, que é a secretaria a qual os Procons estão vinculados, não existe subordinação à secretaria. E ela é uma secretaria que está dentro do Ministério da Justiça e Cidadania.

Então, eu penso, porque lá são feitos vários trabalhos de instituir grupos de trabalho nas diversas áreas de atuação dos Procons, né? Então foi uma sugestão...

SR. TEÓFILO JOSÉ MACHADO RODRIGUES: É, a Patrícia, né? A Patrícia é do Senacon, né?

SRA. MÔNICA MARIA TEIXEIRA COELHO: Não, ela é defensora pública do estado do Rio de Janeiro, falou hoje mais cedo.

SR. TEÓFILO JOSÉ MACHADO RODRIGUES: Porque ela está sempre lá, é nossa parceira lá.

SRA. MÔNICA MARIA TEIXEIRA COELHO: Sim. É uma sugestão e tudo. Mas eu acho que o Dr. Amauri, como nosso coordenador estadual, pode, de repente, ver a pertinência disso.

SR. TEÓFILO JOSÉ MACHADO RODRIGUES: É claro. Nós queremos todo mundo junto para construir.

SRA. MÔNICA MARIA TEIXEIRA COELHO: Isso mesmo, nesse sentido.

SR. TEÓFILO JOSÉ MACHADO RODRIGUES: Sobre os casos que o senhor contou, o plano antigo, o que vale é o que está no contrato, né? Então, infelizmente, naquele caso lá que a senhora conta, no plano antigo o rol não... ele não submete à regulação. Ele vale... no contrato está escrito uma tomografia...

Sobre material e medicamento... Você colocou uma questão sobre material e medicamento, de não estar coberto, estar coberto. O critério... assim, o procedimento é coberto?

É. Precisa desse medicamento? Precisa desse material, dessa prótese? Se precisa por um procedimento coberto, qualquer material ou medicamento, ele tem cobertura, desde que esteja registrado na Anvisa. Entoa não pode ser o... Ah, eu quero um medicamento que saiu lá na Austrália ontem. Não, ele está registrado na Anvisa, no Brasil? E esteja escrito(F) na bula. Então, se eu peço um material para um procedimento tal, mas na bula desse material fala que esse material não serve para isso, não, isso serve para outra coisa. Então ele não tem...

Então, a cobertura está vinculada. O procedimento é coberto, dessa cirurgia? É coberto. O material e medicamento que precisa dele, desde que esteja registrado na Anvisa e conste na bula a indicação, ele tem cobertura obrigatória.

Quanto à cobrança extra, isso foi muito questão, até estive no Ministério Público, acho que em Juiz de Fora, uma vez, falando sobre... mais da cobrança de taxa de obstetrícia. Enfim, a ANS entende, e tem também um parecer sobre isso, que não há... o beneficiário não tem que pagar nada extra. Tudo o que está coberto. Toda cobertura do rol, ninguém tem que pagar nada por fora. Ah, mas o médico cobra. Bom, aí existe uma possibilidade, o beneficiário vai na operadora e fala assim: Operadora, eu quero um médico, é um procedimento que está no rol, está no meu contrato, prevê, tal, eu quero um médico que não cobre. Você tem que me dar. E a operadora vai ter que dar. Porque, como o Felipe mencionou, a multa é muito alta se não cobrir, R\$ 80 mil.

SRA. MÔNICA MARIA TEIXEIRA COELHO: O senhor desculpa eu falar assim, novamente, sabe por que é difícil? Eu quero fazer cirurgia com aquele médico. E aí ele chega e fala de uma forma muito clara: “Eu cobro R\$ 15 mil para fazer essa consulta”. Aí, o que eu faço? Eu quero operar com aquele médico. Aí eu faço o quê? Câmera escondida, Fantástico? Por quê? Porque ótimo, aí tá, comprovei que ele está cobrando por fora, ele nunca mais vai me operar. Então, infelizmente, as pessoas se submeterem.

E isso é um caso gravíssimo. Eu acho que realmente começou na área de obstétrica. A ideia começou na área de obstetrícia e se espalhou para as demais especialidades. Mas eu vou dizer ao senhor que eu, acompanhando a minha mãe recentemente em dois profissionais, e o meu pai em outros dois por problemas de saúde diversos, passei por isso. E você fica com aquela situação, você sabe que está errado, você sabe que é inadequado, você é defensor do direito e da justiça, e aí você fica numa situação que, né? Ou você fala, grita, xinga, grava denuncia, e vamos ver no que dá, ou então você se submete. Isso eu acho que é algo assim para se aprofundar, porque tem se multiplicado essa prática.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Então, isso aí só foge assim da alçada da ANS. Isso não tem como. Você quer falar?

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [06:00:50]: [ininteligível]. Nessa hipótese, doutor, o que acontece? Eu gostaria que vocês tivessem as operadoras como parceira do consumidor, porque já falou de ouvidoria, e ouvidoria e acolhimento hoje é o foco da maioria das empresas, porque aí falando, elogiando, de novo, a ANS, em função até de uma forte presença em termos de NIP, em termos de garantia de atendimento, uma série de programas até mesmo de qualidade que a ANS tem, as empresas investem cada vez mais no acolhimento desse beneficiário, até mesmo tramitar desse procedimento na rede credenciada. Porque, às vezes, o beneficiário vê aquele ele mundaréu de médico e não conhece nenhum. Então a ouvidoria das operadoras, ela é até muito pouco utilizada, então esse caminho é o caminho que a gente inclusive dá para os beneficiários, como uma forma não só de ir na ANS, porque vocês estavam... não sei, alguém comentou sobre judicialização, a ANS tem as NIPs, e pelo menos lá nas operadoras que a gente gere e atua, praticamente 95, 98% dos casos são resolvidos na NIP. Então, se não existisse a NIP, seria um mundo de processos. E é essa que é a... você chegou a comentar a questão da assessoria, [ininteligível], enfim, e, em tese, é a nossa maior crítica, porque quando chega em processo é porque a negativa está muito bem embasada, não existe hoje um serviço de auditoria médica em qualquer operadora que não tenha uma negativa extremamente fundamentada, por quê? Porque se eu negar errado, eu tenho a martelada na cabeça, entendeu? Então assim, todos os meus amigos da ANS estão aqui, eles sabem muito bem o que eu estou falando. Então, sai caro, então, todas as operadoras são extremamente preparadas e têm esse caminho de desenvolvimento da ouvidoria e de buscar esse acolhimento.

ORADORA NÃO IDENTIFICADA [06:03:08]: Posso só acrescentar enquanto hospital(F), porque eu acho que é importante, né? Isso também para a gente é uma questão, inadmissível é uma palavra forte, mas que também não condiz com que a gente acredita, né? Então, apesar do corpo clínico ser aberto, isso é algo que a gente vem trabalhando também fortemente para que não exista, porque não faz sentido nenhum existir, porque na hora, no momento da negociação, apesar das negociações serem feitas apartadas, honorário médico feito pela cooperativa, no caso [ininteligível], honorário médico feito pela cooperativa, e procedimento, e a parte hospitalar pelo hospital, a gente sabe que aquela é a previsibilidade da operadora, do usuário, enfim, do sistema como um todo. O que a gente... isso em relação aos honorários médicos, o que a gente vê em relação aos pedidos de autorização de [ininteligível], não do procedimento que estar no rol, a

gente tem hoje uma dificuldade muito grande na espera dessa autorização das operadoras, o que gera um custo para o sistema também elevado, e uma ansiedade, obviamente, do usuário muito grande, muitas vezes, a gente não consegue chegar no momento da cirurgia com esse material autorizado, né? E é isso que eu acho que também gera também um movimento grande aí de judicialização que a gente tem tentado também, cada vez mais, mais, acordar mais tabelas de materiais com as operadoras para a operadora, para a gente não precisar de uma discussão ampla no momento do pedido de autorização, mas a gente vê um desafio grande ainda, não só do procedimento está no rol, mas uma órtese, por exemplo, a gente sabe que existem inúmeros fornecedores, distribuidores. Então o valor, ele varia de 5 para 30, para 40, para 50 mil, e é claro que tem os critérios de utilização também que têm que ser levado em consideração, mas hoje a gente encontra isso como um desafio grande. O paciente poderia ser operado no dia seguinte, caso a gente tivesse essa autorização, a gente espera aí às vezes dez dias com esse paciente por estar instável, ele tem que ficar internado, não é que a gente deixa esse paciente lá, até porque para a gente não é interessante que esse paciente fique lá, utilizando um leito sem necessidade, e que a gente tem tentado trabalhar também muito para que a gente consiga agilizar isso e diminuir esse desgaste com o paciente.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: [pronunciamento fora do microfone].

[falas sobrepostas]

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: O presidente da Mesa.

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTÁ: Fica à vontade, doutor.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [06:05:41]: Eu gostaria também de frisar uma parte que tem acontecido já há muito tempo, e fala-se muito pouco, né? Igual foi falado aqui, com uma negativa bem fundamentada judicializavam, vamos dizer, o juiz, ele já ali tem a ciência, o porquê da negativa, quase sempre, vamos dizer, por falta de cobertura contratual. O que tem acontecido com algumas operadoras de saúde é que elas têm recusado a negativa, já cientes de que a apresentação da negativa pode eventualmente vir a demandar esse processo. Quando eu disse que o consumidor tem direito à negativa por escrito, quando solicitado, eu até deixei ali entrelinhas que essa comunicação, ela é feita por telefone, e o consumidor leigo, ele não pede negativa por escrito, por quê? O que ele quer saber é: está autorizado, não está, não está autorizado, vamos conseguir de uma outra forma. Porque quando solicita, inclusive, alguns planos de saúde fazem isso automaticamente, quando solicita negativa por escrito, eles reveem

automaticamente o procedimento, e é o que se questiona por quê.

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: [pronunciamento fora do microfone].

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [06:06:52]: Não, não, reveem e continuam negando. Quando é rol de procedimentos, continua negando. Mas o que tem acontecido e eu tenho visto bastante é o seguinte, a pessoa se consulta com o médico, o médico, ele fala: “Olha, isso aqui está no rol da ANS, estou solicitando aqui a guia, esse procedimento aqui eu não posso emitir a guia porque não tem no rol da ANS”. E isso acaba... inclusive, existem relatos de vários clientes contando que o médico fala: “Olha, eu não posso emitir essa guia, senão eu vou ter problema com o plano de saúde porque eu estou emitindo laudo de procedimento, desculpa, guias de procedimento que não consta no rol da ANS”. Isso não é generalizado, isso acontece pontualmente, em alguns casos, com algumas operadoras, em alguns estados. E às vezes eu tenho muito trabalho em conseguir essa negativa, tem operadora de saúde que eu apresento, eu tenho que apresentar uma notificação extrajudicial, eu já fui presencialmente inclusive em uma dessas, não houve resposta qualquer, reiterei por e-mail, não houve resposta, tive que utilizar a ANS para que essa operadora comprovar... enfim, apresentasse a negativa, e aí, sim, somente a partir daí é que essa negativa chegou. Somente depois de provocar agência reguladora. Em alguns outros casos, o que... a negativa vem falando que o consumidor, ele simplesmente não apresentou o pedido médico, sendo, por exemplo, tem lá o site, a gente faz tudo por via site, parece, assim, o que convém, o que está no rol da ANS é aprovado, o que não está, não sei, não tem nada aqui no sistema, junta-se *print* de telas na resposta da ANS, falando que não tem, e isso atrai para o consumidor um ônus de comprovar que isso aconteceu. Então, eu tenho conhecimento jurídico, eu sei como comprovar, eu tenho, mas e o consumidor? Aquele consumidor que busca uma forma, que corre atrás, muitas vezes, o sistema, ele acaba atuando contra o consumidor, nesse ponto específico de algumas atitudes isoladas de operadoras que evitam em dar a negativa de cobertura, penso eu, para evitar a judicialização.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Ok.

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Fica à vontade.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [06:09:10]: Mais dois minutos, eu respondo você.

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Depois eu vou abrir para o público.

[falas sobrepostas]

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Isso. Então, [ininteligível], as suas questões. Retirar procedimento, né? Nesse processo do rol, da RN 439(F), uma das opções lá, tem as opções, incluir DUT, alterar DUT, alterar termos [ininteligível], incluir procedimento, excluir procedimento. Então, exclusão de procedimento no rol é possível, né? Precisaria passar por aquele processo, estou excluindo porque isso aí está obsoleto, que isso está provado que mata mais do que salva, enfim, então existe a possibilidade de excluir procedimentos do rol, sim. Aí eu estou com o celular aqui porque eu vou ler. Sobre o plano referência, eu entrei aqui, então, por isso que eu estou mexendo no celular aqui, que está na página, né? Instruído pela Lei [ininteligível] o plano referência engloba assistência médica, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação em enfermaria, sua cobertura mínima também foi estabelecida pela lei, devendo o atendimento de urgência e emergência ser integral após as 24 horas de sua contratação. Então, o plano referência, ele é um plano mais completo, assim com o eu tenho a segmentação ambulatorial, que atendimento ambulatorial, o hospitalar sem obstetrícia, o com obstetrícia, e eu tenho o referência, que engloba tudo no padrão enfermaria, e com essa opção do atendimento à emergência, urgência e emergência.

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Então só para eu... então seria correto dizer que qualquer operadora de plano é obrigada a fornecer o plano referência com padrão de enfermaria? O consumidor, ele tem uma bússola que é o CID. Então todas as doenças do CID, ele tem direito ao tratamento, seria isso?

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: O rol, mesmo aquele que tem o plano, os outros planos, eles têm direito ao rol também, o rol não é só para o referência. O rol também, aí no rol, naquele quadro que eu mostro, que é a lista do rol, eu tenho a lista de procedimentos, e lá na frente assim, ó: esse procedimento, ele está no plano ambulatorial, né?

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Isso.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Então, no rol o que é... se você tem um plano ambulatorial, você não tem direito a uma cirurgia, internado, só as coisas que são feitas no ambulatório. Então, ali naquela coisa fala, e lá fala, mostra o que é do plano ambulatorial, do que é do hospitalar com obstetrícia, do que é do hospitalar e do que e do referência, do que está no referência.

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Dr. Felipe, acho que o senhor pode ajudar, porque quando a gente fala em segmentar os planos, a ideia que passa é que o consumidor vai deixar de ter esse conjunto de atendimentos, ambulatorial, cirúrgico e etc., para, por exemplo,

contratar apenas consultas, né? Como que seria isso, em relação ao que é hoje e ao que pode ser proposto?

SR. FELIPE ROSSI: Então, a segmentação que tem hoje são aquelas, né? Ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, com obstetrícia, o referência, né? Então ali naquela já tem um segmento, eu sou, eu comprando um plano ambulatorial, eu tenho só tenho direito àquela lista que está marcado como ambulatorial. Eu comprando um plano sem obstetrícia, eu não tenho direito a ganhar o neném, não tenho direito à obstetrícia. Agora, sobre segmentação, além disso, né?

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [06:12:50]: É porque, o que acontece? Eu até usar aqui a participação do Procons, esqueci... Minha cabeça é péssima, Dra. Mônica, igual, por exemplo, questão dos planos antigos, porque, hoje, 20 anos depois, as situações são hilárias realmente. Porque, ah, vou usar qual perna? Então, se você for pensar, poxa, mas são 20 anos que esse contrato está defasado. Então, se a gente pensar na medicina de 20 anos atrás, uma... a gente jamais, assim, existiam exames, que existem exames hoje que são banais, na época nem tinha. Então, por exemplo, e aí que eu vou... parece que vou agora de novo retificar a importância da ANS, porque qual que é a grande vantagem e proteção de se ter um rol de procedimentos? Porque a ANS lá na [ininteligível], tem uma instrução normativa lá, não sei se é a 28 ou a 23, que quando ela estipula lá todas as obrigações dos contratos de plano de saúde, que no art. 16 da 9.656 por que tem que ter, lá as operadoras são obrigadas a colocar o rol de procedimentos vigente. Então, a ANS... É 23, né?

Então o que acontece? A ANS, enquanto protetora do interesse público, ela está garantindo ao consumidor ali a evolução da medicina, sim, de uma forma ponderada e dentro e de acordo que a agência entende como viável ao mercado proceder, mas ela estipula, e nós somos obrigados a pôr, que é o rol, a cobertura é dada com base no rol vigente. Então, por exemplo, quando a gente fala em segmentação. Quando ANS classifica determinado: não, essa isso aqui é a lista de procedimentos ambulatoriais. Eu tenho tratamento hoje de câncer, que são aqueles medicamentos neoplásicos, que o paciente vai no... para tomar o comprimido, que isso, antigamente, jamais seria pensado, se não tivesse um órgão moderador para, de certo modo, pesar: não, isso aqui para plano ambulatorial é possível, como também na parte hospitalar, entendeu? Então ela vai ali, ela estipula, ela classifica ali uma... aí eu não sou médico, mas se você pega, aí você fala: ah, mas o consumidor, quando contrata, não tem como saber o que tem no rol

de procedimentos. Eu confesso que eu não sei, porque existe um aplicativo da ANS estipulando, sei lá, deve ser, sei lá, 30 mil, 40 mil procedimentos que estão ali classificados.

Então, é aí que eu trago a consciência que, enquanto sociedade a gente tem que ter, é que existe um órgão que ele pondera esses interesses e ele vem falando: o rol de procedimentos. Fica parecendo que eu não tenho crítica à ANS, muito pelo contrário, a gente vive brigando, mas relação a essa parte assistencial, quando a gente vai lá, abrange, que a entidade que eu represento nós vamos discutir a parte de cobertura, o que vai ingressar no rol ou não, o pau quebra lá na Câmara(F) de Saúde Suplementar. Eu sei porque o pessoal... vão médicos, operadoras fazem uma comissão para defender o que cabe entrar, o que não cabe. Agora, depois que entra, isso tem que ser respeitado, e a garantia que o consumidor tem que ele vai ter o mais moderno possível é o rol de procedimentos vigente, no contrato a ANS prevê isso, entendeu? Posso defender a [ininteligível] segmentação?

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Não, você pode.

[risos]

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [06:16:32]: Aí só com relação ao plano de consulta e exame, doutor, que eu falo o seguinte, é porque existem 170 milhões de consumidores que não estão no sistema. Então, eu acho que se a gente fosse possível, por lei, a gente estipular um combo, vou chamar de combo de coberturas. Mas assim, mas eu teria ali um rol, entendeu? Mas infelizmente é: eu teria na prateleira, isso aqui cobre, cobre, cobre, entendeu? Por quê? Porque eu tiro do sistema de saúde uma grande população que está usando o SUS para trazer para dentro do sistema, e a contribuição dessas pessoas entraria até mesmo para baratear quem está no plano maior, mais completo, entendeu?

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [06:17:24]: O último, então, eu fico quieto, sobre a autonomia do profissional, assim, o rol, ele fala só de cobertura, né? Eu estou dizendo assim: ó, doutor, se o senhor pedir isso, se o seu médico pedir isso, a operadora sua é obrigada a pagar. Agora, ele pode pedir outra coisa que não esteja no rol, né? Eu estou assim, eu limito não a autonomia do médico, de pedir, de prescrever, eu só limito, eu, assim, o rol, ele só diz a cobertura, né? Então assim, o médico, ele pode pedir, fazer o procedimento que ele quiser.

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Tranquilo. Pessoal, quem tem mais alguma pergunta do público? O microfone lá, por favor, pedir só para se identificar para sair na gravação.

SRA. NAIANE: Boa tarde, meu nome é Naiane(F) e eu sou advogada. E a gente estava, eu estava questionando justamente essa questão da autonomia do médico. Foi falado durante a palestra que alguns médicos solicitam exames desnecessários, e isso acaba onerando a operadora, mas até que ponto o consumidor, ele vai ter que pagar essa conta por um exame desnecessário de um médico? Porque o consumidor, ele é leigo, quem tem conhecimento técnico seria o médico. A partir do momento que eles solicitam exame desnecessário ou minoritário a um determinado fato ocorrido ali com o paciente, como que fica essa questão? Porque o tratamento, ele vai só postergando, e o consumidor, ele espera um retorno eficiente e eficaz. Como a Dra. Jordana, Jordana, né?

SRA. RENATA SALVADOR GRANDE: Renata.

SRA. NAIANE: Renata, desculpa, ela estava comentando, porque a partir do momento que o paciente, ele fica internado, ele está gerando um custo, às vezes aquele procedimento poderia ser rápido, mas por erro de uma prescrição médica, erro de um medicamento que não foi adequado, e como que fica? E isso tudo vai para a conta do consumidor, porque a partir do momento que verifica-se, essa balança, ela se desequilibra, acaba, a gente sabe para aonde vai a conta, né? Infelizmente. Aí eu queria saber como que fica essa questão responsável, até o doutor falou, a questão ética do médico, mesmo o senhor falando que a ANS preocupa-se com o rol taxativo, mas o médico, ele também tem que ter ciência do que está solicitando. E as operadoras e às vezes elas vão negar, ou não, e o paciente, ele precisa de uma resposta eficaz, como que vai ficar isso? Aí também entra a questão daquela negatória também, a dificuldade da gente solicitar uma negatória, para poder, as operadoras sabem que a partir do momento que a gente solicita é porque tem um conhecimento, se o conhecimento é porque a gente vai judicializar a situação. Eu queria saber como que a gente consegue, concluindo, como que a gente consegue determinar essa questão do médico mesmo realizar esses procedimentos adequados sendo desnecessários, né? Excluindo esses desnecessários e dar um atendimento eficaz.

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTÁ: Deixa eu tentar só responder, o médico, quando ele prescreve um exame ou um tratamento, ele vincula a operadora. Se ele é um médico que é credenciado, ele vincula a operadora. Agora, o consumidor, em momento algum, ele pode ser, eu diria assim, cobrado dele algo que tenha sido solicitado pelo médico. O que pode acontecer na prática é a operadora recusar o exame ou o tratamento, e aí, na verdade, vai ter que ser decidida essa questão, por isso, muitas vezes tem a judicialização, mas o prestador e o hospital, na

verdade, eles vinculam a operadora, não o consumidor.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: [pronunciamento fora do microfone].

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: É, a coparticipação.

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Ah tá. Se tiver uma franquia. Eu estou falando em relação à questão em si do exame ou do tratamento, né? Agora, financeiramente, se você tem a franquia, evidentemente, o consumidor vai pagar uma parte desse exame ou desse procedimento.

[falas sobrepostas]

SRA. NAIANE: Mas vamos supor que o médico fez uma prescrição de um exame que, apesar que é muito difícil... aliás, difícil não, acontece exames que realmente não necessitam, e o consumidor, ele vai ter que se onerar para poder cobrir aquele exame específico, do qual ele não foi necessário.

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Na verdade...

SRA. NAIANE: No caso da coparticipação, igual ele citou.

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Na verdade, se o exame não é necessário, isso pode ser verificado, e nem a operadora e nem o consumidor vão pagar.

SRA. RENATA SALVADOR GRANDE: Posso tentar dar um [ininteligível]?

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Fica à vontade. Vamos passar aí, dar uma rodada aí na Mesa.

SRA. RENATA SALVADOR GRANDE: Deixa eu ver se eu entendi, acho que onera o sistema como um todo, né? Na hora que a gente realiza um exame que não precisaria ser realizado, né? Como que isso, o que isso gera. Obviamente, eu não posso falar por todos hospitais, né? Posso falar pelo Mater Dei, e o que a gente tem, fora tudo que eu já falei, das linhas de cuidado, da saúde corporativa, dos atendimentos que a gente tem feito integral, o que diminui e muito a realização de exames desnecessários. Porque hoje, quando eu tenho um sistema integrado onde o médico, que é credenciado no meu corpo clínico, ele tem acesso a todo o prontuário daquele paciente, ele tem acesso a todos os resultados, a todos os exames, ele não pede aquele exame novamente, né? Então, mas a gente vê isso acontecendo e muito, e o que a gente tem tentado fazer no trabalho com o corpo clínico é... não só de exame, porque exame às vezes é o de menos,

mas a gente tem o mesmo procedimento que é realizado por duas equipes médicas diferentes, onde um é o dobro do outro, né? Então, o que a gente faz com isso? É o mesmo procedimento, teve o mesmo resultado, o mesmo desfecho, o paciente está da mesma forma, os dois pacientes, só que teve um custo do dobro em um. A gente tem chamadas das equipes médicas, então a gente tem feito um trabalho muito próximo com essas equipes médicas de conscientização mesmo da necessidade do uso, por que a gente está fazendo isso preventivamente? Porque as operadoras estão começando a ver isso também, há algo que era assim jogado no bolo, antigamente, era analisado só o faturamento total do hospital, se aumentou ou se diminuiu, dividia ali, via o tíquete médio, hoje em dia, está indo muito mais no detalhe. Se a gente não começar a ser preventivo em ação essas tratativas, fazer os protocolos mais justos e mais adequados, conseguindo o mesmo desfecho, o mesmo atendimento com custo menor, a gente sabe que a conta vai chegar, e o direcionamento desses pacientes vão para outro lugar, e até a perda da possibilidade de pagamento de um plano de saúde.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [06:24:41]: Tem uma questão também, acho que tem se chamado atenção o seguinte, é que esse exame desnecessário, vamos dizer assim, se ele não é coberto no rol, nega-se por estar fora do rol, se ele estiver no rol, e vão dizer que seria um incremento de custo desnecessário, a operadora, ela, na prática, o que acontece é o seguinte. Geralmente, o serviço de auditoria entra em contato com o médico credenciado, entra em debate para saber se aquilo ali realmente é necessário ou não, e se houver ali uma divergência, entra dentro da junta de divergência médica da ANS, para a gente ali, através de um [ininteligível] chegar à conclusão o que seria devido ou não, entendeu? Aí, depois, em tese, eu não poderia negar isso. Assim, de bate-pronto, eu preciso de ter a junta, entendeu?

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [06:25:34]: Uma coisa assim importante, às vezes quando você fala assim “o médico pede exame desnecessário”, não necessariamente ele está pedindo por má-fé, por... É o que a Renata coloca, é se você tem um prontuário eletrônico, em que eu sei que ontem você teve em um hospital tal, atendido na emergência, e lá fizeram um hemograma, talvez não precise hoje pedir um hemograma, e se eu não sei essa informação, talvez eu te peço um hemograma. Quer dizer, eu não estou sendo desonesto, apenas eu não tenho uma informação que era importante que eu tivesse, né? Então assim, os sistemas estão, assim, tentando se modernizar nisso, em ter prontuário, serviços integrados que as operadoras estão fazendo. Você, ao ter um prontuário assim, se ela for a vários médicos, todos estão sabendo o que ela fez ontem, o que fez mês passado.

SRA. RENATA SALVADOR GRANDE: Só para acrescentar, o percentual de pessoas que não olham o resultado do exame, que nem pegam esse exame que faz é altíssimo, é um absurdo, assim, a quantidade de exames que são realizados e ninguém nem olha qual foi o resultado. Então, provavelmente, essa pessoa, ou não precisava, ou repetiu em algum outro lugar.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Em anatomia patológica, me falaram que beira a quase 30%.

SRA. RENATA SALVADOR GRANDE: É, é isso mesmo, 30%.

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: [pronunciamento fora do microfone].

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: Hum?

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: Então não precisava.

[risos]

[falas sobrepostas]

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Mas isso aí, 30%.

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: Não conheço pessoas, aí você pergunta: para que você fez o exame, né?

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTÁ: Como estamos aí? Já a Mesa satisfeita? Fica à vontade, Ricardo, né?

SR. RICARDO: Ricardo, da ANS. Complementando aí a resposta à colega, é o seguinte, tem médicos que, por exemplo, eu tenho... eu sou médico, adquiri uma máquina de ressonância caríssima. Tem médicos, e tem relatos de operadoras que o médico anda força a barra pedindo ressonância, mas as próprias operadoras já adotaram já mecanismo para coibirem essas atitudes erradas tomadas pelos médicos. Posso citar uma operadora, que muitas das Unimed, elas utilizam um método de remuneração, quanto menos... ele vai ao contrário, quanto menos exames o médico pedir, ele recebe uma premiação extra, isso tem um duplo viés aí, né? Eu posso também ser um médico, e posso não pedir um exame que é necessário para eu poder ganhar mais.

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: [pronunciamento fora do microfone].

SR. RICARDO: Pois é, existem operadoras que utilizam essa metodologia, mas a agência, à época, eu questionei à época que eu estava na chefia do núcleo aqui, eu questionei isso à diretoria no Rio, e eles verificaram que não tinha nada de errado. Até vieram presidentes de algumas

operadoras conversar comigo, explicar a metodologia. Então, hoje pode ser feito essa... ser utilizada essa metodologia de remuneração extra quando o profissional médico, ele não pede exames desnecessários.

Agora, a Unimed, por exemplo, ela tem um mecanismo de um médico que começa a pedir exames desnecessários, de descredenciar o médico, tá? Agora, muitas outras também acredito que tem, as operadoras, depois de vários anos no mercado, elas aprenderam, porque se vier uma reclamação dessa para a agência, a agência vai apurar. Inclusive, cobrança de taxa extra, isso a gente andou autuando no início, a taxa de parto, a taxa de disponibilidade, que depois a agência viu que era normal, porque o médico tinha que disponibilizar a especialidade, não o especialista X ou Y, é o que o Teófilo falou, a ANS, ela obriga as operadoras a disponibilizarem a especialidade médica, agora, se você quiser o médico João, e ele não quiser, ele não... tiver te cobrando uma taxa extra, a operadora tem que te oferecer um outro que te oferte o serviço sem cobrança de taxa extra, e você pode, sim, denunciar à agência, a agência vai correr, se você pagou, geralmente, eles não dão recibo, ou dão um recibo num papel de pão, tá? Mas se você tiver algum recibo, alguma coisa, vá à agência que vai ser aberto o processo, e a operadora vai ter que devolver em dobro, usando o Código de Defesa do Consumidor, inclusive, mas é tomada providência, sim, na agência. É difícil? É. O mercado é complexo, tá?

Por um lado, também, esticando um pouco, falando de custos, custos médicos que foi falado aí mais cedo e agora também alguém falou. Eles são muito elevados e muitas vezes acima da inflação. Aí o uso indiscriminado do plano por um beneficiário, isso ocasiona um aumento, muitas vezes, na mensalidade, que afeta toda a coletividade. Muitas vezes, a decisão que é favorável a um beneficiário, isso eu estou falando na Justiça, ela pode ser prejudicial à uma coletividade. Isso pode levar... hoje eu estou na Diretoria de Acompanhamento Econômico Financeiro, pode levar até à quebra algumas operadoras, as de grande porte, tudo bem, elas têm lastro para se manterem e aguentar uma paulada dessa, agora, as pequenas não. Então isso daí é muito complicado. Por um lado, tem um lado do consumidor, entendo perfeitamente, agora, temos que olhar também o lado da coletividade, isso, as operadoras tendem a fazer.

ORADORA NÃO IDENTIFICADA [06:31:21]: Isso venho à minha cabeça na hora que eu estava falando, e agora, na hora que o senhor estava dizendo, mas acho que vocês vão ter essa resposta, sempre se faz a conta daquele consumidor que gasta muito, tem também a conta de quem não utiliza o plano? Tem? E vocês têm esse percentual? Porque isso é uma coisa que sempre

me chamou a atenção.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: É, na verdade é o seguinte...

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: Porque tem pessoas que realmente não querem médico, não querem exame.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [06:31:50]: É porque hoje, se você for pensar, a carteira do plano de saúde, ela é dividida em pequenas e médias empresas, que são até as 30 vidas, e o reajuste é tutelado pelo [ininteligível] de risco que a ANS tem uma regra, salvo engano, acho que é a 302...

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Nº 309.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Nº 309, você que eu estou sempre perto, né?

[risos]

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: A regra da [ininteligível] é 309, que ela ali estipula o que aquela pequena e média empresa, aí você tem ali o [ininteligível] daquelas empresas, da operadora, o que elas utilizaram no ano, você apresenta para a ANS, e ali você vai ter o reajuste daquelas empresas ali. Acima de 30 vidas, você faz esse reajuste negociado, então a gente tem com as empresas o sinistro, então, a empresa que usa, o reajuste, logo, vai ser maior, então você tem um cálculo ali, dentro do próprio contrato já tem a equação, com ponte de equilíbrio que cada contrato tem, geralmente é 75% como o ponto de equilíbrio para mais ou para menos, então aquilo ali o quanto que vai ser reajustado ou não. O plano individual é que tem a queda de braço, que realmente a população tende, porque como não está sendo mais vendido, porque [ininteligível] é um produto que você não consegue ter um melhor gerenciamento, porque [ininteligível] estourar, você não tem a opção de rescindir, então a verdade é essa. Então, o que acontece? É um casamento. Então, o plano, ele não... as operadoras optaram por não vender. Então, essa população, ela está envelhecendo, quem tem plano individual, então a tendência é o reajuste cada vez ser maior. Eu tive um caso no escritório há duas semanas atrás de um grande advogado, um grande amigo meu, que ele tem um contrato firmado em 89 e ele está naquela situação das seguradoras, que eles fizeram um TAC, Ricardo, lembra aquele TAC lá de 2004, que a SulAmérica e o Bradesco fez? Ele estava dentro daquele contrato. Então cada... como a população ali está envelhecida, então todo ano ele toma um reajuste lá de 20%. Então ele está pagando, acho que o plano dele, ele, logico que a rede dele é maior, mas ele está pagando, acho que quase 3 mil

reais, mais de 3 mil reais, no plano dele sozinho. Então assim, existe, sim, entendeu? Esse critério, agora, numa população individual, não, porque aí você vai tratar o grupo, entendeu? Na pessoa jurídica aí já é diferente.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [06:34:37]: Deixa eu fazer uma ponderação em relação ao que doutora colocou ali. Volto a dizer da importância de você ter essa parceria e entender o sistema não como um lado e outro lado, né? Quando você fala aí de exames desnecessários, você pensa que, por mais controle que você tenha, por mais recursos que você tenha, você tem a junta médica estabelecida por meio de normativa, você tem as auditorias das operadoras acompanhando os processos, você tem os mecanismos de regulação que estão previstos em contrato para controle da utilização, enfim, você tem várias formas de controle hoje sobre isso, mas ainda vão existir as situações, como a que a colega colocou aqui, de você vai, o seu médico é credenciado, ele sabe que não pode e ele vai te cobrar uma taxa separada, escondidinha, feita num papel de pão, como foi colocado ali. E aí, o que você pode fazer? E eu não vou denunciar no Conselho de Medicina, no Fantástico, porque ele não vai me atender mais, ok, mas e o outro lado? E a operadora, ela tem conhecimento dessa situação? Ela está sabendo que está sendo cobrado disso? Ela tem mecanismos para tratar essa situação? Então, se a gente entender o sistema como o sistema e entender que a operadora não é a minha inimiga e, sim, a gestora do meu sistema de saúde, eu tenho que me aproximar um pouco disso. Aí a tem a ouvidoria, que já foi colocada aqui, eu tenho a ANS fazendo esse intermédio entre o beneficiário e a operadora. Eu tenho todas as possibilidades de fazer isso, mas vão existir os profissionais ruins ainda. Vão existir os médicos que querem receber por um serviço que foi solicitado, vão existir aquelas pessoas que vão querer deturpar aquilo que está querendo ser feito. O exemplo que o nosso colega deu ali: ah, eu coloco um sistema de remunerar para quem não pedir desnecessário. Aí o cara deixa de pedir o que é necessário para ganhar mais. Então, ou seja, eu utilizo um mecanismo que é utilizado, que foi colocado em benefício do beneficiário para poder lesá-lo. Então, esses profissionais, essas situações não vão deixar de existir, né? A gente sabe que em toda profissão existem os bons profissionais, os maus profissionais. Como também todo o mercado, existem as boas operadoras, as más operadoras, aquelas que só querem negar [ininteligível] negar, mas essas vão estar se reduzindo cada vez mais. [ininteligível] já mencionou, o número de operadores vem decrescendo.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Quase nenhuma.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Vem decrescendo sistematicamente ao longo tempo, né?

Porque o mercado está ficando tão regulado e tão restrito, que os aventureiros não têm mais vez aqui nessa situação. Então é importante a gente ter, sim, eu sei que denunciar, às vezes, pode ser problemático, mas às vezes buscar um auxílio junto aqueles que estão mais próximos, a sua operadora, a ouvidoria, às vezes, até a própria ANS. Não, não vou no CFM fazer uma denúncia daquele profissional, mas vou entender se aquilo ali realmente está sendo necessário, e entender que esse cenário que está sendo apresentado, de análise da autorização prévia ou não, não é simplesmente para negar, e, sim, para entender se aquilo para você de fato é necessário, se aquele procedimento que está sendo solicitado, seja um exame simples, ou uma cirurgia mais complexa, vou passar por uma cirurgia, eu preciso mesmo passar por aquela situação? Uma segunda opinião, às vezes, é necessária, né? Então todos esses processos estão aí, estão disponíveis, como utilizá-los vai depender da aproximação que eu vou ter com o meu gerenciador daquela comunidade. É isso que é importante, eu começar a trabalhar um pouco mais em cima de sistema, de coletivo, do que necessariamente, vou defender meu lado e vejo no que dá.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [06:38:16]: Eu queria até chamar a atenção de novo, o seguinte, a ouvidoria das operadoras está para isso, entendeu? A gente recebe questão de médico, às vezes, casos até mais sérios de médico que às vezes dá em cima da paciente, entendeu? Isso tudo acontece, então a gente recebe, e a operadora instaura, sim, procedimento interno, a gente vai atrás até mesmo para rescindir por justa causa. Porque, como você bem disse, você está coberto de razão, o médico ali é nosso preposto, sou responsável pelo que ele faz, né? Então vai acabar doendo no meu bolso, e no bolso da coletividade.

SR. ULISSES: Boa tarde, sou Ulisses, coordenador do Procon de Divinópolis, ainda nessa questão dos médicos aí, a questão da cobrança das taxas extras. Há pouco tempo, fui procurado pela imprensa da cidade, porque estava tendo muitas reclamações, a questão disso. Eu me reuni com as operadoras do município e todas elas já tinham esse mecanismo de combater essa questão da cobrança indevida, inclusive, todas elas, a maior delas, por exemplo, tem no site dela informação, e nos guichês também dentro da operadora tem a informação: qualquer cobrança extra deve ser comunicada à operadora. Aí eu reuni com eles, conversei e perguntei, nesse tempo todo, quantas reclamações que eles tiveram. A resposta foi zero, nenhuma. Por quê? A maioria das vezes, o paciente não é informado no começo, principalmente a questão da obstetrícia, que foi levantado. Existe todo aquele acompanhamento da gestante durante aquele tempo, e às vezes o profissional não avisa para ela que vai ter essa cobrança, por exemplo, no dia do parto. Então somente no meio do tratamento que ele avisa, então ela já pegou aquela confiança com ele e ela

não quer trocar ali naquele momento, então, acaba que esse conformismo que tem. E o próprio usuário é que alimenta esse mercado, porque ele não reclama e ele aceita do jeito que é imposto para ele, mesmo sabendo que aquilo é ilegal, mas mesmo assim ele faz, sabendo que está alimentando esse mercado irregular. E eu tenho que ser sincero, pelo menos no meu município, as operadoras combatem, mas o próprio usuário é quem alimenta esse mercado.

ORADORA NÃO IDENTIFICADA [06:40:45]: Eu dei o exemplo e faço aqui a minha mea-culpa, porque os dois casos aconteceram comigo, foi uma questão, um profissional especializado numa cirurgia de ombro, e o outro numa colocação de um [ininteligível], e eu não fiz a denúncia. Então assim, quero me usar como exemplo, porque eu estava falando com o colega aqui, aí como que faz? A gente entra, sinceramente, sem brincadeira, a gente entra com uma câmera escondida, a gente liga o gravador, né? É assim, é uma situação muito constrangedora, mas que eu acho que a gente precisa de enfrentar mesmo. Talvez diante aqui dessa plateia e dessa Mesa tão seleta, nas próximas vezes que eu for e que ocorrer isso, eu já vou estar mais preparada.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [06:41:38]: Posso te dar uma consultoria?

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: Por favor.

[risos]

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Quando acontece comigo lá na operadora, e aparece, por exemplo, um tipo de reembolso desse, geralmente, a gente paga, e eu desconto do médico, no pagamento.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [06:41:51]: É isso que eu ia mencionar, tem uma norma da ANS, a 365, que veda expressamente que qualquer profissional credenciado para um serviço possa cobrar particularmente por aqueles serviços previstos no rol. É claro que a gente está falando aqui de cobertura regulamentada, né?

[falas sobrepostas]

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: [pronunciamento fora do microfone].

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: Não, eles dão [ininteligível].

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Eles dão.

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: No caso do [ininteligível] eles deram.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [06:42:13]: Via de regra, se você... [ininteligível] às vezes até

cobra um pouquinho mais para dar recibo, para efeitos de declaração de imposto de renda, a gente sabe que a realidade é essa.

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: É uma forma de formalização.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Mas...

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: [pronunciamento fora do microfone].

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Isso. Mas então tem uma normativa da ANS, a 363, que veda expressamente essa cobrança.

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: Mas consulta pode, né? Tipo assim: você é da Unimed? Ah, então tá, consulta para daqui a três meses. Ah, não, mas se eu for pagar particular? É amanhã. Isso está tranquilo?

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [06:42:40]: Você não tem como gerir a agenda do médico, né?

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: Pois é.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Você tem... a operadora tem que te dar a cobertura de um profissional habilitado, mas você se você quer um profissional específico, aí a agenda é do profissional.

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: E inclusive, tem gente fazendo o seguinte, fala que é particular, chega no lugar, e apresenta a carteira, mas você não é credenciado, e vira aquela confusão.

Então, gente, o desafio é grande.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: É, não é fácil, de fato, não é fácil.

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: [pronunciamento fora do microfone].

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: Microfone.

ORADORA NÃO IDENTIFICADA [06:43:15]: Coragem de fazer isso, de denunciar, ou de gravar, então o paciente, ele fica vulnerável, ele aceita como você, que é uma pessoa esclarecida, e aceitou a situação, né? E nem todos dão recibo, aí entra a questão da má-fé, né? Tem gente que acha, que tem direito, o serviço dele vale, ele cobra por aquilo, mas quando agem de má-fé, ele realmente não dá o recibo. A questão é muito complexa nessa questão de saúde, né?

[troca de presidência]

SRA. PRESIDENTE RENATA SALVADOR GRANDE: É complexa, mas eu acredito que a gente tem, sim, que estimular que isso seja denunciado, por mais difícil, que é delicado, né? A gente sabe que ele médico, ele vai continuar prestando aquele atendimento, mas a forma como a gente lida com isso na [ininteligível] assistencial é uma forma muito, na verdade, transparente e direta, né? A partir do momento que a gente tem uma reclamação no SAC, ou alguma reclamação direta de algo que aconteceu, a gente chama esse médico, a gente instaura uma, enfim, para analisar o que foi... o ocorrido, e a partir disso, a gente toma, a gente já descredenciou, já cancelou o acesso do médico ao hospital depois de ter sido confirmado que realmente tinha tido um abuso, ou tinha tido alguma atitude ou experiência para o paciente que não era de acordo com que a gente acreditava ser certo.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [06:44:44]: Gente, dá licença só o seguinte, porque o Dr. Amauri, quando ele saiu, ele outorgou poder para a Renata coordenar, e o nosso palestrante tem que ir embora, senão ele vai perdeu o voo. Então, eu estou pedindo autorização para ela, entendeu? Conceder, para ele ir embora, e a gente pode continuar, se vocês quiserem.

SRA. PRESIDENTE RENATA SALVADOR GRANDE: E acho que acho que o horário também chegou.

SRA. ANA: Meu nome é Ana e eu sou ouvidora de uma operadora de planos de saúde. E o que eu gostaria de reforçar é o interesse das operadoras em tratar esse tipo de demandas. Realmente, há um interesse muito grande por parte delas. Então, quando é recebido, de imediato, preocupa-se primeiro em prestar assistência ao beneficiário, indicando outro profissional, e em segundo plano, sim, é feita toda uma instância em relação aquele profissional que fez aquela cobrança.

E em relação a exames que são solicitados, o setor de regulação da operadora e os prazos que são trabalhados, eles também trabalham em prol dessa preocupação de proteger o beneficiário em muitas das vezes.

É só para reforçar realmente que às vezes, e também agradecer a visão da operadora como um papel estratégico, realmente, hoje, elas trabalham dessa forma.

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: [pronunciamento fora do microfone].

SRA. ANA: Tudo bem.

SRA. PRESIDENTE RENATA SALVADOR GRANDE: Mais alguma pergunta?

SRA. MARIA TEREZINHA DA SILVA: Boa tarde, meu nome é Maria Terezinha da Silva. Eu ia até dirigir ao doutor mais, porque eu tinha plano de saúde, a Geap, em três anos, ela subiu quase 200% aumento autorizado pela ANS. Então, imagina, falaram que era reajuste. Fala-se que o funcionário público recebe em média 16 mil por mês, mentira, a maioria não recebe esse valor, então ficou inviável pagar um plano de saúde, igual no meu caso, que era bem independente(F). Até muito curioso que todo mundo imagina que o plano de saúde seria como um plano poupança, né? Você é novo, paga e depois você vai ter... e a gente percebe que realmente não é isso. Ainda tem um detalhe, que depois de determinada idade você paga muito mais. É muito curioso, porque eu sou usuária do SUS, o SUS, excelente tratamento, o SUS só tem convênio com hospitais de excelência, a gente sabe disso. Tratamento de câncer no SUS a gente sabe que é excelente, todos os tratamentos são excelentes.

O problema maior do SUS, que não é de agora, porque eu sou funcionária pública, sou do Ministério da Saúde, trabalhei no Odete Valadares, nós já tivemos situações mil vezes pior do que essa que a gente está vendo agora. Porque eu fui do tempo que quando o Odete Valadares reabriu. A gente colocava paciente no chão, um para cima da cama, outra para baixo e no chão, inclusive primeira lesão, aposentei por doença profissional, minha primeira lesão foi justamente por pegar paciente no chão, com [ininteligível], levantar até a maca, porque tinha de colocar na cama, porque tinha que ceder a cama para outro. E um detalhe, naquela época, eram pela 280 para o hospital inteiro, e olha só tinha dois hospitais de atendimento não pagante, que era a Santa Casa e o Odete. Hoje, são mais de 1.500 funcionários lá dentro, e a rede credenciada do SUS em atendimento de parto é muito maior.

Com relação à... é até muito curioso quando se fala no plano referência de saúde, nós, da saúde, nós temos um outro entendimento, o plano referência é muito melhor do que o plano particular, porque a pessoa fica em quarto particular, eu falo, a gente tem uma consciência assim, quem toma conta de paciente em quarto particular é o acompanhante, não é a gente da enfermagem, não. Então, isso é a maior ilusão, quem fica nessa: ah, porque eu vou ter quarto. Primeiro, tem que pagar algum acompanhante para ficar com a pessoa. Em segundo lugar, é tão curioso que os planos de saúde, que quando a pessoa fica em quarto particular, as portas do quarto ficam fechadas, então a gente passa direto, quem é da enfermagem passa direto, só vai quando alguém chama. Então assim, é muita ilusão a gente pensar que seria um plano ruim. Ainda

tem um detalhe que quando se tem enfermaria um toma conta do outro, se um passar mal, o outro avisa: ó, avisa a enfermagem que fulano está passando mal. Então é muito... as pessoas pensam de uma forma muito ruim quando fala-se no plano referência.

Com relação à questão dos exames, eu acho o seguinte, quando o médico às vezes pede, fala que é exame desnecessário, a gente que trabalha dentro da enfermagem, a gente sabe muito bem. Às vezes uma coisa é o médico te avaliar sozinho e te dar um diagnóstico, outra coisa é uma junta médica discutir o caso do paciente. Então ele tem noção de várias opiniões e tem um consenso ali. Eu, quando era da Geap, eu passei por nove ortopedistas, cada um dava um diagnóstico diferente, chegaram a falar que eu estava com 'xistose'. Quando eu fui ver, foi um erro médico cometido, que o médico curetou a cartilagem no meu joelho de forma errada. Até que eu consegui um médico que chegou para mim e falou assim: "Você quer a resposta?". Falei: Quero, eu preciso dessa resposta, que eu não estou conseguindo andar direito. "É meu colega de trabalho, mas ele cometeu um erro médico". Quando eu fui descobrir, esse medico já tinha cometido vários erros médicos, inclusive venho corrido de uma cidade, de tanto erro médico que ele cometeu. Aí eu denunciei, denunciei ele ao plano, e eles tiraram ele do plano.

Como teve um outro também, que eu denunciei, que ele me passou um produto, mandou... um preparado, que eu estava com melasma e estava fazendo uso de outro produto, ele mandou fazer uso, e minha pele soltou. Aí eu achei que era, que eu perguntei para ele primeiro: Eu estou passando um produto que é antirruga, claro, né? E aí, quando eu procurei a dermatologista que era credenciada do produto, ela falou assim: "Esse cara nem é dermatologista. Ele está fazendo o papel". Que eu denunciei, foi na Geap, eu entrei no conselho com a carta, eu tenho todo comentado, e achei muito estranho, porque entrei pelo conselho, depois, recebi uma carta na minha casa do médico, que achei até que era uma forma de afronta que ele me fez, tentando me amedrontar(F), ele falando assim que ele era um médico formado há muitos anos e que ele nunca tinha tido reclamação e que realmente ele não era dermatologista, ele era clínico, mas que ele era militar. Achei que ele estava tentando me amedrontar. Quando eu me dirigi ao conselho, o presidente do conselho falou assim: "Então entra na Justiça contra ele", Mas a gente sabe que existe um corporativismo muito grande, infelizmente, é a realidade, eu convivi, eu sei como que é. E então, tirou essa possibilidade, e eu fiquei mesmo com as manchas, e pronto, acabou.

E a gente sabe também, é muito curioso, não sei se ainda acontece isso, viu, gente? Eu

estou falando isso aqui, foi há muitos anos atrás, porque só de aposentada eu tenho 18 anos, infelizmente. Igual a doutora falou, quem mexe com a saúde apaixonou por ela, que é uma coisa, a gente não tem como. Mas há muitos anos atrás, tinha uma... ela era farmacêutica lá onde eu trabalhava e ela fez... ela conversando comigo muito, decepcionada, eu fiquei horrorizada quando ela me falou isso. Ela trabalha, foi trabalhar no laboratório antes de ir para o serviço público. E ela achou muito curioso que quando ela estava trabalhando no laboratório, ela notou que os medicamentos vendidos na farmácia, a quantidade de química dele era diferente dos que iam de amostra grátis, e ela questionou. Quando ela questionou, o gerente disse a seguinte coisa: “As amostras grátis, a gente manda a fórmula exata para o médico prescrever, e o paciente se sentir melhor. O da farmácia a gente manda com a fórmula alterada para o paciente ficar dependente”. Você imagina o que é isso. Então, hoje, quando eu compro um produto eu fico naquela: será que eu tenho que tomar isso mesmo, ou eu não tenho que tomar? Será que estou sendo vítima das grandes empresas de farmácia?

Um outro questionamento que eu faço também com relação a planos de saúde, eu estou falando porque eu passei por isso, viu, gente? O meu ex-marido, infelizmente, faleceu. Ele foi diagnosticado por um médico com um possível tumor na parte posterior da cabeça. Ele internou uma sexta-feira, domingo eu fui visitá-lo, na terça-feira, eu procurei o hospital, hospital Felício Rocho, que eu queria saber pelo médico por que eles ainda não tinham feito nada com ele até então. O médico falou para mim assim: “Eu estou dependendo, vou falar o nome da operadora, da Unimed liberar o aparelho navegador para eu operá-lo”. Falei: Doutor, o estado dele, eu cheguei lá, ele soluçava, todo... não podia tocar na perna esquerda dele. Esse dia, eu fiquei com ele lá, eu troquei, eu ajudei nos cuidados. Aí o médico falou para mim assim: “Olha, se ele piorar, nós vamos ser obrigados a operá-lo de qualquer maneira”. E ele entrou em coma e foi operado de qualquer maneira. Não era um tumor, era um abscesso, drenaram, mas lesou o cérebro dele, ele ficou em coma.

Quer dizer, onerou muito mais o plano porque ele ficou um mês, um mês e meio no CTI, eu acompanhei ele, eu ia todos os dias no CTI, um dia com a esposa dele, outro dia com a irmã dele, por eu ser da enfermagem e eu ter mais facilidade de conversar com os médicos. E depois de um mês e meio, foi para o leito, de lá eles transferiram ele para o hospital Paulo de Tarso. Gente, eu nunca vi tão mau atendimento. Primeiro, eu não consigo entender um plano de saúde que só vê o medicamento como meio de tratamento. A gente da enfermagem sabe do conforto do paciente. Então ele estipula assim: só seis fraldas por dia. O paciente vai ter que ficar molhado? Ele vai

poder assar? Então, é constrangedor você ver uma pessoa com plano de saúde tendo que sair do hospital para comprar lá fora uma fralda muito mais cara, porque o plano não cobre, sendo que para o plano sairia muito mais barato aquela fralda. Eu passei por isso, eu vi isso.

Então assim, o material usado é muito pouco, eles esquecem do conforto do paciente. Acho que existe muito mais materiais que são usados que não são colocados [ininteligível] como cobrança, porque o médico não prescreve troca de fralda para o paciente, você troca de acordo com a necessidade. Nós, da enfermagem... E curioso, o SUS libera a quantidade que precisar, você não tem que questionar, você não pergunta se três fraldas vão ser necessárias, não, está lá à disposição, eu estou falando porque eu fui funcionária e trabalhei no SUS. Sempre tudo com muita fartura, graças a Deus. E assim, é muito curioso porque ele foi para o Paulo de Tarso, ficou acamado de novembro, ele foi operado em setembro, ele ficou no Paulo de Tarso de novembro a maio, desenvolveu uma escara, gente, que eu chorei, que nos anos todos, os hospitais que eu tive, tive paciente acamado, eu nunca tinha visto aquilo na minha vida. Ele estava com odor fétido muito grande.

Aí a minha ex-cunhada pediu para mim, falou: “Você podia olhar para ver como que está o curativo dele, ou se ele tinha evacuado”. Quando a menina virou ele, a escara dele comeu a região glútea dele até aqui, a musculatura dele parecia plano velho rasgado, a gente via simplesmente os ossos dele, eu chorei, porque eu nunca tinha visto um plano de saúde não permitir um tratamento desse. Eu falei com a irmã dele: Vamos pedir que ele morra. Eu cheguei, eu fabriquei, eu, pela minha experiência, eu fabriquei uma almofada que tinha um buraco no meio, para ver se ele recostava, para ver se cicatrizava, mas infelizmente não deixaram ele usar isso, para pelo menos amenizar. Dentro do plano de saúde Unimed. Depois, inclusive, eu entrei na internet, percebi que tinha vários processos contra a Unimed com relação a esse navegador. Infelizmente, nós não entramos na Justiça, porque eu não era mais casada com ele. A mulher dele, e minha filha até também pensou em entrar, mas tinha que ter autorização da esposa, e como existia uma certa divergência, a gente preferiu deixar para lá.

Hoje, no SUS, curiosamente, eu moro em frente a um posto de saúde. O SUS está cheio de gente que largou o plano de saúde, que todo mundo está cansado de saber, porque ninguém está conseguindo pagar mais plano de saúde. Muito bem atendida, porque a minha prima fazer um... marcar um exame pelo Unimed, marcar um cardiologista...

[troca de presidência]

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Dona Terezinha.

[falas sobrepostas]

SRA. MARIA TEREZINHA DA SILVA: Rapidinho.

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Só concluindo para a gente fechar, porque as pessoas já estão...

SRA. MARIA TEREZINHA DA SILVA: Tá, o horário. Então assim, ela demorou muito mais em atendimento cardíaco no plano de saúde que eu pelo SUS. Então assim, o SUS ainda está muito melhor, como alguém já falou do que muito plano de saúde.

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Muito obrigado, D. Terezinha. Eu queria agradecer, a gente já vê as pessoas já se ausentando, eu queria agradecer ao Dr. Douglas, Dra. Mônica, Dr. Marcos, Dra. Renata, Dr. Felipe, Dr. Teófilo, eu conversei agora há pouco, por conta do horário dele, a Dra. Jordana, pela contribuição que vocês deram hoje aqui para o Ministério Público, na questão dos planos de saúde, agradecer a presença de todos. E dizer que amanhã, às 8h30min, nós temos o credenciamento, às 9 horas, o segundo e último painel tratando do reajuste e revisão dos planos de saúde. Muito obrigado e boa noite a todos.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Dr. Teófilo foi sem o certificado.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Dá aí que eu mando para ele.

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Você manda para ele?

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Pode deixar que eu mando.

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Ai, ai.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Amauri, prazer, viu?

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Tá bom, [ininteligível].

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: Tchau-tchau.

[falas sobrepostas]

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: E alimentação saudável? Vocês têm [ininteligível] com relação a isso? Vocês têm lá, ô, Felipe, com relação à alimentação saudável?

[falas sobrepostas]

SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA: Pois é.

**TRANSCRIÇÃO DO 23º ENCONTRO SOBRE CONSUMO E REGULAÇÃO: PLANOS DE SAÚDE
10/12/2019**

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: SENHORAS E SENHORES, BOM DIA A TODOS. SEJAM BEM-VINDOS NO 23º ENCONTRO DE CONSUMO E REGULAÇÃO. QUE BACANA, HEIN, PESSOAL 23ª EDIÇÃO. REALMENTE, NA VERDADE, UMA VITÓRIA SE A GENTE ANALISAR QUE É TÃO CARENTE O NOSSO MERCADO DE EVENTOS DE INCENTIVOS COM ESSE.

Inicialmente eu gostaria de agradecer, registrar o agradecimento ao Dr. Amauri pelo convite para estar participando dessa Mesa. Parabênizo o Ministério Público pela promoção desse evento. De forma especial, gostaria, no caso, de agradecer a Dra. Cláudia, Dra. Jaqueline, por estarem nos recebendo desde ontem, de forma tão cuidadosa, tão zelosa. E, especialmente, gostaria de agradecer a cada um de vocês pela presença.

Ao meu sentir, eu acho que a melhor forma da gente poder fomentar e incentivar eventos como esse, enquanto participantes, é justamente estar presente efetivamente. Um evento como esse, de forma gratuita... Olha para trás para vocês verem uma coisa. Pessoal está vazio. E assim, eu sou presidente da Comissão de Saúde Suplementar, e eu posso dar o testemunho de todo o zelo, todo o cuidado de meses para promover para tentar, no caso, fomentar e construir, no caso, um projeto como esse, de tentar promover eventos científicos. E a dificuldade que a gente vê é muito difícil, estar realmente, efetivamente promovendo eventos assim. Mas o barco continua. Então vamos caminhar.

Então, nesse sentido, só para a gente poder contextualizar o que aconteceu aqui ontem. Nós tivemos no primeiro painel falando sobre a lei de planos de saúde, os desafios e as perspectivas para os próximos anos. E aí nós tivemos, no caso, quem esteve presente, a oportunidade de perceber toda uma tratativa em relação a percepção dos órgãos de controle, o Ministério Público, Defensoria Pública e, sobretudo, os órgãos de defesa do Consumidor.

Tivemos aqui desde a Associação dos Procons Nacionais até a Secretaria Nacional de Direito do Consumidor, além da própria Agência Nacional de Saúde Suplementar falando de forma geral sobre toda essa perspectiva de mudança da legislação. Isso na parte da manhã.

Na parte da tarde, tivemos um painel fundamental porque, na verdade, é um dos pilares da saúde suplementar, que é a cobertura assistencial. Onde nós tivemos a oportunidade de trabalhar temas extremamente relevantes, sobretudo a discussão sobre a questão do rol de procedimentos que está aí no forno. Vamos colocar dessa forma. E também com a participação efetiva dos membros da Comissão de Saúde Suplementar, com representantes de advogados que defendem diretamente o consumidor, mas, sobretudo, dos advogados dos profissionais, dos operadores de direito que atuam na defesa das operadoras de planos de saúde em suas várias segmentações.

Então, foi muito interessante, muito proveitoso, assim, todo o trabalho de ontem. E hoje, nós vamos trabalhar com um outro pilar do mercado, que é justamente o fator assistencial.

Então, sem mais delongas, eu gostaria de compor a nossa Mesa para que nós pudéssemos trabalhar de forma nessa manhã, nesse painel com esse fator contributivo, que tem uma relação muito efetiva, onde nós vamos ter a oportunidade de trabalhar com o tema reajuste e revisão de planos individuais e coletivos de planos de saúde. Perfeito?

Como nós vamos estruturar aqui a nossa Mesa e o nosso trabalho? Nós vamos ter, inicialmente, a apresentação do Rafael Pedreira Vinhas, que é gerente de regulação de estrutura dos produtos da Diretoria de Normas e Habilitação da ANS, da Dipro. E eu já gostaria de convidar o Dr. Rafael para estar aqui na Mesa conosco.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: E no momento seguinte, nós vamos abrir para os debates. E vamos ter a oportunidade de ouvir o Dr. João Roberto Rodarte, que é estatístico, diretor da Plurall e da Rodarte Nogueira. Dr. João.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: Em seguida, nós vamos ouvir como debatedora também, a Dra. Raquel Marimon, que é presidente da Prospera, empresa de consultoria na área atuarial e de inteligência aplicada no mercado de saúde suplementar no aspecto regulatório. Dra. Raquel.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: E, ao final, nós teremos a visão do Poder Judiciário, onde nós vamos ter a oportunidade de ouvir o Dr. Sebastião Pereira dos Santos Neto,

que juiz do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, é juiz titular da 2ª Vara Cível de Belo Horizonte e membro do Comitê Executivo de Saúde de Minas Gerais. Dr. Sebastião.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: Pois bem, meus amigos, para a gente poder iniciar, eu só gostaria de estabelecer algumas premissas que foram, inclusive, levantadas ontem, para a gente poder tomar um ponto de partida até então. Ficou bem claro na fala de todos os painéis ontem que a grande preocupação do mercado hoje é justamente o aspecto de acesso e, sobretudo, a expansão do mercado de saúde suplementar. Foi algo que foi muito pautado e o tempo todo falado durante todos os dois painéis, tanto na parte da manhã, quanto na parte da tarde.

Interessante, então a gente ressalta desde o início como premissa que nós estamos dentro do mercado que se pauta por esses dois fatores, um fato contributivo e um fator assistencial. Como foi colocado de forma bem específica ontem... de forma bem aleatória assim, como alegoria, alguém tem que pagar o preço. A saúde suplementar, a assistência à saúde de forma geral, é extremamente cara. Então, não ficamos com esse devaneio achando que alguém vai ficar sem pagar essa conta. E, em última instância, seremos nós, consumidores, necessariamente.

E quando nós falamos, então, o fator... aquele pilar, aquela cobertura assistencial ontem, sem dúvida nenhuma, talvez o fator mais essencial e talvez mais polêmico, seja, justamente, o fator contributivo que está, justamente, relacionado à questão do reajuste e a questão da revisão dos planos de saúde, e do custo de tudo isso.

Foi mencionado também de forma bem específica ontem, a questão da cesta de serviços que é colocada hoje o mercado de saúde suplementar. E como todos nós sabemos, é uma cesta que aumenta a cada dia. São cada vez mais serviços sendo incorporados nessa cesta de produtos, nessa cesta de serviços que é ofertada no mercado. E quem paga essa conta?

Outro fator importantíssimo que foi mencionado, a questão da incorporação de tecnologias, que é algo extremamente relevante, é algo que nós estamos constantemente percebendo todas essas questões de dificuldades, essa complexidade na incorporação de tecnologias e as consequências em relação ao impacto do custo da prestação de serviço.

Um outro fator relevante que foi colocada é a questão, justamente, do envelhecimento da população. Que é outro fator também extremamente significativo, onde a gente percebe que o

quê? Que dentro desse aspecto, nós temos cerca de um quarto da população sendo titulares de plano de saúde, mas com uma tendência cada vez maior de envelhecimento dessa carteira.

E, diante de tudo isso, nós temos, então, dentro desse mercado, dentro desse cenário extremamente complexo, diversas externalidades que acabam que pressionar as operadoras para que efetivamente cubram serviços cada vez maiores, mas, ao mesmo tempo, existe uma pressão para que o custo, o custeio desse serviço seja cada vez menor.

Foi mencionado um fato relevante aqui, a questão do padrão médio de renda da população brasileira, que é, em média, dois salários mínimos. E onde nós percebemos, justamente, em relação à questão do envelhecimento, a população hoje está pagando planos de saúde em torno de R\$ 1,5 mil a R\$ 2 mil, nessa faixa acima de 59 anos, 60 anos. E olha que a gente está sendo bem modesto. Porque temos conhecimento na fiscalização de contratos de R\$ 3 mil, R\$ 4 mil. Evidentemente de acordo com a rede, de acordo com o produto que aquela pessoa, aquele cidadão contratou.

Então, diante de tudo isso, nós percebemos em última instância, em relação a esses conflitos de interesse justamente o quê? A necessidade de encontrar mecanismos de solução para esses conflitos. E, em decorrência disso, nós estamos percebendo, de forma contínua, a tendência cada vez maior de judicialização dos conflitos no âmbito da saúde suplementar. E como resolver tudo isso?

Então, nossa proposta, nessa manhã, é justamente trabalhar esse fator contributivo, sobretudo no aspecto do reajuste da revisão, para a gente poder contextualizar com tudo o que foi colocado na manhã de ontem e na tarde.

Então, sem mais delongas, eu gostaria de passar a palavra para o Dr. Rafael Pedreira Vinhas, que é o gerente de produtos, meu querido colega da ANS, para que nós possamos começar o nosso painel. Muito obrigado, pessoal. Rafael.

SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS: Olá. Bom dia senhores e senhoras. Inicialmente agradeço o convite, a oportunidade de aqui estar em nome da ANS. É sempre importante ter a oportunidade de dialogar, estar aqui no contato com os mais diversos participantes do setor de saúde suplementar e da sociedade, até para que nós possamos passar nossa mensagem, demonstrar um pouco do nosso trabalho que é feito lá na ANS, em relação a ontem, especificamente, sobre rol de procedimentos, e hoje sobre a questão não só do reajuste, mas do controle, o acompanhamento da formação de preço dos planos.

Para falar de reajuste é sempre um tema que causa bastante interesse e bastante comoção, porque é exatamente a parte que a cada ano a gente tem... recebe aquele comunicado seja nos planos individuais, que são determinados pela Agência, ou nos planos coletivos, que é negociado entre as partes, do aumento que vai impactar no nosso bolso, que vai trazer impactos não só a cada ano que passa, mas no anual. E que refletem a necessidade que nós escutamos a forma de como está sendo essa organização do setor.

E acredito que as palavras que foram ditas antes da apresentação, muitas delas vão estar presentes aí na minha apresentação, mas esse é um grande desafio para que a gente possa discutir o setor, até para pensar na sustentabilidade dele, não a curto prazo, mas a médio e longo prazo, de como a gente vê a saúde suplementar daqui a 1,0 15, 20, 30 anos, para que nós pensemos qual é o modelo de gestão, qual é o modelo de regulação que a gente pretende adotar para os próximos anos.

Eu vou falar um pouquinho aqui sobre a regulação que é feita pela ANS, começando sobre os principais requisitos hoje, principais características do setor de saúde suplementar, passando um pouco sobre a formação de preço. Que o reajuste também tem uma consequência da formação de preço. Eu não vou ter a mesma capacidade técnica que os atuários que estão aqui para falar sobre o tema, mas vou dar uma pincelada sobre isso. A gente considera bastante importante como aquele valor é colocado pela operadora para comercialização de setor.

E depois, entrando basicamente na questão do reajuste, seja por mudança de faixa etária, seja no reajuste anual que são aplicados pelas operadoras, dando um foco, e a gente considera importante, até porque, esse ano nós tivemos uma mudança bastante grande no reajuste de planos individuais. Então, ter a oportunidade de falar um pouco mais na frente, mas trazendo a mudança que justamente veio acompanhar os anseios, não só do setor regulado, mas da própria sociedade, que anualmente questionava a ANS sobre a metodologia, sobre a transparência das informações. E a nossa obrigação como servidor público é prestar nosso serviço com a maior transparência. E é justamente isso que a nova metodologia buscou trazer.

Bem sem mais delongas... Tem passador aqui? Ah, tem microfone ali, né?

Bem, pessoal, vamos lá. Começando, eu acredito que o principal o vetor da saúde suplementar e a principal lógica que, inclusive, está guiando e deve guiar nossas discussões sobre as eventuais mudanças regulatórias e discussão da saúde suplementar para os próximos anos, é a lógica do mutualismo. Porque, diferentemente de outros setores em que se trabalha com a

capitalização, a saúde suplementar, ela depende da lógica mutualista. Ou seja, que todos pagam para que haja uma parcela daquele número de beneficiários que vão utilizar. Então, isso é bastante importante até para dar previsibilidade do que vai ser coberto pelas operadoras e do preço inicial ou dos reajustes que vão ser aplicados para manter a sustentabilidade da cadeia do o setor como um todo

Por que isso é importante? O que a gente verifica é que, na medida em que você começa a utilizar, levar em consideração a sustentabilidade econômico-financeira dos contratos olhando o contrato só individualmente, você, de certo ponto, você pode trazer riscos para a lógica do mutualismo.

Então, essa é uma discussão que a gente já vem fazendo ao longo do tempo. A discussão que teve do reajuste individual, inclusive nós tivemos – mais na frente eu vou mostrar – mas nós tivemos vários instrumentos de participação social, especificamente duas audiências públicas, uma no meio do ano passado, uma mais no finalzinho do ano passado, justamente para trazer a lógica do mutualismo. A gente sabe como índice de reajuste individual ele é único para todo o país. Algumas carteiras individuais, por diversos motivos, seja pela formação de preço, seja por... a forma como ela foi se desenvolvendo ao longo do tempo, aquele índice pode não atender a necessidade do valor, ou pela adaptação de contratos. Mas o mais importante é você pensar a lógica do mutualismo como todo.

E é essa justamente a discussão que a gente pretende, tem que fazer na lógica da agenda regulatória, e que está guiando o nosso futuro. Quanto mais a gente aprofundar a questão do mutualismo, a lógica de que haja o pagamento, o maior número de pessoas pagando para que algumas pessoas utilizem, e que isso seja difundido pela sociedade de que o pagamento é feito para que haja uma distribuição do valor, é importante que esse recado, essa transparência desse recado seja passada para todos os participantes do setor de saúde suplementar e para a sociedade como um todo, até da forma como funciona o setor e como ele é sustentável. Quanto mais o mutualismo é atacado, menos a gente pode pensar numa sustentabilidade a longo prazo do setor de saúde suplementar. Então, eu acredito que é o recado inicial que é importante seja passado.

A saúde suplementar, além da lógica do mutualismo, ela trabalha bastante com a questão do pacto entre as gerações. Que a gente chama tecnicamente de pacto intergeracional, que a medida com que nós vamos envelhecendo, a tendência é que nós passemos a utilizar mais o plano de saúde. Então, é importante que haja um subsídio, haja uma troca de pagamento entre os mais

jovens para subsidiar eventualmente o maior gasto à medida com que nós vamos envelhecendo.

E é importante também que seja feita uma lógica entre o risco da saúde suplementar, o risco da cobertura assistencial e o preço, a formação de preço inicial dos planos de saúde. E esse é um grande desafio, principalmente porque, ainda em nosso país, nós passamos pela... ainda temos o período de bônus demográfico, ainda há uma quantidade grande de jovens, uma situação que pode não ocorrer, e a tendência é que não ocorra, as pessoas vão viver mais, e a taxa de natalidade está reduzindo no nosso país. Essa é uma discussão que tem que ser feita, agora até para que nós pensemos como vai ser a sustentabilidade e a perenidade do setor de saúde suplementar nos próximos anos.

Outra questão importante, que isso foi bastante discutido, não só nos nossos grupos técnicos, mas também em outros ambientes, como no Poder Legislativo e até outros eventos que nós tivemos a oportunidade de participar, que é a comparação que sempre é feita entre os índices de preço, que são os mais conhecidos, é até o IPCA, mas tem outros IGPM, INPC, e os índices de valor que é a questão do plano de saúde.

O índice de preço, e há pouco tempo atrás, até o IBGE mudou um pouco a composição do IPCA, mas ele mede a variação dos preços daquela cesta de produtos que é determinada pelo IBGE. O que a gente não pode deixar de ter em vista é que, em relação ao preço dos planos de saúde, não só deve ser levado em consideração a variação dos preços, mas também outros fatores. E isso é importantíssimo para que seja... haja um descolamento, seja para cima ou seja para baixo, daqueles percentuais dos índices inflacionários.

O que a gente verifica também é que isso não é um fenômeno exclusivo do nosso país, exclusivo do Brasil, o que a gente verifica no mundo todo é que, a despeito dos índices de inflação, cada país tem a sua característica, algum trabalham com índices de inflações... Perdão, historicamente bastante baixos, mas os índices... a variação de custos da saúde sempre está bem acima dos índices de inflação, independentemente do percentual que é utilizado para balizamento desses índices.

Então, é importante que seja feito esses postulados, esses esclarecimentos, até para que a comparação do índice de reajuste seja feita com a variação dos custos do próprio setor, da questão da utilização dos serviços que é feito, dos tipos de serviço de saúde, não necessariamente na saúde. A gente tem uma característica que, ao contrário de outros setores de que alguns casos você tem um procedimento mais tecnológico, mais moderno, e ele, não necessariamente, não

necessariamente, traduz numa redução de preços, na redução do custo da realização daquele procedimento.

Então, é importante que seja feita essa diferenciação que nós trazemos sempre para a explicação da diferença entre os índices quando se compara o percentual, que é, ou divulgado pela ANS ou pelas operadoras para o aumento dos planos de saúde.

Bem, já entrando especificamente na lógica regulatória da ANS, é sempre importante, a gente gosta sempre de falar, porque o reajuste também tem uma consequência de como é feito o preço inicial dos planos de saúde. Então isso é um cuidado que as operadoras têm que ter na formação de preço. E até muito se diz que a ANS controla preços de plano, muito pelo contrário, a gente faz o controle dos reajustes e o acompanhamento nos planos coletivos.

Mas o controle de preço é a liberdade que a operadora tem de fazer a formação de preço, de verificar qual vai ser o valor que ela vai comercializar aquele produto, levando em consideração alguns postulados. A gente colocou aqui no slide, que é o valor dos procedimentos, a questão do ressarcimento, as despesas administrativas, não exaure aqui, a gente tem que levar em consideração também a questão da concorrência, a questão de como o produto, o plano ele é diagramado, se aquele produto é nacional, se aquele produto tem cobertura só municipal, se ele tem cobertura estadual, a rede também que é oferecida para os consumidores. Até porque, hoje em dia, com o novo guia de planos que está disponível no portal da ANS, qualquer consumidor tem a possibilidade de ver qual é a rede hospitalar que é oferecida naquele produto. Todos esses fatores levam em consideração... são levados em consideração na formação de preço. E é importante que eles e reflitam qual é a perspectiva que a operadora tem para a sustentabilidade daquele produto, até porque, eventual equívoco ou eventual previsibilidade ruim da formação de preço, pode vir a se refletir no reajuste.

Então, tão importante quanto a regulação dos reajustes, tão importante como olhar o reajuste, é olhar como o preço, como ele é formado.

E como isso chega na ANS? Isso é importante. As operadoras... cada produto que elas registram, cada plano... Quando eu falo aqui produto, eu falo plano que a gente usa como sinônimo lá na ANS. Todo plano que é registrado na ANS a operadora é obrigada a mandar um documento técnico, que nós chamamos de nota técnica, de registro de produto, em que ela informa quais são as perspectivas de despesas que ela vai ter em relação aquele produto e também a variação pelas dez faixas etárias - hoje são dez faixas etárias - do preço do produto.

Desde a primeira, lá de 0 a 18, até décima, que é a partir dos 59 anos.

E essas despesas são discriminadas, tem várias colunas. Não vou ficar, obviamente, falando das hipóteses de colunas. Mas questão da nota técnica é tão importante e ela é tão relevante para a regulação, que é um dos temas que nós pretendemos discutir no iníciozinho do ano que vem, a gente já está prevendo uma discussão já, não vou dizer a data ainda, porque a gente ainda não sabe, mas logo no início do ano que vem, dar as informações da nota técnica. Um tema que está previsto na nossa agenda regulatória até final de 2021.

Até porque, a gente sabe que a correta formação de preço faz com que nós tenhamos uma maior sustentabilidade do setor, menores surpresas até na eventual aplicação do reajuste que deve ocorrer todo o ano.

Então, essa primeira etapa é a etapa 0, é a tapa antes do produto estar na rua, para que seja disponibilizado para venda do consumidor. Uma vez a estando disponível para comercialização, os produtos estando na rua para venda, para aquisição pelos consumidores ou para a aquisição pelas pessoas jurídicas contratantes, a gente tem a possibilidade de que, a cada ano ou a cada mudança de faixa etária, ocorra o reajuste.

Qual é a diferença principal entre eles? Isso é importante que seja dito. O reajuste por variação de faixa etária é aquele vinculado à idade do consumidor. Está previsto lá na Lei nº 9.656, a regulação, a lei que regulamentou o setor de planos de saúde no Brasil, lá em 98, com vigência a partir de 99, ele previu a possibilidade de que haja um reajuste, haja uma recomposição de preços à medida com que o consumidor vá passando de faixa etária.

Esse reajuste, essa recomposição de preço por alteração de faixa etária, ela é individualizada, ou seja, depende da idade que a pessoa tem. E não há a necessidade de que haja uma autorização ou um envio dessa informação para a ANS, porque essa informação já chegou na ANS através da nota técnica. Ela tem que estar prevista no contrato, inclusive a Lei nº 9.656 é bastante específica sobre isso, tem que estar prevista não só a possibilidade desse reajuste, mas também o percentual de variação que vai ocorrer em cada faixa etária, para que o consumidor saiba de antemão o que vai se alterar ao longo do tempo em relação a isso.

Por que ele é importante? Lembrando lá do segundo slide que a gente trouxe. Para que seja garantido esse pacto entre gerações, de que haja um equilíbrio pelos que eventualmente vão gastar mais, que são as pessoas de idade mais avançada, pelos mais jovens. Então, que haja um equilíbrio, há a necessidade de que o preço seja, ao longo do tempo, de 0 anos, desde o

nascimento da pessoa até os 59 anos, seja equilibrado ao longo das faixas etárias.

Por que isso é importante? Porque à medida com que nós vamos envelhecendo, o preço vai se adequando à realidade de utilização do plano, até que chega o limite. E isso é importante que seja dito. Lá em 2003, vigência a partir de 2004, por ocasião do Estatuto do Idoso, a lei que criou o Estatuto do Idoso, que criou o Estatuto do Idoso, ele trouxe uma disposição de que a partir dos 59 anos não haveria mais possibilidade da variação por faixa etária. Então a ANS adequou esse reajuste, adequou a regulamentação do setor, que antes disso previa o reajuste até os 70 anos de idade, e a partir daquele momento, a partir 2004, aos 59 anos não há possibilidade mais do reajuste por faixa etária.

Lembrando obviamente que você tem a possibilidade que haja aplicação do reajuste por faixa etária, e aquele valor, a despeito dos reajustes anuais, vai permanecer igual até que haja a saída do beneficiário, ou o seu falecimento do setor.

Então, dá uma previsibilidade maior, mas, ao mesmo tempo, você tem uma faixa um pouco mais extensa, ao contrário, das demais que, via de regra, variam entre e sete, cinco anos, elas vão variando ao longo do tempo.

Por que é importante esse último item aqui, da apresentação, que são regras diferenciadas em função da data de contratação? Porque com o Estatuto do Idoso, nós acabamos tendo três possibilidades de cenário. Nós temos os contratos anteriores a 99, que são aqueles que nós chamamos de contratos antigos, são aqueles contratos em que, por decisão do Supremo Tribunal Federal, a ANS não pode trazer a sua regulamentação para eles, o que foi disponibilizado, foi acertado entre as partes, é o que prevalece. Após 99 até o Estatuto do Idoso, nós temos a possibilidade de sete faixas etárias com reajuste até os 70 anos. E depois, de 2004, como eu já disse, são dez faixas etárias com o último reajuste aos 59.

O reajuste anual, o próprio nome diz, ele é por variação de custos. Isso é importante, ele só pode ocorrer uma vez a cada 12 meses. Por que isso é importante? Antes de 2009 não havia uma regulamentação específica em relação a isso, a RN 195, que foi uma regulamentação da ANS sobre os planos individuais e coletivos deixou isso claro, até para se coadunar com a Lei do Plano Real, até porque só pode ter uma variação a cada 12 meses. E ela busca manter, ao longo prazo, a sustentabilidade daquele contrato. Lembrando, vou mostrar mais na frente, os reajustes individuais, todos os contratos individuais após a lei e adaptados à lei, são regulamentados pela Agência, e os contratos coletivos tem regras diferenciadas. Eu já vou mostrar lá nos últimos slides.

Bem, o reajuste de faixa etária. Eu sei que esse slide não é muito bom, mas é o que a gente costuma usar, até para deixar uma... até tentei dividir entre dois slides para ficar de mais fácil visualização, mas eu perderia essa parte aqui de cima, que é a linha do tempo do Estatuto do Idoso. Mas é mais para representar graficamente o que já foi dito.

A gente tem dois tipos regulamentação, aqui não tem a questão dos contratos anteriores à lei, mas ele busca justamente manter esse pacto entre gerações.

Um dado importante, e isso é bastante relevante, que foi uma discussão que foi feita pouco antes da regulamentação lá, que a gente chama Resolução Normativa nº 63, que é lá 2003, com vigência a partir de 2004, que é justamente na época, após o Estatuto do Idoso, que é a variação entre as faixas etárias. Antes de 2003... de 2004, perdão, já havia uma regulamentação que ela previa que o valor da última faixa etária só poderia ser igual... não poderia ser maior que seis vezes da primeira, justamente para que evitasse que houvesse um abismo muito grande entre as variações de faixas etárias.

A RN 63 trouxe uma regra adicional, que a variação entre décima e a sétima não pode ser maior que entre a sétima e a primeira, justamente para que haja um maior equilíbrio, uma maior distribuição dos reajustes entre as faixas etárias, evitando a concentração nas últimas faixas etárias. Essas regras, inclusive, têm que ser obedecidas pelas operadoras no momento em que elas fazem a formação do preço, encaminham as notas técnicas para a ANS.

Bem, falamos formação de preço, falamos dos reajustes de faixa etária. E agora vamos entrar nos reajustes anuais, seja dos planos individuais, seja dos planos coletivos. Eu acho importantíssimo. E eu até trouxe mais slides sobre o tema, da gente falar um pouco mais sobre os planos individuais. Por que isso? Principalmente porque a norma, embora tenha sido publicada no final do ano passado, no finalzinho lá, vai fazer um ano agora que foi publicada a norma, mas a vigência passou a ser a partir de maio desse ano, que é a nova metodologia de reajustes individuais. Foi uma mudança após 18 anos de regulamentação... Na verdade, 17, porque o primeiro ano ainda... que a ANS foi criada lá em 2000, ainda houve uma metodologia transitória no primeiro ano de aplicação do reajuste.

Mas é importante que seja trazido, que seja... e tendo a oportunidade desse evento aqui, de debater o assunto, porque a gente tem uma tranquilidade grande de ter sido um tema que foi bastante debatido ao longo de vários anos. Tem uma linha de tempo aqui. Vocês vão até ver... vou falar mais detidamente, até porque, eu tive a oportunidade de participar de grande parte dessa

discussão ao longo do tempo. Mas que foi amadurecendo ao longo do tempo toda a discussão, e não só feita no âmbito da ANS, mas em eventos de parceiros da sociedade, como o Ministério Público, como Ministério Público Federal, como o Poder Legislativo, o que deu oportunidade de ouvir todas os vieses, todas as críticas, todas as contribuições. Além disso, nós tivemos a oportunidade de abrir contribuição pela internet, para a sociedade, para que a sociedade pudesse mandar contribuições. Recebemos contribuições bastante importantes. Muitas delas questionando sobre a questão da variação de preço, dos índices inflacionários e dos reajustes. O que levou, inclusive, a gente a fazer até outros mecanismos de esclarecimentos sociais, que eu vou mostrar mais na frente.

Mas, o mais importante, é a mudança metodológica que ocorreu esse ano. A gente passa... passou de uma metodologia que era chamada de *yardstick competition*, o termo técnico que a gente sempre utilizou ao longo desse tempo. Como ele funcionava? Trocando em miúdos. A ANS, desde 2001, obrigou as operadoras a comunicar todos os reajustes em cada contrato de plano coletivo. E a cada ano, por volta lá de abril, nós fazíamos a seleção desses contratos, nós fazíamos uma análise crítica desses contratos, e com base nos cálculos que eram feitos com relação a esses índices de reajuste comunicado pelas operadoras, nós chegávamos a medidas de tendência central. O que são medidas de tendência central? São medidas que demonstram uma tendência dos reajustes para calcular o índice que seria aplicado no reajuste individual.

Mas, como assim, vocês usavam os índices dos coletivos para calcular o individual? A lógica da teoria econômica da formação do *yardstick*, era no seguinte sentido... é ainda, porque a teoria ainda continua, por você ter um âmbito competitivo, que os reajustes de planos coletivos são negociados entre as partes, nós utilizávamos os índices aplicados nos contratos com mais de 30 vidas, são aqueles contratos que não tem... não estão sujeitos à carência, para que a competitividade do cálculo, do índice de reajuste calculado dos planos coletivos fosse refletido para os planos individuais.

Ao longo do tempo, a ANS foi acumulando vários questionamentos, várias críticas à metodologia, não só pela dificuldade de entendimento. E essa é uma área que demanda conhecimentos até bastante grandes de economia, de contabilidade, de cálculos, de atuária, mas, principalmente, da forma como chegava a sociedade esses cálculos, como era passado, como o índice chegava ao conhecimento de todos que iam receber aquele percentual.

Então, todas essas críticas, todas essas contribuições foram levadas em consideração para

que nós pudéssemos discutir uma nova metodologia que atendesse esses anseios, que evoluísse em relação, principalmente, à transparência e previsibilidade regulatória.

Então, o índice de reajuste foi calculado ao longo desse ano, ele, além de trazer essas características, que já foi trazida aqui no reajuste financeiro anual, que ele busca trazer a variação dos custos médicos hospitalares. E ele tem uma característica principal que difere dos planos coletivos, toda e qualquer operadora para aplicar esse reajuste precisa de uma autorização prévia na ANS, precisa do exercício do nosso poder de polícia, a operadora é obrigada a pagar uma taxa para aquela para aplique esse índice de reajuste. Inclusive esse ano nós tivemos uma operadora que não conseguiu autorização para aplicação do reajuste porque ela não estava de acordo com o envio das informações para a ANS.

Esse número de beneficiários que eu trouxe, cerca de 8 milhões, ele está um pouquinho desatualizado, porque esses dados são lá de maio de 2019. Por que são de maio? Porque foi exatamente a época que passou a vigorar o índice que foi aplicado esse ano. Mas, o mais importante que demonstra o quantitativo de beneficiários de planos individuais. Então a variação é pequena ao longo do tempo, e tem mantido mais ou menos esse patamar, deve ter subido um pouquinho, diminuído um pouquinho, mas é basicamente esse percentual para vocês terem uma ideia do quantitativo que nós estamos falando.

E o que é importante falar sobre a nova a metodologia à luz do passado que ocorreu? Isso é um dado que a gente considera bastante importante, porque, por ocasião da discussão do reajuste individual, mais temporalmente nos últimos anos, era importante que nós fizéssemos um olhar de como a ANS se comportou em relação ao passado, como foi... quais os efeitos que a regulação de ANS, do *yardstick competition* até 2018, trouxe em relação aos produtos das operadoras.

Em fevereiro de 2017, a gente já vinha em concepção ao longo do tempo, mas a gente trouxe esse estudo, pode ser difícil de compreender essa essas duas... esse gráfico, mas ele demonstra o seguinte, o que nós buscamos de mostrar ao longo do tempo? De que... principalmente desde 2006 até o ano de 2017, o que está lá em azulzinho, que é a variação do RPC mais a faixa etária, e o que está em vermelho, laranja, é a variação dos custos médico-hospitalares. Não houve uma disparidade muito grande entre os índices aplicados pela ANS e a variação efetiva do custo de faixa etária.

Por que isso é importante que seja dito? Porque muito se falou ao longo do tempo sobre a

intervenção da ANS no índice de reajuste, isso é uma determinação que está na nossa lei, na nº 9.961, para que a ANS autorize esse percentual de reajuste, tanto é que assim, que como eu disse, as operadoras têm que pagar uma taxa para que possam aplicar o reajuste anualmente para os seus consumidores. Mas, o mais importante, era que nós e fizéssemos um olhar para trás de qual efeito que aquela regulação trouxe nas carteiras de planos individuais dos operadores.

E, obviamente que, como a gente sempre fala do mutualismo, aqui a gente está falando do setor como um todo. Isso não significa que algumas situações específicas de operadora tenham, por diversos motivos, tenham algumas peculiaridades que a gente, lá como órgão regulador, como servidor público, sempre está aberto para receber. Mas o que é importante é o cuidado que nós tivemos ao longo do tempo, principalmente porque... para demonstrar que a segurança jurídica trazida pelo reajuste não é um dos motivos para que possa ser considerada até pela redução de venda de planos individuais. Esse estudo, a gente apresentou no início do ano passado, e foi importante para que nós fizéssemos a continuidade da discussão, e culminasse, no final do ano passado, com a divulgação da nova metodologia.

Aqui a linha de tempo que eu já falei duas vezes, e demonstra a maturidade da metodologia que nós publicamos no final do ano passado, com base nas discussões que foram feitas ao longo do tempo. Não é uma metodologia que foi construída de forma... foi até de forma... foi construída com base de muita discussão.

Os senhores e senhoras podem ver que a discussão começou lá em 2010, 2011. Nós tivemos uma câmara técnica em que nós discutimos vários temas, seja como calcular a variação dos custos médico-hospitalares ou das despesas administrativas, que a ANS costuma falar, que a gente chama tecnicamente de VDA, como a... a possível regionalização desses reajustes. Nós já apresentamos estudos em relação a isso. O impacto da faixa etária. Enfim, ao longo do tempo, lá em 2010, foram dois anos de discussões técnicas, discussões técnicas bastante profundas, e que a conclusão que nós chegamos é que havia necessidade naquela época de uma maior maturidade das informações encaminhadas pelas operadoras. E isso foi, ao longo do tempo, principalmente lá em 2013, foi feita a previsibilidade que fosse abertura, a partir 2013 essas informações começaram a chegar de forma mais específica, mas delineada para ANS, para que nós pudéssemos, agora, nos últimos anos, calcular a variação das despesas assistenciais.

Lá em 2012 o projeto foi incluído na agenda regulatória, ele foi mantido nas agendas posteriores. E o mais importante foi que, ao longo desse tempo, em que pese o estudo ter sido

mantido internamente lá na nossa diretoria, a diretora de produtos, mas a partir 2016, nós retomamos a fase externa de discussão. O que é a fase externa? Trazer novamente para a sociedade o retorno daquilo que foi discutido lá, em 2010, através do nosso grupo técnico de política de preço e do nosso comitê de regulação de estrutura dos produtos. Isso já no final de 2016. E nas duas audiências públicas, uma que ocorreu em julho, salvo engano, não sei se junho ou julho do ano passado, e uma no finalzinho do ano passado, novembro, dezembro, para que, após todas as funções, após todo esse debate, nós chegássemos a publicação da RN 441, lá no finalzinho do ano passado, com vigência a partir desse ano.

Além das discussões a com a sociedade, não só interna com as operadoras, com as outras entidades participantes, nós fomos... nós propusemos reuniões específicas com algumas entidades que estão aqui descritas. Eu não vou ler todas. Mas chama a atenção dos principais órgãos de defesa consumidor, o Idec, a gente foi lá em São Paulo faz reunião, com o Procon também de São Paulo, lá no Rio de Janeiro, com o Ministério Público Estadual, Ministério Público Federal, a Defensoria Pública, fomos ao Poder Legislativo, fomos ao TCU, enfim, todos esses entes nós apresentamos previamente a metodologia para que recebêssemos contribuições. Muitas delas foram incorporadas, inclusive, principalmente por parte dos órgãos de defesa do consumidor, do TCU, da forma de divulgação - vou mostrar mais na frente - mas para dar maior transparência. Mas foram bastante exitosas, isso sem contar a oportunidade que teve de participação social através das audiências públicas e das reuniões técnicas.

Aqui é um resumo da metodologia. E esse quadrinho que está lá disponível até no nosso portal, que está em preto, ele demonstra, de forma bem resumida, o que busca a metodologia e como é a formação do preço dos planos... do reajuste dos planos individuais após RN 441.

Nós fizemos uma.. até para deixar mais claro, uma divisão entre o que a gente chama de despesas assistenciais, que a sigla é VDA, das despesas não assistenciais. Para calcular as despesas não assistenciais, que são todas aquelas que estão ligadas à assistência do consumidor, nós passamos a utilizar o IPCA, que é o índice de inflação mais conhecido. Não existe só ele, mas existe outro. Tirando já parte que compõem o IPCA do que a gente chama... do plano de saúde. É o que a gente chama de IPCA expurgado. Por que é expurgado? Porque nós tiramos a parte do plano de saúde, porque senão teria uma retroalimentação daquele valor.

O cálculo da despesa assistencial, ele é feito com base nas informações auditadas das despesas essenciais, que são encaminhados pelas operadoras a cada três meses para ANS. E como

vocês fazem o cálculo? A gente faz o cálculo com base no último trimestre do ano, que reflete toda a variação daquele ano, o quarto trimestre, o prazo de vida, ele é todo 31 de março de cada ano, então o cálculo do reajuste passa a ser feito no iníciozinho de abril de cada ano, com divulgação... com vigência a partir de maio.

Outra dúvida que sempre ocorre é por que 80-20? Esse número de 80... por que não seria 60? Por que não seria 50? Por que não seria 90? Porque 80%... 80 de 100 é a média de... que nós consideramos... além de ser a média do setor de despesas essenciais, é a média que a operadora trabalha para que ela tenha uma sustentabilidade a longo prazo, porque é o que ela paga, que ela deve pagar de despesas essenciais, porque ainda tem as suas despesas administrativas que tem que ter a composição dos outros valores. Por isso que nós usamos 80% para calcular a variação das despesas essenciais do reajuste dos planos individuais e os outros 20% que leva em consideração as outras despesas que não estão ligados à assistência do consumidor.

Esse percentual, esse valor que é calculado com base 80-20, ele ainda sofre a dedução de dois fatores, principalmente na questão das despesas essenciais; à variação da faixa etária, por quê? A variação do preço do plano de saúde já está embutida na faixa etária. Então, aquele valor da despesa assistencial que é enviada para a operadora, para a ANS, de certo ponto ela já recompôs com a faixa etária, então esse valor é retirado porque senão a operadora receberia um valor extra a mais daquele valor que ela já recebeu com faixa etária.

E também um dado que foi trazido com a nova metodologia, esse é um dado importante, que nós chamamos de fator de eficiência. Que ele busca justamente trazer o quê? O próprio nome dele diz, eficiência para as operadoras. Nós pegamos uma distribuição das variações das operadoras de todo o setor, e achamos um ponto de eficiência a partir de cálculos matemáticos, para que aquele percentual seja deduzido do reajuste, para que as operadoras busquem aumentar a eficiência para que não se reflita no reajuste. Isso é importante, que a nova metodologia não... ela sempre, todas as discussões que antecederam ela, sempre foi dito da necessidade que não haja um mero repasse de custos para o consumidor, e é justamente isso que a metodologia traz com o advento desse fator de eficiência.

Além da maior a facilidade de repassar essa nova metodologia, que a gente fala do 80-20, como explicar para a sociedade como é feito esse cálculo, acredito que isso foi uma das grandes contribuições que nós recebemos ao longo do tempo das reuniões, é a questão da maior transparência e da maior divulgação de como é calculada a metodologia.

Hoje, eu vou mostrar um pouquinho mais na frente, todas as notas técnicas, toda base usada para o cálculo do reajuste está disponível no portal da ANS. A reprodutibilidade daquele cálculo pode ser feita com os requisitos que foram colocados. E o advento do fator de produtividade e eficiência, ele traz uma maior necessidade que as operadoras repensem e tentem reduzir os gastos assistenciais, para que isso se reflita no reajuste, além de haver a divisão entre os fatores das despesas assistenciais e das não assistenciais, ficando claro para a sociedade como se compõe aquele percentual que foi calculado.

O que nós buscamos com a nova metodologia foi trazer para a sociedade de forma mais clara, como é a composição daquele percentual. E nós aproveitamos a oportunidade para não só reformular o portal em relação ao reajuste individual, que nós já deveríamos, até porque foi uma mudança metodológica grande, mas trazer também informações sobre os outros tipos de reajustes, seja por faixa etária ou os contratos coletivos.

Além disso, nós disponibilizamos uma... que a gente chama de calculadora online, em que o consumidor, ele pode fazer, ao longo do tempo, colocando seu percentual, o valor que ele paga hoje e a previsão do reajuste, qual vai ser o valor que ele vai pagar nos próximos meses, nos próximos anos o reajuste. Essa calculadora está disponível no portal. Aqui a carinha do portal como os senhores e senhoras podem ver, o link, o caminho está ali disponível, ali embaixo.

Antes da reformulação que nós fizemos, haviam diversos tipos de informação em vários tipos de links, um no espaço de consumidor, outro no espaço de operadora. Nós agrupamos para deixar claro as diferenças entre os tipos de reajuste nos contratos, seja no individual, seja no coletivo, seja nos exclusivamente odontológicos, por faixa etária. E a revisão técnica, cada link aqui tem os dados... as informações sobre a regulação de cada item. E aqui a carinha da calculadora online, em que o consumidor, ele pode preencher o valor da mensalidade, que a própria calculadora vai fazer o valor da mensalidade após o cálculo do reajuste, justamente para deixar claro... Até previamente, às vezes, o índice é divulgado, e o aniversário do contrato é só em janeiro, o consumidor já sabe... já pode fazer esse cálculo de antemão, de qual vai ser o valor que ele vai passar a pagar a partir do reajuste.

Além disso, e isso foi uma contribuição bastante grande que nós recebemos... Eu não trouxe o vídeo aqui, até porque... embora ele seja bem curtinho, mas poderia a gente ter problemas técnicos de abertura, mas enfim. A intenção aqui é justamente deixar claro o seguinte, de que a ANS tomou o cuidado de elaborar esse vídeo... Está disponível lá no YouTube, eu trouxe

um link aqui, no espaço da ANS. A ANS tem portal no YouTube, ANS Reguladora, justamente para, além de explicar a nova metodologia, ele trazer as principais diferenças entre variação de preço e variação de custos, e também a lógica do setor, a lógica mutualista, que eu falei lá no primeiro slide, algumas figurinhas, inclusive da apresentação, foram utilizadas lá no vídeo.

A gente tem divulgado bastante esse vídeo, porque eu costumo dizer que tem dois vídeos que são bastante importantes lá da nossa regulação, que é um de portabilidade. Que as normas entraram em vigor praticamente o mesmo tempo, da portabilidade e do reajuste. O da portabilidade está com muito mais visualização que do reajuste. Então a gente está divulgando, até porque para as pessoas possam entender um pouquinho da regulação, possam entender um pouquinho como funciona o setor de saúde Suplementar. O vídeo ele trata exclusivamente dos planos individuais, mas ele é bem dinâmico, bem simples para explicar como ocorre. A nossa comunicação lá da ANS fez um trabalho bem legal para que, ao mesmo tempo que foi divulgado o índice de individual, saiu vídeo, está disponível lá no YouTube, essa é a carinha lá do vídeo que está disponível.

Esse ano o índice máximo a ser aplicado foi divulgado no meio do ano, é 7.35. São vários requisitos, estão disponíveis aí no slide, que tem que constar no boleto de pagamento ou na comunicação da operadora para o consumidor para aplicação do reajuste. E o que é importante, o reajuste só pode ser aplicado no mês de aniversário do contrato. O que é mês de aniversário do contrato? Nos planos individuais é o mês que o consumidor assinou o contrato, ou que ele fez o primeiro pagamento. É uma lógica diferente dos planos coletivos. Que no plano coletivo, o mês de aniversário do contrato não é um mês que o beneficiário aderiu, e sim, que foi firmado entre as partes, a pessoa jurídica e a operadora.

Qualquer tipo de informação, dúvida, a ANS sempre... não só em relação individual, mas o coletivo, a ANS sempre está à disposição. Nós recebemos ainda bastante dúvidas sobre o tema. E qualquer tipo de reclamação, qualquer tipo de informação é sempre importante para que cada vez mais nós aumentemos essa lógica da informação e da prestação, de passar a regulação para a sociedade, essas reclamações, essas contribuições são sempre importantes para que nós melhoremos a forma de nos comunicar, de passar a nossa questão da regulação.

Para finalizar, o último item, que é a regulação dos planos coletivos. Basicamente... e eu dividi em dois slides justamente para fazer essa distinção entre os tipos de regulação. Nós temos duas possibilidades em que leva em consideração o número de vidas ligadas ao contrato coletivo,

seja ele empresarial, que são aqueles planos ligados ao vínculo empregatício, à carteira assinada, e os coletivos por adesão, que são aqueles ligados à sindicatos, entidades de classe, enfim, em que o consumidor adere aquele contrato.

Os contratos com mais de 30 vidas, o reajuste é calculado entre as partes. A operadora, ela é obrigada a colocar na cláusula contratual que é firmada entre as partes como se dará o cálculo daquele reajuste, e anualmente ela tem que fazer o cálculo, disponibilizar para pessoa jurídica, para que ela possa fazer as ponderações, a negociação. E, caso e pessoa jurídica peça para a operadora, ela é obrigada a demonstrar como chegou naquele percentual. Cheguei, por exemplo, a 5%, ela é obrigada a demonstrar como... 2% foi tanto, 10% foi tanto, chegou ao percentual de 5%, essa é uma obrigação desde 2016, que a ANS exige que as operadoras disponibilizem para pessoa jurídica. E não só para a pessoa jurídica, mas também para o consumidor. Após a aplicação do reajuste, ele pode pedir a operadora de... qual foi a base de cálculo que levou aquele tipo de reajuste.

O que é importante que seja dito? Independentemente da forma de regulação do reajuste nos planos coletivos, ele é obrigado a ser comunicado para a ANS, como eu disse, antigamente, nós levávamos em consideração isso para o cálculo dos planos individuais, hoje não mais, com a nova metodologia, mas ainda assim, essa é uma informação relevante, que nós fazemos estudos anualmente para ver como está o comportamento do mercado em relação aos planos coletivos, e principalmente também como está sendo utilizada lógica mutualista nesse setor.

Então, o primeiro *slide*, ele demonstra um pouquinho o que eu já falei, antecipadamente, eu me antecipei, dei o *spoiler* antes do *slide*. Aqui a regulação dos planos coletivos com mais de 30 vidas. A gente usa esse balizador de 30 vidas por quê? Isso é uma pergunta que sempre ocorre. Desde 2009, por ocasião da nova regulamentação dos planos coletivos, ficou claro, principalmente nos planos coletivos empresariais de que os contratos com mais de 30 vidas não estão sujeitos mais à carência nem à cobertura parcial temporária. O que é a cobertura parcial temporária? É aquela cobertura durante 24 meses para as doenças e lesões pré-existentes, caso o consumidor a declare. Mas o mais importante é durante... nos contratos coletivos com mais de 30 vidas, um contrato, por exemplo, com 42 vidas, no contrato empresarial, se o consumidor vem a aderir aquele contrato em 30 dias, ele não... não é exigida a carência daquele consumidor. As carências que estão na lei, de 24 horas, de seis meses, ou de 300 dias para parto a termo.

Então, essa negociação, pela maior facilidade que a operadora, perdão, que a pessoa

jurídica tem de trocar de operadora, porque ele pode fazer a troca sem que estejam sujeitos a novos períodos de carência, uma possibilidade bem parecida, embora a portabilidade seja para individual, mas é bem parecida, porque a pessoa jurídica troca de operadora sem exigência de novas carências. Essa maior possibilidade de troca, de mobilidade da pessoa faz com que haja a possibilidade de uma maior negociação entre as partes, e a gente verifica até pelos comunicados que as operadoras têm que mandar de reajuste coletivo, que, via de regra, há uma negociação de dois, três, quatro meses, às vezes, até a negociação se estende por seis meses em relação àquele índice de reajuste, que a operadora é obrigada a mandar trimestralmente aquele percentual para a ANS. E quando não tem ainda, ela manda "em negociação".

Então, por essa questão dessas características dos planos com mais de 30 vidas, eles são negociados entre as partes, em que pese a operadora, como eu disse, tem que informar ao contratante como chegou àquele percentual, qual foi a base de cálculo, qual foi... o que ela levou em consideração para o cálculo das despesas assistenciais, o que ela levou em consideração para o cálculo das despesas não assistenciais. Muito se fala em sinistralidade. Como ele chegou àquele percentual? A sinistralidade é uma composição dessa variação anual, ela tem que demonstrar como chegou àquele percentual para que a pessoa jurídica possa entender aquele percentual de reajuste que foi proposto pela operadora.

Em relação aos contratos com menos de 30 vidas, até 29 vidas, a ANS estipulou, através da RN 309, que a gente chama de *pool* de risco, ou agrupamento de contratos, que todos os contratos da operadora com até 29 vidas deveriam ser reunidos para que fosse calculado um índice único de reajuste. Então, a operadora que tem, por exemplo, 100 contratos de até 29 vidas, ela tem que reunir todos aqueles contratos e calcular o índice de reajuste único para aqueles contratos e, obviamente, aplicar aquele índice único. Esse índice, ao contrário do individual, não é um teto, ele é um índice que é calculado 10%, ou 15%, não importa, 5%, ele é calculado com a variação da despesa daquela carteira de plano até 30 vidas, e ele tem que ser aplicado para todos aqueles contratos.

Nós recebemos ainda hoje bastante questionamentos dos contratos, porque em alguns casos você tem contratos com poucas vidas de pessoas jurídicas, por exemplo, até dez vidas em que as pessoas até falam: ah, que meu gasto foi muito aquém disso, do reajuste que foi aplicado. Mas é justamente por cada lógica mutualista de que em alguns contratos tiveram um gasto menor, mas em compensação, eles foram utilizados para compensar aqueles que tiveram gastos maiores,

por N motivos, seja pela idade da carteira, seja pela utilização de procedimentos, enfim, por aquelas características que a gente já apresentou.

Essa regra se aplica a todo tipo de contrato coletivo, seja empresarial ou por adesão, obviamente, só para os contratos novos, e ela busca justamente dar maior previsibilidade e transparência para esses reajustes. Por que previsibilidade? São calculados no início do ano, até março, a operadora chega ao percentual, e vai sendo aplicado pela data de aniversário de cada um dos contratos. E dá maior transparência, porque esse percentual fica disponível no portal da operadora. E anualmente, também, inclusive a gente está no período atualmente, até o início de janeiro. A ANS faz uma pesquisa desses percentuais que são aplicados a cada ano para acompanhar desde 2004... perdão, desde 2014, como está sendo aplicação dessa nova metodologia e como está... até para que nós verifiquemos como está sendo a aplicação da norma ao longo do tempo. Então, basicamente, nos planos coletivos, nós [ininteligível] dois tipos de regulação entre os planos com mais e menos de 30 vidas para aplicação do reajuste, e o mais importante, eles são obrigados que sejam transparentes e comunicadas as partes.

Bem, de forma resumida, era isso que eu tinha de dizer, o que é importante sempre nesses eventos é ter a oportunidade do debate. Eu já fico de antemão disponível para eventuais perguntas. Agradeço novamente a atenção e o tempo de todos que estão aqui, é sempre... a gente sempre fica feliz de ter a oportunidade de apresentar o nosso trabalho técnico aqui para uma plateia tão qualificada. Obrigado, novamente pelo convite. Um bom dia para todos.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: Agradeço ao Rafael Pedreira Vinhas, gerente geral de Regulação da Estrutura dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Obrigado, Rafael, pela didática, pela exposição bem clara e objetiva sobre o caso o reajuste. Na verdade, todo o aspecto regulatório, que hoje existe em vigor, no caso, perante o tema, foi exposto para a gente, e de forma muito tranquila e simples. E que faz um contraponto justamente de tudo o que nós vimos ontem, sobre a questão do fator assistencial. E que é interessante a gente perceber que o mercado está regulado. E aí já fica uma provocação para vocês: será que essa regulação é suficiente? Temos muito a avançar? Será que essa regulação, do jeito que está hoje, efetivamente em vigor, atende às demandas do mercado e dos consumidores? É algo para provocá-los mesmo.

Para a gente continuar o nosso trabalho, eu gostaria de convidar agora o Dr. João Roberto

Rodarte, que é estatístico, diretor da Plurall e da Rodarte Nogueira.

SR. JOÃO ROBERTO RODARTE: Bom dia a todos. Eu... Algumas lâminas são bastante parecidas, mas a minha abordagem, eu peço desculpa aqui ao Rafael, mas ela é bastante diferente, tá?

Eu trago uma abordagem diferente, e que ela foi muito bem-sucedida com os magistrados do Tribunal de Justiça do Pará e do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Porque a Resolução Normativa 63, que ela trata da variação de preços por faixa etária, nós estamos tratando de um pacto contratual, onde é estabelecido preços. Então, não posso jamais falar em reajuste. Não existe reajuste por mudança de faixa etária, existe uma variação de preços contratada desde a origem do negócio que se faz com a operadora. E essa variação de preços, ela é anualmente ajustada. Porque se for diferente esse raciocínio, a RN 63 é ilegal. Porque a legislação do Plano Real não permite que prestação de serviço seja reajustado mais uma vez ao ano. E aí a gente induz o Poder Judiciário a uma confusão. Não é eufemismo, eu não estou falando de eufemismo, eu estou falando de fato, quando uma pessoa contrata um plano de saúde, ela já conhece os preços que ela vai pagar a cada faixa etária, e quando ela troca de faixa etária, ela é submetida a um novo preço. O reajuste é uma outra questão, o reajuste é uma recomposição, se o plano de saúde ficar cinco anos sem reajuste, ainda assim, terá variação de preço por mudança de faixa etária.

Então, eu trago esse enfoque, porque ele é bastante esclarecedor, ele foi bastante esclarecedor no tribunal, no TJ do Pará, e foi aqui também. O normativo, ele indica as faixas etárias e as variações de preço em razão da idade. Está claro isso no normativo desde que veio da Consu, e posteriormente, com a introdução do Estatuto do Idoso, a gente fala de cobrança de valores, não é percentual, é valores diferenciados em razão da idade, motivo da publicação da RN 63. Isso não é uma leitura minha, isso está no próprio normativo da agência, e essa interpretação, ela é absolutamente fundamental para quebrar o primeiro equívoco, que é achar que plano de saúde reajusta duas vezes por ano. Plano de saúde só reajusta uma vez ao ano, e é pactuado no contrato que os preços variam de acordo com a faixa etária, isso não é reajuste, tá?

Essa variação, eu não preciso repetir, foi muito bem explanado, que ela foi ajustada posteriormente, respeitando a variação [ininteligível], que eu vou me detalhar nisso, porque os maiores equívocos que a gente vê em demandas judiciais em que eu tenho que prestar uma assistência técnica é a soma de índices. Então, eu vou detalhar esse aqui bastante, tá? E o que incomoda muito a sociedade é que antes a gente tinha duas faixas etárias para redistribuir os

preços, a gente tinha 70, 60 e 70, e com o Estatuto do Idoso, houve um forte impacto na variação a partir dos 59, porque dali para a frente, eu não podia reajustar mais, em todo... e as pessoas sabem que o custo de saúde de um indivíduo, ele cresce continuamente até cerca de 82 anos de idade, e depois ele tem um declínio, até porque a partir dessa idade, há uma série de procedimentos de forte intervenção que o organismo humano não aceita. Então a gente a partir dos 82, 84 anos de idade, os custos começam a declinar. E sobem fortemente no último ano de vida, em decorrência de procedimentos de hospitalização, eletivo(F), for em ambiente de UTI, muitas vezes, desnecessários.

Então, a gente tem o percentual de variação de preço por faixa etária e a gente, então, a gente tem uma tabela de preços. É apresentado ao beneficiário uma tabela. Então, se ele entra com 39, ele vai pagar, nesse exemplo que eu estou dando, 192, ele sabe que se no mês seguinte, ele fizer 44 anos, ele vai pagar 224, nenhum tipo de serviço pode ser reajustado com um mês, é absolutamente ilegal, e a mudança por faixa etária, ela ocorre com um mês, então, ela não é reajuste. Isso prova a tese que não há que se falar em nenhuma hipótese de reajuste, porque induz o Poder Judiciário ao equívoco, tá?

Então, quanto à primeira regra, a gente verifica que os percentuais estão em conformidade, porque quando eu divido a primeira pela última resulta em quatro, não há variação negativa, e aí a gente entra no nosso maior problema no Poder Judiciário. É que a variação acumulada não se deve somar percentuais. Vou dar um exemplo muito simples, se o reajuste de um período for 10% e de um segundo período for 10%, estou falando do reajuste mesmo. O reajuste depois de dois anos, ele é 20%? Não, ele é 21, 100 vezes 10%, 110, mais 10% sobre 110, nós estamos falando de 121. Então, em nenhuma hipótese, a gente deve somar índices. A gente tem que acumulá-los por meio de produto, tá? Então, a variação acumulada entre a primeira e a sétima, eu sempre devo dividir valores, exatamente para não induzir ao equívoco percentual. Então, quando eu divido(F) dos 224 por 100, eu tenho 2,24. Ou, multiplicando, passo a passo, cada variação de mudança por faixa etária, eu chego aos mesmos 2,24, e se eu dividir a sétima pela décima vai ser igual(F) a 7.84, que dá no mesmo. Então, é menor. Por outro lado, se eu somasse índices, eu poderia entender que foi aplicado de forma errada. Então, é muito importante ter, saber fazer o cálculo correto para evitar o equívoco, né? Então, a variação, nesses casos, elas estão plenamente corretas, né?

A variação de preços por mudanças de faixa etária, ela é estabelecida dentro do sistema de

subsídio cruzado entre pessoas de baixo risco financiando as de alto risco. Não necessariamente idade, quando a gente pega um grupo etário de 0 a 18 anos em uma operadora, se ela tem uma forte concentração de beneficiários de 0 a 3 anos, a faixa etária, a primeira é de alto risco, ela é de alto risco, porque aquela criança, ela vai todo mês ao médico, e aquele custo não é possível de repassar na prestação(F). Então, não necessariamente sobre... [ininteligível] faixas etárias, mas sobre aquele que é de baixo risco financiando o de alto risco. Tem até idosos que são de baixo risco, né?

É presumindo uma transferência intergeracional dentro de uma estrutura faceada no mutualismo. Mas o essencial do mutualismo, de entender, não necessariamente o mutualismo, você tem regimes de capitalização mutualistas. O importante é o regime financeiro, e o regime financeiro que financia saúde é o regime de repartição simples. O que é o regime de repartição simples? É onde eu não formo poupança. Se eu não formo poupança, o valor que eu arrecado é necessário o suficiente para a despesa, entendido [ininteligível], obviamente, como despesa, e a do resultado que eu obtenho, parcela daquilo, eu tenho que formar o capital de solvência, ou, necessariamente, ele já pode estar formado, tá?

É o regime de repartição simples como um sistema previdenciário brasileiro em geral. O Estado arrecada, paga benefício, e não tem formação de poupança. Todos os beneficiários pagam mensalidade em um determinado período, independente da ocorrência ou não do risco segurado, ok? Não há que se... nessa estrutura de financiamento, os beneficiários não têm direito à devolução da mensalidade referente a cobertura do risco [ininteligível], mesmo que nenhum sinistro tenha ocorrido, tá? E muitas vezes também o menor beneficiário com a operadora não é o que não tem sinistro nenhum, um beneficiário na faixa de 50 anos ou mais que não tenha sinistro nenhum, ele é o de mais alto risco. Porque na hora que ocorrer o sinistro, ele vai ser de altíssimo custo, porque ele não tem nenhuma política preventiva pessoal. As decisões, os riscos de insolvência(F) em decorrência de reajuste abaixo da necessidade técnica ou da previsão contratual, decisões judiciais comuns, estabelecer um percentual abaixo do estabelecido contratualmente ou reajuste nulo, seja em planos individuais ou coletivos.

Aqui eu queria abordar um pouco também uma questão pouquinho polêmica, que é o seguinte, muitas vezes os atuários propõem reajustes que são fator receptivo, severa continuidade no plano. Eu mesmo sou um caso, eu tenho 58 anos de idade, o ano que vem eu vou completar 59 anos, e está previsto no meu contrato um reajuste de 108%. Isso é um fator restritivo(F) severo,

isso é uma cláusula expulsória, e a Justiça já determinou em inúmeras situações, seja de previdência, saúde, ou qualquer outra, que cláusulas expulsórias são ilegais.

Então, não é razoável o atuário estabelecer uma variação de preços na última faixa superior a 50%, porque aí ele está chamando o Poder Judiciário para o lado do beneficiário, que está exposto a um índice abusivo. Então a gente tem que tomar muito cuidado com isso, porque muitas vezes o Poder Judiciário, ele atua no sentido da abusividade e de percentuais que são fatores restritivos severos(F) à continuidade no plano, e o beneficiário que pagou a vida inteira, chega na idade que ele mais precisa, ele se sente expulso.

Estabelece percentual abaixo do estabelecido contratualmente por falta de conhecimento matemático das [ininteligível] acumuladas. Acabei de explicar no *slide* anterior, de não aplicação de reajuste ao completar 60 e 70 anos em contratos celebrados antes da lei do Estatuto do Idoso. Sempre lembrando que só se aplica reajuste aos 70 anos para quem tem menos de dez anos de plano, como essa regra não existe mais desde 2004, é impossível aplicar reajuste aos 70 anos, tá? Então, fique muito claro, qualquer reajuste aos 70 anos é ilegal, porque [ininteligível] já tem mais de dez anos de plano.

Decisões de reajuste em planos coletivos abaixo do valor apurado(F) [ininteligível] clara, prevista contratualmente, sem solicitação de laudo atuarial(F), esse é um problema também, há várias regras contratuais em reajuste coletivo que a gente tem que fazer um tratado matemático para entendê-la, o próprio atuário, imagina o consumidor. Então tem que se tomar muito cuidado com isso, a linguagem tem que ser absolutamente transparente e clara, senão, certamente, o Poder Judiciário vai tender a proteger o consumidor. É o caso também sem formulação contratual clara. Então, acaba que essas situações, elas vão ao Poder Judiciário e elas são clarificadas quando existe uma perícia atuarial, o que não é muito comum, né?

O setor de previdência complementar, levou mais de 30 anos para o STJ reconhecer a necessidade de perícia atuarial no conflito, o setor de saúde suplementar ainda está longe disso. Então, é ideal que a formulação seja simples, clara e transparente. Muitas vezes, abrir mão de uma boa técnica, minuciosamente detalhada, facilita muito porque você coloca uma regra muito fácil de qualquer um entender.

Ao longo dos anos, a carteira envelhecerá, e os beneficiários que estão na antepenúltima ou penúltima faixa poderão ter direito à variação definida menor judicialmente, criando assim um ciclo vicioso. Se as variações por mudança, é clara, respeitam as regras vigentes que regem a

matéria no momento da celebração, não é razoável que haja decisão contrária, a não ser que sejam entendidas como abusivas, como um reajuste de 108%, dever-se-ia(F) levar em consideração [ininteligível] um embasamento atuarial da necessidade da aplicação do reajuste anual ou da variação por faixa etária para não se tornar uma decisão subjetiva ao se admitir que o percentual não tem razoabilidade.

Por exemplo, quando eu fiz um encontro com os magistrados do Pará, nós tínhamos, para a mesma situação, as decisões, as mais diferentes possíveis. Não reajustar, aplicar 10%, aplicar 30, aplicar 48, aplicar parceladamente, tá? E não havia a menor uniformidade. E dever-se-ia ter regulamentação específica da ANS de possibilidade de revisão técnica em planos individuais, porque o que vai acontecer é que vai chegar em um ponto que vai ficar impossível a oferta de plano individual, não por má vontade de operadora, por uma questão demográfica. Não existe populações mais jovens para [ininteligível] repor, e isso, à medida que você não tem o pacto intergeracional, a relação seis vezes, ela se torna economicamente inviável, e nós estamos falando de uma atividade privada. E ao falar de uma atividade privada, ninguém vai desenvolver uma atividade privada economicamente inviável. Antigamente, você tinha aí os hospitais filantrópicos que as pessoas que ali trabalhavam, trabalhavam com amor. Isso não existe mais, as pessoas trabalham por remuneração. E então, quer dizer, mesmo em um ambiente filantrópico, a gente tem que ter a sustentabilidade econômica.

É só isso que eu queria dizer. Muito obrigado.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: Agradeço o Dr. João Roberto Rodarte pela exposição.

E, em seguida, seguindo o cronograma, nós vamos passar a palavra para Raquel Marimon, presidente da Prospera Consultoria, do estado de São Paulo.

SRA. RAQUEL MARIMON: Obrigada. Queria muito agradecer a oportunidade e o convite. Realmente, é um privilégio poder debater esse tema com pessoas aí tão ilustres e formadoras da regulação, que é o mais importante ainda. Não trouxe nenhuma apresentação porque o meu objetivo aqui é contrapor, é debater, né? E eu vou buscar desempenhar, então, esse papel dentro do que foi colocado aqui.

Então, primeiro, fazendo um rápido apanhado do que a gente ouviu até agora. Então,

existem diferentes tipos de reajuste. O que mais se fala é aquele chamado de reajuste anual que todo contrato de plano de saúde vai sofrer. Mas esse reajuste anual, ele é composto por duas partes, duas partes importantes. Uma relativa à correção monetária, que é a mesma correção monetária que a gente vê acontecer quando vai no supermercado e compra o mesmo produto, e paga um preço diferente por ele, certo? Então, isso é o que a gente chama de correção monetária, e que na parcela do reajuste do plano individual coube a ele um peso de 20%. Aí a gente tem o que a gente chama também de reajuste técnico, ou que eu chamo de variação de demanda, é onde se busca reconhecer quanto varia a nossa demanda, a demanda pelo quê? Por atenção à saúde. Quando a gente vai no supermercado, e eu vou fazer analogias bem simples, porque o meu desafio aqui como atuária é falar em uma linguagem que advogados compreendam. Eu tenho a mania de explicar as coisas com números e estou aqui em um desafio pessoal de explicar com palavras, vamos ver se eu consigo.

Quando a gente vai no supermercado e compra lá a carne para o mês, por exemplo, para a semana. Quando a sua família aumenta, você compra mais carne, certo? Então, mesmo que o preço dessa carne, do quilo da carne não tivesse variado, você ia gastar mais comprando carne para sua família, porque a sua família aumentou, certo? Então isso é o que a gente chama de aumento da demanda, aumentou a nossa necessidade daquele serviço, daquele produto, no caso. E isso acontece também com os planos de saúde, ou com atenção à saúde, como eu gosto de falar. Porque, ao longo dos anos, a gente tem mudanças na nossa necessidade de atenção à saúde, como foi bem colocado aqui, o envelhecimento, conforme a gente vai ficando mais velho, nós vamos tendo outras necessidades de atenção à saúde que então não eram uma realidade nossa, certo? Por isso o preço do plano de saúde muda conforme muda a nossa idade, conforme muda o nosso agrupamento.

E aí nesse quesito o João falou para a gente um pouco sobre a variação por faixa etária, e que a gente também pode chamar de reenquadramento, um reenquadramento. O que o atuário faz lá naquela nota técnica que o Rafael contou para a gente? Que existe, um documento, um cálculo técnico feito por um atuário. Quando ele vai definir qual preço deve ser cobrado por um plano de saúde, ele faz isso para determinados grupos de risco. Então, para que o plano de saúde cubra essas coberturas que vão estar previstas no contrato, para esse grupo de pessoas que tem esse conjunto de idades vai custar X, para esse outro grupo de pessoas que tem um outro conjunto de idades vai custar Y. E partir do reconhecimento da diferença desses custos para cada agrupamento etário que se define qual é o percentual de correção, ou de ajuste, ou de

reenquadramento de preços que é necessário fazer quando você muda de um grupo etário para outro grupo etário.

Uma pessoa individual pode pensar, assim, mas eu sou a mesma pessoa e a minha necessidade do ano passado para esse ano, ela não mudou. E realmente, você é a mesma pessoa, mas você passou a fazer parte de um outro grupo com outras pessoas, né? Com outras pessoas que estão envelhecendo, e que dentro desse grupo, claro, tem um intervalo aí de cinco anos ou de 18 anos, ou de mais que isso, conforme grupo etário.

E aí a gente vê na regulamentação hoje, só para fazer um contraponto e honrar o título que me deram aqui de debatedora, que quando você olha para o agrupamento de 0 a 18 anos, você tem um grupo muito grande, de variedade de realidades de demanda de assistência à saúde. Dos 0 os 2 anos, nós vamos ter a realidade das UTIs neonatais, daquelas complicações dos primeiros anos de vida. Depois, aí dos 2 anos em diante até os 12 anos, uma demanda muito baixa de assistência à saúde e que se perpetua ali até os 18 anos, mais ou menos. Depois, ficamos com aqueles intervalos de cinco anos, de 19 a 23, 24 a 28, e tal. Nesses intervalos de cinco anos, existe já mais uma similaridade, até porque são intervalos pequenos. Quando vamos para o último agrupamento etário, que é o grupo de 60 anos ou mais, nós estamos pegando pessoas que acabaram de fazer 60 anos, que podem ser extremamente ativas, na sociedade atual, a gente vive e convive com muitas pessoas que estão no mercado de trabalho, ou mesmo que não estejam, que são muito ativas, que se movimentam, quer dizer, o conceito idoso para 60 anos me parece, me soa até estranho, mas é o conceito aqui no Brasil.

Então, nós estamos agrupando pessoas com essa característica a pessoas com 80, 90, 100, 119 anos. Tem uma operadora para a qual faço preço que tem um cliente de 119 anos. E aí a gente pensa assim: poxa, esse deve dar um gasto terrível. Não, esse é o saudável. Se ele chegou até 119 anos, o mais provável é que ele não venha a dar tanta despesa assim para o plano. Mas enfim, entende que dos 60 até os 119 anos é um grupo de muitas idades, com diferentes comportamentos, diferentes demandas? É razoável que num único momento de reenquadramento etário, quando eu fizer meus 60 anos, eu vou ter que pagar o que eu custaria aos 80, aos 90, aos 100, ou aos 120? Veja o desafio do atuário aí, de estabelecer um preço único para todo esse conjunto de pessoas.

E o mais difícil aí é que a gente não sabe exatamente, quando vai fazer o preço do plano, quem vai comprar, que idade vai ter, por quanto tempo vai ficar nesse plano de saúde, e como vai

ficar a composição desse plano em termos de distribuição etária. E eu vejo lá, quando calculo o reajuste, quando faço a precificação de produtos, que diferentes planos e diferentes operadoras têm realidades muito díspares. Eu tenho uma operadora lá que o grupo de pessoas com mais de 60 anos tem uma idade média de 65 anos. Isso tem uma realidade de custo. E um outro grupo que a idade média desse grupo está em torno de 78 anos, que tem outra realidade de custo. Como definir um percentual único de reenquadramento etário para grupos que podem ser tão distintos? Não é possível. E é por isso que compete ao atuário fazer essa avaliação e determinar como deve ser essa variação.

E por isso que é importante a flexibilidade que hoje se tem de poder mudar isso ao longo do tempo. Claro, não para os contratos já celebrados, mas para os novos contratos. Então o atuário pode reavaliar, entender que o perfil daquele produto ou o perfil da carteira daquela operadora teve uma mudança, e, portanto, refletir nesse reenquadramento etário a partir das próximas vendas, sempre a partir das próximas vendas, tá?

Bom, e aí a gente ainda tem aqui na regulamentação, no arcabouço regulatório, o *pool* de risco, né? Acho que o Rafael não chegou a usar essa expressão, mas é aquele reajuste único calculado para todo o conjunto de contratos coletivos com até 30 beneficiários. Isso é uma grande conquista técnica da regulamentação para a sociedade. Veja, antes dessa regulamentação, cada contrato com 5, 6, 10, 15 ou até 30 beneficiários tinha o cálculo do seu reajuste anual com base na própria experiência. Mas imagina uma situação que não é tão incomum, um parto que deu alguma complicaçãozinha, ou que teve uma UTI, num contrato de 20, 25 beneficiários, não tem como sustentar esse plano na sua continuidade. O que aconteceria no cenário anterior? A operadora faria o cálculo matemático, buscando equilíbrio e proporia um reajuste impagável para esse grupo pequeno de funcionários dessa empresa. E, provavelmente, essa empresa teria que deixar de dar o benefício.

Com o advento do *pool* de risco, a gente usa de fato o conceito do mutualismo no reajuste dos planos coletivos, então passamos a ter um percentual único de reajuste por um grupo de muitos contratos, cada um deles com até 30 vidas, trazendo um pouco mais desse equilíbrio e desse mutualismo, de que uns vão pagar... todos vão pagar a mesma coisa, mas para o benefício de um coletivo maior, esse é o princípio do mutualismo.

Agora, um outro tipo de reajuste que foi falado aqui é o reajuste do plano individual. E aí, nesse ponto, a gente tem que tirar o chapéu, o esforço da ANS e o resultado alcançado em termos

de transparência é incrível. Eu participo ativamente da construção regulatória, através do IBA também, que é o Instituto Brasileiro de Atuária, que representa a classe dos atuários no Brasil. E a gente tem acompanhado o esforço pela busca da discussão e do esclarecimento, não só nesse tema, em outros temas também, mas realmente a gente tem que tirar o chapéu, porque está tudo muito mais às claras. E que lindo, né? Está tão claro que nos permite ser críticos e fazer uma análise efetiva do resultado dessa regulamentação.

O que eu vou falar aqui não é novidade, o IBA se manifestou publicamente sobre o reajuste desse ano, sobre a metodologia, e vou pontuar aqui o que já está lá naquele documento. Primeiro, e na minha visão, o mais relevante de todos. A gente falou aqui de mutualismo, um reajuste único no *pool* de risco que beneficia a sociedade como um todo por não penalizar demasiadamente um ou outro contrato. Nessa nova proposta, nessa proposta de reajuste, a ANS trouxe esse conceito do mutualismo, só que ela propõe esse mutualismo entre operadoras, ou seja, é um reajuste único para todas as operadoras. Veja, não há intercomunicação econômica de uma operadora para outra, esse mutualismo, sob o ponto de vista técnico e de sustentabilidade econômica, não se sustenta.

Só, eu gosto muito de uma analogia muito simples que se usa em estatística, né? Se o pé tiver na geladeira e a cabeça no fogão, a temperatura média do corpo está ótima, mas o indivíduo está morto, e é esse o risco que a gente vem correndo com a carteira de planos individuais. Por que hoje temos menos oferta de planos individuais? Porque não é um negócio que se demonstra com sustentabilidade econômica no futuro, basta fazer conta. Fazendo-se as contas, se vê que não vale a pena, e é por isso que muitas operadoras retiraram o produto do mercado e deixaram de vender planos individuais. Então, a gente percebe que nesse esforço regulatório não foi possível corrigir essa questão até o momento, mas a gente persiste e tem esperança que quem sabe no futuro possamos evoluir nesse sentido.

Um outro ponto importante, a transparência, ela é fantástica e ela trouxe benefícios incríveis para a sociedade. Por outro lado, não atingimos um objetivo que talvez não fosse explicitamente esse o objetivo, mas é a questão simplicidade, né? Os dados estão públicos. Sim, é possível reproduzir o índice de reajuste do plano pessoa física, o IBA fez esse esforço através de um grupo de mais de dez atuários, se envolveram nesse projeto. E vou dizer, foram várias versões até a gente chegar no número final, porque não é simples, porque existem tratamentos de dados, particularidades, e nem todas essas particularidades estão explícitas na normativa. Elas foram

explicadas posteriormente, mas não dá ao mercado previsibilidade, o que seria algo muito interessante, sob o ponto de vista de planejamento. Então, fica aí a nossa contribuição, nossa opinião.

Um outro ponto que eu observo no Judiciário, em algumas decisões, ou até na arguição da petição inicial, é de que o beneficiário estar a X anos no plano, ele sempre pagou em dia a sua mensalidade, e que, portanto, não seria justo aquele reajuste. E aí cabe aqui um esclarecimento, o conceito do mutualismo, ele presume um coletivo de pessoas pagando por aquele plano ao mesmo tempo, e não é um mutualismo individual, eu paguei por 20 anos, então, agora, 20 anos depois, eu tenho um direito X, Y ou Z, ou a uma cobertura, ou a um reajuste menor, ou enfim, não, ele é um... sempre, hoje, o coletivo das pessoas que estão pagando pelo plano hoje, né? Então esse argumento, tecnicamente pelo menos, ele não tem uma base aí estruturante.

Bom, eram essas as minhas contribuições para hoje, agradeço novamente o convite.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: Agradeço a Dra. Raquel Marimon pela exposição.

E, em seguida, nós vamos passar a palavra para a gente ouvir um pouco sobre a visão do Poder Judiciário, através da fala do Dr. Sebastião, que é juiz titular da 2ª Vara Cível de Belo Horizonte.

SR. SEBASTIÃO PEREIRA DOS SANTOS NETO: Muito obrigado. Inicialmente, eu quero agradecer a organização do evento pelo convite que a mim foi formulado. Também quero parabenizar o Rafael, o palestrante, que fez uma brilhante exposição, e também aos colegas de debate, pelas suas colocações também muito importantes.

Eu trouxe um material para exposição, mas eu diria que boa parte dela é mera repetição do que já foi colocado aqui como... eu estou tratando aqui mais de uma questão de análise jurídica, eu vou até dispensar para fazer uma abordagem apenas do ponto de vista legal do que já foi exposto.

O tema relacionado à reajuste e revisão de plano de saúde é bastante intenso pelos operadores de direito, pelas operadoras de planos de saúde, e pelos órgãos de proteção ao consumidor, os Procons. Realmente, é um tema difícil, porque a saúde suplementar, que é suprida pelos planos de saúde, é uma atividade importante e essencial hoje para a sociedade, porque o

poder público, infelizmente, não tem como suprir a demanda como um todo. Porém, é uma prestação de serviço muito cara, e boa parte da população, como até já foi colocado aqui, realmente, não dispõe de condições financeiras para arcar com esse custo. Então, cabe, no caso, ao Poder Judiciário essa difícil missão de conciliar a questão, de obedecer às regras de direito que são disciplinadas pela legislação, inclusive pela própria ANS, e também essa questão relacionada à hipossuficiência financeira do consumidor.

O contrato de plano de saúde, como a maioria dos contratos, é um contrato bilateral de obrigações mútuas, cabe ao plano de saúde disponibilizar o serviço, e, por outro lado, aquilo que foi debatido, o consumidor tem que pagar por isso, e é um custo elevado realmente. Nós temos diversas espécies de contrato, e a cada um deles tem um enquadramento jurídico, principalmente na análise do Judiciário, que nós temos principalmente o que é mais questionado, que são os planos individuais, porque é aquele tipo de plano que a pessoa vai a uma operadora, faz o contrato, é um contrato típico de adesão, porque não é permitido a ele, consumidor, chegar lá e falar: vamos sentar e negociar as cláusulas, quanto que eu posso pagar. Ele simplesmente vai chegar, ter um contrato próprio para ele assinar com os valores, às vezes, tem operadoras e até agenciadores já tem os espaços em branco, coloca até à caneta os valores, a pessoa sai com o plano contratado, mas ao longo dessa relação jurídica, vêm os famosos reajustes anuais e os reajustes faixa de etária, que eu concordo aqui com o João, que realmente não é reajuste, é um enquadramento jurídico, e é esse que é talvez um dos pontos mais críticos e que vai ao Judiciário.

Porém, respeitadas algumas decisões de alguns colegas que são muito mais benevolentes, talvez, baseados naqueles princípios da dignidade humana, do Código de Direito do Consumidor, que tem conceitos abertos com relação à questão da vantagem e desvantagem do consumidor em relação à operadora de saúde, acabam por conceder algumas decisões que fogem à realidade do contrato. E aí nós começamos a ter distorções com relação a pessoas que têm contratos semelhantes, mas com a situação diversa. E isso acaba refletindo num contexto geral, porque as operadoras de saúde, quando calculam o risco, como foi bem colocado aqui pelo Raphael, tal como os bancos, já levam em consideração eventuais demandas judiciais que vai compor o custo deles. Então, fica cada vez mais difícil chegar-se ao longo do tempo a preços passíveis da realidade de cada um.

Com relação a esses planos individuais, nós temos regras, e já foi muito bem colocado aqui, principalmente pelo Rafael, ele trouxe aqui um quadro com relação aos planos antigos. Nós

tivemos um período de transição, e, depois, os chamados contratos novos a partir de 2004. Os planos antigos, até dezembro de 98, vale, a princípio, o que está no contrato, [ininteligível] inclusive faixas de reajuste. Porém, é claro que nós temos outras regras a serem obedecidas, que não pode haver realmente abuso, o plano de saúde tem que demonstrar o equilíbrio financeiro do contrato. Então, não pode simplesmente porque é anterior à Lei 9.656 de 98, que não poderia ter reajuste a qualquer forma. E nós temos o período que vai de janeiro de 99 até dezembro de 2003, que se criou uma outra regra, em razão da alteração do art. 15 da lei de planos de saúde, que estabeleceu que os consumidores com mais de dez anos de plano de saúde não poderiam também ter reajustes a partir de 60 anos, que vai até os 59, 11 meses e uns dias. E, finalmente, para os planos novos feitos a partir 2004 também há uma regra de proibição que não pode ter o reajuste [ininteligível]o enquadramento acima dos 60 anos de idade.

É um ponto que, às vezes, a gente vê, e realmente é uma proteção ao idoso, mas, por outro lado, se olharmos as questões técnicas, não sei se foi bom essa questão, por quê? As operadoras de saúde, principalmente nos planos novos, elas reenquadraram essa distribuição, e acaba tendo menos faixas e ao chegar-se próximo aos 60 anos, o idoso acaba recebendo uma carga forte de reajuste, talvez, se tivesse um escalonamento maior a longo prazo, pudesse ser feita uma distribuição mais equitativa desses reajustes para não prejudicar tanto o idoso, mas ao se querer fazer a proteção do idoso, eu acho que é válido, acaba não se pensando nas consequências disso.

Esse entendimento que eu acabo de dizer está baseado numa decisão do STJ, em sede de recurso repetitivo, que estabeleceu todas essas regras para o plano individual, ou seja, planos antigos vale, via de regra, o que está escrito, porém, não pode conter abuso, se tiver abuso, passível de revisão pelo Poder Judiciário. Num período intermediário de 99 a 2003, tem regras mais específicas, que também valem, a princípio, está no contrato, mas não pode também depois de dez anos de contribuição ter reajustes para o idoso acima de 60 anos, e os planos novos, aquele que não pode de forma nenhuma.

Com relação aos planos coletivos, talvez seja essa a maior dificuldade lá no Judiciário, porque nós não temos regras específicas, nós não temos decisões das instâncias superiores com relação à aplicabilidade de reajuste após os 60 anos. E aí nós temos decisões para todo tipo, aquelas que falam: tem que seguir as mesmas regras dos planos individuais. E outros falam: não, tem uma maior margem de discussão em que pode ter esse reajuste a partir dos 60 anos de idade. Essa questão chegou também agora em discussão lá no STJ, está em sede de afetação, que é o

Tema número 1.016, deve ser votada no próximo ano, para se estabelecer regras mais definitivas a respeito dessa questão, ou seja, dizer se pode ou não nos planos coletivos também ter reajuste após os 60 anos. Hoje, há uma tese um pouco majoritária, mesmo no STJ, que pode, sim, mas desde que respeitado o princípio do equilíbrio econômico do contrato. Aplica-se ao caso aquela Súmula da Consu número 6 e também a 66, que é aquela questão da faixa, de seis faixas de reajustamento, desde a primeira para a última. Estando nesse nível, não há, a princípio, e é o que eu sigo, o meu entendimento nas decisões que não há vedação expressa aos contratos de planos coletivos com relação ao reajuste após os 60 anos, desde que seja estabelecido esse equilíbrio econômico financeiro e que não haja abusos.

Tem ainda uma espécie de contrato que aqui não foi mencionado, mas que também faz parte, que é o chamado plano de autogestão, não sei se tem alguém aqui que até é beneficiário. Plano de autogestão é um plano que tem até uma liberdade maior, porque é um contrato diferenciado, porque a própria patrocinadora que é a empresa cria um plano próprio para manter a assistência médica aos funcionários, ex-empregados ou aposentados, e não se tem um contrato nos moldes dos contratos individuais ou coletivos, e, sim, um estatuto, então segue-se, via de regra, aquele estatuto. Os aumentos, as questões são decididas pelo conselho gestor, que estabelece as regras. Então um contrato que há uma margem de discussão mais ampla, de liberdade também com relação à negociação, até porque tem muitos contratos desses que ficam anos sem ter reajuste [ininteligível]. Aí quando se tem um novo equilíbrio contratual, e aí vêm os reajustes altos, as pessoas correm logo na Justiça e falam: não, eu tive um aumento de 100%, eu estou há cinco anos sem ter reajuste. Infelizmente, a gente vai fazer uma perícia e ver que não é bem, porque esses contratos, eles são criados justamente para custear a saúde de uma forma mais branda, com valor mais acessível, e às vezes o conselho gestor, por política interna, não faz os reajustes temporários, e chega um determinado momento que tem que se fazer, porque senão o plano é inviável, e isso faz com que ocorra esses reajustes com valores até expressivos, mas que infelizmente a gente não pode considerar ilegal, porque, primeiro, está dentro da regra do contrato e também está dentro da realidade econômica do contrato.

E, para finalizar, eu concordo aqui plenamente com o João em suas considerações finais, que também são as minhas, de que esse tema é muito espinhoso, e até hoje não se chegou, sei que a ANS tem feito um esforço grande para estabelecer regras mais claras com relação ao custeio dos planos de saúde, principalmente no que diz a reajuste, mas ainda, de qualquer forma, ele é pesado, é, realmente, uma prestação pesada para o consumidor, principalmente nos contratos

individuais. Os coletivos nem tanto, porque eles, como partem do princípio de que existem vários beneficiários, há aí então uma formação de preço com a margem maior e pode se chegar a um valor mais viável, mas os planos individuais, não. Os planos individuais são realmente de valores expressivos, e chega um determinado momento que o consumidor simplesmente não consegue, e vem aquela questão tão debatida. A pessoa fala: depois de 20 anos, agora, quando eu mais preciso é que a prestação está subindo e subindo.

Então, a questão é o seguinte, senhores e senhoras, eu acho que precisa ter um envolvimento maior, principalmente da sociedade, dos órgãos de proteção ao consumidor, dos próprios políticos, no sentido de estabelecer regras para facilitar uma equação mais realista em torno da questão, ou seja, eu acho que as operadoras, ao se estabelecer um preço mais baixo nas faixas iniciais, e isso é feito com a intenção de atrair realmente ao beneficiário do contrato, que talvez se chegasse um valor um pouco maior, para depois não repassar valores maiores para o final da ponta, que é o idoso. E também, da mesma forma que o plano de saúde tem a seu favor as recomposições, eu não estou falando de reajuste anual nem reenquadramento de faixa etária, aquelas recomposições onde que chega um determinado momento que o plano chega: “Olha, o meu equilíbrio econômico, financeiro, atuarial não comporta mais”. Então ele pede essa autorização, no caso dos planos individuais, à ANS, para recompor, mas da mesma forma como a gente tem visto com planos de saúde, está chegando a mensalidade em torno de 3, 4, 5 mil reais, tem mensalidade desse valor, para se ter também em favor do consumidor uma recomposição ao se pegar desde o início, fazer-se um cálculo e chegar a uma realidade que possa continuar. Até porque nós temos períodos de inflação alta e às vezes baixa, e isso, se temos períodos de inflação alta no início, faz com que os preços estejam lá em cima, e, depois, nós chegamos em um período de uma certa estabilidade econômica, que os preços caem.

Então, talvez se tivesse um mecanismo de estabelecer nos últimos anos uma média de preço, poderíamos ter uma recomposição também em favor do consumidor, mas desde que sejam com regras específicas, porque se deixar na mão do, obviamente, da operadora, simplesmente não vai fazer. Então se tivéssemos regras próprias para isso e que seria levada em conta ao longo prazo, poderíamos chegar realmente a um bom termo para os dois lados.

Muito obrigado, é o que teria a dizer no momento.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: Agradeço ao Dr. Sebastião Pereira, pela

exposição. E, nesse momento, eu gostaria de passar a palavra para o Raphael, para ele fazer as suas considerações, e já deixo um questionamento para você, Rafael. É perceptível e também é do conhecimento do mercado a concepção de que a ANS adota um aspecto extremamente transparente na composição, na formulação dos cálculos de reajustes e da sua própria divulgação. Eu gostaria que você no caso ressaltasse, fizesse uma análise desse processo, que é contínuo, de aperfeiçoamento, no caso, no aspecto regulatório da ANS, para que a gente possa, no caso, o mercado ter uma noção concreta de como funciona isso na prática dentro no caso da agência.

SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS: Obrigado. Antes de responder o questionamento, queria fazer algumas ponderações que eu concordo integralmente com a lógica técnica da faixa etária, é exatamente isso, o problema que a gente tem que fazer uma composição com viés regulatório.

A ANS adota como tônica, está previsto na nossa regulamentação, até numa forma de deixar claro a diferenciação, que reajuste é qualquer variação positiva no valor da mensalidade. Então, a faixa etária, por ser um reenquadramento, ele não deixa de ser uma variação positiva, até porque você vai ter um aumento. Por exemplo, vai passa de 100 para 110, se assim sucessivamente da mensalidade, por isso que a gente chama tecnicamente de reajuste por faixa etária, porque, para o consumidor, para a sociedade como um todo, ele vai verificar que realmente houve um aumento daquele valor, ele pagava 100, vai passar a pagar 110 na mensalidade. O que é importante que seja dito é que os motivos para o aumento, para a variação positiva da mensalidade são distintos na faixa etária e no reajuste anual. Reajuste anual, como foi bem-dito aqui, você obedece a lei do Plano Real, aquela variação que tem que ocorrer todo ano do valor da mensalidade pode não ocorrer, mas, via de regra, acontece aquela variação positiva no valor, como qualquer índice de inflação que é calculado pelos percentuais. E a faixa etária é um reenquadramento de acordo com a idade, até que ocorra, de 0 anos até 59 anos.

Em relação ao questionamento, a gente sempre vê com muitos bons olhos, e isso ao longo do tempo, da discussão da metodologia, as críticas, o recebimento de contribuições para que a gente aprimore a metodologia. E a gente sempre ressalta a importância de que a metodologia de planos individuais, em que pese tenha sido publicada no final do ano passado, ela é uma norma um pouco diferente das normas que nós utilizamos para ANS, porque toda norma que a ANS publica, todo normativo que é discutido, e agora mais do que nunca, a gente sempre fez isso, mas ficou mais reforçado ainda com a lei nova das agências, que entrou em vigor agora no finalzinho do ano, da importância da participação social.

E, além da participação social, antes a gente tem que dar um retorno para a sociedade do que a gente discutiu lá atrás. Um bom exemplo desse retorno que a gente dá para a sociedade é principalmente uma regra, que teve uma mudança bastante grande no setor, que foi publicada, entrou em vigor no meio do ano, que é a portabilidade. A gente teve... era uma norma que você tinha a possibilidade tímida de exercício da portabilidade, não sei, com certeza, os números de cabeça, mas a gente tinha em torno aí de 3 mil relatórios impressos a cada mês de portabilidade, e a partir de junho, quando a norma entra em vigor, você dá um pulo para 22, 23 mil. Assim, o que demonstra que, primeiro, a sociedade aguardava aquilo ali, e, segundo, toda a discussão que precedeu a portabilidade, foi uma discussão longa, não só externa, mas interna, muito se debateu sobre a perspectiva da mudança da portabilidade, e a gente está dando um retorno para a sociedade. Inclusive, eu estive semana passada em Fortaleza, no evento da ANS, do que a gente discutiu lá atrás, se está ocorrendo. O reajuste, a mesma coisa. Ao contrário das normas que a gente geralmente publica, o reajuste tem uma peculiaridade. Se vocês forem verem lá nos últimos artigos da RN nº 441, ele já traz uma regra que daqui a quatro anos a gente vai voltar a discutir metodologia.

Então, obviamente que a gente não vai deixar para cima... em cima da hora, né, na iminência do quarto ano, a gente pretende começar até o quanto antes, no finalzinho do ano que vem ou até no iníciozinho de 2021, mas para discutir se a metodologia nesse período, ela atendeu ao que ela se propôs, ao que foi discutido, e como foi a aplicação ano a ano. O que a gente sempre pede, e isso o IBA(F) fez muito bem, de receber o documento, é que a gente receba as críticas e as sugestões para que possa melhorar e trazer maiores subsídios. Realmente... e na discussão do reajuste a gente debateu bastante isso, embora o objetivo da Agência cada vez mais tenha sido ser mais transparente, é nossa obrigação ser transparente, é obrigação do órgão público ser transparente, e desejável para empresa privada ser transparente, até porque é o nome dela que está em jogo, mas o órgão público, ele não tem essa opção, é nossa obrigação ser transparente. E embora a gente tenha trazido, tenha melhorado a forma de comunicação do reajuste individual, realmente o cálculo do reajuste ainda tem características bastante técnicas e a gente, ao longo do tempo, até na nota técnica que está disponível na ANS, no site da ANS, no portal da ANS, a gente tenta demonstrar quais foram... as escolhas que foram feitas, o próprio anexo da RN nº 441, a norma do reajuste, ele já denota que algumas operadoras vão ser excluídas pelos motivos. A gente tem muitos vieses de operadoras que ao longo do cálculo do reajuste deixam o mercado e a gente... não são consideradas no cálculo do reajuste; outras que você verifica que a carteira dela

sofreu uma variação grande de percentual do cálculo do reajuste, que a gente chama de valores atípicos, ou *outliers*, e se você leva em consideração o cálculo disso, você pode ter uma variação grande, tornando o reajuste, aquela média do reajuste artificial.

Todas essas escolhas são discriminadas, mas as críticas e as sugestões são sempre bem-vindas, não só em relação ao reajuste individual, e é respondendo a outro questionamento. A regulação, hoje, a situação colocada é essa, mas a gente sempre está aberto a sugestões, não só em relação ao individual, como o coletivo e como também a informação de preço e nota técnica. Como eu já disse, esse é um assunto que a gente pretende discutir logo no ano que vem, e a ANS sempre está aberta para sugestões. É importante que as sugestões recebam, isso é uma demanda que a gente sempre pede, que a sociedade cada vez mais se... participe dessa discussão, se apodere da discussão, mande contribuições para que a gente possa, com base nessas contribuições, aprofundar nos estudos e debater o assunto.

A gente acredita que o debate franco, amplo e irrestrito, é aberto a qualquer ente que tem interesse, é importante para que a gente melhor a regulação e pense a longo prazo, porque como a regulação vai se pensar nos cinco, dez, 15 ou até 30 anos futuros.

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: Senhores, agora eu abro a palavra para vocês. Se vocês tiverem algum questionamento para fazer para o palestrante ou alguns debatedores, fiquem à vontade, por favor.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: [pronunciamento fora do microfone].

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: Tem.

ORADORA NÃO IDENTIFICADA [02:04:10]: Bom dia a todos. Parabéns pelo evento, pelos palestrantes. Como eu cheguei um pouco atrasada hoje, eu quero fazer uma pergunta simples. Para quem nunca teve plano de saúde, até que idade a pessoa pode fazer um plano de saúde? Porque antes, se não me engano, há uns anos atrás, tinha uma idade, até X estipulado, né, que eu ouvi. Então, é por isso que eu estou perguntando isso, para esclarecer a minha dúvida.

SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS: É, bom dia. Só para deixar bem claro: não há uma idade mínima nem máxima para aderir a plano de saúde, tampouco qualquer tipo de condição de saúde pode ser empecilho para contratação de plano. Não sou eu que digo isso, é a Lei nº 9.656, lá no art. 14, que fala isso. Como a gente verifica ainda hoje algumas reclamações de consumidores em relação a isso, a ANS tem uma súmula que trata sobre o assunto, Súmula 19, que ela deixa bem

claro isso, que não pode ser impedida adesão de qualquer consumidor, e essa é uma situação bastante grave. Se vier a ocorrer, a ANS fica à disposição. A gente pede que a demanda seja encaminhada ao nosso 0800 701 9656, porque a operadora que eventualmente seja alvo do questionamento, ela vai ser apurada, vai ter oportunidade de apresentar defesa, mas se ocorreu mesmo, ela vai ser autuada pela Agência.

ORADORA NÃO IDENTIFICADA [02:05:36]: Tá, muito obrigada. É porque há alguns anos atrás, uma médica disse, uma conhecida minha: “Não demore a fazer um plano de saúde, porque dependendo da sua idade, depois, você está deixando, nem plano de saúde você poderá ter mais”.

SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS: Não--

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: Essa médica falou isso, uma conhecida minha.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: [pronunciamento fora do microfone].

SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS: É, não tem nenhum impedimento. O que é importante que seja dito é: quem ainda não está no sistema, você tem alguns períodos de carência para serem cumpridos, são alguns períodos que estão previstos, inclusive, na lei, que o mais conhecido são os seis meses para outras coberturas e tem 300 dias para parto a termo. Agora, cumpridos os períodos de carência, não há nenhum empecilho que qualquer pessoa física que tem interesse a... venha aderir a um plano de saúde, e qualquer empecilho, qualquer possibilidade de socorro, a gente sempre pede que faça denúncia na ANS.

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: Muito obrigada. Bom dia.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: [pronunciamento fora do microfone].

SR. TÚLIO: Bom dia. Meu nome é Túlio, eu sou da ANS também. Nas palestras de ontem e de hoje, a gente viu que ficou claro, assim, que os custos assistenciais, eles caminham para um aumento cada vez maior, né? E a gente vê muito pouco se falar sobre custos, né? Inclusive, esse é um mercado que tem o custo transacional, né, que é um custo baseado na assimetria de informação, que é um custo muito importante e que torna esse mercado cada vez mais inflacionado. Ao ver esse reajuste da ANS, né, eu cheguei a dar uma lida antes, quando saiu a norma, não ficou clara para mim essa questão do fator(F) de eficiência do cálculo, né, porque qual é o meu medo? O meu medo é a ANS estar premiando a não redução de custos das operadoras, né? Então, toda vez que eu autorizo um reajuste, eu posso estar premiando as operadoras ineficientes e premiando ainda mais esse mercado inflacionário que é baseado no custo

assistencial, tanto para os prestadores, para todo mundo. Então, eu queria saber em relação a essa... esse fator(F) de eficiência, qual foi o pensamento da ANS para incluir isso no cálculo? Porque não ficou claro quando eu vi o vídeo, quando eu li a norma.

SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS: Túlio, obrigado pela pergunta. Bem, eu vou tentar ser o bastante didático de uma coisa que realmente tem uma carga técnica bastante grande, mas ao mesmo tempo que eu vou explicar a concepção técnica do índice de eficiência, eu vou tentar trazer em miúdos para que todo mundo entenda, porque tem uma base técnica, econômica muito pesada e atuária, e acredito que em que pese... eu tenho participado bastante da discussão, os participantes da Mesa têm muito mais condições técnicas de explicar. A Raquel está--

ORADORA NÃO IDENTIFICADA: [pronunciamento fora do microfone].

SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS: É, exatamente. A Raquel, que inclusive, quero cumprimentar. Bem, qual é a lógica do fator de eficiência? Quando muito se discutiu a mudança da metodologia do reajuste individual, algumas premissas básicas, e ao longo do tempo, desde 2010, a lógica da ANS foi tentar trazer para a regulação... a gente sair do que a gente chamava, como eu disse na apresentação, do *Yardstick Competition* para uma metodologia mais baseada no *Price Cap*. *Price Cap* é uma metodologia que busca maior eficiência, algum modelo de eficiência que você procura uma... que as operadoras sigam aquela linha de melhoria da eficiência do setor, justamente para que você busque o maior controle de custos e não haja um mero repasse do cálculo para o consumidor.

Se você olha... olhasse a metodologia que foi proposta pela ANS, não só 80/20, que é 80 de despesas assistenciais, e o 20, de inflação, mas se você olhasse a metodologia que foi discutida até anteriormente, você veria que tirando a questão da faixa etária, que em que pese seja um reenquadramento, mas é um reajuste, é um valor a mais que entra na caixa da operadora e não pode ser desprezado no cálculo do reajuste, o grande desafio do regulador para a metodologia do cálculo do reajuste era você trazer uma maior eficiência para que não houvesse o repasse. Se a variação de custos daquela operadora fosse X e você desse o mesmo X, ela não ia ter o menor interesse em buscar uma maior eficiência, uma maior otimização dos gastos, o que você não discutiria a lógica do setor.

Para isso, nós debatemos a melhoria do fator de eficiência. Muitas metodologias foram utilizadas, fator Y ao longo do tempo, e muito se discutiu ao longo das audiências públicas também, de você usar um índice geral da economia para o cálculo do... desse fator de eficiência,

isso foi bastante debatido, você usar... a grande crítica que se recebeu foi que você usa o índice geral para um setor bastante específico, que é o de saúde. Nós buscamos dados também da variação das despesas assistenciais do setor de saúde, só que o que se utilizava, os dados que estão disponíveis, é que eles incentivavam a produção, porque eles medem a produção somente do hospital. Então, ele não seria um fator de eficiência, e, sim, de verificação de como é que está sendo a produção do setor.

E o que se avançou para se calcular o fator de eficiência? A gente usar a própria variação das despesas assistenciais das operadoras. O fator de eficiência, eu vou tentar resumir aqui, o que a gente fez foi pegar todas VDAs calculadas das operadoras durante um período de tempo e fazer um corte ao longo desse período de... e traçar uma linha no terceiro quartil. Quartil é uma característica para cálculo de [ininteligível] econômicos, de econometria, que demonstra a tendência do setor em relação àquilo. Por que é que foi eleito(F) o terceiro quartil? Porque eram as operadoras que iam ser verificadas que estão na média ou acima daquele percentual. As que estão acima são as operadoras que não estavam sendo eficientes durante aquele período.

O que se verificou é que foi utilizada essa média e esse valor foi reduzido do valor do percentual do reajuste para que as operadoras que estão acima desse quartil, ou seja, estão acima da média, procurem ao longo dos próximos anos de reajuste, de aplicação do reajuste, buscar medidas para reduzir os gastos da sua despesa de plano... de carteira de planos individuais. Obviamente que você tem uma explicação técnica, e aí, Túlio, as dúvidas, a gente tem por hábito de colocar não só toda a explicação técnica do cálculo do fator de eficiência, mas também da concepção. São documentos bastante técnicos, mas a gente disponibilizou tudo no portal da Agência, inclusive, disponibilizou nas audiências públicas, mas a lógica do cálculo do fator de eficiência foi justamente para trazer essa maior preocupação, para que as operadoras reduzam o custo e, como você disse, não seja mero repassador de custos para o consumidor da variação das despesas assistenciais. Raquel, se quiser complementar.

SRA. RAQUEL MARIMON: O meu desafio aqui é tentar trazer para uma linguagem ainda mais simples. Eu vou tentar construir uma analogia, vamos ver se eu consigo chegar lá junto com vocês.

O conceito desse fator de eficiência, ele é tão simples quanto o seguinte. Imagina que você tem mais três amigos e todo ano vocês fazem uma... um *happy hour* de final de ano, certo? E aí vocês vão lá em um bar, em um no lugar e tal, e isso tem um custo, certo? E aí, no outro ano,

vocês vão no mesmo bar e custou mais, não tem jeito, né? Só que você fez uma gestão orçamentária, né, que permitiu que você fosse nesse *happy hour* e arcasse com esse custo. Talvez alguns dos seus colegas não fizeram a lição de casa, não fizeram a gestão orçamentária, não previram que ia ser mais caro, enfim. E aí eles não puderam no *happy hour* porque eles não tinham dinheiro para pagar. E a essência... o que eu quero dizer com isso? O índice de eficiência que a ANS adota é nada mais do que premiar... na verdade, premiar não, incentivar que as operadoras façam a sua gestão de custo, porque se ela não fizer, o reajuste para ela, o reajuste do plano individual que vai ser apurado por essa metodologia, não vai ser suficiente para cobrir com essa variação, com esse aumento de despesa assistencial que essas operadoras tiveram, tá?

Quando a gente fala de média, como eu falei antes, a gente tem... vai ter uma operadora que teve uma variação de custo... usando os números aí aleatórios, 5%, outra que teve de 10%, mas o percentual foi de 7,35, porque embora a média entre 5% e 10% seria 7,5, por que é que ficou 7,35? Então, seria justamente esse incentivo de eficiência. É isso que esse fator... esse é o efeito que o fator causa na fórmula, ele faz com que o percentual calculado seja menor do que a média, ou a média simples aí de todas as operadoras.

Não sei se eu me fiz entender, mas a ideia era explicar que o fator, ele é um incentivo para que as operadoras façam uma gestão de custos mais adequada, para que ela não fique na realidade daquela operadora que tinha uma necessidade de 10 e que teve um reajuste menor. É isso que o fator de eficiência faz.

SR. TÚLIO: Na verdade, eu entendi o fator de eficiência, *Price Cap*, tudo, mas a questão que eu vejo ainda, que esse índice não consegue abranger, é essa alta contínua do custo assistencial. Esse é o porém, porque o que é que acontece? A gente veio para esse Congresso aqui e o que a gente mais escuta é: “Vamos tentar mudar o tipo de plano”, “vamos tentar mudar a segmentação”, quando a gente não está de olho no mais importante, que é o crescimento do custo assistencial, que a gente não se tornar um Estados Unidos no futuro, onde só quem tem muito dinheiro vai ter acesso à saúde.

Então, o problema está em trabalhar, para mim, o custo transacional, né, que é aquele custo que o médico que sabe da sua saúde. Então, quando ele te pede uma ressonância, né, ele está com toda aquela informação. Então, o beneficiário não sabe disso, o fornecedor que sabe qual é o PME(F) melhor. Então, esses custos transacionais dentro desse mercado é o mais importante e é o menos falado, e o menos debatido em ambientes como esse.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO: [pronunciamento fora do microfone].

SRA. RAQUEL MARIMON: Muito boa colocação, só vou discordar de um ponto: esse assunto, ele é muito debatido, sim. Não só pela ANS como pelo mercado em geral. Existe um conjunto de iniciativas promovido, patrocinado pela ANS mesmo, e existem também as discussões setoriais que se dão na esfera da FenaSaúde, na esfera da Abramge, na esfera da Unidas, que são as organizações que agregam as operadoras de planos de saúde.

Essa preocupação desse aumento de custos, ela é a principal preocupação de todo o seguimento, porque é ela que vai definir se a gente vai ser sustentável como modelo de saúde suplementar no futuro ou não. Como você bem colocou, esse aumento de custos, ele faz com que cada vez menos pessoas possam manter o seu plano de saúde. E isso não é interessante para o mercado, não é isso que o mercado quer, né? O mercado vem discutindo e vem buscando alternativas. Eu não vou falar pelo Rafael, mas só citar aqui algumas iniciativas. Então, existe uma discussão importante sobre atenção primária, que é uma lógica assistencial que muda um pouco o jeito como as coisas são feitas hoje nos planos de saúde, né, que propõe essa discussão e que incentiva as operadoras a buscarem esse tipo de modelo assistencial, e existe também um forte incentivo a discussão de mudança de modelo de remuneração.

Hoje, a gente tem um mercado baseado em uma única lógica: volume e custo unitário, né? Cada consulta que você faz, o médico é remunerado como? Por uma consulta. Então, é unitário, né, por cada evento. Como é que o médico faz para ganhar mais? Faz mais consulta. Como é que o laboratório faz para ganhar mais dinheiro, ou para faturar mais? Faz mais exames. Então, toda a cadeia de saúde suplementar é incentivada a essa demanda, ou a busca por aumentar a demanda, a busca para aumentar o volume de serviços. E isso não necessariamente é atenção à saúde, né? Não é porque eu fiz dez exames de sangue no ano que eu vou ter mais ou menos saúde. Exame de sangue, ele é só um indicador, e ele tem que ser feito na hora certa, no momento certo, com a finalidade certa. É isso que a atenção primária propõe.

A discussão de novos modelos de remuneração, só para fechar o pensamento aqui, é uma discussão em que esse prestador de serviços passa a ser remunerado em uma lógica diferente. Ao invés de ele ser remunerado pelo volume de eventos e pelo custo unitário desses eventos, ele passaria a ser remunerado por uma combinação disso com alguma remuneração voltada para a saúde dessas pessoas que ele atendeu, né? Então, o médico não seria remunerado exclusivamente pelo volume de consultas, mas, sim, pela combinação desse volume de consultas com a saúde que

ele está gerando para esses pacientes que ele está atendendo, tá?

Então, essa é a discussão do momento no mercado patrocinada para o... promovida pela ANS também e que pode redesenhar a saúde no Brasil do futuro. São algumas ideias e algumas iniciativas, mas a gente não pode deixar de observar que essa realidade americana, ela não é só americana; ela é mundial. Saúde custa mais e cresce mais que a inflação geral em todos os lugares do mundo. Não sei se vocês acompanharam, ontem saiu na mídia uma matéria, um ministro inglês que ele se negava a olhar uma foto de um menino no corredor de um hospital porque essa é uma realidade, inclusive, de países de primeiro mundo: que saúde tem um custo, que cresce mais do que a inflação geral, que cresce mais do que os salários médios, e que as pessoas vão ficando com menos condições econômicas de continuar arcando com saúde, e inclusive, no setor público, não só no privado, esse é um problema mundial, né? Mas, enfim, não vou falar de futurologia aqui, mas tem alguns caminhos pela frente. Nesse momento, a bola da vez, ou a motivação, é atenção primária e modelos de remuneração. É o que está em discussão.

SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS: Eu só queria acrescentar de forma bem rápida. Eu acredito que é importante seja assaltado que quando a gente vem falando da perspectiva da regulação para os próximos anos, a discussão do custo é de vital importância. E a ANS, além das medidas que a Raquel trouxe, eu cito outras, que é incentivo aos programas de promoção e prevenção porque são metodologias, são programas que fazem com que a pessoa cuide mais da sua saúde e envelheça de forma mais saudável e acompanhando a saúde, que isso é o mais importante, porque grande parte dos problemas que nós temos de doença, eles podem ser mitigados se o acompanhamento vai ser feito ao longo do tempo.

Além, cito, cerca de um ano atrás também, a ANS promoveu um grande evento com contratantes de planos de saúde, que são os grandes participantes que contratam planos coletivos empresariais, para que eles participem e tomem medidas. Acho que... acredito que o contratante com recursos humanos dele e das empresas, tomando conhecimento, acompanhando o estado clínico do seu empregado, faz com que, primeiro, ele tenha uma maior produtividade para o próprio empregado, que é interessante para a própria empresa, mas que também esse empregado, mesmo que venha a sair, ele vai ter uma melhoria de qualidade de vida e de redução de custos.

Esse debate que a ANS tem incentivado, tem feito além das medidas que a Raquel bem indicou, e é importantíssimo que seja feito, por quê? Nesse evento dos contratantes, eu citei ele

porque na época eu até falei, muito se discutiu, e na época eu apresentei o tema de reajuste, que é sempre bastante debatido. E eu falei: Pessoal, o reajuste é sempre a parte final, é a parte mais... que dói no bolso, é a parte que você sente. Mas como se chegou àquele percentual? A gente tem que debater a prévia, não só a formação de preço, mas também o custo que levou aquilo ali, e esse debate tem sido feito, até porque, a gente sabe, a despeito da modalidade de produto, qualquer que seja o tipo de produto, se ele vai ser nacional, se vai ter uma modificação, uma cobertura diferente, se nós não combatemos o custo, a variação do reajuste essa mesmo.

SR. TÚLIO: É justamente nesse ponto que eu queria chegar, que não foi falado e chegamos aqui. A gente está nesse processo de mudança de legislação quanto... Eu sei que o mercado está discutindo isso já faz tempo, né? Qualquer pessoa que goste um pouquinho de regulação, sabe que isso é o mais importante.

Mas a gente está, nesse momento, dessa discussão da legislação, onde representantes da FenaSaúde, da Abramge, trazem muito mais o problema como se fosse uma segmentação, como se fosse um problema de questão de faixa etária, questão do aumento da idade da população, quando a gente tem um problema muito mais sério por trás e que teria que se a pauta do momento, a pauta legal, a pauta de normas.

Eu sei que a ANS tem vários incentivos, várias resoluções voltadas para isso, mas eu vejo a adoção das operadoras muito pouco em relação a esses projetos. Por mais que se discuta no mercado, a adoção da promoção à saúde é muito pouca. Se pensar que eu, Túlio, posso ter um plano de saúde e fazer hoje uma ressonância no médico 'x', eu vou amanhã e faço no 'y', ninguém está sabendo que o Túlio fez três ressonâncias, tá?

Então, o mercado sobrepõe custo em cima de custo, e está preocupado em mudar a segmentação. Então esse é o grande porém que eu vejo do nosso momento agora.

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: Alguma outra pergunta?

SRA. ROBERTA: Bom dia, meu nome é Roberta, Procon Sete Lagoas. Na verdade, é só uma curiosidade. Eu vi que o índice de aumento anual 7,35, me parece, esse mesmo índice é o que é aplicado para o beneficiário na sua data de aniversário, e é o mesmo índice aplicado para os dependentes?

SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS: Vamos lá, o contrato... Obrigado pela pergunta.

Mas deixa só fazer um esclarecimento antes. O que a gente chama de dependente de

plano individual, na verdade, é um termo que a gente, na ANS, não usa. Porque toda pessoa que tem um plano individual, ele é o titular daquele plano. É que dependente a gente usa dependente para dizer que é um conceito de dependência econômica, porque o titular paga o contrato, via de regra, da esposa, do filho, enfim, e por isso que esse conselho de dependência... Por que eu falo de titular? Porque a titularidade é individualizada no plano individual. Então, por exemplo, se o filho, em algum momento, não importa o motivo, ele alcança uma idade, 18 anos, vai trabalhar numa empresa e deseja fazer até a portabilidade para aquela empresa, usar já a carência que ele já cumpriu ao longo desse tempo, ele pode fazer, em que pese ele ser dependente econômico do pai.

O que é importante seja direto para o cálculo do reajuste no plano é a data que ele aderiu. Então, pode acontecer o seguinte detalhe, vamos dizer que uma família contrate um plano individual, o marido, a esposa, os dois filhos, todos na mesma data. Então o reajuste todos vai ser na mesma data. Ou pode acontecer também a hipótese de que o titular, o responsável financeiro tenha uma data, e a esposa, o marido venha aderir uma outra data, o filho nasce em outra data. Então, depende da data que ele aderiu ou fez o primeiro pagamento. Então, tem que ser analisado caso a caso. Se todo mundo entrou no mesmo tempo, é aquele mês; se cada um entrou em cada mês separado, o reajuste vai ser separado por cada mês.

SRA. ROBERTA: Mas é o mesmo índice, então?

SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS: Mesmo índice. Mesmo índice.

SR. JOSÉ REIS: A aplicação desse reajuste...

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: Seu nome, está sendo gravado.

SR. JOSÉ REIS: José Reis, advogado. A aplicação desse reajuste se aplica ao titular, ao dependente e também ao agregado? Obrigado.

SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS: Ok. Obrigado pela pergunta. Esse tema agregado, a gente vê que é bastante utilizado até pelo setor, pela sociedade, para a gente, agregado tem o mesmo efeito de dependente. Então a aplicação é independente do tipo de vínculo que ele tem com o plano de saúde, seja titular, dependente.

O termo agregado, em alguns casos de cooperativas fala de cooperado, enfim, não importa o motivo, o reajuste na data de aniversário do contrato, seja no individual ou no coletivo, ele é aplicado naquela data que foi... que está avençada no contrato, seja individual ou coletivo. Ok?

SRA. POLIANE: Bom dia. Meu nome é Poliane, eu sou advogada. E eu quero saber: o custo das decisões judiciais no valor da mensalidade, ele também é levado em consideração, e aí ele entra como um custo assistencial do plano de saúde?

SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS: Na formação de preço dos planos, isso, sem dúvida nenhuma, é uma condição que é levada em consideração para cálculo daquele percentual de preço, inclusive vários atuários, vários escritórios de atuário fazem essa perspectiva de cálculo.

Além disso, no documento de informações financeiras, que a gente chama de DIOPS, que é obrigado a cada três meses, aquele que eu falei que a gente leva em consideração para calcular o reajuste individual, tem uma parte que as operadoras informam os eventuais gastos com despesas judiciais.

Agora, isso para acompanhamento econômico financeiro das operadoras. O que é importante seja dito é que na formação de preço é sempre importante, e hoje até mais com... isso é um gasto administrativo das operadoras, que elas ponderem isso para a formação de preço, até para aquele preço seja aderente ao que efetivamente ela vai suportar ao longo do daquele vinco com o consumidor. Ok?

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: Só um minuto. A Dra. Raquel vai complementar.

SRA. RAQUEL MARIMON: Só uma complementação. Existem muitas decisões judiciais que são consideradas como assistenciais, como despesas assistenciais, outras vão acabar sendo consideradas como despesas administrativas, aí o atuário vai ter que fazer uma avaliação de cada categoria, de cada caso, para identificar isso. Nem sempre essas informações, elas estão parametrizadas em um banco de dados bem organizado. Então, na grande maioria das vezes, o atuário vai atribuir essas despesas a despesas administrativas e não assistenciais.

O que temos visto, nos últimos anos, é uma evolução muito grande nesse volume, nessa representatividade. As decisões judiciais tinham uma representatividade de menos de 2% das despesas assistenciais, hoje elas já multiplicaram mais de quatro vezes esse montante. Não tenho aqui os números exatos, mas o impacto tem sido crescente, e o atuário consegue refletir isso no preço que ele calcula hoje para os planos daqui para frente. Ele não consegue chegar lá e dizer: Bom, agora o preço do plano é o outro porque tem mais decisões judiciais. É o que acaba sendo refletido no momento do reajuste anual, no caso dos planos coletivos. Não é considerado no caso dos planos individuais... é considerado, perdão, não é considerado individualmente as decisões de

cada operadora, é considerado na apuração feita pela ANS.

E a discussão que hoje entra em pauta, ou começa-se a discutir, é a possibilidade do que o atuário chame, a ANS também, a regulamentação prevê, a revisão técnica. A revisão técnica permitiria a gente ter esse olhar das despesas atuais desse conjunto, desse conjunto de beneficiários, dessa realidade, com relação a contratos já celebrados.

Mas isso está em discussão. Hoje ainda não temos um formato efetivo.

SR. DOUGLAS FAQUIM: Bom, meu nome é Douglas Fachin, eu sou do membro da Comissão da OAB de Saúde Suplementar, fui, inclusive, debatedor aqui ontem no evento.

O que foi dito ontem, principalmente, é que o consumidor médio de plano de saúde, hoje em dia, é aquele de até dois salários mínimos, considerando que a maior parte dos planos de saúde são... desculpa, dos contratos, dos beneficiários, eles são daqueles planos coletivos, então são, em tese, trabalhadores que não tem tanta informação.

Tudo o que foi dito aqui é extremamente técnico, até para a gente aqui, com curso superior ou enfim, pós-graduações, etc., que entende do mercado, isso é extremamente complicado de entender, embora a gente entenda o caminho, né?

É, na verdade, mas uma sugestão. Eu até tive curiosidade de entrar aqui no site da ANS, por diversas vezes eu oriento o cliente a entrar no site da ANS para esclarecer determinadas dúvidas. E isso ajuda, às vezes, de evitar uma demanda judicial. Nem sempre a demanda judicial, ela tem chance de êxito, mas é também importante explicar para o consumidor porque não.

Eu não encontrei aqui, de uma forma didática, de uma forma que um consumidor de baixa escolaridade, entenderia isso tudo que foi dito. Então, minha sugestão seria... muitas vezes a gente precisa até realmente fazer desenhos ou uma imagem, ou até um filme explicando as composições, o porquê tudo é daquele jeito.

Porque a impressão que eu tenho, quando um cliente, ele chega em uma consulta, é de que ele simplesmente acha um absurdo, acha que alguém lá em cima no plano de saúde falaram: “Não, ele está gastando demais, ele tem que pagar agora o dobro, e ponto final”. O que a gente sabe, entende que não é verdade, mas o consumidor final, ele tem essa percepção de que está sendo... alguém está sendo mal com ele. E é isso, é somente uma sugestão para ser considerada. Obrigado.

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: Tem mais uma pergunta lá no final.

SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS: Enquanto o microfone chega, posso só acrescentar?

Por parte do plano individual, nós tivemos até um desafio, acredito, inclusive, a sua gestão do vídeo foi boa. Porque o vídeo do reajuste individual é bem didático. Eu não abri aqui, mas coloquei o link ali, o caminho, e ele é curto justamente para passar a mensagem. Que ele traz como é calculado o índice de reajuste, a diferença entre índice de reajuste e índice de inflação, a lógica da formação de preços, tudo para explicar para o consumidor porque... como chegou àquele percentual e o que se deve a aquele percentual, qual o percentual.

A gente pretende, tem proposta até de avançar para outros tipos de... tanto para formação de preço, que vai ser um tema que vai ser discutido, para o reajuste coletivo também.

Agora, o reajuste individual foi o primeiro passo, e a gente tem trabalhado nisso para incentivar até divulgação desse vídeo, até para que os consumidores vão entendendo um pouco a regulação de como é feito, como chega naquele percentual, como...

Mas a gente agradece a contribuição. E foi justamente esse tipo de contribuição que fez com que a gente elaborasse o vídeo, e a gente não vai parar aí, a gente pretende avançar cada vez mais, porque é exatamente esse o caminho para que as pessoas se apoderem e participe, da discussão.

ORADOR NÃO IDENTIFICADO [02:36:57]: Eu gostaria só de completar, sob qualquer ponto de vista, qualquer agência existente no país, de petróleo, energia elétrica, água, qualquer uma, não tenho a menor dúvida que a agência que mais atua a favor do consumidor é a ANS. É a que atua com mais transparência. Você assiste às reuniões de diretoria colegiada ao vivo. Toda e qualquer decisão da ANS é publicada. E isso é inequívoco. Isso é inegável.

Tudo o que os outros segmentos de mercado gostariam, por exemplo, previdência complementar, outra área que eu atuo, que existe só uma postura equivalente. Para você obter uma decisão da Previc, você tem que usar da Lei de Acesso à Transparência da Informação, que ela não te fornece. Aí, por esse meio você consegue. Isso não existe na ANS.

Agora, sem dúvida nenhuma, a matéria é muito técnica e todo mundo acha uma coisa, entendeu? Então é muito difícil. Existem coisas absolutamente moderníssimas em termos de atuação da contenção de custos, há algoritmos de predição(F) da morte, para você ter uma noção, nesse nível, para que a operadora atue fortemente nos 12 últimos meses de vida da pessoa.

Mas então assim, é um conjunto muito grande, e que é muito técnico, de muito acesso à língua... dificuldade de acesso à linguagem comum.

Hoje, por exemplo, a Raquel deu um exemplo aqui, que eu não sei se as pessoas perceberam, que não é pelo fato de uma pessoa numa fase da vida comer um quilo de carne e na outra fase um quilo e meio, que o açougue reajustou. Ela passou a comer 50% mais de carne. O que ela quis dizer com isso? Ela passou a consumir mais consultas, mais exame, mais internação, mais procedimentos. Isso não implica em aumento, de reajuste. Isso implica em aumento de frequência de utilização.

Então assim, é uma matéria muito difícil, e às vezes, até mesmo quando a pessoa usa um exemplo tão brilhante, é difícil de entender. Não é uma matéria fácil.

Agora, em termos de transparência, pesquisem, não há nada, nenhum órgão no Brasil que atue com tanta transparência quanto a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Isso é fato. As discussões são de um nível de participação, de transparência, da sociedade, do indivíduo, é tudo aberto. Agora, a matéria é árida. Isso é claro. Por mais que você queira que seus médicos sejam transparentes, é muito difícil ele te explicar porque aquele exame vai atuar de uma determinada... que a medicação vai atuar de uma determinada forma no organismo. Tem que haver uma certa relação de confiança.

SR. VALTER: Bom dia. Meu nome é Valter. E duas questões direcionadas ao Ricardo. A primeira é o seguinte, ontem e eu percebi, nas apresentações, que o elenco das despesas assistenciais atinge aí, nível de R\$ 166 bilhões, R\$ 160 bilhões, e as receitas a nível de R\$ 200 bilhões.

Não sei se a ANS teria qualquer participação, porque eu senti falta dessa informação, das pessoas com mais de 59 anos nessa despesa, e também nessa receita. E se há superávit, se isso poderia impactar na contribuição, não?

SR. JOÃO ROBERTO RODARTE: No mínimo 30% maior.

SR. VALTER: No mínimo 30% maior?

SR. JOÃO ROBERTO RODARTE: A despesa da faixa etária, corte 60 anos ou mais, em relação ao que arrecada...

SR. VALTER: Sim. É porque eu não tinha essa informação.

SR. JOÃO ROBERTO RODARTE: Eu até tinha aqui no meu quadro, eu tinha feito exatamente isso. Eu eliminei porque o tempo era curto. Mas hoje, a relação primeiro era para 7, está girando em torno de 7,5. E a legislação limita em 6, então por você tem uma noção... 7,5, 7,2, alguma coisa assim.

SR. VALTER: Nunca tem superavitário em nenhuma das—

[falas sobrepostas]

SRA. RAQUEL MARIMON: Tem. Diferentes carteiras vão ter diferentes resultados.

SR. VALTER: Com certeza.

SRA. RAQUEL MARIMON: Então, por exemplo, vamos olhar por operadora, não por plano. Você vai ter uma operadora que na última faixa etária ela está equilibrada. Você vai ter uma outra operadora que está extremamente desequilibrada como um todo, e o motivo é a última faixa etária.

Então, por quê? Quando a gente fala sinistralidade, reajuste técnico, todas essas expressões que são mais específicas do setor, na verdade, a gente está sempre falando dessa relação entre a receita e a despesa, e às vezes o problema de uma carteira ou de um plano não é porque o beneficiário ficou idoso e gasta mais, é porque o preço foi mal definido há 20, 30 anos atrás. Porque há 20, 30 anos atrás era muito difícil de prever todas as tecnologias que iam surgir na área de saúde e quanto isso ia custar.

Então, veja, a gente faz o preço num determinado momento, quando eu digo a gente, estou me referindo aos atuários, e eles fazem esse preço num determinado momento para um ciclo de 12 meses, mas a partir daquele momento, os reajustes anuais, por exemplo, no caso das carteiras de planos individuais, já não está mais no controle dessas operadoras, está no controle regulatório. Então essa receita, ela pode ser contida por muitos anos, ou não ser reconhecida essa variação, e gerar esse déficit. Mas pode ser que aconteça o contrário, né? Não tem como ter bola de cristal.

De uma forma geral, quando a gente olha a questão da última faixa etária, diria que hoje o mercado, de uma forma geral, está ali quase que, no zero a zero, ou seja, não paga imposto... quer dizer, o que arrecada é suficiente para despesas existencial(F), mas não é suficiente para arcar com o imposto, despesa administrativa, toda a parte de emitir carteirinha e tudo mais. Vamos dizer, está mais ou menos ali.

E aí que vem o que a gente chama de pacto intergeracional, ou seja, a gente precisa de beneficiários mais jovens nessa carteira de planos para que eles deixem uma margem de contribuição maior, uma fatia maior, que permita que, com essa fatia, seja possível arcar todas essas... com todas essas outras despesas não assistenciais.

E quais são os nossos desafios daqui para frente? A população brasileira está envelhecendo, envelheceu nos últimos 50 anos o que a Europa levou 200 anos para envelhecer. Nós temos uma população de idosos muito mais significativa, e daqui para frente vai ser mais significativa ainda, de maneira que, por mais acessíveis que os planos sejam para os mais jovens, talvez não tenhamos uma população de mais jovens em um tamanho suficiente para subsidiar esse déficit no futuro.

Então esse é um desafio muito grande, por isso que tem que se discutir mesmo gestão de saúde, atenção adequada na hora certa, no momento certo, para que essa despesa assistencial, de fato, seja contida.

SR. VALTER: Segundo a questão é sobre o ressarcimento ao SUS. Qual a razão? Partindo da premissa que não seria o contrário, eu não estou tirando beneficiários da assistência do SUS e atendendo pelo plano de saúde?

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: Dr. João, o senhor responde.

SR. JOÃO ROBERTO RODARTE: Essa questão do ressarcimento ao SUS eu penso o seguinte, é o caso que o SUS atende, às vezes, pacientes de operadoras. E ele tem um plano e às vezes é atendido, então há essa compensação.

SR. VALTER: O atendimento ao SUS está na Constituição, doutor, é direito de todas as pessoas, todos os brasileiros serem atendidos pelo SUS. Não justifica esse ressarcimento ao SUS.

SR. JOÃO ROBERTO RODARTE: Sim, obviamente que sim, direto do SUS. Mas se a pessoa tem um plano de saúde, ela é atendida pelo SUS, eu acho, até do ponto de vista jurídico, que é justo que o plano de saúde ressarça sim, ao SUS, para cobrir. Embora seja direito de qualquer cidadão, pode sim, procurar o SUS, mas se ele tem um plano privado e ele é atendido pelo SUS, e às vezes ele é faz porque ele chega em um local que não tem a assistência suplementar, e dependendo da urgência ele vai para ser atendido pelo SUS, então tem sim, um ressarcimento. O SUS realmente cobra.

SR. VAGNER: E ele tem o plano de saúde e não tem a cobertura daquele procedimento?

SR. JOÃO ROBERTO RODARTE: Nesse caso não. Nesse caso não. Nós falamos de ressarcimento ao SUS quando a pessoa é atendida pelo SUS e quando ele efetivamente não utilizou. A questão de não ter cobertura. Isso é uma questão mais ampla. Porque, via de regra, o plano de saúde tem sim, que cobrir o tratamento. Só em casos muito excepcionais que pode não ter no mercado. Mais aí onde que muitas vezes a pessoa procura via judicial para obrigar o plano a cobrir aquele tratamento.

SR. VALTER: Obrigado.

SR. RAFAEL PEDREIRA VINHAS: Deixa eu só acrescentar rapidamente. Eu faço minhas as palavras do doutor. Que, aliás, é exatamente isso que o ministro Marco Aurélio julgou lá no julgamento da ADI(F), que foi lá no ano passado, o mérito finalmente da ADI(F). A gente sempre ressalta o seguinte, o ressarcimento ao SUS é devido nos procedimentos que o beneficiário procurou o SUS, seja por causa de urgência e emergência, seja porque... às vezes o SUS tinha um procedimento que ele desejaria realizar com o médico 'x', enfim, e a operadora, por ser um procedimento que ela deveria cobrir, ela deve o ressarcimento. Ele é apurado e aquele valor ressarcido pela operadora, ela vai para o fundo de saúde, que volta para o próprio sistema SUS.

Lembrando que são situações distintas. O SUS, todo o cidadão, o cidadão brasileiro tem direito por lei. Então, o fato de você ter um plano de saúde não significa que você vai sair do SUS. Todo mundo tem. Aqui, um exemplo sempre emblemático que a gente usa é a questão das campanhas de vacinação. Praticamente todas as pessoas fazem vacinação, vão em um posto de saúde do SUS. Raríssimas pessoas procuram o plano de saúde para se vacinar.

Então, o fato de você ter um plano de saúde não impede... todo cidadão brasileiro tem direito a uma conquista da nossa Constituição.

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: Senhoras e senhores, em razão do adiantado da hora, infelizmente, nós vamos ter que encerrar. Mas isso significa que foi bom o painel, porque o tema é extremamente... o caso é pertinente, atual, polêmico, complexo, e o tempo simplesmente voou. Já é quase meio-dia, nosso horário era até 11h30.

Então, eu gostaria de encerrar agradecendo a participação do Rafael Pedreira Vinhas pela gentileza de estar aqui conosco, veio do Rio de Janeiro justamente para isso. Muito obrigado. Agradeço em seu nome, o apoio institucional da ANS na promoção, a todos os servidores, da ANS que estavam aqui presente também.

Agradeço de forma... a gratidão ao o Dr. João Roberto Rodarte pela presença e pela participação. Ele está sempre nos nossos eventos, a Plurall e a Rodarte Advogados, muito obrigado.

A Prospera Consultoria, muito obrigado, Dra. Raquel pela gentileza de sair de São Paulo para estar aqui conosco. Obrigado mesmo, foi uma alegria estar aqui com a senhora.

E, de forma muito especial também agradeço o Dr. Sebastião Pereira dos Santos Neto, pela gentileza estar aqui conosco, passando um pouco a visão do Judiciário nesse evento.

SR. SEBASTIÃO PEREIRA DOS SANTOS NETO: Eu que agradeço pela oportunidade. E é sempre gratificante poder contribuir. Eu, além de ser juiz aqui da 2ª Vara Cível, que é uma vara, hoje, especializada nas ações e suplementares. Eu também estou atualmente como membro integrante do Comitê Estadual de Saúde, que é o órgão que procura, na medida do possível, traçar diretrizes para auxiliar, principalmente os órgãos do Poder Judiciário, a tomar decisões. Também nós temos o corpo técnico do órgão, também, que nos auxilia a fornecer elementos e dados para que a gente possa trabalhar e entender melhor essa questão, que realmente é muito complexa. Muito obrigado.

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: E, por fim, o nosso agradecimento especial a você que veio nos prestigiar. Muito obrigado pela participação. Esperamos, muito em breve, nos vermos de novo. Muito obrigado, pessoal.

[aplausos]

SR. PRESIDENTE ELIAS JOSÉ DE ALCÂNTARA: Eu gostaria de entregar os certificados para os senhores. Dr. Rafael. Dr. João. Dra. Raquel. E Dr. Sebastião.