



Luiz Antônio Nolasco de Freitas

## **Repercussões e Desafios da Implantação da Regulação em Saúde no Brasil**

Rio de Janeiro  
2022

Luiz Antônio Nolasco de Freitas

**Repercussões e Desafios da Implantação da Regulação em Saúde no Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Repercussions and challenges of implementing health regulations in Brazil.

F866r Freitas, Luiz Antônio Nolasco de.  
Repercussões e desafios da implantação da regulação em saúde no Brasil / Luiz Antônio Nolasco de Freitas. -- 2022.  
75 f.

Orientador: Nilson do Rosário Costa.  
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 2022.  
Bibliografia: f. 72-75.

1. Saúde Suplementar. 2. Planos de Pré-Pagamento em Saúde. 3. Marcos Regulatórios em Saúde. 4. Controle Social Formal. 5. Falhas de Mercado. I. Título.

CDD 368.382

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Glauce de Oliveira Pereira - CRB-7-5642  
Biblioteca de Saúde Pública

Luiz Antônio Nolasco de Freitas

## **Repercussões e Desafios da Implantação da Regulação em Saúde no Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 30 de agosto de 2022.

### Banca Examinadora

Prof. Dr. André Luís de Oliveira  
University of California - San Francisco

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa (Orientador)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Para Anna, minha maior incentivadora neste trabalho e na vida e aos meus filhos Rodrigo e Luiza, com todo meu amor.

A memória de Augusto João Américo de Sousa, meu querido amigo e irmão que se foi antes desse momento.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é nos tornar obrigados à generosidade, à disposição, aos ensinamentos, à partilha, e a todas as formas de ajuda que recebemos. É neste sentido que me dirijo aos que nomino a seguir. Sinto-me comprometido com cada gesto e todos vocês que me ouviram e me responderam neste trabalho.

Aos meus colegas servidores da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que por suas atribuições constroem a regulação no seu dia a dia e são responsáveis por gerar e disponibilizar um conjunto valioso de informações para acesso público, aqui representados por Graziela Scalécio, Rachel Jasmim, Márcio Malard, João Barroca.

Aos meus compadres queridos Cristiano Oliveira e Ana Paula Oliveira.

A Mirella Amorim, uma irmã de coração e cuja sensibilidade, criatividade e precisão poética, iluminaram todas as esquinas e velas de minha enovelada construção escrita.

Ao providencial Fernando Gaiger.

Aos meus irmãos e irmãs protetores, incentivadores e presentes desde a luta pela sobrevivência.

Aos ex-dirigentes que se dispuseram a me emprestar seu tempo, suas reflexões e suas experiências nas entrevistas. Vocês foram fundamentais para a minha compreensão e para a sustentação desta dissertação.

A Roseane Corrêa e Jorge Gláucio Carvalho, irmãos da vida neste mestrado. E a toda a turma do mestrado acadêmico em saúde pública ENSP/2020.

Ao professor Nilson Rosário Costa, meu orientador, paciente, solidário, sereno e firme na defesa da qualidade desse trabalho.

À ciência, à vida, ao SUS e ao povo brasileiro.

Meus agradecimentos!

## RESUMO

O trabalho apresenta as repercussões da implantação do regime regulatório no setor de planos privados de assistência à saúde no Brasil, discute os antecedentes de sua implantação, os principais instrumentos administrativos utilizados para sua consecução e aponta dilemas e desafios resultantes deste processo. A metodologia utilizada combina pesquisa documental e análise de entrevistas semiestruturadas com ex-dirigentes do órgão regulador. Desenvolve-se pela abordagem dos antecedentes teóricos e históricos da implantação do Estado Regulador no setor saúde, questionando a incorporação deste modelo como adequado a realidades culturais e socioeconômicas distintas de países da Europa e Estados Unidos. São problematizados os eixos estruturais que orientaram os objetivos da regulação e da estruturação da Agência Nacional de Saúde Suplementar; também são descritas as principais iniciativas e instrumentos relevantes na implantação do regime regulatório frente ao comportamento oportunista das operadoras. As considerações finais apontam para a insuficiência da regulação na provisão do acesso à saúde, cuja responsabilidade constitucional está atribuída ao Sistema Único de Saúde - SUS; refutam a ideia da saúde suplementar como funcional ao SUS por redução da demanda e ressaltam o desafio de se promover a redefinição dos rumos da regulação, considerando a importância do mercado de planos privados de assistência à saúde.

Palavras-chave: saúde suplementar; planos de pré-pagamento em saúde; marcos regulatórios em saúde; controle social formal; falhas de mercado.

## **ABSTRACT**

This paper presents the repercussions of the implementation of the regulatory regime in the sector of private health care plans in Brazil, discusses the background of its implementation, the main administrative instruments used for its achievement and points out dilemmas and challenges resulting from this process. The methodology combines documentary research and analysis of semi-structured interviews with former leaders of the regulatory agency. It is developed by approaching the theoretical and historical antecedents of the implementation of the Regulatory State in the health sector, questioning the incorporation of this model as adequate to the cultural and socioeconomic realities of European and United States countries. It discusses the structural axes that guided the objectives of the regulation and structuring of the National Supplementary Health Agency; it describes the main initiatives and relevant instruments in the implementation of the regulatory regime against the opportunistic behavior of the operators. The final considerations indicate the insufficiency of regulation in the provision of access to health whose constitutional responsibility is attributed to the Unified Health System - SUS; also refute the idea of supplementary health as “functional” to the SUS by reducing demand, as well as these emphasize the challenge of promoting the redefinition of the regulatory paths, considering the importance of the market for private health care plans.

**Keywords:** supplementary health; healthcare prepayment plans; regulatory frameworks in health; formal social control; market failures.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Comparação entre dois modelos de governança .....	16
Gráfico 1 -	Orçamento público para a saúde nos países da OCDE em 2019 .....	18
Quadro 2 -	Resumo da Produção Normativa da ANS no período 2000 a 2021 .....	34
Gráfico 2 -	Nível de efetividade da NIP .....	46
Quadro 3 -	Eixos Temáticos das Agendas Regulatórias ANS .....	52
Quadro 4 -	Beneficiários por tipo de contratação .....	57

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIR	Análise de Impacto Regulatório
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANEEL	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	Agência Nacional de Petróleo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APC	Associação de Proteção ao Consumidor de Porto Alegre
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BSC	Balanced ScorCard
CADE	Conselho Administrativo de Defesa Econômica
CNSEG	Confederação Nacional das Empresas e Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
COVID-19	<i>Coronavirus Disease</i>
DESA	Departamento de Saúde Suplementar
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIFIS	Diretoria de Fiscalização
DIGES	Diretoria de Gestão
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
EC	Emenda Constitucional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América

FHC	Governo Fernando Henrique Cardoso
GGFP	Gerência Geral da Estrutura de Produtos
IRB	Instituto de Resseguros do Brasil
NHS	<i>National Health Service</i>
NIP	Notificação de Intermediação Preliminar
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONU	Organização das Nações Unidas
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PL	Projeto de Lei
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PROCON	Programa de Proteção e Defesa do Consumidor
SBE	Saúde Baseada em Evidências
SNDC	Sistema Nacional de Defesa do Consumidor
SNSP	Sistema Nacional de Seguros Privados
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
TISS	Troca de Informações em Saúde Suplementar
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2</b>	<b>ESTADO REGULADOR E SAÚDE SUPLEMENTAR</b> .....	14
<b>3</b>	<b>GÊNESE DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)</b> .....	25
3.1	BREVE HISTÓRICO DO MOVIMENTO CONSUMERISTA.....	28
3.2	BREVE HISTÓRICO SOBRE A CRIAÇÃO DA SUSEP.....	30
<b>4</b>	<b>IMPLANTAÇÃO DO REGIME DE REGULAÇÃO</b> .....	38
4.1	ASSIMETRIA DE INFORMAÇÕES ENTRE REGULADOR E MERCADO REGULADO.....	39
4.2	O NOVO ENFOQUE NA FISCALIZAÇÃO.....	43
4.3	O ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR.....	46
4.4	AGENDA REGULATÓRIA.....	48
<b>5</b>	<b>DILEMAS E DESAFIOS DA REGULAÇÃO</b> .....	54
5.1	O NOVO MARCO REGULATÓRIO - A LEI GERAL DAS AGÊNCIAS.....	54
<b>5.1.1</b>	<b>Sobre o processo decisório</b> .....	55
<b>5.1.2</b>	<b>Prestação de contas, controle social e investimentos de gestão</b> .....	56
5.2	DILEMAS E DESAFIOS PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR.....	57
<b>5.2.1</b>	<b>Escassez da oferta de planos individuais no mercado</b> .....	57
<b>5.2.2</b>	<b>Modelos assistenciais</b> .....	61
5.3	CONJUNTURA E PERSPECTIVAS.....	64
<b>5.3.1</b>	<b>Autonomia do órgão regulador</b> .....	66
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	68
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	72

## 1 - INTRODUÇÃO

O trabalho desenvolvido nessa dissertação tem como objetivo descrever as repercussões da implantação do regime regulatório no setor de planos privados de assistência à saúde no Brasil, discutir os antecedentes de sua implantação, os principais instrumentos administrativos utilizados para sua consecução, bem como apontar dilemas e desafios resultantes deste processo.

O mercado privado de saúde no Brasil desenvolveu-se sem um regime de regulação específico por mais de 40 anos. Somente em junho de 1998, por meio da Lei Federal 9656, as empresas que oferecem planos e seguros privados de assistência à saúde passaram a ser reguladas. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia reguladora desse mercado foi criada dois anos depois.

O papel e as responsabilidades do Estado na assistência à saúde foram repactuados na Constituição Federal de 1988, que reconheceu a participação complementar privada na prestação de serviços de saúde. A complementariedade permite aos entes federados a formalização de contratos e convênios para a prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde - SUS e as empresas comercializarem planos e seguros de saúde.

O novo regime regulatório tem contemplado um conjunto diversificado de instrumentos normativos pelos quais os atores governamentais do Executivo Federal definem regras de conduta para empresas e implantaram uma agenda de proteção aos consumidores (COSTA *et al*, 2001). No artigo primeiro da Lei de criação da ANS é definida a delegação de atribuição de poder decisório e autonomia ao novo ente administrativo (Brasil, 2000).

Para dar conta dos objetivos propostos, a dissertação recorreu a abordagens metodológicas combinadas, com pesquisa documental, análise de informações do setor e entrevistas semiestruturadas com atores chave. Optou-se por entrevistar atores relevantes cuja passagem pelo órgão permitiu vivenciar as expectativas e realizações do processo de regulação do mercado de saúde suplementar. A escolha dos entrevistados se deu a partir do critério de exercício de alta direção, como presidente por um mandato inteiro e/ou o exercício do cargo de diretor por mais de um mandato. Para além do critério de atuação no cargo de alta direção, adicionou-se o tempo de atuação em função da possibilidade de aferir um exercício mais alongado, permitindo a aplicação de um plano de gestão com o devido tempo para sua implantação.

A fim de explorar e valorizar a perspectiva desses atores, as entrevistas foram realizadas com o suporte de roteiro semiestruturado, possibilitando orientar a abordagem inicial aos entrevistados, com flexibilidade suficiente para acolher questões trazidas por eles, e ainda para aprofundar temáticas consideradas mais relevantes ou que despertassem suas memórias.

A seleção dos informantes-chaves observou ainda a distribuição ao longo do período da implantação da regulação, para contemplar maior espaço temporal possível e evitar concentração de contemporaneidades, mesmo havendo intersecção ou coincidência de períodos entre os mesmos. Neste sentido foram realizadas seis entrevistas com atores que atuaram desde a abertura da agência em 2000 até o ano de 2017. Dos seis entrevistados, dois exerceram o cargo de diretor-presidente, quatro exerceram dois mandatos como diretores e destes um exerceu também a presidência interinamente.

O contato com os entrevistados foi estabelecido por meio de aplicativo de mensagens de telefone celular, através do qual o potencial entrevistado era apresentado ao tema da pesquisa. As entrevistas foram realizadas entre novembro e dezembro de 2021. Todos os dirigentes entrevistados receberam previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e puderam manifestar sua concordância no início da entrevista. A leitura do referido TCLE conferiu um ambiente de segurança e ensejou maior desprendimento nas respostas, ainda que em nenhuma das citadas entrevistas tenha havido qualquer episódio que pudesse deslocar o conteúdo para searas pessoais e/ou de controvérsia quanto a outros dirigentes ou em relação à própria instituição. Os entrevistados se mantiveram dentro do espectro das perguntas do roteiro semiestruturado, ainda que por vezes acrescentassem ou aprofundassem seus conteúdos. O tempo das entrevistas variou entre 50 minutos e uma hora e 15 minutos. As dificuldades com oscilações da rede de internet foram comuns durante as entrevistas, contudo, não comprometeu a realização das mesmas.

Para dar consecução aos objetivos o desenvolvimento da abordagem está distribuído ao longo de quatro capítulos. O capítulo “Estado Regulador e Saúde Suplementar”, onde buscou apresentar os antecedentes teóricos e históricos que determinaram a conformação de um modelo de Estado que se desloca do Estado Keynesiano ou desenvolvimentista para o chamado Estado regulador. São assinalados os limites do regime regulatório, desenhados para os serviços de utilidade pública, quando aplicados ao mercado de saúde em países sem sistemas nacionais de saúde.

No capítulo “Gênese da Agência Nacional de Saúde Suplementar” são levantados os eixos estruturais que constituíram os primeiros debates na definição dos objetivos da regulação e as estratégias fundantes na conformação do órgão regulador. Apresentam-se as origens dos eixos estruturais, conforme as áreas que até então dividiam a abordagem no governo federal e na sociedade - a Superintendência de Seguros Privados/Ministério da Fazenda - SUSEP/MF, o Departamento de Saúde Suplementar/Ministério da Saúde - DESAS/MS e o movimento consumerista representado pelos PROCON - e um breve histórico da atuação destas instituições.

No Capítulo “Implantação do Regime Regulatório” são identificadas as características que diferenciam a natureza de Autarquia Especial dado ao órgão regulador; as principais iniciativas e instrumentos utilizados na implementação do regime regulatório. Neste capítulo estão apontadas ainda questões conceituais e institutos jurídicos que contribuíram para a superação de entendimentos em relação à eficiência e eficácia na fiscalização e no próprio desempenho da ação regulatória, bem como a descrição de instrumentos regulatórios mais relevantes.

No Capítulo “Dilemas e Desafios da Regulação” são abordados os principais dilemas e desafios decorrentes da implantação do regime regulatório e se inicia com a atualização do marco legal representado pelo advento da promulgação da “Nova Lei Geral” das agências reguladoras, a Lei Federal nº 13.848/2019, destacando-se as principais alterações trazidas. Nesta altura são indicadas ainda as principais questões sobre as quais deverá se ocupar não só o órgão regulador, com destaque para o seu papel de liderança deste debate, mas também os agentes de mercado e sociedade como um todo, a fim de pactuar os horizontes da regulação.

As considerações finais não pretenderam esgotar a temática da regulação, mas destacar no percurso dos últimos anos as iniciativas que permitem afirmar a continuidade dos esforços institucionais e da sociedade em geral, a fim de que se fortaleça um setor com importante inserção na economia. Há um convite a mobilizar interessados na qualificação da atenção à saúde e no cumprimento de um papel de relevância da saúde suplementar no Brasil, com destaque para o papel do órgão regulador na proposição e condução deste debate. Há ainda apontamentos que refutam a ideia de que a saúde suplementar poderia reduzir a demanda ao SUS. Uma breve avaliação da atuação pública e privada na pandemia é suficiente para demonstrar a diferença entre o direito constitucional à saúde que deve ser garantido pelo Estado e o direito do consumidor, a ser protegido pelo mesmo.

## 2 - ESTADO REGULADOR E SAÚDE SUPLEMENTAR

Ao abordar a questão regulatória é importante conhecer a influência teórica de um novo modelo de atuação do Estado. Para isso buscou-se compreender a agenda de redução das funções de prestador direto de serviços públicos pelo Estado disseminados a partir das economias centrais do capitalismo, representados pela Europa e Estados Unidos da América do Norte.

Como afirma Nunes, “a ideologia neoliberal consolidou-se como ideologia dominante com a subida ao poder dos governos de Thatcher no Reino Unido e Reagan nos EUA. Entre outros aspectos desta “contra reforma”, ganhou força a rejeição da presença do estado como operador da vida econômica e anulou-se a capacidade de direção e de planificação da economia do estado-empresário e do estado-prestador de serviços. Assistiu-se a uma onda de privatizações de empresas públicas, mesmo na área dos serviços públicos, na qual o estado detinha, em toda a Europa, há mais de dois séculos, um papel decisivo.” (NUNES, 2007: 10)

O ponto de partida situa-se no fim da década de 1970 e início de 1980 quando se constrói na esfera política um determinado “consenso” para a superação do Estado de Bem Estar ou Estado Keynesiano, posto como incapaz de prover serviços e dinamizar a economia. Assim, temos também a proposta do Estado Regulador, com a perspectiva de alavancagem econômica por meio da prestação por agentes privados de serviços públicos, até então sob a provisão direta do Estado.

A partir da combinação de elementos críticos como desemprego crescente e taxas de inflação criam-se condições político-eleitorais para a contestação do modelo vigente de prestação de serviços públicos, ao qual foi atribuída a responsabilidade pelo desempenho econômico. Neste contexto, surge a noção de falhas governamentais. Empresas estatais em diferentes países da Europa começaram então a ter seus desempenhos questionados ao não responderem aos seus objetivos sociais e econômicos e ainda pela não responsabilização das mesmas, além de uma tendência a serem mais permeáveis à captura por interesses políticos ou sindicais (MAJONE, 1999).

Independentemente da consistência das críticas apontadas ou mesmo da ausência de elementos palpáveis a sustentá-las, elas serviram de base ao discurso político que convenceu expressivos contingentes eleitorais a optarem por um novo modelo de governança que preconizava a privatização de muitas áreas do setor público, como forma de aumentar a concorrência em toda economia, enfatizando a perspectiva da oferta, além de reformas de



estruturais no Estado de bem-estar. A conjuntura internacional também contribuiu para restringir a influência do modelo de Estado empresário, mas o fato é que o novo modelo de governança, ainda que de variadas maneiras, foi sendo adotado, inclusive por países com economias centralmente planejadas (MAJONE, 1999).

Neste contexto são criadas instituições independentes, as agências reguladoras, que possam cumprir as funções de Estado sem o exercício direto da ação prestadora de serviços; com capacidade técnica e legal de estabelecer regras de atuação das empresas privadas nos mercados e garantir o interesse público nas relações de prestação destes serviços. Correntes políticas favoráveis ao esvaziamento do papel do Estado, viram na regulação uma oportunidade de reforçar seu discurso junto à opinião pública de que os setores privatizados seriam objeto de regulação e não mais sob a interferência de um Estado incompetente. Note-se ainda que estas mesmas correntes, após seu intento inicial, passam a reclamar da própria regulação, por esta vir a se constituir num empecilho à prevalência das leis absolutas e “naturais” do mercado (NUNES, 2017).

A questão nos coloca ante uma perspectiva não apenas de mudança de papel do Estado frente à economia, mas também diante de um pensamento ideológico de esvaziamento da própria capacidade do Estado.

Importante pontuar ainda que estudos mais recentes contradizem as premissas apresentadas à época por Majone quanto ao abandono das conquistas do *Welfare State*. Kerstenetzky & Guedes (2018) demonstram que houve expansão dos gastos sociais em diversos países da Europa desde a década de 1990, inclusive com diminuição da diferença entre aqueles que mais investiam e os demais, ainda que permaneça a liderança dos países nórdicos. As revelações do estudo citado dão conta de que as conquistas civilizatórias representadas pela proteção social são menos susceptíveis às investidas dos que apregoaram sua decadência, principalmente pela mobilização política da sociedade.

As diferenças entre os dois modelos de governança representados pelo Estado Bem-estar Social em comparação ao Estado Regulador foram destacadas como de fundamental importância na adoção do modelo.

O quadro abaixo relaciona as principais características que diferenciariam os dois modelos: Estado Keynesiano (ou desenvolvimentista) e Estado Regulador também na perspectiva de Majone.

Quadro 1: Comparação entre dois modelos de governança

Itens comparados	Modelo	
	Estado Keynesiano	Estado regulador
Funções principais	Redistribuição, estabilização macroeconômica	Corrigir falhas de mercado
Instrumentos	Tributação (ou tomar fundos emprestados) e dispêndio	Formulação de regras
Arena principal de conflito político	Alocações orçamentárias	Revisão e controle da formulação de regras.
Instituições características	Parlamento, departamentos ministeriais, empresas nacionalizadas, serviços de bem-estar social	Comissões parlamentares, agências e comissões independentes, tribunais
Atores-chave	Partidos políticos, funcionários públicos, grupos corporativos	Movimentos em prol de questões singulares, reguladoras, peritos, juízes
Estilo de políticas	Discrecionário	Limitado por regras, legalista
Cultura de políticas	Corporativista	Pluralista
Responsabilização política	Direta	Indireta

Fonte: (MAJONE, 1999, 15)

Depreende-se deste quadro uma série de características da transição do modelo de Estado Regulador em relação ao Estado Positivo. A ideia força se concentra na perspectiva de um Estado voltado para a correção de falhas de mercado ante um Estado voltado para a estabilização macroeconômica e redistributiva. Um Estado que tenha como instrumento a formulação de regras ante a tributação, cujo espaço de conflito político esteja na revisão e controle da formulação de regras e não nas alocações orçamentárias. Que se caracterize por instituições técnicas e independentes ante estruturas burocráticas de governo e parlamento ou empresas estatais; cujos atores-chave esteja na sociedade organizada, instituições reguladoras, peritos e juízes e não em partidos políticos, servidores públicos e grupos corporativos. E ainda, que em sua cultura política prevaleça o pluralismo ante o corporativismo e com responsabilização política indireta ao invés de direta.

As características tidas como vantajosas na perspectiva do Estado regulador podem ser relativizadas considerando o contexto social e político em que se dão, portanto há que se

considerar as diferenças culturais, políticas e socioeconômicas na aferição destas características, principalmente sobre o resultado efetivo das mesmas.

Percebe-se então que não se trata apenas de um arranjo gerencial em busca dos melhores resultados com a regulação, num novo papel a ser exercido pelo Estado na economia, mas também de um pensamento de esvaziamento da própria capacidade do Estado.

No bojo das mudanças promovidas no processo de reformar o Estado, caracterizadas pela adoção de mecanismos de mercado no setor público e de natureza gerencial, veio também a ideia da retração da capacidade e do papel do Estado. A adoção deste pensamento e consequentemente suas repercussões, se estenderam inclusive na relação público-privado, reproduzindo-se ainda a ideia de eficiência do setor privado como solução para as dificuldades do setor público. (SANTOS, 2018).

No Brasil, a adoção do regime regulatório além de abarcar a prestação de serviços de saúde, algo sem equivalência em países com sistemas universais, como será abordado adiante, houve também a instituição de uma política de Estado mínimo não só na economia, mas também na capacidade de responder a obrigações constitucionais em relação a direitos sociais.

A incorporação do pensamento reducionista no papel do Estado se contrapõe às conquistas trazidas pela transição democrática em relação a direitos sociais. No campo da saúde, as garantias constitucionais da Carta Magna de 1988 se desdobraram na Lei Orgânica da Saúde, a qual ordenava o recém-criado Sistema Único de Saúde - SUS.

O SUS representa uma política de Estado de inspiração social e bastante pretenciosa em termos de garantia de um direito fundamental, fortemente baseada na definição de papéis e responsabilidades dos entes federados - união, estados e municípios. Uma política cuja fundamentação se associa ao Estado de Bem Estar.

Fica patente a contradição entre o preceito constitucional de garantia de um direito fundamental e a transformação deste direito em algo que possa ser provido por relações de seguro saúde. As consequências desta mencionada contradição podem ser mensuradas pela forma como tem sido estabelecido o financiamento do Sistema Único de Saúde

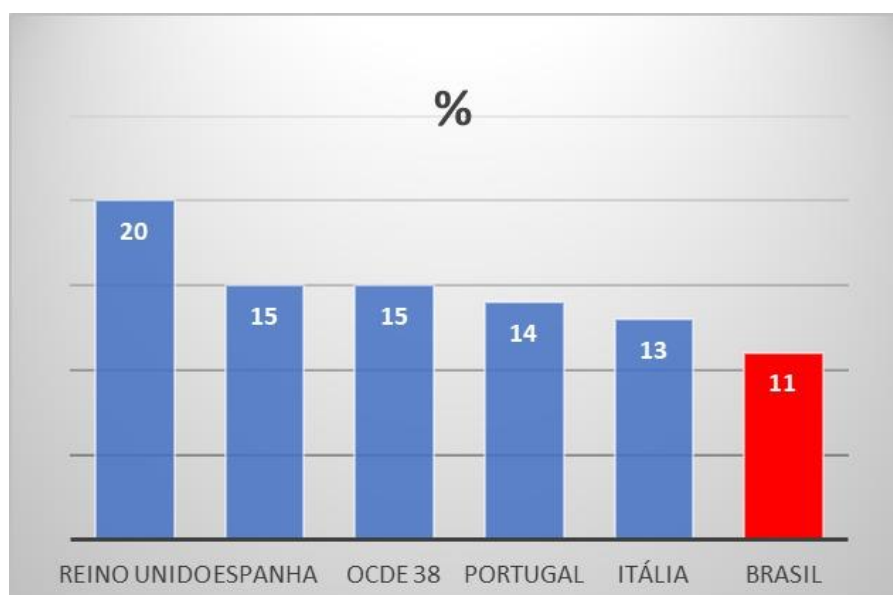
Sem ignorar eventuais desvios e desperdícios na gestão do SUS, há compreensão suficiente para apontar a insuficiência de recursos, destacadamente por parte da União, como uma das causas da fragilização do sistema (PIOLA, BENEVIDES e VIEIRA, 2018). A Emenda Constitucional nº 29/2000, cujo propósito era o de definir a participação dos entes da União no financiamento do sistema, tramitou por doze anos no Congresso Nacional até finalmente ser convertida em Lei Complementar 141/2012. A definição do conceito de ações e

serviços públicos de saúde e do percentual das receitas correntes líquidas (10% para União, 12% para os estados e 15% para os municípios), associados à criação de mecanismos de suspensão de transferências aos entes que descumprissem tais percentuais, foi fundamental para que os recursos contabilizados fossem empregados exclusivamente com tais iniciativas, afastando a inclusão de despesas associadas, mas não diretamente relacionadas à prestação de serviços. A regulamentação resultou no comprometimento de estados e municípios no financiamento do sistema, bem como significou duplicar, em termos reais, o gasto per capita em ações e serviços públicos de saúde, ainda que a longa tramitação em si também tenha significou perdas nestes anos (VIEIRA *et al*, 2019).

Ainda tendo como base as ponderações acima, outro reflexo da redução do papel do Estado pode ser medido na participação privada nos gastos em saúde, cujo percentual chega a 66% do total, sendo a maior parte referente ao desembolso direto (*out of pocket*) do cidadão e não ao seguro saúde (SOUZA, 2019).

Nesta quadra retomamos questões relativas a diferenças socioeconômicas que separam a realidade brasileira de países europeus, por exemplo. Brandi *et al* (2019) apontam que a necessidade de aumento dos gastos em saúde pública no Brasil precisaria ser de 170% para igualar aos gastos nos países da União Europeia e 250% em comparação aos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE, composta por 34 países de renda média alta dentre os 38 integrantes.

Gráfico 1 – Orçamento público para a saúde em países da Europa, OCDE e Brasil em 2019



Fonte: Adaptado de OCDE, 2021.

O gráfico 1 integra um estudo feito pela OCDE e demonstra que, no ano 2019, o Brasil dedicou apenas uma parcela de 11% do seu orçamento público para a saúde, o que representa uma parcela bem menor do que a maioria dos países da OCDE, cuja média está em torno de 15%, destacados ainda alguns exemplos de países com sistemas públicos de saúde - Reino Unido, Espanha, Portugal e Itália (OCDE, 2021).

Este mesmo estudo da OCDE também mostra que os gastos per capita em saúde no Brasil estão entre os mais baixos entre 44 países desenvolvidos e emergentes. Isso porque as despesas per capita com saúde no Brasil em 2019 representaram cerca de 30% da média da OCDE. Do total de US\$ 1.282 mil, menos da metade (US\$ 551) são gastos do governo brasileiro. O restante refere-se a despesas privadas como seguros de saúde ou pagamento direto de consultas e exames (FERNANDES, 2019).

Além disso, no Brasil, um fato que surpreende é que 90% dos gastos com produtos farmacêuticos são financiados por desembolsos diretos das famílias. O que sem dúvida gera um acesso insuficiente a medicamentos essenciais afetando de maneira desproporcional a população mais pobre e desfavorecida (OCDE, 2021).

A indicação de substanciais diferenças entre a realidade que inspirou o Estado Regulador e a realidade de país periférico ajuda a refletir sobre a incorporação deste receituário sem que customizações tenham sido feitas. Para além do financiamento insuficiente do setor público, o setor privado conta com incentivos e renúncias fiscais bastante substanciais.

Nesse sentido, também se torna necessário refletir sobre a influência da reforma do Estado na relação público-privado. Na perspectiva da saúde esta relação vai da admissão da participação privada na complementação dos serviços de saúde à regulação do mercado de planos de saúde. Seguindo a lógica do discurso de ineficiência e incapacidade do Estado, percebe-se a manutenção de uma crença onde fomentar o mercado implica em subtrair responsabilidades frente a direitos sociais e fundamentais como a saúde, além de aliviar pressões sobre comportamentos oportunistas praticados. Há uma lógica que abriga a ideia de que ampliar a atuação do mercado resultaria em desafogar o sistema público ao retirar demandantes que estejam cobertos por assistência suplementar (BAHIA, 2001).

A lógica da relação permissiva em desfavor das responsabilidades sociais sob o argumento da suposta compensação pode ainda ser mensurada por outros arranjos benéficos ao mercado. Bahia e Scheffer (2018) destacam alguns incentivos à oferta e demanda de serviços e planos e seguros privados de saúde desde a retomada da democracia, com os

governos pós Constituição de 1988. Desde os governos Fernando Henrique Cardoso e Lula (1995-2009), o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES criou linhas de crédito especial para investimentos na rede privada de serviços médicos hospitalares - hospitais e unidades de diagnóstico. Em 2001, a Medida Provisória 2.158-35, estabelece deduções da base de cálculo das despesas operacionais e reservas técnicas das contribuições sociais para empresas de planos de saúde. A fim de facilitar a adesão ao mercado, a Lei nº 9250/1995 estabelece dedução integral para despesas de saúde no imposto de renda, facilitando a adesão ao mercado.

As condições criadas em termos de incentivos e renúncias fiscais por parte do Estado dão conta de que a iniciativa privada se vale de benefícios públicos que distanciam o discurso original bastante contrário à intervenção do Estado na economia. Em verdade se observa uma confortável acomodação em que tais benesses já não significam incentivo, mas prática viciosa.

Ao incorporar princípios teóricos do Estado regulador advindos de uma realidade diferente, não se percebe correspondência nas práticas dos agentes privados. Para o senso comum no empresariado nacional, o Estado deve socorrê-los, mas jamais fustigá-los com regras e exigências.

Nesta altura, podemos apontar o dispositivo do ressarcimento ao SUS, criado pelo artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 e regulamentado pelas normas da ANS, como uma obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde de restituir as despesas do Sistema Único de Saúde no eventual atendimento de seus beneficiários que estejam cobertos pelos respectivos planos (BRASIL, 1998).

Este dispositivo espelha o contorno das operadoras na responsabilidade plena acerca da assistência aos seus beneficiários, onde internações e atendimentos ambulatoriais de alta complexidade são utilizados por beneficiários que deveriam ser cobertos pelos planos. Ainda assim o ressarcimento enfrenta reações e contestações pelas operadoras a ponto de terem que ser inscritos em dívida ativa por não pagamento, gerando judicialização, importando em mais um déficit ao financiamento do SUS da ordem de 822 milhões de reais, no período de 2017 a 2021<sup>1</sup> (ANS, 2021).

---

<sup>1</sup> R\$ 141 milhões em 2017, R\$ 89 milhões em 2018, R\$ 106 milhões em 2019, R\$ 355 milhões em 2020 e R\$ 131 milhões em 2021 (ANS, 2021).

Quando se aponta para o papel do Estado na equação da relação público-privado, incluir a morosidade do judiciário é um aspecto do desequilíbrio em favor do mercado. O uso frequente de medidas judiciais protelatórias é um elemento que expõe este desequilíbrio.

A ANS tem como missão institucional “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 Brasil” (BRASIL, 2000), portanto algo bastante importante e que não pode ser medido apenas pela simplificação e/ou barateamento de produtos, a fim de colocar mais beneficiários para dentro do mercado; mas atentar-se para princípios qualitativos não negociáveis frente a custos.

Advoga-se aqui solidariedade aos que afirmam, com razão, que insumos, equipamentos e serviços de saúde têm custos elevados. O que não se pode é abrir mão de qualidade assistencial e economizar naquilo que é exatamente a razão de se buscar atendimento em saúde. Assistência à saúde é cara e não está na razão de existir de uma empresa abrir mão do lucro; tampouco deve estar na natureza de um órgão regulador de saúde abrir mão de qualidade. Ante incentivos e renúncias fiscais, setores do empresariado da comercialização de planos, argumentam que estas iniciativas desoneram o SUS (BAHIA, 2006), o que além de não ser verdadeiro, não esconde o real interesse em ampliar a base de beneficiários e a limitação a serviços mais onerosos.

A saúde suplementar não pode ser vista como complemento do SUS, diferentemente do que cabe à iniciativa privada na provisão de serviços a este sistema na qualidade de prestadores contratados. Assim como cabe ao poder público responder a lacunas de financiamento público para o efetivo cumprimento do seu papel constitucional, cabe ao mercado garantir qualidade e tempestividade na provisão daquilo que está estabelecido e devidamente remunerado por contrato. Ao separar estas perspectivas, o que se pretende é que a regulação não baixe suas exigências qualitativas para que o mercado se expanda. Não se substitua a discussão sobre os custos na prestação de serviços de saúde por mecanismos de redução da oferta de serviços em planos mais baratos, também chamados de acessíveis.

Dentro da lógica do liberalismo econômico, o receituário imposto pela denominada agenda de austeridade, cujo objetivo maior é fazer superávit primário para o pagamento de juros da dívida, governos não se acanham em estabelecer limites rigorosos de gastos em políticas públicas essenciais como saúde e educação.

Consoante à lógica liberal, a chamada agenda de austeridade, que é a expressão de um receituário a ser aplicado por todos e cujo significado nada mais é do que a redução do papel do Estado baseado no encolhimento de gastos sociais e na subtração do seu papel de indutor de crescimento através do investimento público. Esta agenda baseia-se fundamentalmente no sacrifício da população, tanto pela restrição de acesso a benefícios, bens e serviços quanto pela crescente alta da carga tributária. O discurso da austeridade, na perspectiva do capitalismo se dissocia por completo do significado de comedimento, moderação e responsabilidade; sendo utilizado apenas para gerar capacidade de pagamento de dívidas especulativa (SANTOS, 2018).

No cenário brasileiro, onde graça certa afeição ao modismo internacional, esta política atingiu o seu ápice pela capacidade de tramitarem no congresso nacional uma Proposta de Emenda Constitucional, a PEC-241, que posteriormente foi aprovada e transformada em Emenda Constitucional, a EC-95, cujo principal objetivo consiste no congelamento de investimentos públicos em saúde e educação por 20 anos; seguindo à risca e com afinco o receituário. Acrescente-se ainda que tal manobra se deu em um contexto de golpe de Estado que destituiu uma presidente legitimamente eleita, sem que houvesse crime cometido, mas sob o argumento de perda de capacidade política, reforçando o oportunismo desenfreado do interesse do capital internacional.

Em suma, a EC 95 significou a instituição de um novo regime fiscal estabelecendo um limite de gastos para saúde e educação por um período de 20 anos, de 2017 até 2036, e seus valores passaram a ser corrigidos somente pela reposição da inflação. Políticas fundamentais como saúde e educação que sempre foram protegidas por dispositivos legais que vinculava seus financiamentos a partir de receitas, agora estão niveladas às despesas primárias, exatamente aquelas sobre as quais se constrói o superávit primário, comprometendo sobremaneira qualquer horizonte de soberania e desenvolvimento do país.

Subfinanciar um setor tão estratégico como a saúde minguando o SUS ajuda a desacreditá-lo, corroborando para uma corrida aos planos de saúde. Ocorre que a resultante desta estratégia compromete o próprio desenvolvimento do país e, conseqüentemente, também não contribui para a expansão sustentada da economia e do setor de saúde suplementar. As conseqüentes perdas financeiras significam danos irreparáveis a estas políticas, como afirma um pré-candidato à presidência da República nas eleições de 2022:



Nós não aceitamos a lei do teto de gastos, até porque ela foi feita para garantir que os banqueiros tivessem o deles no final do ano. Queremos que o povo tenha o seu todo dia, todo mês e todo ano. Fazer política social não é gasto, é investimento. (AZEVEDO; SEABRA, 2022).

Como garantir o funcionamento de um sistema de saúde congelando o seu financiamento por longos anos? Difícil analisar impasses desta ordem sem que se imagine uma nova conformação da conjuntura política.

À medida que se tenha ambiente político adequado o que se pode esperar, e até desejar, é uma reflexão que leve a uma repactuação do papel do Estado na garantia da prestação de serviços de saúde dentro da lógica constitucionalmente definida - Saúde como direito de todos e dever do Estado.

O papel da iniciativa privada deve ser a complementação através de contratos de prestação de serviços firmados com gestores públicos. Não se confunda com o espaço da saúde privada na perspectiva suplementar, onde prevalecem regras de mercado, também não se pode confundir com flexibilização de conceitos de ordem qualitativa que se expressam na garantia de assistência integral. Não pode haver espaço para que em nome do estímulo econômico, se abra mão do princípio da integralidade; ou ainda se admita uma modalidade subsegmentada a fim de baratear custos. O que a constituição garante é acesso universal a todo cidadão e cidadã como dever do Estado.

O mercado deverá ser respeitado em seus princípios de resultado financeiro e terá competência para buscar clientela dentro de um extrato social que tenha poder aquisitivo o suficiente para optar por hotelaria e/ou outras vantagens. Não se faz aqui uma insinuação de que o mercado de saúde suplementar vá desaparecer, até porque se faz representar fortemente na vida política do país e certamente terá seu lugar numa necessária repactuação política geral. O que se espera é que assuma sua identidade real de um setor econômico que gera um serviço diferenciado e, portanto, remunerado de maneira adequada. Não se espera que empresários ou grupos empresariais precisem se ocupar em defender desassistidos, essa é tarefa e obrigação do Estado.

A manifestação de um entrevistado quando indagado sobre perspectivas para a regulação frente aos desafios do país corrobora com as ideias expostas nos últimos parágrafos:

Agora, isso faz parte do processo político mais geral, é importante ter perspectiva de uma nova forma de se regular dentro de um novo programa de governo, de uma nova possibilidade de gestão do Estado brasileiro e também você ter uma nova forma de regular o setor de Saúde Suplementar. Há uma outra discussão de um sistema puramente estatal; o setor não vai desaparecer, pelo contrário, é um setor

muito pujante, economicamente e politicamente influente e pra isso também você precisa ter aliados pra fazer um processo regulatório. (Entrevistado 1)

A regulação por si não resolverá questões que transcendem a lógica de mercado; não lhe cabe garantir acesso a toda população em substituição às responsabilidades constitucionais do Estado, mas à medida que incorpore aspectos qualitativos e se insira efetivamente no debate sobre a saúde no país, poderá construir um espaço propositivo e assumir papel de responsabilidade neste processo. No trecho de entrevista acima destacado está o apontamento de um caminho que, se não passa por voltar ao começo e refazê-lo, passa por recomeçar em direção a um novo fim. Repensar a trajetória percorrida até aqui é fundamental para realinhar o futuro.

Coloca-se aqui a reflexão sobre o papel da regulação em países com sistemas públicos de saúde, argumentando que nestes países o tamanho do mercado não corresponde a  $\frac{1}{4}$  da população. No Reino Unido, com contexto sociopolítico caracterizado pelo bem estar social, somente cerca de 10% da população recorre ao sistema privado (WOLF & OLIVEIRA, 2017).

Esse quadro demonstra o conjunto de desafios para o sistema de saúde brasileiro e a importância do aprofundamento do conhecimento sobre o setor de saúde suplementar, bem como o que vem a ser a “defesa do interesse público”. Além disso, realizar análise do contexto regulatório em outros países, com aproximações estruturais em termos de sistemas universais como o SUS, poderá acrescentar importantes aspectos, no sentido de melhor adequação da política regulatória.

### 3 - GÊNESE DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)

Em junho de 1998, por meio da Lei Federal 9656, as empresas de planos e seguros privados de assistência à saúde passaram a ser reguladas no Brasil (BRASIL, 1998). Dois anos após, o Estado brasileiro criou a ANS para exercer as funções regulatórias por meio da Lei Federal 9.961 (BRASIL, 2000).

O modelo organizacional da ANS foi mimetizado das várias agências criadas pelo Estado brasileiro na mesma época, em decorrência do processo de privatização no setor de telecomunicação e da tentativa de mitigar as falhas de mercado de monopólios naturais. Nessa conjuntura, o Brasil realizou um amplo esforço no estabelecimento do regime regulatório por delegação de poder (MELO, 2001).

Neste contexto a política regulatória é fortalecida a partir do reconhecimento de que a livre interação entre os agentes de mercado não necessariamente é capaz de gerar a alocação eficiente de recursos, quando potencialmente estas interações podem resultar em efeitos negativos. As falhas de mercado constituem a motivação para que o Estado atue protegendo o interesse de geração do bem público, os quais o mercado não é capaz de produzir naturalmente (COSTA *et al*, 2001).

O novo regime regulatório contemplou um conjunto diversificado de instrumentos normativos pelos quais os atores governamentais do Executivo Federal definiram regras de conduta para empresas e implantaram uma agenda de proteção aos consumidores (COSTA *et al*, 2001).

No artigo primeiro da Lei de criação da ANS é definida a delegação de atribuição de poder decisório e autonomia ao novo ente administrativo:

A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes (BRASIL, 2000).

Também define como missão institucional da ANS *“promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país”*. (BRASIL, 2000).

O artigo 4º da Lei 9961/2000 elenca as competências normativas do órgão, dentre as quais:

- Estabelecer critérios para a concessão, manutenção e cancelamento da autorização de funcionamento das empresas e de registro de produtos;
- Estabelecer critérios para o monitoramento e controle do acesso, manutenção e qualidade dos serviços de assistência à saúde das empresas, sejam eles próprios, credenciados ou referenciados;
- Avaliar a capacidade técnico-operacional das empresas;
- Definir o rol de procedimentos e eventos de saúde que constituem a referência básica para as coberturas assistenciais, inclusive quanto à cobertura parcial temporária, nas hipóteses de lesão ou doença preexistente;
- Monitorar a evolução dos preços dos planos, dos seus prestadores de serviços e respectivos componentes e insumos, bem como autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias, ouvido o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

A delegação de poder para a ANS é formalizada pelo mecanismo de nomeação dos seus dirigentes pelo Executivo Federal após indicação ao Senado Federal, onde são submetidos à sabatina e aprovação. Cabe assim ressaltar que o processo de investidura destes dirigentes envolve informação, negociação, escolha e concertação política.

A estrutura organizacional da ANS é constituída por cinco diretorias, sendo: Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE – responsável pela autorização de funcionamento das operadoras de planos privados de saúde; Diretoria de Gestão - DIGES – responsável pela governança executiva das atividades meio da ANS; Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES – responsável pelo desenvolvimento do setor; Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO – responsável pela autorização de comercialização de produtos; e Diretoria de Fiscalização - DIFIS – responsável pela fiscalização do mercado. A gestão é feita por uma diretoria colegiada formada pelos respectivos diretores. (BRASIL, 2000).

A ANS tem sua sede na cidade do Rio de Janeiro e conta ainda com um conjunto de representações através dos Núcleos Regionais localizados em 11 capitais: Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Cuiabá, Belém, Fortaleza, Recife e Salvador, e ainda na cidade de Ribeirão Preto (SP). A ANS conta também com um gabinete de representação em Brasília. Em 2021, a ANS contava com 735 servidores, entre especialistas, analistas e técnicos, e 472 terceirizados, desempenhando funções de apoio administrativo e serviços gerais (ANS, 2022).

Em 2021, a Agência era responsável pela regulação de um mercado com 958 operadoras em atividade e aproximadamente 74,64 milhões de beneficiários. Desse total, 702 são operadoras médico-hospitalares e 256 exclusivamente odontológicas, com respectivamente 47,63 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e 27,01 milhões em planos exclusivamente odontológicos (ANS, 2021).

As entrevistas permitiram o contato pulsante das memórias pessoais e até afetivas para alguns dos atores entrevistados. Desde a rememoração, às impossíveis correções de atitudes e posturas pessoais no processo de debate e decisão em um grupo diverso em saberes e perspectivas, mas plenos de suas convicções e motivações. A história contada passa pelo período anterior à criação formal da ANS; ainda na fase de discussão do Projeto de Lei; passa também pela mobilização de atores e instituições, pelo arranjo que dividia as responsabilidades entre duas áreas de governo - os Ministérios da Saúde e da Fazenda, até expressões daqueles atores e instituições nos debates de estruturação da regulação.

As respostas também se constituem em perguntas, pois assim estarão presentes em vários momentos de um diálogo cujo principal objetivo era conhecer percepções sobre o existir, o fazer e as entregas de um órgão regulador. Para além de dialogar com questões objetivas em relação às hipóteses e perguntas, as entrevistas também revelaram certa nostalgia em alguns entrevistados. Os embates de outrora também foram capazes de produzir relações pessoais de respeito e admiração mútua, mantendo entre algumas destas pessoas vínculos pessoais que se estendem até os dias atuais.

Identificar questões de fundo que precedem e fundamentam a constituição de um órgão regulador é um elemento de ajuda à compreensão de sua inserção, sua atuação e suas entregas no cumprimento de seu papel.

Para os entrevistados, o papel do órgão regulador deveria ser constituído por respostas às expectativas colocadas naquele momento. Garantir um mercado com empresas solventes e capazes de realizar as entregas contratadas pelos consumidores; assegurar proteção e defesa daqueles que contratam um plano de saúde; garantir assistência integral e humanizada aos beneficiários; garantir que o órgão regulador cumpra a sua missão institucional junto à sociedade; garantir que o Estado cumpra o seu papel; e promover a saúde das pessoas, contribuindo com a saúde no Brasil.

Dois diretores entrevistados abordam de maneira interessante outros aspectos que ajudam a ampliar a compreensão do processo de criação da ANS e que antecedem o ato formal em si. O tema de saúde suplementar que já vinha despertando o interesse dos parlamentares foi pautado no Congresso Nacional a partir de uma iniciativa do Senado Federal consoante ao processo de reforma do Estado, na esteira da agenda neoliberal do governo da época, e motivado pelo aumento do número de reclamações que chegavam aos órgãos de defesa do consumidor. Esta discussão mobilizou instituições interessadas que

acompanharam este processo até que culminasse na votação e aprovação da criação do órgão regulador, ressaltado pelas afirmações de um dos Entrevistados:

No Congresso surgiu a iniciativa de ter um olhar para os planos de saúde, surgiu um projeto de lei. O Congresso se preocupou em regulamentar esse setor, teve toda a discussão de um PL que saiu do Senado e foi para a Câmara, e em paralelo as reclamações começaram a crescer muito nos órgãos de defesa do consumidor. Nessa ocasião [...] fui designada pelo PROCON para acompanhar toda a discussão no Congresso Nacional, por isso quando a ANS foi criada eu fui indicada para ser diretora, porque acompanhei participando das audiências públicas no Congresso, não só eu, mas [...] que estava na SUSEP, [...] que estava no Ministério da Saúde, o [...] que também estava no Ministério da Saúde, todos nós participamos da discussão do PL no Congresso, cada um vindo de um setor [...] As empresas foram crescendo e tinha que ter um olhar do Estado, portanto era um setor que não era conhecido pelo Estado. (Entrevistado 4)

Como mencionado acima, duas instituições tiveram especial participação no processo de constituição da regulação no Brasil, o Programa de Proteção e Defesa do Consumidor - PROCON e a Superintendência de Seguros Privados - SUSEP. Ambas estão na gênese dos debates iniciais relatados por alguns dos entrevistados, quando mencionam o processo de discussão que antecede a criação da ANS no parlamento, bem como a matriz conceitual representada pela experiência institucional acumulada por estas. São mencionadas ainda como origem de quadros técnicos e dirigentes que compuseram o primeiro grupo de dirigentes e servidores. A seguir apresentamos em linhas gerais um pouco da trajetória percorrida pelo movimento consumerista e ainda um breve histórico acerca do seguro no Brasil, culminando com a criação da Superintendência de Seguros Privados.

### 3.1 BREVE HISTÓRICO DO MOVIMENTO CONSUMERISTA

O movimento pela defesa dos consumidores surge nos Estados Unidos na década de 1960, em reconhecimento a importância dos mesmos nas relações de comercialização de bens e serviços, através de uma mensagem presidencial ao Congresso daquele país, reforçando o caráter universal da proteção e defesa do direito à segurança, à informação e à liberdade de escolha. Este fato foi determinante inclusive para a escolha da data de comemoração do Dia Mundial dos Direitos do Consumidor. Da mesma forma, na Europa, este movimento surge na esteira de uma sociedade com poder de mobilização e melhores condições socioeconômicas.

No Brasil surge concomitantemente ao processo de industrialização das décadas de 1960 e 1970 e tem seu primeiro marco legal através da Lei Delegada nº 4, de 26 de setembro

de 1962, que dispunha sobre a intervenção no domínio econômico para assegurar a livre distribuição de produtos necessários ao consumo do povo.

A alta inflacionária com conseqüente elevação do custo de vida, durante os anos de 1970, são destacados como estopim para as mobilizações sociais e o surgimento dos primeiros órgãos de defesa do consumidor, como a Associação de Proteção ao Consumidor de Porto Alegre - APC, a Associação de Defesa e Orientação do Consumidor de Curitiba e o Grupo Executivo de Proteção ao Consumidor (atual Fundação PROCON de São Paulo).

O processo de redemocratização do país e a recessão econômica da década de 1980 motivaram o movimento consumerista a buscar inserir a temática do direito do consumidor na Assembleia Nacional Constituinte. Assim, podemos aferir os primeiros resultados desta mobilização pelo Decreto nº 91.469, de 24 de julho de 1985, que cria o Conselho Nacional de Defesa do Consumidor, e no qual se assentam as associações de consumidores, os PROCON estaduais, a Ordem dos Advogados do Brasil, a Confederação da Indústria, do Comércio e Agricultura, o Conselho de Autorregulamentação Publicitária, o Ministério Público e representações do Ministério da Justiça, o Ministério da Agricultura, o Ministério da Saúde, o Ministério da Indústria e do Comércio e o Ministério da Fazenda; cuja finalidade era a de assessorar o Presidente da República na formulação de políticas de defesa do consumidor.

Este conselho teve importante atuação na formulação de propostas para a Assembleia Nacional Constituinte, inclusive na instituição da Política Nacional de Defesa do Consumidor.

Concomitantemente, a nível mundial a Organização das Nações Unidas - ONU estabeleceu as diretrizes para a Proteção do Consumidor através da Resolução nº 39.248 de 1985, destacando a importância dos governos de todo o mundo nesta agenda.

A Proteção do Consumidor foi inscrita na Constituição Federal de 1988 como direito fundamental e princípio da Ordem Econômica no Artigo 5º, inciso XXII, e Artigo 170, inciso V, passando ao Estado a responsabilidade pela promoção e defesa do consumidor na forma da lei. Decorrente ao princípio constitucional é criado o Código de Defesa do Consumidor - CDC, através da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, assegurando o princípio da boa-fé como basilar nas relações de consumo e o reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor a ser protegida.

O CDC estabelece como princípios básicos a proteção da vida, da saúde e da segurança, a educação sobre o consumo, o direito à informação clara, precisa e adequada, à proteção contra a propaganda enganosa e abusiva, por meio do equilíbrio das relações de consumo. A lei estabeleceu ainda que esta política de Proteção e Defesa do Consumidor no

Brasil seria exercida por meio do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor - SNDC, composto por órgãos federais, estaduais e municipais e ainda pela sociedade civil relacionadas ao tema (SENACOM/MJ, 2015).

### 3.2 BREVE HISTÓRICO SOBRE A CRIAÇÃO DA SUSEP

Como uma das vertentes fundantes da regulação em saúde suplementar, o eixo econômico financeiro advém da experiência agregada pela Superintendência de Seguros privados - Susep. Para descrever a trajetória desta instituição, necessário nos reportarmos ao início da atividade seguradora no Brasil, cujo marco se dá desde a abertura dos portos ao comércio internacional, em 1808, ocasião em que foi criada a primeira seguradora do país, a Companhia de Seguros Boa Fé, voltada para o seguro marítimo.

A atividade seguradora era regulada pelas leis da coroa portuguesa e somente em 1850 foi criado o “**Código Comercial Brasileiro**” (Lei nº 556, de 25 de junho de 1850). A partir de então houve um crescimento da atividade de seguros estendendo-se ao seguro terrestre e seguro de vida, este último até então proibido e somente autorizado a partir de 1855.

O crescimento da atividade acabou despertando o interesse de empresas estrangeiras que começaram a instalar sucursais a partir de 1862, cuja prática de remessa de lucros auferidos à matriz motivou, em 1895, a promulgação da Lei nº 294, que dispunha especificamente sobre as empresas estrangeiras e que determinava que as reservas técnicas fossem constituídas e seus recursos fossem aplicados no Brasil, como garantia dos riscos assumidos.

Este mecanismo protetivo ensejou a retirada de algumas das empresas de suas sucursais no Brasil. Em 1901, o Decreto nº 1420, de 10 de dezembro do mesmo ano, que ficou conhecido como Regulamento Murinho, em alusão ao então ministro da fazenda Joaquim Duarte Murinho Nobre, criou a **Superintendência Geral de Seguros**, subordinada ao Ministério da Fazenda e que, a partir de então, passa a concentrar dentro governo federal todas as questões relativas à fiscalização de seguros, até então distribuídas em vários órgãos, dado ao seu caráter de repartição especializada. Esta instituição de atuação em todo o território nacional tinha entre suas atribuições fiscalizar preventivamente o cumprimento das exigências dos que requeriam autorização para funcionamento. Mais tarde este órgão foi substituído por uma Inspeção de Seguros, que também permaneceu subordinada ao Ministério da Fazenda.



A criação da primeira empresa de capitalização nacional se deu somente em 1929, contudo sua autorização de funcionamento e o início de suas atividades ocorreram somente a partir de 1932, através do Decreto nº 21.143, que oficializou a autorização de funcionamento das sociedades de capitalização.

O princípio da nacionalização do seguro se deu na promulgação da constituição de 1937, ainda que já preconizado pela constituição de 1934, porém sua implementação formal se deu através do Decreto nº 5.901, de 20 de julho de 1940, o qual estabelecia as condições regulamentares e criava os seguros obrigatórios para comerciantes, industriais, concessionárias de serviços públicos, pessoas físicas ou jurídicas, contra riscos de incêndios e transportes de todas as modalidades.

Nesta mesma esteira foi criado, através do Decreto-lei nº 1.186 de abril de 1939, o Instituto de Resseguros do Brasil - IRB, o qual estabelecia que as sociedades seguradoras fossem obrigadas, a partir de então, a ressegurar naquele instituto as responsabilidades que excedessem sua capacidade de retenção própria. Significava uma divisão de responsabilidades entre a seguradora e o Instituto para cobertura do mesmo risco e também uma segurança à seguradora na assunção do risco.

A criação do IRB significou ordenamento e efetiva consolidação do mercado nacional de seguros, inclusive disciplinando aquelas empresas, tidas como meras captadoras de seguros para suas matrizes no exterior, forçando-as a constituir e aplicar suas reservas no Brasil<sup>2</sup>.

A Superintendência de Seguros Privados - Susep, autarquia dotada de personalidade jurídica de Direito Público e com autonomia administrativa e financeira foi criada pelo Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, inicialmente vinculada ao Ministério da Indústria e Comércio. Este decreto instituiu ainda o Sistema Nacional de Seguros Privados - SNSP, formado pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP; pela Superintendência de Seguros Privados; pelo IRB; pelas sociedades autorizadas a funcionar em seguros privados; e corretores habilitados. Em 1979, a Susep passa então a ser vinculada ao Ministério da Fazenda (SUSEP, 1997).

A trajetória acima descrita ajuda a compreender o desenho das questões centrais em termos dos perfis que compuseram o primeiro quadro de dirigentes da ANS. Consoante às áreas governamentais que tratavam da temática; a Superintendência de Seguros Privados - Susep, ligada ao Ministério da Fazenda; o próprio Ministério da Saúde, pasta responsável pelo

---

2 A quebra do monopólio estatal sobre as operações de resseguro no Brasil se deu somente em 2007, através da Lei complementar nº126 de 15 de fevereiro de 2007 (BRASIL, 2007).

Sistema de Saúde; e ainda com a aproximação da sociedade, através dos órgãos de defesa do consumidor.

As funções e a experiência acumulada por estas instituições que estiveram na origem do processo de constituição da ANS, influenciaram o desenho da pauta dos debates nas primeiras reuniões da diretoria colegiada. Não se tratava apenas de exercer a atividade regulatória, mas de se estabelecer as bases conceituais e referenciais que moldariam a atuação do órgão regulador, como relatado nesta entrevista:

Em 1999, quando houve o governo FHC, governo de então, ele já tinha feito a reforma do aparelho do Estado, organizando o Estado de forma que alguns setores importantes da economia, inicialmente aqueles que eram governamentais e foram privatizados, resolveu-se criar o Estado regulador e criaram-se as agências reguladoras. Num primeiro momento as de infraestrutura - ANATEL, ANEEL e ANP<sup>3</sup>, num segundo momento veio o social, porque já tinha assumido o Ministério da Saúde o ministro José Serra, que tinha um olhar econômico para a questão e ele achou importante também criar uma agência no setor de medicamentos [...], era uma regulação bipartite, todo o aspecto assistencial estava no Ministério da Saúde e todo o aspecto econômico-financeiro estava no Ministério da Fazenda, e logo em seguida a lei foi aprovada em 1998 e a vigência a partir de janeiro 1999, mas em setembro de 1999 se percebeu que não dava para ter esse recorte de ser regulado por dois órgãos e já era uma reivindicação tanto dos médicos como das entidades de defesa do consumidor que todo esse tema ficasse reunido no Ministério da Saúde. Em setembro/1999 resolveu ficar a regulação uníssona somente no Ministério da Saúde e percebeu-se que tinha inúmeras operações e ninguém conhecia esse mercado. [...] Aí quando a gente chega todos os processos que estavam no Ministério da Saúde foram encaminhados para a ANS e a gente observa que tinham 2000 e tantas operadoras registradas de toda ordem, a maioria delas não tinha a menor condição de estar no mercado, muitas delas não tinham nem consumidores, eles resolveram começar a registrar para ter uma garantia em um novo mercado, uma coisa nesse sentido. (Entrevistado 4)

No próximo capítulo serão tratadas as questões objetivas em termos de infraestrutura e capacidades operacionais do início da regulação, mas aqui nos interessa ressaltar as diversas perspectivas que compunham o quadro inicial, em função não somente do perfil dos dirigentes, mas principalmente das questões de fundo para o direcionamento da organização. Em meio a tantas tarefas e expectativas, havia ainda pressões por respostas, contudo prevaleceu a percepção de uma iniciativa estruturante para estabelecer as bases do novo órgão, ao invés de imprimir velocidade, buscou-se dar direção estratégica.

Para que regular? Eis a questão trazida pelo Entrevistado 1 e que sintetiza a tarefa daqueles dirigentes à época.

---

3 Agência Nacional de Telecomunicações – ANATEL; Agência Nacional de Energia Elétrica – ANEEL; Agência Nacional de Petróleo – ANP.

Neste primeiro momento, nós tínhamos problemas estruturais importantes. Combinados com estes problemas estruturais nós tínhamos uma questão de objetivo, de foco - **Para que regular?** Esse era um grande debate colocado e um debate que tinha várias questões de tensionamento entre uma visão consumerista da regulação que era voltado muito para o Código de Defesa do Consumidor, que a regulação teria vindo mais como um “plus” em relação à defesa de uma visão consumerista da saúde. Tinha outra visão que disputava que tinha a ver muito com a questão econômica das empresas com origem na Susep, que na verdade tentava jogar o mercado para um nível de operação das seguradoras o que significaria “limar” um conjunto de operadoras empresas e você ficaria praticamente com as seguradoras e grandes operadoras; as regras econômicas também tinham um fator de tensionamento. Tinha um terceiro ponto de vista com o qual me identifico, que é você precisava regular setor privado, o setor de saúde suplementar como um grande player, como um grande ator dentro da saúde no Brasil que disputava, que tinha vários vasos comunicantes com o SUS (prestadores, médicos) e do que o papel do Estado ao regular este setor era tentar direcioná-lo para o campo da produção da saúde com regras (a questão do rol era importante) de operação que levassem, que tivessem impacto na saúde da população brasileira, que conduzisse esse setor para a chamada à época, produção de saúde; era um setor econômico mas que teria que produzir saúde; teria que ter resultados de indicadores assistenciais (parto normal, promo/prev, impacto nos indicadores de morbimortalidade). Isso de alguma forma eram os vetores que disputavam o rumo do processo regulatório brasileiro. Eu acho que nenhum deles foi vitorioso. Acho que teve um vetor síntese que acabou pegando questões de todos os tensionamentos. (Entrevistado 1)

A fim de conhecer uma possível expressão destas vertentes, buscou-se a produção normativa da ANS desde sua origem, classificando em grupos temáticos que guardam relação direta com as vertentes consumerista, econômico-financeira e assistencial acima mencionadas. A relação não é necessariamente direta, pois muitas resoluções em que pese estarem vinculadas a um determinado grupo temático, têm o condão de influir em práticas cuja adoção pode repercutir em outro grupo. Uma medida de ordem econômico-financeira pode ser fundamental para criar garantia para que se cumpra com uma determinada obrigação que protege o direito do consumidor; ou ainda sendo da temática consumerista com repercussão assistencial. Esta constatação corrobora com o depoimento do entrevistado 1 ao afirmar que houve na verdade um vetor síntese, produto da combinação das três vertentes. Também pode-se depreender uma consecução ordenada de abordagens onde o foco inicial estivesse no ordenamento das empresas em se constituírem primeiramente como aptas a permanecerem no mercado, logo as regras relativas a esta tarefa terem maior atenção inicial. O eixo temático “Regulação da Estrutura de Produtos”, foi também acrescido a esta busca por se tratar daquilo que representa o “pacote” a ser oferecido aos beneficiários, nele contido as garantias assistenciais.

O quadro 2 apresenta um resumo da produção normativa da ANS distribuída por eixos temáticos semelhantes aos que foram tratados acima. Observa-se uma maior concentração de produção normativa requerida pela questão econômico financeira.

Quadro 2 – Resumo da Produção Normativa da ANS no ano 2000 a 2021

<b>Eixo Temático</b>	<b>Número de Normativas</b>
Regulação Assistencial	66
Regulação da Estrutura de Produtos	108
Regulação Econômico-financeira	113
Regulação com Operadoras, Prestadores e Consumidores	88

Fonte: ANS, 2022a.

A partir do levantamento acima, o que buscamos é uma base para a hipótese de que a regulação tenha resultado em modificações na estrutura do mercado, seja no aspecto econômico-financeiro, nas relações de consumo ou ainda no aspecto assistencial. Sob o ponto de vista dos entrevistados, qual seria a repercussão dessas eventuais modificações, se existiram modificações, se foram benéficas ou não e sob que aspectos. Se a ação regulatória proporcionou redução do número de operadoras no mercado, ou se contribuiu para a concentração do mercado de saúde suplementar.

Há uma convergência bastante significativa entre os entrevistados de que a regulação trouxe ao mercado um conjunto de medidas que foram fundamentais para o seu ordenamento. Talvez este seja o mais robusto dos entendimentos relatados durante as seis entrevistas realizadas. Ainda que se tenha pontos de vista que se distinguem, nenhum chegou a ser conflitivo em relação à necessidade, à oportunidade e à importância da ação regulatória. Claro que também existem perspectivas distintas, mas estas vamos tratar ao longo da presente análise e à medida em que se encaixam numa narrativa que busca a fidedignidade aos achados e coerência com o roteiro semiestruturado que foi utilizado.

Após anos de uma atuação livre de qualquer regulação, o ambiente era composto não apenas por aqueles agentes em condições de cumprir com as obrigações contratadas pelos beneficiários, mas também por uma gama de agentes que lá atuavam sem as devidas garantias e capacidade de arcar com as responsabilidades e entregas. Havia uma verdadeira ciranda de abertura e fechamento de empresas, conforme relatam os entrevistados a seguir:

Abria-se empresa no período de carência e fechava-se quando terminava o período de carência. Com a definição de regras de entrada e saída; solvência econômica financeira, ou seja, uma avaliação acerca da capacidade de a empresa saldar seus compromissos com terceiros; fez com que muitas empresas saíssem do setor, seja espontaneamente, seja em função do não cumprimento de tais regras/requisitos, ou ainda em função de aquisições e fusões. Em 2005 havia cerca de 100 empresas em

direção fiscal<sup>4</sup>. Todo mercado regulado tende a concentração porque se exige regras de atuação. A regulação desempenhou um papel positivo ao retirar do mercado aqueles que não tinham condições de garantir a entrega do que fora contratado. Isso proporcionou que atualmente haja muito menos empresas quebrando, sendo fechadas, deixando o beneficiário sem assistência com uma insolvência financeira. Portanto, a regulação em si acaba por desembocar numa via que leva a concentração, o que traz um lado negativo que é o impacto no aspecto concorrencial, onde é possível verificar que um número muito pequeno de empresas é responsável por praticamente a metade dos beneficiários. Importante destacar que após 2010 o processo de fusões e aquisições se deu num mercado em efervescência, ampliando ainda mais esta concentração e não mais em função da ação regulatória. A influência do ordenamento regulatório foi maior no início, dado a ausência de regras que antecederam a entrada do órgão regulador, não só pelas regras de entrada e saída do mercado, mas destacadamente pela introdução do rol de procedimentos, que estabelecia um conjunto de procedimentos e implicava na oferta de um produto mais complexo, o que nem todas as operadoras de menor porte não tinham condições de ofertar. Contudo, houve também o processo “natural” de movimentação das forças do mercado (fusões, aquisições, abertura para o capital estrangeiro, abertura de capital na bolsa de valores) que passaram em um segundo momento a protagonizar o fenômeno da concentração do mercado e não apenas as regras iniciais estabelecidas. (Entrevistado 1)

Essa foi uma evolução que o mercado, o setor passou. Digo que acompanhei o período antes da regulação, tínhamos uma grande insegurança assistencial e jurídica, porque, aos quatro cantos, com todo respeito, grupos se instalavam e abriam operadoras de planos de saúde. Não davam a garantia, primeiro a mais importante - dar atenção ao beneficiário, ao consumidor que adquiriu o plano, e a toda cadeia depois - o médico, o hospital, a clínica, o laboratório, ao sistema como um todo. Porque o beneficiário, dentro de um processo de mutualismo, na hora que ele vai utilizar não tem o que utilizar. Então isso faz com que a gente tenha a prova inequívoca de que precisamos regular, arrumar este setor. (Entrevistado 2)

[...] criação de pequenas empresas que não cumpriam seu papel junto ao beneficiário do seu plano de saúde, elas eram criadas pra um grupo (de forma) fácil e rápido, elas têm 6 meses iniciais para ofertar, recebe e não gasta, e tinha muita gente com caráter duvidoso, pequenos empresários espalhados pelo Brasil que abriam suas empresas, ou a agência fechava ou eles mesmo fechavam após um certo tempo de receita ou eram adquiridos pelas maiores, aquelas que davam certo. (Entrevistado 3)

Acho que essa evolução foi necessária, foi consequência da regulação, que determinou padrões de comportamento, regras de entrada e saída do mercado, regras de boas práticas contábil, que empresas muito pequenas não conseguem seguir porque escala é necessário pra que você possa ter a diluição dos custos de funcionamento de uma companhia como essa pra que você cumpra a regulação econômica, pra que você cumpra a regulação assistencial, e para que os eventos não causem um distúrbio no seu fluxo de caixa, que é a capacidade da empresa de pagar no dia a dia. Então eu preciso ter escala porque na hora que tenho um evento grave ou um conjunto de eventos graves, que uma kombi tomba com cinco pessoas dentro e as cinco ficam graves, isso pra uma população de duas mil vidas<sup>5</sup>, três mil vidas,

---

4 O Regime Especial de Direção Fiscal foi estabelecido pelo art. 24 da Lei 9.656, de 15 de maio de 2001, e determina que: “Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso”. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5476>.

5 Aqui não há como não registrar esse vício de linguagem. O mercado costuma se referir a número de contratos em uma determinada carteira, como sendo número de vidas. Um indivíduo pode ter mais de um contrato, contudo só tem uma vida. O mercado não é Deus.

tomba a empresa junto. E numa população de 40 mil, 100 mil, 150 mil isso é diluído nos custos do mês por mais grave que essa população fique. (Entrevistado 5)

Então com a ação regulatória do Estado brasileiro inevitavelmente e com toda a criação do arcabouço regulatório de garantias que o consumidor não fique descoberto quando precisar. Então precisa ter empresas sólidas com capacidade ao longo do tempo de arcar com essa demanda, que às vezes ela pode explodir aqui e ali em função do contexto do país. (Entrevistado 6)

A esta altura já é possível afirmar que a instituição cumpriu uma etapa inicial bastante significativa e com resultados visíveis em relação a um ordenamento do mercado no que se refere às condições exigidas em termos de estrutura das empresas, para que as mesmas permanecessem atuando. Ao ordenar esta participação, a regulação contribuiu para que o mercado fosse composto por empresas em condições de arcar com seus compromissos com os beneficiários. Como enfatizado em alguns trechos das entrevistas acima, o fato de haver um ordenamento neste mercado, já promoveu este “saneamento”, ainda que nos primeiros anos a ANS também vivenciasse uma necessária aprendizagem e estruturação organizacional e institucional, a fim de ampliar sua influência positivamente e se voltar para aspectos mais afeitos à qualificação das garantias assistenciais; estas sim, a tarefa mais robusta e cercada de tensões.

O consenso frente a importância da regulação, contudo, não se estende ao entendimento sobre a concentração decorrente. Enquanto alguns colocam como dada em função do maior número de beneficiários em cerca de cinco ou seis operadoras, outras posições relativizam este fenômeno; não só ao compará-lo com o setor bancário, cuja concentração se resume a menos de 10 instituições, mas também por considerar que as cerca de 900 operadoras não chegam a significar um número concentrado, conforme o entrevistado 4.

Não é mercado concentrado do ponto de vista do número de prestadores de serviços, porque a gente tem 703, há uma concorrência, você não pode dizer que é um mercado concentrado do ponto de vista da prestação de serviços, pode dizer que há uma concentração na região sudeste - regional. Pode falar que há uma concentração em relação ao número de beneficiários e empresas, pode perceber que o maior número de usuários está concentrado em cinco-seis empresas. Nenhuma das fusões foram rejeitadas pelo CADE, todas foram aprovadas porque não há concentração nesse sentido. (Entrevistado 4)

O que se verifica é que a saúde suplementar, após ter superado um primeiro momento de ordenamento mais previsível e elementar, promovendo inclusive a saída de empresas sem condições de oferecer garantias aos beneficiários, tem enormes desafios para proporcionar maiores avanços na qualificação da assistência à saúde propriamente dita.

Como exposto, percebe-se que o entendimento acerca das garantias econômico-financeiras foi de mais fácil compreensão e assimilação pelo mercado, o mesmo não se verificando em relação às garantias assistenciais. Parece residir aí uma visão de incompatibilidade entre a expectativa das empresas em relação a seus lucros e às especificidades que a prestação de serviços em saúde possui. Não se trata de venda de algo tangível materialmente ou simplesmente quantificável. O estado de saúde de um indivíduo possui características próprias e, por mais que se tenha estratégias de saúde coletivas, o que inclusive é algo novo na saúde suplementar, cada indivíduo possui características e necessidades específicas e que só podem ser verificadas na relação essencial entre profissional de saúde e o beneficiário. Aliás, esta é outra questão sob a qual a saúde suplementar também engatinha; a qualidade da atenção à saúde não mais se basta na relação médico/paciente, mas num conjunto de olhares e saberes multiprofissionais, algo ainda longe do entendimento ou da conveniência das empresas.

Temos que neste quadro a saúde suplementar ainda se debruça muito mais em desvios que no enfrentamento da dimensão assistencial. Negativas de cobertura assistencial ainda motivam enormemente a participação do judiciário nesta relação, cujo maior objetivo deve ser a suficiência de mecanismos regulatórios a fim de promover o seu desenvolvimento.

#### 4 - IMPLANTAÇÃO DO REGIME DE REGULAÇÃO

Para além do desafio das escolhas conceituais que foram firmadas como diretrizes para a implementação do processo regulatório institucional, havia outro de natureza concreta e objetiva, que era edificar uma estrutura organizacional capaz de viabilizar o cumprimento de sua missão institucional, possibilitando alcance e atuação em todo o território nacional. Acrescente-se ainda que o caráter de Autarquia Especial conferido na lei de criação da ANS implica maior autonomia administrativa, orçamentária, financeira e decisória na relação com o governo, estando vinculada e não subordinada ao Ministério da Saúde, aumentando, por conseguinte, o nível de responsabilidade institucional.

O status de Autarquia Especial diz respeito à natureza do diploma de criação ser caracterizado como uni temático, ou seja, não pode tratar de nenhuma outra disposição além do que está sendo criado como direito. A autonomia e o poder normativo assegurados, porém, não significam que seus atos não possam ser objeto de acompanhamento pelo poder legislativo e judiciário (ALMEIDA, 2008).

A lei de criação do órgão regulador estabeleceu a dinâmica da gestão estratégica e executiva do mesmo, ordenando o processo de indicação pelo Executivo ao Legislativo dos nomes dos candidatos a dirigentes. As indicações são submetidas à sabatina e aprovação prévia pelo Senado Federal, para então serem nomeados pelo presidente da República. Estabeleceu ainda que o processo decisório na gestão do órgão se dê de forma colegiada pelo voto da maioria dos cinco dirigentes, com mandatos não coincidentes com o do presidente da República e duração de três anos, admitindo uma recondução. A Lei Geral das Agências alterou, entre outros aspectos, o tempo de duração do mandato dos dirigentes para cinco anos e suspendeu a recondução (BRASIL, 2019). As principais implicações trazidas pelo novo dispositivo legal serão tratadas em seção própria no próximo capítulo.

A definição da sede da ANS na cidade do Rio de Janeiro visava situar o órgão regulador na região de maior concentração de usuários e agentes do mercado de saúde suplementar, que é a região sudeste. Tal fato explica inclusive a existência para além da sede de três Núcleos Regionais no eixo Rio-São Paulo (um na cidade do Rio de Janeiro, um na cidade de São Paulo e um em Ribeirão Preto, SP).

A construção e aprovação de um regimento interno representa o primeiro passo na definição de papéis atribuídos a cada uma das cinco diretorias e demais aspectos do ordenamento da organização. A estrutura deve ser pensada e construída com o objetivo de



acompanhar a visão estratégica definida nas atribuições legais da organização e também na missão institucional dali advindas. O traçado metodológico a orientar esta fase encontra suporte na metodologia do Balanced ScoreCard - BSC adaptado a gestão pública, cujo percurso estabelece a partir da Missão Institucional, Visão de Futuro e Valores, e dos objetivos estratégicos e específicos, distribuídos em três dimensões: Resultados institucionais, Processos internos, Infraestrutura e aprendizagem (ZIMERMMANN, 2010).

#### 4.1 ASSIMETRIA DE INFORMAÇÕES ENTRE REGULADOR E MERCADO REGULADO

Um desafio inicial que se apresenta à estruturação da agência refere-se à formação do corpo de trabalhadores. No início do funcionamento da ANS a formação do primeiro grupo de servidores se deu pela contratação de consultores, caracterizados como pessoal temporário através de organismos internacionais, como por exemplo, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, e por meio de cessão de servidores de outros órgãos federais, o que ajuda a dimensionar as primeiras dificuldades.

Como já mencionado, as agências reguladoras foram criadas no esteio do projeto de reforma administrativa dos anos 1990. Respondeu ao entendimento de que o Estado deveria redefinir seu papel, nos termos de Bresser-Pereira – um dos principais articuladores políticos e formulador da reforma gerencial brasileira-, para atuar como mediador e regulador ao operar decisões políticas em um núcleo estratégico e transferir para agências autônomas a função de regulação econômica que, afastadas da esfera da política e de engessamentos burocráticos, poderiam regular com neutralidade e eficiência as relações entre Estado, sociedade e mercado (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Todavia, o princípio da ultra especialização, que dá a agência reguladora, o caráter de diferenciação em relação à forma burocrática tradicional (MAJONE, 1999) é a primeira questão que ocorre frente ao fato de que o mercado e seus agentes tinham maior experiência e conhecimento sobre seu próprio funcionamento que o órgão recém-encarregado de regular, configurando uma evidente assimetria no meio.

O processo de estruturação da ANS não ocorre livre de contradições. O modelo institucional de agência preconizado no âmbito da citada reforma administrativa não previa a formação de um quadro de funcionários de estado em sua composição. Curiosamente, apesar da agenda política do governo que sucede ao período de reforma do Estado em tese não

abrigar esse modelo de agências reguladoras autônomas, tal modelo não só não é rechaçado como é ainda mais institucionalizado. É a partir do primeiro governo Lula que se abrem concursos públicos para compor o quadro de servidores das agências reguladoras criando uma carreira específica, estatutária e, inclusive, com valorização salarial superior a maioria das carreiras dos ministérios.

Assim, a configuração de um quadro permanente, especializado e estável de servidores públicos só foi instalada a partir do primeiro concurso público para a carreira de especialistas em regulação, analistas administrativos e técnicos em regulação ocorrida em 2005. Ainda que tenha havido algum estranhamento do novo governo em relação às agências reguladoras há de se registrar que a política de “desprecarização” representada pelo primeiro concurso público, sinaliza o cumprimento de responsabilidades assumidas pelo Estado brasileiro transcendendo a arena das diferenças políticas entre governos.

Como observa Majone (1999) a principal distinção do modelo de agências para o modelo burocrático tradicional é a combinação de especificidade técnica com independência num espaço estreito de questões políticas e, como dito anteriormente, a criação de um corpo de servidores de carreira de estado sublinha esse modelo de especialização das agências.

Com isso, o desafio de institucionalização da ANS era responder ao volume de informações e demandas reunidas pelas áreas dos ministérios que tratavam da temática da saúde suplementar, além de criar uma estrutura que pudesse absorver as demandas por informações e reclamações advindas tanto de operadoras e prestadores como dos beneficiários. No bojo da necessidade de estabelecer articulações institucionais para ampliar o conhecimento acerca do mercado, a criação da Central de Relacionamentos foi fundamental para que se estabelecesse, desde o início, um canal de comunicação com todos os entes envolvidos, as informações reunidas serviriam tanto ao propósito de orientar o processo decisório interno da agência nas dimensões gerencial e estratégica, quanto ao propósito de servir de insumo ao próprio relacionamento da ANS com os agentes de mercado.

Destaca-se ainda que a estratégia da ANS passou a considerar fortemente a necessidade de ampliar o debate sobre informações em saúde suplementar, culminando num processo mobilizador dos agentes de mercado para a implantação de um padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS, cujo objetivo era o de padronizar as ações administrativas e subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico-financeiro e assistencial das operadoras e compor o Registro Eletrônico de Saúde; tendo por diretriz a

interoperabilidade entre sistemas já utilizados no âmbito público e como referência a experiência internacional relativa ao tema (MENDES, 2009).

A medida da determinação institucional pela reunião, valorização, uso e disponibilidade de informações produzidas na saúde suplementar pode ser medida pela facilidade de acesso ao sítio eletrônico da ANS, bem como a forma pedagógica com que as dispõe. Neste sentido, vale ainda mencionar que a presente dissertação em muito recorreu àquele sítio eletrônico, cuja abrangência e detalhamento das informações ali encontradas permitiram dispensar a apresentação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP do Termo de Compromisso de Utilização de Dados - TCUD, que orienta e assegura os limites da utilização de dados institucionais.

As considerações acima, também encontram referência no depoimento de um dos entrevistados:

[...] uma coisa que a ANS melhorou muito é a capacidade de informação, os Boletins Informativos, o site, um conjunto de informações que a ANS dispõe, tornam esse processo hoje muito mais fino, muito mais possível do que naquela época em que não se tinha essa informação. Então se trabalhou muito na padronização de informações - TISS. (Entrevistado 1).

Para além do investimento instrumental para dotar a organização de capacidade tecnológica para o tratamento de dados e reunião de informações, destaca-se ainda a criação de um programa de relacionamento institucional denominado “Parceiros da Cidadania”, que veio a consubstanciar a estratégia de articulação com outros órgãos e atores. A função principal era estabelecer relação com instituições cuja atuação estivesse voltada para o mercado de saúde suplementar; visando, sobretudo tornar conhecido o papel deste novo ator. Dado à capilaridade da área de fiscalização, inicialmente a única diretoria com atividade em todos os núcleos regionais, o referido programa era executado por esta diretoria. Para alguns interlocutores da época ainda havia certa confusão com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, ou ainda, com o órgão de defesa do consumidor.

O programa “Parceiros da Cidadania” passou a exercer uma atividade de apresentação da instituição a um segmento importante, inclusive promovendo acordos de cooperação e troca de informações com o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor; defensorias públicas e o judiciário em geral. O programa tinha então o condão de inspiração na vertente consumerista abordada no capítulo anterior e ainda repercutindo na vertente assistencial, como será abordado mais adiante. Este processo de articulação institucional tinha ainda como

instrumento a celebração de “Acordo de Cooperação Técnica” que primava pela troca de informações entre os celebrantes.

O grande volume de processos gerados na Central de Relacionamentos acabou por se tornar por muitos anos uma das principais demandas de trabalho do órgão. A dinâmica consistia em dar tratamento processual formal às duas modalidades, tanto pedidos de informação quanto reclamação, distinguindo-os no desfecho, mas mobilizando a mesma estrutura em seu início.

A chegada dos primeiros servidores concursados, nos anos de 2005 e 2006, proporcionou acelerar o tratamento destas demandas, principalmente pela adoção de conceitos e institutos jurídicos que passaram a valorizar o tratamento às demandas oriundas de beneficiários, tendo como centralidade a solução do problema e não a absorção de forma burocrática.

A transformação do papel dos núcleos regionais em instâncias mais envolvidas no processo decisório, passando os mesmos a distinguirem na origem o que era demanda por informação e reclamação, decidindo em caráter preliminar os processos administrativos, cabendo à sede decisão de recurso, ajudou a dinamizar estas demandas. Este fato proporcionou inclusive a constatação de que o tempo decorrido entre a abertura do processo e o desfecho não respondia de maneira tempestiva a solução reclamada, a ponto de haver situações em que o beneficiário já havia inclusive falecido. O tempo do processo formal, não correspondia ao tempo da necessidade de saúde representada por aqueles processos. As demandas por serviços de saúde não se submetem ao tempo burocrático como acontece em outras áreas de prestação de serviços, tampouco são passíveis de previsão os custos de uma emergência.

O mérito da especialidade e da estabilidade de um quadro permanente de servidores está em proporcionar a continuidade de atividades criadas por diferentes gestões, obedecendo prioritariamente ao princípio da qualidade do ato institucional. Aquilo que se respondia em até cinco anos, passou a ser respondido em um tempo muito menor e adequado ao que se pode considerar o melhor desfecho - a satisfação da necessidade do beneficiário dentro de princípios garantidos em uma relação contratual.

Esta pesquisa não tem a pretensão de discutir questões próprias das ciências jurídicas, mas não se furta a reconhecer princípios e instrumentos que oriundos daquelas ciências dão amparo a gestores na busca do que melhor expresse a sua capacidade de responder à sociedade.

A Constituição Federal estabelece os princípios aos quais se submeterão a administração pública direta e indireta de qualquer dos poderes. O destaque que nos interessa neste ponto é para o princípio da eficiência, cujo sentido está associado com a necessidade de imprimir celeridade no cumprimento da finalidade pública; atender os anseios da sociedade atingindo resultados qualitativos com aumento de produtividade e economicidade (ARAGÃO, 2004).

Merece consideração a declaração colhida de um dos entrevistados ao chamar atenção para uma determinada constatação em relação ao perfil do corpo dirigente da ANS, onde figura na alta direção poucos profissionais de saúde. Na percepção deste entrevistado, há uma assimetria em relação a formação e ao olhar de dirigentes na gestão ou alta direção com maior inclinação aos aspectos econômico-financeiro e jurídico em desvantagem do olhar esperado por profissionais com formação na área da saúde propriamente dita, o que pode expressar uma tendência de enfoque distanciado da questão assistencial:

Num período mais recente, esse é um setor que tem perdido do ponto de vista regulatório, inclusive pela própria composição da direção da Agência não ter praticamente profissionais da área da saúde na gestão ou na alta direção. Você caminha para ter administradores, advogados sem nenhuma crítica a essas profissões. O tempo todo existiu e acho que deve existir uma atuação multiprofissional, mas é preciso ter pessoal com uma compreensão do sistema de saúde, da visão das relações com o SUS, porque você não regula a Saúde Suplementar desconhecendo que tem um sistema público de saúde que atende, que é responsável pela atenção de 100% da população brasileira, está presente no país como um todo na operação de um conjunto de políticas que têm impacto na Saúde Suplementar e que portanto a Saúde Suplementar também deveria ter esse processo de acompanhamento e que me parece que isso vem se distanciando dentro do processo regulatório e eu acho que talvez seja uma certa inflexão no caminho do processo regulatório. (Entrevistado 1)

Feitas essas primeiras considerações passaremos a abordar alguns processos que se destacaram ao longo da implantação do regime regulatório no âmbito da saúde suplementar. Sem prejuízo a outras iniciativas discutiremos sobre aquelas que, seja por seu impacto efetivo no método de atuação da agência, seja pela relevância institucional tiveram maior destaque.

#### 4.2 O NOVO ENFOQUE DA FISCALIZAÇÃO

Conforme sinalizamos na seção anterior a gênese da agência é marcada pelo acolhimento de demandas individuais de beneficiários que eram tratadas dentro dos ritos do

processo administrativo sancionador mostrou-se, ao longo dos anos, pouco eficaz: gerando um grande volume processual e apresentando poucas respostas ao cidadão.

A mudança do foco voltado para o desfecho significou uma base para a mudança de entendimento jurídico necessário para garantir a legalidade dos atos decorrentes desta nova perspectiva. Colocar-se no lugar do beneficiário significou pensar que muito provavelmente ninguém sai de casa para brigar com sua operadora, mas que ante sua necessidade e os ritos burocráticos na consumação de seu contrato não há espaço para chicanas. A negativa de cobertura sempre foi uma das reclamações mais valorizadas nesta relação. De que adiantaria uma ação sancionatória a ocorrer em momento posterior à necessidade de um beneficiário em realizar um procedimento? O propósito da mediação de conflitos foi fundamental para que se pudesse dissecar o evento, o Fato motivador que está na base da decisão de um indivíduo em adquirir um plano de saúde é o momento que ele precisa.

A relação contratual pressupõe o compromisso do beneficiário com o pagamento em dia de sua obrigação financeira, também pressupõe a obrigação pela operadora em prover os serviços contratados; logo o evento em que se materializa o contrato é o seu uso, aqui chamado de Fato. Para melhor análise desta relação foi utilizado um modelo explicativo onde se isolou cada momento que envolve o Fato.

O momento “Pré Fato” é a ocasião em que o indivíduo contrata um plano de saúde, devendo para isso estar bem orientado e consciente do que está sendo adquirido e que do ponto de vista do órgão regulador se aplicam princípios da Informação, Educação e Comunicação - IEC sobre o consumo consciente e boas práticas de comercialização.

O momento “Trans Fato” é a ocasião em que o indivíduo tem sua necessidade demandada e recorre ao atendimento, devendo para isso ter sua demanda atendida em tempo razoável e que não implique prejuízos à sua saúde. Do ponto de vista do órgão regulador, se aplicam neste momento medidas de intermediação, a fim de garantir que seja atendida a demanda do beneficiário dentro do que dispõe o contrato. Neste quadro foram criados mecanismos de mediação onde o órgão regulador atua no sentido de formalmente notificar a operadora e oferecer a oportunidade de que a suposta negativa seja corrigida em tempo de não prejudicar a saúde daquele indivíduo. Troca-se o burocrático processo sancionador pela melhor solução do conflito, com base no princípio da reparação voluntária e eficaz. Até hoje está em pleno funcionamento a Notificação de Intermediação Preliminar - NIP, cuja eficiência está na ordem de 90 % de solução de demandas à Central de Regulação da ANS, conforme relatório referente ao ano de 2021 (ANS, 2021). Este dispositivo separa na origem demandas

de informação daquelas de caráter assistencial, com priorização para os casos de negativa de cobertura assistencial.

O momento “Pós Fato” – ocasião em que o indivíduo teve sua demanda negada sem a observância do que lhe assegura o contrato, por conseguinte, a situação de demanda por atendimento à sua saúde negada. Nestas circunstâncias, do Fato consumado cabe ao órgão regulador o recebimento da denúncia e apuração através de um processo administrativo sancionador (SCALERCIO et al, 2009).

Para além de uma estratégia de aproximar o órgão regulador dos agentes do mercado, as iniciativas mencionadas até aqui registram como foram construídos mecanismos de diminuição da judicialização das relações de saúde, ainda que insuficientes para reverter o quadro de judicialização apontado em pesquisa recente sobre a temática (TRETTEL, 2018).

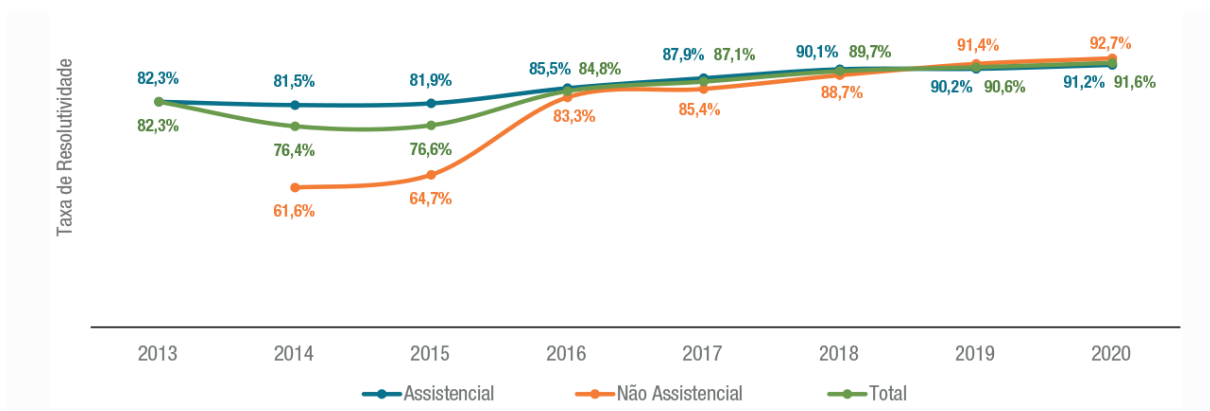
Neste ponto é importante relacionar que este dispositivo, cuja inspiração se origina na vertente consumerista, acaba por incidir diretamente sobre a vertente assistencial, reforçando a ideia de que as vertentes econômico-financeira, consumerista e assistencial acabaram por resultar num vetor síntese, com repercussões comuns a todas elas; ainda que sem equivalência isonômica e em desfavor da questão assistencial

A mudança de foco e os dispositivos criados a partir de então tiveram o condão de elevar a capacidade do órgão regulador em reunir informações e requalificar sua intervenção, ajudando conseqüentemente a consolidar sua importância no mercado e também na relação com o governo. Na perspectiva de um entrevistado, ao abordar a questão da busca pela consolidação do papel ANS, esta estratégia repercutiu de imediato na autonomia da agência na medida em que passou a ser mais ouvida na relação intragovernamental.

Tanto que se você olhar a suspensão de comercialização de planos de saúde, ela decorre do trabalho de uma diretoria [...] que através do seu sistema, da NIP, nós criamos essa capacidade [...] e fornecemos todo o insumo estratégico para a decisão da colegiada, isso então autorizava uma suspensão de comercialização que aí dói no bolso. Se você olhar as principais ações ainda hoje são de 13 anos atrás. (Entrevistado 6)

O dispositivo da NIP, dado a capacidade de gerar informações acerca das necessidades assistenciais dos beneficiários, veio a servir desde então como referência para o monitoramento e avaliação do comportamento das operadoras, podendo inclusive implicar na determinação de suspensão de comercialização, uma vez que compõe a metodologia estabelecida para monitorar as práticas das empresas.

Gráfico 2 - Nível de efetividade da NIP



Fonte: ANS, 2021.

#### 4.3 O ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Outro marco no processo de instalação do regime regulatório é representado pela adoção do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Enquanto a mediação de conflitos fez a correlação com o Eixo Consumerista, a utilização deste dispositivo veio responder ao Eixo Assistencial, uma das vertentes basilares sobre as quais se assentaram as diretrizes da regulação, conforme mencionado no capítulo anterior.

A medida mais aguda no sentido da especificidade que diferencia este ramo do mercado de saúde é exatamente o estabelecimento de um conjunto de serviços que são elementares em se tratando de assistência à saúde. Aquelas empresas que não conseguiam garantir aquele conjunto de procedimentos não estariam cumprindo com as garantias assistenciais aos beneficiários, logo foram saindo do mercado. Um dos entrevistados, ante a pergunta acerca de medidas regulatórias que contribuíram para a saída de empresas do mercado de saúde suplementar, colocou o advento do rol como determinante:

Num primeiro momento o peso da regulação foi maior, principalmente ao colocar o rol mínimo de procedimentos, que obriga as operadoras a ter um produto relativamente complexo e aí não são todas as que conseguem fazer isso. Por exemplo, as autogestões com dois a três mil beneficiários e que ofereciam restrições do rol. A hora que ela é obrigada a cumprir. Se ela não cobria UTI, não cobria oncologia, a hora em que ela é obrigada a cumprir o rol, se tiver três casos de oncologia ou um bebê prematuro, com 30/60dias de UTI, neonatal, ela quebra. O rol e as regras econômicas de solvência, num primeiro momento, foram os grandes responsáveis por este ajuste (acomodação) inicial do processo regulatório. Quem sobreviveu a isso e passou por esta primeira fase, depois, eu diria neste segundo momento, da segunda década, aí sim o mercado e a questão econômica (abertura de capital estrangeiro, abertura de capital na bolsa,) são vários os fatores que levaram, do ponto de vista econômico e que são mais preponderantes do que o processo



regulatório. O rol e as garantias financeiras foram os que tiveram mais impacto no início; num segundo momento, as questões de mercado foram mais relevantes. (Entrevistado 1)

Em outra entrevista a questão do rol é também colocada como demarcação clara das obrigações assistenciais, a fim de zelar pelo acesso dos beneficiários a procedimentos seguros e de qualidade. Mas não somente este aspecto, o entrevistado destaca o rol como uma ferramenta delegada à ANS pela lei e, portanto, de interpretação taxativa na sua aplicação, apontando as tentativas do mercado em flexibilizar ao máximo possível a utilização do rol como referencial de garantia assistencial, residindo aí uma das pontas de tensionamento com o mercado.

No aspecto assistencial tem a questão do rol [...] porque entendo que o rol é taxativo, nessa discussão taxativa exemplificativa, porque acho que a lei deu esse parâmetro para que a ANS determinasse um rol, cabendo a ANS um olhar técnico, olhar o custo-efetividade, benefício, evidência científica, para a inclusão no rol, só que ainda há uma pressão. Eu acho que a ANS tem que ter um papel fundamental daqueles procedimentos que são eficazes, que tem uma eficiência científica comprovada, que ela enfrente o mercado e coloque no rol. (Entrevistado 4)

O Rol consiste em um conjunto de procedimentos e eventos em saúde que serve de base para a garantia de que a assistência prestada esteja em consonância com os avanços tecnológicos produzidos para na saúde. A mencionada “eficiência científica comprovada” é garantida pelo ordenamento normativo que rege o processo de atualização e incorporação desses eventos e procedimentos. Conforme diretrizes apontadas na Resolução Normativa 470, de 9 de julho de 2021:

Art. 3º O processo de atualização do Rol observará as seguintes diretrizes:

- I - A defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, de modo a contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país;
- II - As ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças;
- III - o alinhamento com as políticas nacionais de saúde;
- IV - A utilização dos princípios da avaliação de tecnologias em saúde - ATS;
- V - A observância aos princípios da saúde baseada em evidências - SBE;
- VI - A manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor; e
- VII - a transparência dos atos administrativos (ANS, 2021b).

O mencionado normativo também ordena um detalhado processo de estudos, consultas a instituições acadêmicas e sociedades profissionais especializadas, além de representação de instituições que atuam no mercado, garantindo um amplo e transparente processo de

participação da sociedade em geral, incluindo consultas e audiências públicas (ROCHA, 2014).

Desde sua criação o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar figura como importante instrumento de regulação, mas em que pesem critérios claramente estabelecidos para incorporação de procedimentos, bem como a garantia formal de amplo debate em seu processo de elaboração e atualização. O mesmo é também visto por determinados setores como fator de eventual desequilíbrio nos custos operacionais das empresas, ignorando por vezes que tais avanços também implicariam potenciais benefícios, na medida em que podem reduzir tempo de tratamentos e internações ou ainda a supressão de procedimentos obsoletos. A este respeito Ceschin aponta a necessidade de que se considere também a atualização do Rol como potencial redução de custos:

Ainda sobre o dimensionamento do impacto econômico-financeiro, é necessário salientar um fato relevante que raramente é considerado nas análises divulgadas: a incorporação de determinada tecnologia não é vista sob a ótica da redução de custos que ela pode trazer, mas apenas pelo custo direto de sua utilização. Ninguém mede, por exemplo, quantas internações foram evitadas, quantos exames deixaram de ser realizados, quantos outros atendimentos foram feitos a partir da inserção da nova tecnologia. Assim, tenho a percepção, salvo engano, de que ao se analisar o impacto real da curva de evolução de custos, esta deva ser avaliada não só pelo custo direto da utilização do novo procedimento, mas pelo que ele pode trazer de economia, devido aos demais procedimentos que ele pode evitar. (CESCHIN, 2011: 9).

Uma expressão do tensionamento produzido por este instrumento é a judicialização das mais diferentes ordens, com especial destaque para a recente pendência no Superior Tribunal de Justiça, que opõe operadoras e o órgão regulador pela interpretação da utilização do mesmo, como mera referência assistencial como é a expectativa das empresas ou como taxativo na expectativa da ANS. A esse respeito a agência emitiu, em 24 de fevereiro de 2022, um comunicado reafirmando o caráter taxativo do rol com base na lei; sua importância como referencial para as ações regulatórias como a fiscalização do atendimento das coberturas assistenciais, cobrança e ressarcimento ao SUS, entre outros (ANS, 2022b).

#### 4.4 AGENDA REGULATÓRIA

Em seguimento ao seu processo de consolidação a ANS adotou, a partir de 2011, um importante dispositivo para o alinhamento de sua atuação, a Agenda Regulatória. Este dispositivo consiste em reunir questões estruturantes para o mercado e apresentá-las sob a forma de um processo de análise, discussão e concertação, visando o seu melhor

enfrentamento. Uma ferramenta de planejamento e gestão cujo princípio é o de garantir que o processo regulatório possa envolver todos os atores interessados, conferindo maior transparência, orientação e previsibilidade para a atuação do órgão regulador e consequente para o mercado e a sociedade como um todo.

A instituição da Agenda Regulatória pressupõe um processo de elaboração, execução e monitoramento que possibilita ser acompanhado de forma participativa, tanto por agentes de mercado quanto pela sociedade em geral, utilizando-se de mecanismos de ausculta como tomadas de subsídios; consultas públicas; audiências públicas; Câmara de Saúde Suplementar; etc. Tal processo também estabelece como premissa a possibilidade de diferentes resultantes serem apontadas para o enfrentamento de um tema abordado pela agenda regulatória, não necessariamente um ato normativo formal, mas também medidas não normativas tais como campanhas educativas, guias de orientação ou ainda a realocação do tema em uma nova conjuntura, uma vez que determinadas questões não são superadas durante a vigência estabelecida e continuarem a ser debatidos e trabalhados em agendas subsequentes.

Não somente a flexibilidade e a diversidade de soluções advindas deste processo, mas sobretudo a possibilidade de que as medidas resultem de uma concertação, foi destaque por um dos entrevistados quando indagado sobre o ritmo das intervenções regulatórias e o tempo de absorção de seus impactos. Ao ser lembrado de um pronunciamento em evento alusivo aos 15 anos de criação da ANS e no qual afirmava que a regulação não devesse ser feita de forma abrupta, açodada, mas algo mais gradativo, o mesmo acrescentou:

Eu tinha e continuo tendo essa opinião, porque um mercado ou um setor se consolida através de décadas, as vezes até 50 anos como é o setor de saúde suplementar brasileiro, onde as primeiras empresas são de 1960, 50 e tanto, no que mais ou menos se caracteriza como um plano de saúde. Então essas empresas vão desenvolvendo ao longo de décadas, às vezes múltiplas décadas, os seus diferenciais, a forma como ela conseguem trabalhar na sociedade onde está inserida. Você do dia pra noite através de movimentos regulatórios muito agudos, você mudar a forma como este setor funciona, você desarranja mais do que organiza, e você vai gastar muito mais tempo pra corrigir. Eu não estou dizendo que o setor é perfeito, eu sei que tem falhas, que a regulação é fundamental. (Entrevistado 5)

As agendas regulatórias podem variar seu período de duração, contudo um determinado tema pode permanecer em discussão e ser novamente inserido na agenda subsequente dado a sua complexidade ou ainda ao não amadurecimento de possíveis soluções, até que haja o entendimento de que o mesmo tenha sido esgotado ou ainda se tornado menos importante (ANS, 2022c).

A primeira Agenda Regulatória estabelecida pela ANS teve como objetivos: 1- promover maior clareza da ação da ANS, sobretudo para a sociedade e os agentes regulados; 2- promover previsibilidade dos mecanismos e normas utilizados na atuação regulatória e possibilitar o acompanhamento dos compromissos pré-estabelecidos e sua divulgação; 3- qualificar a gestão regulatória da agência, bem como participação da Câmara de Saúde Suplementar no debate sobre a pauta de decisões estratégicas e prioritárias da ANS.

Os chamados Eixos Temáticos dessa primeira agenda foram: 1- Modelo de financiamento; 2- Garantia de acesso e qualidade assistencial; 3- Modelo de pagamento a prestadores; 4- Assistência farmacêutica; 5- Incentivo à concorrência; 6- Garantia de acesso à informação; 7- Contratos antigos (anteriores à Lei 9656/1998); 8- Assistência ao idoso; 9- Integração da saúde suplementar com o SUS. (ANS, 2022c).

Para cada um dos nove Eixos Temáticos foi estabelecido um conjunto de ações para o seu tratamento, totalizando em 28 ações que resultaram em múltiplos produtos, tais como: formação de grupos de trabalho; produção de notas técnicas; estudos atuariais; guias; resoluções normativas, instruções normativas; consultas públicas; critérios para inclusão de procedimentos e eventos do Rol; estudos comparativos internacionais; etc. Na avaliação final esta primeira agenda teve 86% de alcance de suas metas.

A segunda Agenda Regulatória da ANS compreendeu o período 2013-2014 e incorporou para além dos desafios do setor, os projetos estratégicos da própria agência, bem como algumas iniciativas remanescentes da agenda anterior, pelas razões já expostas acima. O processo de elaboração desta segunda agenda foi desenvolvido com uma primeira fase de consulta interna aos servidores; pré-consulta à Câmara de Saúde Suplementar e uma Consulta Pública.

Os Eixos Temáticos desta segunda Agenda Regulatória foram: 1- Garantia de acesso e qualidade assistencial; 2- Sustentabilidade do setor; 3- Relacionamento entre operadoras e prestadores; 4- Incentivo à concorrência; 5- Garantia de acesso à informação; 6- Integração da saúde suplementar com o SUS; 7- Governança regulatória.

Esta segunda agenda contemplou sete Eixos Temáticos, sendo que se observa a manutenção da maior parte a supressão do Eixo “Modelo de financiamento do setor”, foi substituído pelo Eixo “Sustentabilidade do setor”; o Eixo “Modelo de pagamento a prestadores” foi substituído pelo Eixo “Relacionamento entre operadoras e prestadores”; os Eixos “Assistência farmacêutica”, “Contratos antigos” e “Assistência aos idosos” foram suprimidos e; foi acrescentado o Eixo “Governança regulatória”. Para cada um destes Eixos

foram gerados 37 projetos cuja avaliação atingiu o percentual 92% de média global de execução.

No ano de 2015, a ANS não produziu Agenda Regulatória, sendo então que a terceira agenda elaborada compreendeu o período 2016-2018 alterando sua vigência a um período de três anos. Os Eixos Temáticos compreenderam: 1- Garantia de acesso e qualidade assistencial; 2- Sustentabilidade do Setor; 3- Integração da Saúde Suplementar com o SUS; 4- Aprimoramento das interfaces regulatórias.

Esta terceira agenda apresentou uma redução do número de Eixos Temáticos para quatro, sendo que estes passaram a compreender enunciados mais abrangentes e mantidos aqueles de maior amplitude da agenda anterior. Cada Eixo Temático foi desdobrado em enunciados específicos que ajudaram a dar maior foco para as ações decorrentes, num total de vinte e seis ações. Esta nova formatação, contudo, trouxe também um processo avaliativo diferente dos anteriores, passando a ser medido em cada conjunto e por ano de execução, não apresentando uma medida global como nas agendas anteriores.

A quarta Agenda Regulatória da ANS manteve quatro Eixos Temáticos com ajustes de redação visando ampliar suas abrangências: 1- Equilíbrio da Saúde Suplementar; 2- Aperfeiçoamento do ambiente regulatório; 3- Articulação institucional; 4- Fortalecimento da governança institucional. Esta agenda introduziu os chamados Temas regulatórios articulados a cada um dos Eixos Temáticos e aos objetivos do Mapa Estratégico da ANS, aprimorando a perspectiva de maior foco introduzida na agenda anterior e maior vinculação à gestão estratégica e ao planejamento da instituição. Esta Agenda Regulatória também teve como peculiaridade a prorrogação de sua vigência em um ano; passando de 2019-2021 em sua formulação inicial, para vigorar até 2022. A prorrogação se deu por decisão da diretoria colegiada em junho/2021, tendo entre as motivações a constatação de que um total de 23% das ações previstas não poderia ser concluído, situação analisada em função da necessária mudança de prioridades determinada pelo surgimento da pandemia da COVID-19.

A agenda 2019-2022, portanto ainda em vigor, apresenta também 16 “temas regulatórios” agrupados nos quatro Eixos Temáticos e associados ao Mapa Estratégico da ANS. O advento do novo marco regulatório das agências reguladoras, a Lei Federal 13.848/2019, institui a Agenda Regulatória como instrumento formal de planejamento e componente do plano anual de gestão, em sintonia com os objetivos do plano estratégico; algo já adotado pela ANS antes mesmo da previsão legal.

Consoante à avaliação realizada em dezembro/2021, a Agenda Regulatória 2019-2022 teve naquela ocasião 61,16% das suas ações concluídas e 36,36% das mesmas reprogramadas (ANS, 2022d).

Quadro 3 - Eixos Temáticos das Agendas Regulatórias ANS

2011-2012	2013-2014	2016-2018	2019-2022
Modelo de financiamento do setor	Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial	Garantia de acesso e qualidade assistencial	Equilíbrio da Saúde Suplementar
Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial	Sustentabilidade do Setor	Sustentabilidade do setor	Aperfeiçoamento do ambiente regulatório
Modelo de Pagamento a Prestadores	Relacionamento entre Operadoras e Prestadores	Integração da saúde suplementar com o SUS	Articulação institucional
Assistência Farmacêutica	Incentivo à Concorrência	Aprimoramento das interfaces regulatórias	Fortalecimento da governança institucional
Incentivo à Concorrência	Garantia de Acesso à Informação		
Garantia de Acesso à Informação	Integração da Saúde Suplementar com o SUS		
Contratos Antigos	Governança Regulatória		
Assistência ao Idoso			
Integração da Saúde Suplementar com o SUS			

Fonte: Adaptado de (ANS, 2022c; ANS, 2022d)

Os desafios apresentados neste capítulo foram descritos na perspectiva conceitual e instrumental de que se valeu o órgão regulador, mas é importante salientar que estas iniciativas ocorrem num cenário dinâmico, próprio das relações de mercado e, portanto, também sob influência do ambiente político e suas expressões sociais e econômicas; tornando a implementação do regime regulatório um processo em permanente transformação conceitual e instrumental.

O advento da legislação mais recente, a denominada “Lei Geral das Agências” é mais uma expressão da concertação resultante de aspirações e demandas da sociedade, do mercado e das representações políticas no parlamento. A Lei 13.848/2019 que dispõe sobre a gestão, a organização e o controle social das agências reguladoras, vem consolidar um conjunto de procedimentos e ferramentas que visam o aperfeiçoamento do exercício regulatório criando

uma série de procedimentos metodológicos e instrumentos para este melhor desempenho. As inovações e repercussões advindas deste novo diploma legal serão abordadas no próximo capítulo que tratará dos desafios e perspectivas para o futuro da regulação.

## 5 - DILEMAS E DESAFIOS DA REGULAÇÃO

A abordagem até aqui tratou de situar o processo de implantação do regime regulatório brasileiro, desde sua inspiração liberal e mimetização em nossas plagas, passando pela reflexão de seus propósitos e chegando aos principais conceitos, ações e ferramentas utilizadas na estruturação do agir institucional.

As ponderações apontadas inicialmente, frente à inobservância de preocupações com a incorporação de preceitos e fórmulas de países centrais do capitalismo europeu e estadunidense, não tiveram a pretensão de rever o passado, apenas de situar o momento político vivenciado pelo Brasil à época, com forte inclinação à adoção do receituário internacional.

As tensões, avanços e retrocessos como parte do processo político nos ajudam a compreender que as conjunturas socioeconômicas e políticas variam e com elas a possibilidade de correções ou incremento de iniciativas. Aquele momento onde se adota um determinado caminho terá seu percurso examinado a fim de compreender efeitos e dilemas que se manifestam no presente e poderão determinar o futuro.

Neste sentido passaremos a abordar as expressões institucionais, organizacionais e conjunturais resultantes da implementação do modelo regulatório. Abordaremos questões levantadas no contexto do passado regulatório e que permanecem pautando as agendas do setor, seja na perspectiva de agentes econômicos, do ente regulador ou dos beneficiários. Antes, porém, como expressão resultante do exercício regulatório, traremos à baila uma atualização do arcabouço normativo acerca da regulação no país, representada pela chamada Lei Geral das Agências Reguladoras, a Lei 13.848 de 25 de junho de 2019 (Brasil, 2019) a fim de situar nossas reflexões.

### 5.1 O NOVO MARCO REGULATÓRIO - A LEI GERAL DAS AGÊNCIAS

Desde a criação da primeira agência reguladora federal, a Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL, o processo de implementação do regime regulatório brasileiro construiu experiências institucionais, adquiriu capacidades e estabeleceu novos referenciais, inclusive a criação de homólogos no âmbito de estados e municípios. Em que pese a incipiência desta atividade, comparando-se com outros países, o período decorrido produziu



acúmulos suficientes para merecer um olhar mais atento da sociedade como um todo; do mercado; do legislativo e também do executivo.

Guimarães (2019) aponta a contribuição dos órgãos de controle na análise do desempenho das agências reguladoras como basilares na motivação pela revisão legal. O destaque é dado a duas auditorias realizadas pelo Tribunal de Contas da União, órgão assessor do Congresso Nacional, que ocorreram nos anos 2009 e 2013. A primeira com foco na avaliação da estrutura de governança das agências federais de infraestrutura (Acórdão nº 2261/201130) e a segunda com foco na verificação de mecanismos de transparência e independência técnica nos processos decisórios (Acórdão nº240/201531). As diferenças apresentadas pelas agências chamaram atenção para a necessidade de padronização em aspectos fundamentais visando a melhor governança institucional e a elas foram somadas uma série de recomendações ao executivo e ao legislativo buscando a melhoria do funcionamento e do processo de produção e entregas à sociedade.

A necessidade de atualização do arcabouço legal culminou na promulgação da Lei Federal nº 13.848, de 25 de junho de 2019, conhecida como Lei Geral das Agências Reguladoras. Tal lei dispõe sobre a gestão, a organização, o processo decisório e o controle social destes órgãos, padronizando e uniformizando conceitos, instrumentos e procedimentos, além de estabelecer nominalmente as instituições abrigadas neste diploma legal.

Em nosso esforço de contribuição com uma análise de conjuntura e dos desafios da regulação da saúde suplementar no Brasil, torna-se imperativo atualizar algumas questões abordadas nos capítulos anteriores, mas que atualmente estão potencializadas e ou superadas pelo novo dispositivo legal mencionado. Algumas das alterações ali contidas configuram-se inclusive como novos desafios, visto que demandarão adaptações e a introdução de novas ferramentas. Apresentamos a seguir uma breve abordagem sobre os principais aspectos, seguindo a ordem temática dos capítulos da lei, a fim apenas de deixar patente que os desafios da regulação e do órgão regulador devem ser encarados a partir do novo marco legal.

### **5.1.1 Sobre o processo decisório**

Logo em seu artigo 6º, a lei 13.848/2019 estabelece um processo de maior racionalidade na edição de atos normativos ao estabelecer a adoção de metodologia de Análise de Impacto Regulatório - AIR. Tal metodologia, amplamente difundida nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE, estabelece um

conjunto de procedimentos que prevê desde a não intervenção regulatória, passando por definição de problema regulatório, estudos técnicos de suporte, análise de cenários, mapeamento de alternativas, consultas públicas, esta última destacada no artigo 9º, entre outros. A metodologia de AIR pressupõe que o ato regulatório não se resume ao normativo, mas se amplia a iniciativas.

A aplicação desta metodologia está prevista em regulamento específico dado pelo Decreto nº10.411, de 30 de julho de 2020.

### **5.1.2 Prestação de Contas, Controle Social e Instrumentos de Gestão**

A nova lei estabelece um conjunto de instrumentos de planejamento e gestão visando ordenar e facilitar o processo de prestação de contas e o controle social - o Plano Estratégico, o Plano de Gestão Anual e a Agenda Regulatória.

O Plano Estratégico tem periodicidade quadrienal e trata dos objetivos, metas e resultados esperados, bem como de eventuais eventos de natureza externa com capacidade de afetar o cumprimento do plano. É associado ao Plano Plurianual - PPA do governo federal, prevendo ainda sua revisão periódica para as adequações necessárias.

O Plano de Gestão Anual se constitui em um instrumento de alinhamento das diretrizes estratégicas e trata das ações, resultados e metas relacionadas aos processos finalísticos e de gestão, especificamente do desempenho administrativo e operacional.

A Agenda Regulatória representa outro instrumento de planejamento já adotado na ANS e que passa a ter caráter obrigatório a todas as agências reguladoras. Trata do planejamento da atividade normativa, contendo o conjunto de temas prioritários a serem tratados pelo órgão regulador. A Agenda também aponta para o princípio de que os temas que a compõem poderão ser analisados a partir de estudos e pesquisas e poderão resultar em medidas não necessariamente normativas.

Ressalte-se ainda a superação do contrato de gestão, que mesmo não sendo comum a todas as agências, servia como dispositivo na relação entre a ANS e o Ministério da Saúde.

Para efeito de dirimir implicações trazidas nos capítulos anteriores, chama atenção outra inovação no novo marco legal que diz respeito à alteração da vigência dos mandatos dos dirigentes, os quais passam de três para cinco anos, sem recondução.

Uma vez situados em relação ao novo marco legal, passaremos às questões consideradas relevantes a partir do relato dos dirigentes entrevistados, buscaremos abordar de

maneira atualizada as principais questões que envolvem a regulação no país, seguiremos ainda para também apontar as estratégias, diretrizes e oportunidades levantadas naqueles diálogos.

## 5.2 DILEMAS E DESAFIOS PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR

Passados pouco mais de 20 anos da implantação da regulação no Brasil, há reconhecimento de esforços e avanços, mas também inquietudes para além de desejos pouco conciliáveis e próprios das diferenças de expectativas entre operadoras, prestadores e beneficiários. Buscamos destacar das entrevistas aqueles dilemas e desafios que são verbalizados pelos atores que militam na saúde suplementar e cujo enfrentamento não será exitoso sem a participação destes mesmos atores.

Articular, mobilizar e conciliar interesses diversos se constitui no dever da atuação do órgão regulador e, portanto, no seu maior desafio. Coordenar o processo de articulação, protagonizar o debate desses rumos a partir de informações que reúne, seria dar consecução à sua autonomia e capacidade técnica diferenciada.

### 5.2.1 Escassez na oferta de planos individuais no mercado

Como um primeiro dilema do setor está a indisponibilidade da oferta de planos individuais no mercado. Os dados de março de 2022 compilados pela ANS e relativos ao número de beneficiários por modalidade de planos apontam considerável diferença a menor na modalidade de planos individuais. Conforme quadro abaixo:

Quadro 4 – Beneficiários por tipo de contratação

Tipo de Plano	Número de Beneficiários	Percentual
Individual ou Familiar	8.928.809	18,07
Coletivo	40.416.301	81,82
- Coletivo Empresarial	34.129.890	
- Coletivo por adesão	6.286.006	
- Coletivo não identificado	405	
Não identificado	50.410	0,01

Fonte: ANS, 2022e.

Do total de cerca de 49 milhões de beneficiários, apenas cerca de 9 milhões possuem a modalidade de plano individual. Ante esta constatação, instamos os entrevistados a analisar sob a ótica regulatória, os elementos atribuíveis como determinantes para este quadro. Algumas dessas manifestações destacamos abaixo:

Até 2005 ainda tinham empresas comercializando planos individuais. Naquele momento, os diretores teriam que ter observado este comportamento do mercado e tomado uma posição firme, a gente começou a perceber, a primeira e a segunda diretoria, na terceira que foi mais intensificada essa questão. (Entrevistado 4)

A entrevista traz ainda uma crítica à ANS quanto ao fato de que uma vez detectado o problema, a mesma teria condições de agir sobre ele, contudo permitiu arranjos frágeis que acabaram por acentuar o problema e o comportamento oportunista do mercado; mais uma razão para a tensão com os órgãos de defesa do consumidor:

Falta só vontade política, única e exclusivamente. A própria agência que determinou que pudesse ter um plano de duas vidas ou mais, isso é um descalabro, ela deu esse poder para as operadoras pra ficar fora da lei, eu já divulguei para muitas operadoras de que você tem que obedecer ao que está na regra, ela deve obediência à ANS. Agora os PROCON vão ter outra interpretação, se você atender as regras da ANS já é um grande passo. Você percebe que as operadoras resolvem o caso individual daquele que reclamou, mas continuam com a prática abusiva, isso é que uma situação bastante comum ainda, é muito triste porque mais de 20 anos e ainda persiste esse comportamento desleal do mercado. (Entrevistado 4)

Uma outra opinião aponta como principal explicação para a referida escassez a aplicação subsidiária do código de defesa do consumidor e outros dispositivos anteriores ao marco legal de então, que não permitiram impedir práticas abusivas:

[...] nós tivemos aquele embate extremamente relevante com as maiores empresas do setor perante a justiça federal, sobre aqueles reajustes de 90%-80%, onde você ali tinha as maiores empresas de planos de saúde querendo praticar reajustes naqueles planos anteriores ao Marco regulatório, anteriores a Lei 9656 [...], nós então começamos a aplicar o Estatuto do Idoso, o Código de Defesa do Consumidor, ou seja, nós começamos a aplicar outras leis que alcançavam essas relações de consumo, e que em grande parte eram anteriores ao advento do marco regulatório. Ao meu juízo, isto deflagrou uma fuga das operadoras do escopo de plano individual, começou-se a pensar nos planos coletivos com uma interpretação de que o principal problema para o setor era a falta de liberdade na aplicação de reajustes dos seus contratos. (Entrevistado 6)

Diferentemente da opinião acima, em outra entrevista, cujo dirigente vivenciou a gestão mais recentemente, a reação é bem objetiva ao ser confrontado com a questão. O cerne do problema estaria na necessidade de equilíbrio na recomposição dos custos:

Não existe plano individual pela simples razão de que se feriu alguma disciplina em nome de outras disciplinas, então em nome de justiça, equilíbrio e coisas que são bonitas, belas, passou-se a ignorar custo como um elemento de reajuste do plano individual, enquanto eu aí estive eu briguei em todos os reajustes porque podia justificar tudo que quisesse, mas toda vez que você não permite recomposição do custo de um setor, ele vai desaparecer, em qualquer setor da economia. O único ente que pode gastar mais do que arrecada é o poder público, assim mesmo de forma limitada, mesmo quando ele faz de forma desregulada a gente vê um “desbalanço” das contas públicas gravíssimo. Esse é o primeiro elemento, enquanto não se olhar o custo não vai voltar a ter plano individual no mercado e a agência não inspira confiança de que ela verdadeiramente olhe custo. (Entrevistado 5)

Nesta altura cabe destacar que o ator em tela tem perfil de executivo de alta direção em empresa do mercado, logo, alguém com um olhar bem calibrado pelas expectativas de um segmento robusto em termos de alcance e influência política. Neste sentido, as indicações de solução advindas deste depoimento estão coerentemente vinculadas a um determinado enfoque o econômico-financeiro:

O mais grave é o princípio da não possibilidade de ruptura do contrato de forma unilateral, não ser protegido. Mas a forma como nós fizemos no Brasil não tem como dar certo, é simples assim, atuarialmente se você obrigar uma empresa a ficar com um contrato permanentemente para o resto da vida o cálculo que precisa ser feito por conta de disciplinas financeiras e contábeis para que a empresa mantenha esta carteira leva a um cálculo de provisão que as empresas não vão fazer e não tem como fazer. (Entrevistado 5)

Em que pese as diferenças de trajetórias, ocasião de atuação na direção da ANS e perspectiva, este depoimento corrobora integralmente com a entrevista anterior na atribuição do caminho para o enfrentamento se dar a partir da decisão política do órgão regulador:

Mas em minha opinião essa sinuca de bico não é tão assim se houvesse vontade política para resolver. Queremos uma sociedade civilizada que proteja o indivíduo sozinho, porque sozinho ele é fraco diante das instituições, mas sem ferir as outras ciências. (Entrevistado 5)

Esta entrevista aponta ainda propostas de enfrentamento bastante agudas, fazendo referência inclusive a determinados mecanismos utilizados em outros países, onde a questão da revisão técnica é utilizada anualmente a fim de permitir o equilíbrio das carteiras.

Olhando para fora do país, os americanos fizeram um período anual de enrolment (inscrição), ninguém fica de fora, mas todo ano você pode mudar de operadora de plano de saúde e todo mundo tem que ter lá o individual, as carteiras individuais americanas são renovadas todo início de ano, existe um período, que se não me engano de fevereiro a abril, que eles chamam de open enrolment (inscrição aberta). Então se todo ano você abrisse um período de enrolment você poderia levar o mercado inteiro a vender planos individuais, porque não tem mais vínculo vitalício, todo ano se renovaria e aí os cálculos atuarias são muito mais soft, lógico que isso teria que vir acompanhado de entender que o custo tem que estar na fórmula de

reajuste, com uma série de mecanismos para segurar, evitar e aumentar a eficiência, tudo é legítimo. (Entrevistado 5)

Questionado sobre a viabilidade desta discussão no interior diretoria da ANS durante sua passagem, segue-se a resposta:

Não vi nenhum caminho que seja verdadeiro pra disponibilizar o individual, quando estive na agência e depois. Na minha opinião só vejo este caminho de ter um período anual de enrolment e fizesse um acordo com o mercado de que a maior parte das operadoras voltasse a vender o individual porque anualmente essa carteira iria rodar, com uma metodologia que levasse em conta os custos. Por exemplo, a revisão técnica que é algo que permitiria que operadoras que tem carteira individual em desequilíbrio reajustasse essa carteira, a agência se recusa a fazer esse cálculo. A GGFP (Gerência Geral da Estrutura de Produtos) sempre se recusou a fazer o cálculo de revisão técnica, é um dogma.” (Entrevistado 5)

Este apontamento requer uma breve explicação para o que vem a ser este mecanismo e ainda o posicionamento oficial do órgão regulador, que prevê que:

As regras para realização de revisão técnica das contraprestações pecuniárias estão suspensas. Esse tipo de revisão é uma exceção destinada a um determinado plano de saúde que esteja em desequilíbrio econômico-financeiro, situação que ameaça a continuidade dos serviços de saúde aos beneficiários desse plano (ANS, 2021a).

A nota acima, se analisada apenas pela ótica que estabelece a aplicação do mecanismo de revisão técnica, estaria encaixada exatamente na superação do desequilíbrio apontada na lógica do entrevistado para parar o problema da baixa oferta de planos individuais. O custo em desequilíbrio é uma ameaça (impedimento) à continuidade do serviço, contudo a nota inicia exatamente pela comunicação de decisão de suspensão do uso, algo que intriga o referido entrevistado a ponto de ser apontado pelo mesmo como um “dogma”.

Em outra entrevista, foi apontado como possível caminho o estabelecimento de regra onde carteiras de beneficiários de planos coletivos com menos de 50 contratos, se submeteriam a regras de planos individuais.

Mas a ANS dispõe de instrumentos para não só monitorar, mas para intervir neste processo. Bastando por exemplo estabelecer um número mínimo de adesões e o tudo o que fosse abaixo disso (50 beneficiários, p.ex.) se submeteria às regras de planos individuais. Isto está no campo de atuação da ANS, com os mecanismos regulatórios dá pra fazer isso; não precisa de lei [...]. Quem tiver menos de 50 “vidas” vai ter a mesma lógica do individual. Basta ir monitorando, ver este movimento e entender que o mercado foge da regulação, mas é tarefa do regulador correr atrás. (Entrevistado 1)

Instado a comentar esta proposição, o entrevistado 5 assim reagiu com a mesma questão síntese, o custo.

Acho que guarda senso, tem sentido, só acho que se eles fizerem com o pequeno coletivo o que fizeram o individual, o que vão conseguir é acabar com o pequeno coletivo e jogar toda essa massa para Adesão. Então se fizerem esse cálculo sem levar em conta custo, isso vai ser um maná pra quem vende Adesão, que vai abrir as portas, o grande concorrente do Adesão é o Pjotinha<sup>6</sup> de três, cinco, sete, oito vidas, quem vende Adesão vai adorar isso. Se isso for feito numa lógica onde o custo seja levado na conta numa revisão de uma metodologia onde custo seja olhado eu acho que pode ser bom. (Entrevistado 5)

Dilemas e desafios caminham juntos, corroborando com o que se colocou no início deste item como capacidade necessária ao órgão regulador, o exercício de equilíbrio e conciliação de expectativas a fim de chegar ao ponderado interesse público.

### 5.2.2 Modelos assistenciais

Para Paim, o modelo assistencial consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde em uma coletividade. Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda outros que suportem serviços que simplesmente atendem às demandas, aguardando os casos que chegam espontaneamente e aqueles que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda (PAIM, 1999 *Apud* MALTA *et al*, 2004: 438).

Os modelos assistenciais incorporam uma dimensão articulada de saberes e tecnologias de grupos sociais que, apoiados na dimensão política, disputam como organizar a assistência (MALTA *et al*, 2004).

Iniciativas visando incrementar a qualidade assistencial não seriam inéditas na ANS. O Programa de Qualificação da Saúde Suplementar criado em 2004 é uma expressão deste desejo. O consenso no interior da ANS à época, se manifestava nos preâmbulos do programa:

Significa o reconhecimento da saúde suplementar como local de produção de saúde e uma indução a uma transformação profunda de todos os atores envolvidos: as operadoras de planos em gestoras de saúde, os prestadores de serviços em produtores de cuidado de saúde, os beneficiários em usuários com consciência sanitária e o próprio órgão regulador qualificando-se para corresponder à tarefa de regular um setor com objetivo de produzir saúde (ANS, 2004).

---

6 A expressão “Pjotinha” se refere às pessoas jurídicas constituídas com pequeno número de beneficiários. Mecanismo utilizado para contratação de planos coletivos.

O aludido programa de qualificação foi criado para responder a três princípios norteadores estabelecidos pela gestão à época:

I – Avaliação do impacto das ações de saúde na população beneficiária;

II – A perspectiva de sistema;

III - Avaliação de maneira sistemática e progressiva, com explicitação de critérios utilizados para construção de indicadores.

O programa se dividia em dois componentes: I – Avaliação da qualidade das operadoras e II – Avaliação da qualidade institucional. A avaliação da qualidade das operadoras seria avaliada em quatro dimensões: I) avaliação da atenção à saúde; II) avaliação da qualidade econômico-financeira; III) avaliação da qualidade da estrutura e operação; IV) avaliação da satisfação dos beneficiários.

O percurso até aqui analisado na implantação da regulação na saúde suplementar consolidou aspectos importantes nas garantias trazidas pelas vertentes do consumerismo e econômico-financeira, contudo, também demonstrou limites destas vertentes.

A imprevisibilidade em relação às necessidades de saúde também enseja a fragilidade do indivíduo ante a aquisição de um plano de saúde, pois não há possibilidade de definir previamente aquilo que pretende consumir, tornando assimétrica a relação contratual. Na opinião destacada a seguir, o entrevistado afirma que a necessidade de saúde transcende à lógica de um produto comercializável, do ponto de vista econômico:

O ato da prestação de serviço em saúde não pode ser compreendido como um ato de consumo. O consumidor não tem condições de antever ou mesmo formatar um produto que ele vai comprar ou que ele vá consumir. [...] Me parece que a visão consumerista e a visão econômica têm limitações importantes. É possível você direcionar o setor de saúde suplementar no sentido da produção da saúde, mas para isso do ponto de vista regulatório, você tem que colocar diretrizes e utilizar dos instrumentos regulatórios disponíveis.” (Entrevistado 1)

Esta declaração é corroborada por Bahia (2016), quando afirma que não há como se prever problemas de saúde, assim como o processo de diagnóstico e tratamento são indivisíveis e incompatíveis com preços promocionais. O que permite estender a crítica direta aos pacotes de serviços com preços reduzidos em função de coberturas limitadas.

A ANS implementou iniciativas voltadas para a indução de qualidade assistencial como a promoção da saúde e prevenção de doenças e assistência materno infantil (Programa Parto Adequado). Também pautou aspectos de organização da atenção primária em saúde



como estratégia de criar a cultura da qualidade assistencial, num ambiente em que contratos e custos dominam a agenda na quase totalidade.

Não se trata de desconsiderar a natureza das empresas que atuam no mercado de planos de saúde, mas de provocar a entrada de outros olhares nesta equação. Em se tratando da responsabilidade em prover saúde, a regulação deverá abordar aspectos relativos à eficiência, eficácia e efetividade também na produção de saúde. Os indicadores apontados acima tratam de aspectos de qualidade assistencial, cujos parâmetros servem para avaliar que neste quesito, a saúde suplementar tem resultados muito aquém, inclusive em relação ao setor público. Haverá de se colocar em debate, inclusive sob a lógica da economia, a racionalidade voltada para o melhor desfecho clínico, como uma resultante necessária na satisfação do beneficiário e na sustentabilidade econômica do setor, como reforça um dos entrevistados:

Os sistemas de saúde têm que ter sustentabilidade, que não é só econômico-financeira, mas também a sustentabilidade assistencial, e para isso tem que ter assistência com qualidade, com resolutividade, implantada as boas práticas [...], os projetos de acreditação, depois a evolução dos processos de atenção primária [...]. A regulação trouxe essa oportunidade para as operadoras verem que precisam qualificar sua rede, quer seja credenciada ou própria, eu preciso qualificar e trabalhar a porta de entrada, dois braços fundamentais que é a prevenção e a promoção de saúde. (Entrevistado 2)

Contudo, os caminhos apontados permitem perceber diferentes expectativas; como no trecho trazido a seguir, onde o entrevistado pondera que a atuação deva ser indutiva, contudo, sem deixar de lembrar o aspecto econômico.

Você ficar fazendo micro regulação que modifica o funcionamento do mercado de forma muito abrupta, você cria oportunidade para novos entrantes que vão surfar no atordoamento dos atores já existentes, e que pode não ser bom. Segundo, que os atores eles se desorganizam de tal forma que demora um tempo para você ter benefício, então se você for mais indutivo, mais sistemático no sentido de mostrar pra onde você quer ir, e ir podando pelas beiradas em invés de ir ao cerne do negócio, se meter no negócio, porque é um negócio privado, por lei definidamente privado, e por consequência tem que ter resultado econômico porque senão não é pra ser privado, então se você se mete muito abruptamente no setor, você desorganiza as empresas e o setor. (Entrevistado 5)

As entrevistas, em sua maioria, corroboram com a perspectiva de que o setor deva aprofundar o debate sobre a questão assistencial, em dado ponto inclusive, apresentam caminhos para esta direção. A saúde suplementar deverá se debruçar sobre uma agenda de fortalecimento de modelos que leve em conta conceitos e parâmetros assistenciais universalmente preconizados e adotados; que seja capaz de colocar no centro do debate a

qualidade assistencial, linhas de cuidado e desfechos clínicos. Contudo, pode não conseguir avançar sem considerar que a força motriz está no custo.

### 5.3 CONJUNTURA E PERSPECTIVAS

Reconhecer em profundidade o cenário político e suas configurações ao longo dos últimos anos deverá ser o ponto de partida, como forma de calibrar uma visão de realidade a partir da qual se buscará caminhos para a saúde suplementar. Da mesma forma, é fundamental reconhecer que a sociedade está na iminência de decidir sobre o projeto político que o governo federal irá conduzir e os rumos do país nos próximos anos, já que estamos a alguns meses das eleições para o executivo e legislativo federal e estadual. Neste sentido, também é necessário compreender que diferentes perspectivas poderão surgir como resultante das eleições e com isso um cenário também correspondente.

Na esteira do oportunismo deflagrado pelo golpe de 2016, a correlação de forças foi alterada significativamente e o grupo que ascendeu ao poder, trouxe perspectiva diferente no que diz respeito à concepção de políticas públicas em geral e particularmente ao Sistema de Saúde. Conforme afirma Santos (2016), a crise econômica e seus desdobramentos levaram o então ministro da saúde a declarar a necessidade de revisão do tamanho do SUS e que não seria possível conseguir “sustentar o nível de direitos que a Constituição determina”.

A proposição do então ministro se resumia a constituição de um grupo de trabalho, sem participação da sociedade, apenas com representação do próprio ministério, da ANS, Anvisa e Confederação Nacional das Empresas e Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização - CNSEG; como se vê, sem a participação de movimentos sociais, profissionais de saúde, acadêmicos e do Conselho Nacional de Saúde, os quais poderiam ser convidados eventualmente, o que é muito diferente de compor o grupo. A proposta declarada pelo ministro previa planos com cobertura exclusivamente ambulatorial e a expectativa era de que cerca de 20 milhões de beneficiários entrariam para o mercado de planos de saúde. “O argumento, recorrente também entre os que defendem uma necessidade de sustentabilidade do mercado de seguros privados, é que essa medida “desafoga”, “alivia” o SUS.” (Santos, 2016: 03).

Estas declarações foram vistas como oportunidade para que velhos interesses econômicos pudessem se travestir em movimentos da sociedade a fim de trazer soluções, com destaque para a chamada “coalizão dos empresários da saúde”. A criação do Instituto Coalizão

Saúde, formado por representantes do setor privado e cuja pretensão é “contribuir de forma propositiva e pluralista, para o debate e a busca de novos avanços em saúde, em resposta às demandas da população e as necessidades do país”. (<http://icos.org.br/quem-somos/apresentacao/>).

Para Bahia *et al* (2016), este discurso recheado de expressões técnicas, defende entre outras propostas, que a saúde suplementar deva buscar ampliar sua base de beneficiários através da criação de mecanismos de facilitação de entrada no mercado de produtos mais baratos, contudo sem evidenciar os prováveis prejuízos no acesso a serviços que serão limitados em função de mensalidades baratas e produtos que não asseguram atendimento e tratamento integral, razão para a maioria das demandas judiciais em relação a negativas de coberturas assistenciais.

(...) os traços de delineamento da proposta de planos baratos não são inteiramente novos, nem suas consequências são imprevisíveis. O ineditismo prende-se ao empréstimo da autoria. As empresas privadas de planos de saúde passaram a ter como representante o próprio Ministro da Saúde” (BAHIA *et al.*, 2016: 04).

O que se apresentava como visão de um governo transitório, acabou por se consolidar a partir de 2019, quando assume o poder outro grupo político cuja estratégia acabou por acentuar radicalmente conceitos do neoliberalismo, ainda que sem demonstrar capacidades para além da retórica e das pautas de costumes. É senso comum no cotidiano das pessoas as consequências visíveis em relação a perda de poder aquisitivo dos salários; a diminuição do poder de compra das famílias; o aumento da taxa de desemprego e o retorno do flagelo da fome.

O cenário decorrente dos últimos acontecimentos políticos leva a refletir sobre a repactuação daquilo que se pretende como caminho para a regulação em saúde. Não parece possível que se aponte soluções sem que a sociedade decida aquilo que aspira no horizonte político do país:

Nós estamos vivendo um problema quase que de um retrocesso civilizatório do ponto de vista da saúde. [...] Agora, isso faz parte do processo político mais geral, é importante ter perspectiva de uma nova forma de se regular dentro de um novo programa de governo, de uma nova possibilidade de gestão do Estado brasileiro e, também, você ter uma nova forma de regular o setor de saúde suplementar. Há outra discussão de um sistema puramente estatal; o setor não vai desaparecer, pelo contrário, é um setor muito pujante, economicamente e politicamente influente e pra isso também você precisa ter aliados pra fazer um processo regulatório; eu acho que quando a agência se isola, ela fecha o “apêndice” neste sentido. Faz parte de um novo projeto de país fazer também um novo processo regulatório para regular o setor de Saúde Suplementar. (Entrevistado 1)

### 5.3.1 Autonomia do órgão regulador

A adoção do modelo regulatório, conforme já tratado anteriormente, se vale de uma necessária autonomia de atuação do órgão encarregado de aplicá-lo a fim de garantir que suas decisões tenham caráter técnico e livre de influências circunstanciais em relação ao governo em atividade. Por esta via, a ação regulatória, além de ser realizada por instituição reconhecidamente especializada, teria maior alcance à medida que estivesse menos sujeita e dependente de arranjos políticos. Em que pese estes cuidados, seus dirigentes e servidores, como cidadãos inseridos na sociedade, não são alheios aos acontecimentos políticos e sociais. Os dirigentes são indicados pelo governo a partir de suas inserções profissionais, mas também de suas relações políticas. Os servidores, ainda que selecionados por concurso público, também refletem costumes e conjunturas sociais em que estão inseridos.

Isto posto, trataremos aqui de reflexões advindas dos entrevistados e que tangenciam aspectos conjunturais de ordem política, social, econômica e também administrativa, pois afinal a ANS está vinculada ao ministério da saúde e, por óbvio, também no radar de influência daquele órgão. Não se trata de colocar em dúvida a isenção de servidores e dirigentes, mas de relativizar eventuais interpretações em que se confunda autonomia com independência, bem como inserção e interlocução com capitulação.

A questão da autonomia técnica foi impulsionada pelas recentes tensões envolvendo o governo federal e a Anvisa, durante o processo de autorização de uso emergencial das vacinas. Neste episódio ficou patente a tentativa de que os procedimentos técnicos para a avaliação das demandas de autorização de uso atendessem interesses que não estritamente técnicos.

Nas entrevistas realizadas não houve nenhuma menção a eventuais pressões desta ordem na ANS, ao contrário, vários dirigentes fizeram questão de reforçar que sempre tiveram cuidado em assegurar que sua atuação fosse condizente com as prerrogativas do cargo.

Na minha época eu pessoalmente levei isso muito a sério, fomos sabatinados no Congresso, via isso como um mantra e respeitei isso, passaram vários ministros e eu me posicionava nesse sentido. [...] Nos reuníamos com frequência com ele em horários mais divergentes possíveis, ele sempre respeitou essa regra, por mais que pudesse não concordar. Eu sempre me coloquei dessa forma perante os ministros e outros governos demonstrando autonomia. Em algumas situações a gente percebia que queriam mudar, eu observei, obedeci muito as letras da lei nesse sentido. Eu acredito nesse modelo versando essa autonomia técnico-administrativa, acredito que ela foi criada para não ser um organismo, uma célula da administração direta. Ela

faz parte da administração indireta, e a diretoria tem que se comportar, tanto que os mandatos não são coincidentes. (Entrevistado 4)

Nunca ninguém conseguiu me fazer algo que eu não quisesse fazer, nem governo nem setor, nem os funcionários da agência. Eu sempre respeitei a todos, mas sempre entendi que o cargo de diretor da agência era um cargo mandatário, então mesmo em relação aos ministros minha relação sempre foi respeitosa, e quando eles queriam levantar o tom e achar que eu devia fazer isso ou aquilo eu simplesmente colocava eles no lugar deles. Teve ministro que me ouviu falar na frente dele no colegiado – “o senhor é o quinto ministro que eu vejo sentado nessa cadeira enquanto eu tô sentado na minha, se esse é o tom que você quer manter, então a reunião está terminada” levantei e sai da reunião, hoje eu tenho uma relação ótima com essa pessoa. (Entrevistado 5)

Tem assim uma relação com o governo central, com os representantes da União, os Ministérios da Fazenda, Saúde, Planejamento, Casa civil, você tem naturalmente um acompanhamento mais próximo, aí dependendo desses interesses podem, eles variam, depende de acordo com o projeto, tem a tentativa natural e perene de captura, isso faz parte desse jogo aqui e em qualquer lugar do mundo, ou seja, onde tem a autoridade tem sempre uma aproximação. (Entrevistado 6)

Houve quem apontasse a falta de diretrizes que orientasse o trabalho da agência na perspectiva de sua missão de colaborar com o desenvolvimento da saúde no país.

Acho que tinha autonomia demais; acho que é papel do ministério “acompanhador”, definir políticas e estabelecer compromissos, seja através do **contrato de gestão**, ou outro mecanismo para que as agências reguladoras cumpram. Agência reguladora não é formuladora de política, quem formula a política são os que foram eleitos pra isso e a agência reguladora vai regular através dos mecanismos que foram pré-estabelecidos. Naquele momento (tempo em que atuava como dirigente) acho que tinha um excesso de autonomia. (Entrevistado 1)

Este entrevistado trouxe ainda um refinamento acerca do que seria o ponto de tensão na relação entre o órgão regulador e o governo:

Na formulação de políticas me parece que temos autonomia demais e na execução do ato regulatório, às vezes tende a ter interferências que não estão balizadas pelo conhecimento, pela capacidade técnica que foi acumulada nas agências. É preciso ajustar esses mecanismos para que se tenha uma operação menos conflituosa.” (Entrevistado 1)

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Das contradições e disjunções do processo de implantação da regulação no Brasil resulta a relevância da reflexão sobre os limites do modelo institucional de agência reguladora, especialmente quando consideramos as especificidades da regulação no campo da saúde, um bem inalienável, onde a lógica mercantil não esgota a complexidade das relações daí provenientes.

O percurso desta dissertação buscou compreender as origens teóricas de um novo arranjo institucional em relação ao papel do Estado - o Estado Regulador. A partir de concepções distintas e perspectivas comuns expressas em autores que refletem a questão, expôs-se também, a crítica à incorporação de conceitos e métodos consolidados em países economicamente desenvolvidos, cujas realidades em muito diferem das vividas no Brasil e que, portanto, podem e devem ser relativizadas em termos de aplicabilidade, notadamente quando se ignoram realidades de cultura política e desenvolvimento social. Aquilo que por lá priorizou a concessão ao mercado de serviços básicos na área de infraestrutura, aqui se estendeu à saúde, algo que não se repetiu em países com modelos universais de atenção à saúde.

A reforma do Estado promovida no Brasil deve ser avaliada não pela abrangência de suas intenções ou consistência de seus fundamentos, mas pelos resultados na qualidade de vida da população e na identificação de um projeto soberano a partir do qual são encontrados caminhos para o desenvolvimento humano, social e econômico, tendo como base o Bem estar da população

O papel do Estado na provisão de atenção e assistência à saúde, associado a uma concepção de estímulo a expansão do mercado tem se mostrado questionável no cumprimento de suas responsabilidades constitucionais. A inexistência de experiências exitosas na concessão de serviços públicos dessa natureza em países com sistemas universais deve ser tomada como incentivo a reflexão sobre os rumos dessa estratégia no Brasil. Este debate não deverá ser travado circunscrito à regulação do setor de saúde suplementar, mas na esteira da escolha de que país pretende-se construir.

Como apontado nas entrevistas, o mercado de saúde suplementar não irá desaparecer. Ocorre que antes de delegar responsabilidades suplementares ao mercado parece necessário que se questione a estratégia substitutiva, travestida pela ideia de ampliar o acesso e reduzir a demanda ao SUS.

Esta dissertação não se propôs a discutir o maior evento sanitário mundial em mais de 100 anos, a pandemia da Covid-19, porém nada mais oportuno e emblemático que invocar que se reflita acerca do papel desempenhado pela saúde suplementar e pelo SUS nas fases mais agudas de enfrentamento do referido evento.

A concepção do SUS enquanto sistema; sua implantação e estruturação; sua capilaridade em todos os municípios de todas as unidades da federação; sua gestão compartilhada e cuja relação não se impõe por autoridade, mas por cooperação e corresponsabilidade entre entes; pôde ser conhecida por alguns e reconhecida por muitos. Resta patente que, com os investimentos devidos, recursos financeiros e humanos, tecnológicos e políticos, o SUS foi capaz de dar as respostas necessárias. Elas seriam mais efetivas não fosse a quebra do princípio da cooperação representada pela gestão federal, a mais importante em se tratando da dimensão do problema.

Ainda em curso pelo mundo e aqui no Brasil, a pandemia da Covid-19 segue ceifando vidas e também refletindo em número de vacinados e número de mortos as diferenças para além da capacidade econômica dos países, a diferença entre os que têm sistemas nacionais estruturados e aqueles que não os possuem; os que têm acesso a vacinas e os que não têm; os que retardam o acesso e os que desacreditaram a ciência. O SUS nunca recebeu a prioridade orçamentária necessária para cumprir plenamente o seu papel constitucional. É oportuno que pensemos o futuro, repensando como lidamos com vidas humanas e com todas as formas de vida. Não serão ignoradas iniciativas de empresas em geral, que mobilizaram recursos privados para o atendimento à população, mas do ponto de vista do setor de saúde suplementar, as respostas vieram demoradas, restritivas e subordinadas à lógica mercantil. (SANTOS, 2016).

Com o apoio das entrevistas pudemos conhecer as questões que pairaram na atmosfera de implantação da política regulatória e de suas expressões mais significativas, seus principais instrumentos, chegando por fim aos dilemas e desafios advindos do exercício regulatório nos últimos anos.

A conciliação e o equilíbrio de interesses na equação da saúde suplementar que envolve operadoras, prestadores e beneficiários não será atingida pela precarização da assistência à saúde, como proposto pelos ideólogos dos “planos acessíveis” (BAHIA, 2016). A solvência de operadoras não poderá se sobrepôr às responsabilidades assistenciais, assim como o crescimento do mercado não se dará pela substituição do SUS, mas talvez pelo crescimento do poder aquisitivo e empregabilidade das pessoas.

O SUS é um direito social, plano de saúde é um direito do consumidor. Esta pode ser a premissa pela qual se discutiria em caráter perspectivo os rumos da regulação e o papel do Estado na garantia do direito universal e integral à saúde. Ao invés de atenuar as ações do ente regulador sobre o mercado, direciona-las a um campo livre da sanha substitutiva e da falsa ideia de que agentes do mercado estariam cumprindo um papel social frente às precariedades do SUS. Poderia assim a regulação ser voltada para a diferenciação qualitativa e para a consolidação dos preceitos assistenciais com potencial de estimular a concorrência entre as empresas. A integralidade da atenção ao indivíduo e a integração multiprofissional devem ser pensadas como passo na direção da qualidade assistencial

Este debate precisa estar na ordem do dia pelo potencial de mobilizar os setores médios da sociedade que se movem pela crença de que ter um plano de saúde implica em status, mesmo impondo sacrifícios financeiros já insuportáveis ante o achatamento do seu poder aquisitivo.

Transformar em necessidade aquilo que é direito está na lógica de um sistema que busca o lucro desenfreado, expondo o paradoxo entre cidadania como sinônimo de igualdade e o capitalismo, sinônimo de desigualdade. A sociedade é esvaziada de valores éticos e passa a aspirar pelo consumo, aceitando como natural a ideia de que quem mais tem poder aquisitivo é mais cidadão. (FIGUEIRA, 2020) Somente a mobilização da sociedade poderá rever o papel a que se reduziu o Estado ao se subordinar às experimentações do capitalismo, como a que nos pede para acreditar que cidadania é capacidade de consumo.

Em pouco mais de 20 anos a regulação da saúde no Brasil conseguiu estruturar conceitos, ferramentas e processos regulatórios que mesmo significando avanços, não resultaram em superação da lógica puramente mercantil, e que permanece latente em sua capacidade de agir e influenciar tomadores de decisão. A expressiva redução do número de operadoras é também uma decorrência do processo regulatório implantado e, como apontado em várias entrevistas, fundamental para que se estabeleça um ambiente seguro em relação às responsabilidades das mesmas. As medidas de garantias de solvência das empresas estão no aspecto exitoso do eixo econômico-financeiro, contudo restam muitas expectativas em relação às garantias do direito dos consumidores e assistenciais, muito aquém de se constituírem como exitosos.

A ANS também evoluiu no que diz respeito ao conhecimento do mercado de saúde suplementar. A incorporação de quadros técnicos através de concurso público em uma carreira estruturada é parte importante desta evolução e também uma possibilidade de defesa do



interesse público, a qual está relacionada, por exemplo, às constantes alterações na estrutura administrativa e no regimento interno que por várias vezes atendem a maiorias circunstanciais e pontuais de gestores temporários. A produção de informações é uma expressão robusta da capacidade de análise do setor, seja na orientação do processo decisório, seja na disponibilização para agentes do mercado, beneficiários e sociedade.

Reconhecidos alguns avanços, há que se apontar como desafio fundamental a necessidade de que a regulação avance aos aspectos assistenciais e consumeristas para que possa fazer jus à sua missão institucional extraída do diploma legal que a criou: “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 Brasil”.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. J. C. A. et al. **O controle da atuação das agências reguladoras federais brasileiras**. 2008.

ANS. 2021. **Dados e publicações do ressarcimento ao SUS. SCI e SGR**. junho 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus>. Acesso em: 27 mar. 2022.

ANS, 2021a. **ANS atinge maior índice de resolução de demandas de consumidores desde 2013**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-atinge-maior-indice-de-resolucao-de-demandas-de-consumidores-desde-2013>. Acesso em: 27 abr. 2022.

ANS, 2021b. **Resolução Normativa nº 470, de 09 de julho de 2021. Dispõe sobre o rito processual de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDA2Mw==>. Acesso em: 22 abr. 2022.

ANS. 2022. **Relatório anual de gestão e de atividades 2022 – exercício 2021**. Rio de Janeiro, ANS, 2022. Disponível em: <https://Plano de Gesto Anual 2022 PGA 2022 Publicado.pdf> (www.gov.br). Acesso em: 23 fev. 2022.

ANS. 2022a. **Atos normativos da ANS: aperfeiçoamento do ambiente regulatório**. Rio de Janeiro, ANS/SEGER, 2022. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMDJmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 23 fev. 2022.

ANS, 2022b. **Esclarecimentos da ANS sobre taxatividade do rol de coberturas obrigatórias**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/esclarecimentos-da-ans-sobre-taxatividade-do-rol-de-coberturas-obrigatorias>. Acesso em: 14 maio 2022.

ANS, 2022c. **Agenda regulatória 2019-2022**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/agenda-regulatoria>. Acesso em: 03 maio 2022.

ANS, 2022d. **Agenda regulatória 2019-2022: monitoramento dezembro 2021**. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZDg0Y2Y5YmU1ZiJ9>. Acesso em: 14 maio 2022.

ANS, 2022e. **Materiais para pesquisa**. Disponível em: [https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/sala-de-situacao.html](https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html). Acesso em: 02 jul. 2022.

ARAGÃO, A. S. O princípio da eficiência. **Revista de Direito Administrativo**, n. 237, p. 1–6, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.12660/rda.v237.2004.44361>. Acesso em: 15 maio 2022.

AZEVEDO, V.; SEABRA, C. **Lula justifica silêncio sobre indulto e diz que Bolsonaro foi estúpido**. Folha de São Paulo, 26 abril 2022. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2022/04/lula-justifica-silencio-sobre-indulto-e-diz-que-bolsonaro-foi-estupido.shtml>. Acesso em: 26 abr. 2022.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, volume 42, nº especial 3, p. 158 - 171, novembro 2018.

BAHIA, L. *et al.* Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00184516, 2016.

BAHIA, L. Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado. **Trabalho, educação e saúde**, v. 4, n. 1, p. 159-170, 2006.

BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & saúde coletiva**, v. 6, p. 329-339, 2001.

BRANDI, V. R.; SILVA, E. Q. Gastos com a saúde no Brasil: uma comparação com países de renda média. **Revista Economia Ensaios**, v. 34, p. 250-67, 2019.

BRASIL. 1998. **Lei 9658, de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

BRASIL. 2000. **Lei 9961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

BRASIL. 2007. **Lei Complementar 126, de 15 de janeiro de 2007**. Dispõe sobre a política de resseguro, retrocessão e sua intermediação, as operações de coseguro, as contratações de seguro no exterior e as operações em moeda estrangeira do setor securitário; altera o Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, e a Lei nº 8.031, de 12 de abril de 1990, e dá outras providências.

BRASIL. 2019. **Lei Nº 13.848, de 25 de junho de 2019**. Dispõe sobre a gestão, a organização, o processo decisório e o controle social das agências reguladoras.

BRESSER-PEREIRA, L. C. (1998). **Reforma do Estado para cidadania: a reforma gerencial na perspectiva internacional**. São Paulo/Brasília: Editora 34/ENAP.

CARVALHO, E. B.; CECÍLIO, L. C. O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2167-2177, 2007.

CESCHIN, M. O impacto do novo rol de procedimentos. **Revista Debates GVsaúde**, n. 11, p. 7-10, 2011.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J.M. et al. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. **RAP Rio de Janeiro**, 35(2):193-228, Mar./Abr, 2001.

COSTA, N. R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1453-1462, 2008.

FERNANDES, D. **Os dados da OCDE que põem o Brasil entre últimos em ranking de gastos em saúde**. BBC News Brasil, 7 nov. 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-50329522>. Acesso em: 26 mar. 2022.

FIGUEIRA, Hector Luiz Martins. Dilemas sociais e jurídicos da cidadania do consumo: entre o mercado e o direito. **Revista Internacional da academia Paulista de Direito**. Vitória, FDV, n. 6 nova série, 2020.

KERSTENETZKY, C. L.; GUEDES, G. P. O welfare state resiste? Desenvolvimentos recentes do estado social nos países da OCDE. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2095-2106, 2018.

MAJONE, G. Do Estado positivo ao Estado regulador: causas e consequências de mudanças no modo de governança. **Revista do Serviço Público**, v. 50, n. 1, p. 5-36, 1999.

MELO, M. A. A política da ação regulatória: responsabilização, credibilidade e delegação. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 16, p. 56-68, 2001.

MENDES, S. F. et al. Uma análise da implantação do padrão de troca de informação em saúde suplementar no Brasil. **Journal of Health Informatics**, v. 1, n. 2, 2009.

MIGNOLO, W. D. Colonialidade: o lado mais escuro da modernidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 32, 2017.

NUNES, A. J. A. Neoliberalismo e direitos humanos. **Revista da Faculdade de Direito**, Universidade de São Paulo, v. 98, p. 423-462, 2003.

\_\_\_\_\_. Breve reflexão sobre o chamado estado regulador. **Sequência Estudos Jurídicos e Políticos**, p. 9-18, 2007.

OCDE. **Estatísticas de Saúde da OCDE**. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/health-data-en>. Acesso em: 26 mar. 2022.

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de Sá; VIEIRA, F. S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017**. Brasília: IPEA, 2018. Disponível em [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=34529:td-2439-consolidacao-do-gasto-com-acoes-e-servicos-publicos-de-saude-trajetoria-e-percalcos-no-periodo-de-2003-a-2017&catid=411:2018&directory=1](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34529:td-2439-consolidacao-do-gasto-com-acoes-e-servicos-publicos-de-saude-trajetoria-e-percalcos-no-periodo-de-2003-a-2017&catid=411:2018&directory=1). Acesso em: 30 jul. 2022.

ROCHA, V. S. **O rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS-2014:** aspectos regulatórios, perspectiva financeira e social para beneficiários e operadoras de planos de saúde. 2014.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 2303-2314, 2018.

SANTOS, I. S. et al. **A solução para o SUS não é um Brazilcare. 2016.** Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16984>. Acesso em: 04 jul. 2022.

SCALERCIO, G.; NOLASCO, L. A.; ARAÚJO, M. A. **Avaliação institucional e instrumentos de gestão:** uma análise da ação fiscalizatória da ANS. (2009) Disponível em: <https://consad.org.br/wp-content/uploads/2013/02/AVALIA%C3%87%C3%83O-INSTITUCIONAL-E-INSTRUMENTOS-DE-GEST%C3%83O-UMA-AN%C3%81LISE-DA-A%C3%87%C3%83O-FISCALIZAT%C3%93RIA-DA-ANS2.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2022.

SENACOM/MJ. **A defesa do consumidor no Brasil.** Brasília, Ministério da Justiça, 2015. Disponível em: <https://www.defesadoconsumidor.gov.br/portal/defesa-do-consumidor-no-brasil>. Acesso em: 14 abr. 2022.

SOUZA, L. E. P. F. et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p. 2783-2792, agosto 2019.

SUSEP. **Anuário Estatístico da SUSEP 1997.** Disponível em: <http://www.susep.gov.br/menu/a-susep/historia-do-seguro>. Acesso em: 15 abr. 2022.

TRETTEL, D. B.; KOZAN, J. F.; SCHEFFER, M. C. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. **Revista de Direito Sanitário**, v. 19, n. 1, p. 166-187, 2018.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de Sá. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil:** resultados e argumentos a seu favor. Brasília: IPEA, 2019. (TD 2516). Disponível em [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=35119&Itemid=444](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35119&Itemid=444). Acesso em: 30 jul. 2022.

WOLF, J. W.; OLIVEIRA, G. C. O “espírito de Dunquerque” e o NHS inglês: teoria, história e evidências. **Revista Tempo do Mundo**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 193-241, julho 2017.

ZIMERMMANN, F. **Gestão da estratégia com uso do BSC.** Repositório da Escola Virtual Estratégia e Planejamento, ENAP, 2010. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1144>. Acesso em: 15 abr. 2022.