Neil Patrick Mascarenhas

**Análise de um processo em construção: a
regulação da saúde suplementar no Brasil**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Luiza d'Ávila Viana

São Paulo
2007

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Mascarenhas, Neil Patrick

Análise de um processo em construção : a regulação da saúde suplementar no Brasil / Neil Patrick Mascarenhas.-- São Paulo, 2007.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Medicina Preventiva.

Área de concentração: Medicina Preventiva.

Orientadora: Ana Luiza d'Ávila Viana.

Descritores: 1. Regulação governamental 2.Regulação e fiscalização em saúde
3. Saúde suplementar/organização & administração 4.Saúde
suplementar/estatística & dados numéricos 5.Política de saúde/economia
6.Políticas de controle social 7.Setor privado 8.Sistemas pré-pagos de saúde 9.
Cobertura de serviços privados de saúde 10.Brasil

USP/FM/SBD-198/07

FOLHA DE APROVAÇÃO

Neil Patrick Mascarenhas

Análise de um processo em construção: a regulação da saúde suplementar no Brasil

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Medicina Preventiva

Aprovado em:

Banca examinadora

Professor Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Professor Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Professor Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Professor Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Professor Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Dedico este trabalho
à minha mulher Yasmin,
incentivadora e sempre presente
ao longo desta caminhada e
ao meu filho Patrick.*

Agradecimentos

À Profa. Dra. Ana Luiza d'Ávila Viana, minha orientadora, pelo incentivo e aprofundamento alcançado neste trabalho.

Aos professores que compuseram a banca para o exame de qualificação, Profa. Dra. Amélia Cohn, Profa. Dra. Ana Maria Malik e Prof. Dr. Laerte Idal Sznelwar, por proporcionarem mais que um momento de avaliação, um tempo de reflexão e de novas descobertas e desdobramentos para este trabalho.

Aos entrevistados, representantes de diversas entidades participantes da Câmara de Saúde Suplementar da ANS, pelo tempo, riqueza das informações compartilhadas e pelos esforços em conciliar as agendas em tempos tão tumultuados.

Ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo que me proporcionou um espaço de crescimento intelectual e acadêmico e aos funcionários do Depto. em particular a Lillian, que como secretária da Pós-graduação auxiliou em vencer as etapas burocráticas deste trabalho.

À Profa. Dra. Amélia Cohn pelo apoio, inspiração e incentivo desde a construção do pré-projeto até esta etapa final.

À Profa Dra Maria Novaes, ao Prof. Dr. Paulo Eduardo Mageon Elias e ao Prof. Dr. Moises Goldbaum que me auxiliaram no desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores das disciplinas que cursei, cada um em sua especificidade, pelas reflexões que proporcionaram.

Aos meus amigos, familiares e colegas que me ajudaram nessa trajetória, especialmente a Marilene, minha fiel transcritora.

A Yasmin, companheira, cúmplice, cobradora e incentivadora, que me apoiou em todas as etapas deste trabalho e que sem a qual, tenho certeza, não conseguiria desenvolver esta tese.

Ao Patrick por sua compreensão, brincadeiras e carinho.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta dissertação.

Sumário

DEDICATÓRIA	IV
AGRADECIMENTOS	V
LISTA DE QUADROS E FIGURAS.....	VIII
LISTA DE TABELAS.....	X
LISTA DE SIGLAS	XI
RESUMO	XIV
ABSTRACT	XVI
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 JUSTIFICATIVA	2
1.2 PERGUNTAS CENTRAIS DO ESTUDO.....	5
1.3 OBJETIVOS	5
1.3.1 Objetivos específicos.....	6
1.4 MÉTODOS.....	6
1.4.1 Tipo de Estudo	6
1.4.2 Amostra	7
1.4.3 Aspectos éticos	10
1.4.4 Entidades convidadas a participar das entrevistas.....	10
1.4.5 Análise das entrevistas.....	12
2. A CONSTRUÇÃO DE UM PADRÃO DE RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	14
2.1 PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE SUS E SISTEMA SUPLETIVO	39
2.2 RELAÇÕES ENTRE ATORES NO MERCADO BRASILEIRO DE SAÚDE	40
3 REFORMA DO ESTADO E O MODELO DE REGULAÇÃO	42
3.1 A REFORMA DO ESTADO.....	42
3.2 A REFORMA DO ESTADO – O CASO BRASILEIRO	49
3.3 REGULAÇÃO – TEORIA, CONCEITOS E MODELOS	59
3.3.1 Regulação e falhas de mercado.....	59
3.3.2 Regulação e o impacto da Reforma do Estado	64
3.3.3 Modelos de regulação e agências reguladoras	66
3.3.4. A regulação do setor saúde.....	71
3.4. APLICAÇÃO DO MODELO - A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	75
4 O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	86
4.1 PERFIL DO MERCADO BRASILEIRO DE SAÚDE SUPLEMENTAR	86
4.2 CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR	103
4.2.1 Atores da Câmara de Saúde Suplementar.....	107
5 REGULAÇÃO, ATORES E REPRESENTAÇÃO DE INTERESSES	112
5.1 DESTAQUE DE ALGUNS ASPECTOS RELEVANTES DAS ATAS DE REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR	115
5.2 A CONSTRUÇÃO DO MODELO DE REGULAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR.....	124
5.2.1 Origem.....	126
5.2.2 Integração com políticas nacionais	127

5.2.3 Autonomia	129
5.2.4 Público e privado na saúde	133
5.2.5 Ressarcimento ao SUS	137
5.3 PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO EM REGULAÇÃO	141
5.3.1 Origem da participação	143
5.4 CSS COMO INTERLOCUTORA NA REGULAÇÃO	148
5.4.1 Representatividade ou desequilíbrio	151
5.4.2 Consultiva ou deliberativa	158
6 SUSTENTABILIDADE DA REGULAÇÃO	162
6.1 VELOCIDADE DO PROCESSO DE REGULAÇÃO E IMPACTO DO JUDICIÁRIO	165
6.1.1 Velocidade do processo	165
6.1.2 O impacto do Judiciário na regulação	169
6.2 VIABILIDADE ECONÔMICA – REAJUSTE E FOMENTO	173
6.2.1 Reajuste	173
6.2.2 Fomento	177
7 A AVALIAÇÃO DA ANS PELOS ATORES	184
7.1 AVALIAÇÃO DA INFRA-ESTRUTURA	189
7.2 AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO ENTRE DIRETORIAS – 5 AGÊNCIAS.....	193
7.3 AVALIAÇÃO LEGAL E DO EXCESSO NORMATIVO.....	196
7.4 AVALIAÇÃO GERAL DA ATUAÇÃO ANS	198
7.5 SUCESSOS E LACUNAS IDENTIFICADOS PELOS ATORES.....	204
7.6 COMPARATIVO COM O FÓRUM DE SAÚDE SUPLEMENTAR 2003.....	215
8. CONCLUSÕES.....	226
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	240
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO – ENTREVISTA	251
APÊNDICE B - POSICIONAMENTO DAS ENTIDADES	252
APÊNDICE C - POSICIONAMENTO DOS ATORES.....	260

Lista de Quadros e Figuras

QUADRO 1.1 – GRUPOS DE INTERESSE - PARTICIPANTES DA CSS	8
QUADRO 1.2 – GRUPOS DE INTERESSE E ENTIDADES REPRESENTATIVAS.....	9
QUADRO 1.3 – ENTIDADES ENTREVISTADAS	11
QUADRO 1.4 – DIMENSÕES ANALÍTICAS	12
QUADRO 2.1 - SUS E SISTEMA SUPLETIVO: DIFERENÇAS ENTRE OS SISTEMAS.....	39
FIGURA A – RELAÇÃO ENTRE ATORES NO SISTEMA BRASILEIRO DE SAÚDE	41
QUADRO 3.1 - REGULAÇÃO POR AGÊNCIA X REGULAÇÃO PELA PROPRIEDADE	71
QUADRO 3.2 – CONTRATOS DE GESTÃO - ANS	81
QUADRO 3.3 – DIRETORES DA AGÊNCIA.....	81
QUADRO 3.4 – CONSULTAS PÚBLICAS POR ANO	82
QUADRO 3.5 – RELAÇÃO DE CONSULTAS PÚBLICAS.....	82
QUADRO 3.6 – NORMATIZAÇÕES EMITIDAS – POR ANO.....	84
QUADRO 3.7 – RELAÇÃO DE CONSULTAS PÚBLICAS E RESOLUÇÕES NORMATIVAS.....	85
QUADRO 4.1 - REPRESENTANTES - CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR LEI 9656/98 E 9961/00	106
QUADRO 4.2 – PARTICIPANTES DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR EM DEZEMBRO 2006.....	108
QUADRO 4.3 – POSICIONAMENTO RESUMIDO DOS PARTICIPANTES DA CSS.....	109
QUADRO 5.1 – DIMENSÕES ANALÍTICAS – REGULAÇÃO, ATORES E REPRESENTAÇÃO.....	113
QUADRO 5.2 – REPRESENTANTES DA ANS E OUTRA ENTIDADE	116
QUADRO 5.3 - REPRESENTANTES COM MAIOR PARTICIPAÇÃO	116
QUADRO 5.4 – PARTICIPAÇÃO ABSOLUTA E RELATIVA NAS REUNIÕES	117
QUADRO 5.5 – REPRESENTANTES E PARTICIPAÇÃO NA CSS	120
QUADRO 5.6 – ASSUNTOS PARA PAUTA NA CSS	122
QUADRO 5.7 – CONSTRUÇÃO DO MODELO DE REGULAÇÃO	124
QUADRO 5.8 – CONSTRUÇÃO DO MODELO DE REGULAÇÃO – REFORMA DO ESTADO	126
QUADRO 5.9 – CONSTRUÇÃO DO MODELO DE REGULAÇÃO – INTEGRAÇÃO.....	128
QUADRO 5.10 – DE AUTONOMIA A CONTROLE SOCIAL – COMO SE POSICIONAM OS ATORES.....	131
QUADRO 5.11 – PÚBLICO E PRIVADO EM SAÚDE – SISTEMA ÚNICO?	134
QUADRO 5.12 – PÚBLICO E PRIVADO EM SAÚDE – RESSARCIMENTO AO SUS	139
QUADRO 5.13 – LÓGICA DA PARTICIPAÇÃO	141
QUADRO 5.14 – LÓGICA DA PARTICIPAÇÃO - ORIGEM	145
QUADRO 5.15 – CSS COMO INTERLOCUTORA NA REGULAÇÃO	148
QUADRO 5.16 – REPRESENTATIVIDADE – CSS: CONSTITUIÇÃO FRAGMENTADA	155
QUADRO 5.17 – CONSULTIVO OU DELIBERATIVO - PRODUTIVIDADE	159
QUADRO 6.1 – DIMENSÕES ANALÍTICAS – SUSTENTABILIDADE DA REGULAÇÃO	162
QUADRO 6.2 – SUSTENTABILIDADE DA REGULAÇÃO – RESUMO	163
QUADRO 6.3 – VELOCIDADE DO PROCESSO – PODERIA SER ACELERADO	167
QUADRO 6.4 – VELOCIDADE DO PROCESSO – RESUMO	168
QUADRO 6.5 – IMPACTO DO JUDICIÁRIO – INTERFERÊNCIA NA REGULAÇÃO	170
QUADRO 6.6 – IMPACTO DO JUDICIÁRIO – RESUMO.....	172
QUADRO 6.7 – VIABILIDADE ECONÔMICA – METODOLOGIA PARA REAJUSTE.....	174
QUADRO 6.8 – VIABILIDADE ECONÔMICA – REAJUSTE - RESUMO	175
QUADRO 6.9 – VIABILIDADE ECONÔMICA – CRESCIMENTO E SUSTENTABILIDADE	180
QUADRO 6.10 – VIABILIDADE ECONÔMICA – CRESCIMENTO - RESUMO	182
QUADRO 7.1 – DIMENSÕES ANALÍTICAS – ANS NA VISÃO DOS ATORES.....	185
QUADRO 7.2 – DIMENSÕES ANALÍTICAS – AVALIAÇÃO DA ANS - RESUMO	187
QUADRO 7.3 – AVALIAÇÃO DA INFRA-ESTRUTURA COMO PONTO DE TENSÃO	190
QUADRO 7.4 – AVALIAÇÃO DA INFRA-ESTRUTURA – RESUMO.....	192
QUADRO 7.5 – AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO INTERNA – A DISSENSÃO NA ANS	193
QUADRO 7.6 – AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO INTERNA – RESUMO	195
QUADRO 7.7 – AVALIAÇÃO LEGAL – EXCESSO NORMATIVO	196
QUADRO 7.8 – AVALIAÇÃO LEGAL E EXCESSO NORMATIVO – RESUMO	197
QUADRO 7.9 – AVALIAÇÃO GERAL DA ANS NA VISÃO DOS ATORES	199
QUADRO 7.10 – AVALIAÇÃO GERAL – RESUMO.....	202
QUADRO 7.11 – AVALIAÇÃO DOS SUCESSOS E LACUNAS - CONSOLIDADO	205
QUADRO 7.12 – AVALIAÇÃO DOS SUCESSOS E LACUNAS - OBSERVAÇÕES	210
QUADRO 7.13 – AVALIAÇÃO DOS SUCESSOS E LACUNAS – RESUMO - SUCESSOS	212
QUADRO 7.14 – AVALIAÇÃO DOS SUCESSOS E LACUNAS – RESUMO - LACUNAS	213
QUADRO 7.15 – DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – FÓRUM DE DISCUSSÃO DE 2003	216

QUADRO 7.16 – CONSENSOS – FÓRUM DE DISCUSSÃO - 2003.....	218
QUADRO 7.17 – ATENÇÃO À SAÚDE – FÓRUM X PESQUISA	220
QUADRO 7.18 – ECONÔMICO-FINANCEIROS – FÓRUM X PESQUISA	221
QUADRO 7.19 – INSTITUCIONAIS – FÓRUM X PESQUISA.....	221
QUADRO 7.20 – ANS – FÓRUM X PESQUISA	222
QUADRO 7.21 – ANS – FÓRUM X PESQUISA – RESUMO.....	224
QUADRO 8.1 – DIMENSÕES, VARIÁVEIS E INDICADORES	233

Lista de Tabelas

TABELA 4.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PLANOS POR TIPO DE BENEFICIÁRIO	87
TABELA 4.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS PLANOS: PARTICIPAÇÃO DE 2000 A 2006	88
TABELA 4.3 – CARACTERIZAÇÃO DOS PLANOS: VARIAÇÃO POR TIPO DE 2000 A 2006	88
TABELA 4.4 - BENEFICIÁRIOS POR SEGMENTO - BASE BENEFICIÁRIOS EM DEZEMBRO DE 2006	91
TABELA 4.5 - BENEFICIÁRIOS POR SEGMENTO - BASE PLANOS EM DEZEMBRO DE 2006	91
TABELA 4.6 - BENEFICIÁRIOS POR ESTADO – COBERTURA EM DEZEMBRO DE 2006	92
TABELA 4.7 - BENEFICIÁRIOS POR GÊNERO – PLANO INDIVIDUAL E COLETIVO	93
TABELA 4.8 - BENEFICIÁRIOS POR GÊNERO – PLANO INDIVIDUAL E COLETIVO (%)	94
TABELA 4.9 - BENEFICIÁRIOS POR IDADE – PLANO INDIVIDUAL E COLETIVO	94
TABELA 4.10 – COBERTURA DE BENEFICIÁRIOS POR IDADE – PLANO INDIVIDUAL E COLETIVO (%) EM DEZEMBRO DE 2006	95
TABELA 4.11 - CURVA DE BENEFICIÁRIOS POR OPERADORA EM DEZEMBRO DE 2006	97
TABELA 4.12 - PARTICIPAÇÃO DE MERCADO POR MODALIDADE DE OPERADORA	97
TABELA 4.13 - PARTICIPAÇÃO DE MERCADO POR MODALIDADE DE OPERADORA (%)	98
TABELA 4.14 – BENEFICIÁRIOS POR OPERADORA	98
TABELA 4.15 – BENEFICIÁRIOS POR OPERADORA (%)	98
TABELA 4.16 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE OPERADORAS	99
TABELA 4.17 – OPERADORAS POR FAIXA DE BENEFICIÁRIOS (%) EM DEZEMBRO DE 2006	99
TABELA 4.18 – RECEITA POR MODALIDADE DE OPERADORA (R\$ MILHÕES)	100
TABELA 4.19 – VARIAÇÃO DA RECEITA POR MODALIDADE DE OPERADORA (%)	100
TABELA 4.20 – PARTICIPAÇÃO DE MERCADO - RECEITA POR MODALIDADE DE OPERADORA (%)	101
TABELA 4.21-COMPARATIVO DE PARTICIPAÇÃO DE MERCADO - Nº. DE BENEFICIÁRIOS (%) X RECEITA	101
TABELA 4.22 – DESPESA ASSISTENCIAL POR BENEFICIÁRIO E MODALIDADE DE OPERADORA – MÉDIA MENSAL EM R\$	102
TABELA 4.23 – SINISTRALIDADE (ASSISTENCIAL) POR MODALIDADE DE OPERADORA – %	103

Lista de Siglas

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASPE	Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas
ADUSEPS	Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde
AFB	Associação Franco Basaglia
AMB	Associação Médica Brasileira
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANEEL	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	Agência Nacional do Petróleo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANTT	Agência Nacional de Transporte Terrestre
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPPesq	Comissão de Ética para análise de Projetos de Pesquisa
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CIEFAS	Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde
CMB	Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
CNC	Confederação Nacional do Comércio
CNI	Confederação Nacional da Indústria
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONSU	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CSS	Câmara de Saúde Suplementar
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial – ANS
DIFIS	Diretoria de Fiscalização – ANS
DIGES	Diretoria de Gestão – ANS
DIOPE	Diretoria de Normas e habilitação de operadoras – ANS
DIOPS	Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde
DIPRO	Diretoria de Normas e habilitação de produtos – ANS
FARBRA	Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil

FAS	Fundo de Assistência Social
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FENASEG	Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FORÇA	Força Sindical
GEAP	Fundação de Seguridade Social - Grupo Executivo de Assistência Patronal
HMO	Health Maintenance Organization
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPB	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICRT	International Consumers Research and Testing,
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IEL	Instituto Euvaldo Lodi
IGP-M	Índice Geral de Preços – Mercado
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Ampliado
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MF	Ministério da Fazenda
MJ	Ministério da Justiça
MP	Medida Provisória
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MT	Ministério do Trabalho e Emprego
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPA	Plano de Pronta Ação
PROCON	Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor
PROTESTE	Associação Brasileira de Defesa do Consumidor
PT	Partido dos Trabalhadores
RN	Resolução Normativa – ANS
RO	Resolução Operacional – ANS
SAC	Serviço de Atendimento ao Consumidor
SDS	Social Democracia Sindical
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria
SIB	Sistema de Informação de Beneficiários - ANS
SIMESP	Sindicato dos Médicos de São Paulo
SINAMGE	Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo
SINDHRIO	Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde do Município do Rio de Janeiro
SINOG	Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo
SINSAUDES	Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de São Paulo
SIP	Sistema de Informação de Produtos
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TAC	Termo de Ajustamento e Conduta
TISS	Troca de Informação em Saúde Suplementar
TUNEP	Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UNIMED	Confederação Nacional das Cooperativas Médicas
UNIODONTO	Cooperativas de Serviços Odontológicos

Resumo

Mascarenhas NP. Análise de um processo em construção: a regulação da saúde suplementar no Brasil [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa composta por análise bibliográfica categorial com foco em reforma do Estado e regulação, por um levantamento da estrutura do mercado e das atas de reunião da Câmara de Saúde Suplementar (CSS) e por entrevistas semi-estruturadas com os principais atores desta câmara, buscando entender posicionamentos e principais pontos em debate, construindo um quadro de referência do setor, visando identificar sucessos e lacunas do processo. A pergunta central é até que ponto a regulação, a partir do modelo de agência adotado no Brasil para o setor de saúde suplementar, não estaria atingindo os objetivos propostos quando da sua criação, ou seja, de defender o interesse público na assistência suplementar à saúde. O mercado de saúde suplementar é composto por 36,9 milhões de beneficiários de planos de saúde em 2006 representando 19,6% da população brasileira. Apesar do seu tamanho e da relação público-privada que permitiu seu desenvolvimento ao longo do século passado ocorreu à margem de um regramento oficial até 1998, com a promulgação das Leis 9.656/98 e 9.961/00, esta última criando a ANS, estendendo o processo de reconfiguração do papel do Estado para o setor de saúde. Entre 01/2000 e 12/2006 a ANS realizou 25 consultas públicas (4,2 consultas ao ano em média), destas 11 trataram de temas financeiros; enquanto questões cadastrais, de definição de produtos e de contratualização foram temas de três consultas cada. Neste mesmo período a ANS emitiu 790 normativos, uma média de 113 normativos por ano. A comparação entre consultas públicas e normativos sugere uma pequena participação externa à agência no processo de regulação. Desde sua criação em 1998 até 09/2006 a CSS se reuniu 44 vezes, considerando presença relativa (ponderada pelo número de convocações) as representações mais presentes foram: prestadores de serviço, medicinas de grupo, seguradoras, reguladores (ANS) e consumidores com 100%. No pólo inverso foram identificados: trabalhadores, governo e gestores com menos de 55% de presença relativa, sugerindo o grau de importância que cada grupo de representação confere à CSS, seja como fórum de debate ou espaço para disseminação de suas posições. Nestas reuniões foram pautados 129 temas, com predominância daqueles ligados a característica e estrutura da regulamentação (35% dos temas), apresentações da ANS (13% das pautas) e programas da ANS (9% dos temas). Temas como a avaliação da ANS pelos atores e discussão quanto a lacunas no processo de regulação, embora pareçam cruciais para a adequação do modelo, foram tratados apenas uma vez cada. Adicionalmente, a elaboração por parte dos atores da CSS de documentos para discussão foi tema em apenas duas das 129 pautas. As entrevistas com os atores da CSS revelam que há consenso quanto a Reforma do Estado ser a origem da regulação via agência, porém discute-se sua autonomia, distanciamento do controle social do SUS, falta de integração com políticas do Ministério da Saúde, interfaces entre os sistemas público e privado, renúncia fiscal, subordinação entre SUS e sistema suplementar, efetividade dos contratos pré-regulação e participação (ou interferência) do Judiciário no processo. A maioria das

representações discute saúde suplementar desde o início dos anos 90, sofrendo o desgaste em função do longo período de participação e dos resultados aquém dos esperados. A composição heterogênea, não paritária e o caráter consultivo da CSS dificulta a construção do entendimento. A baixa participação de governo, trabalhadores e gestores e a discussão prévia entre ANS e MS dos assuntos relevantes corroboram com a avaliação de baixa produtividade dada à CSS. Há consenso pela busca de sustentabilidade do mercado, mas com divergências quanto às alternativas para atingi-la, com posicionamentos antagônicos quanto a incentivos fiscais, ressarcimento ao SUS, volume de lucro aceitável e metodologia de apuração dos reajustes de preços. Os gargalos apontados pelos atores foram sistemas e recursos humanos, falta de integração entre as diretorias da agência e o volume de normativos, que são apontados como fatores de lentidão e incremento de custos no processo regulatório. Ressaltam ainda a necessidade de maior participação da sociedade e transparência. São reconhecidos poucos sucessos (definição de produtos, direitos e cobertura, saneamento do mercado e programas de qualificação e troca de informação) e diversas lacunas (adequação do marco regulatório, integração interna da ANS, incorporação do prestador de serviços no campo regulado e integração com o SUS). Conclui-se que a regulação em saúde suplementar atingiu uma fase em que nenhum ator está satisfeito, mesmo entendendo ser este um processo em construção e dadas as divergências de interesses e limitações do fórum de discussão, a construção de consensos via CSS é complexa podendo não ocorrer. Adicionalmente, os posicionamentos e lacunas da agência no processo não permitem enxergá-la como efetiva defensora do interesse público em saúde suplementar.

Descritores: 1. Regulação governamental 2.Regulação e fiscalização em saúde 3. Saúde suplementar/organização & administração 4.Saúde suplementar/estatística & dados numéricos 5.Política de saúde/economia 6.Políticas de controle social 7.Setor privado 8.Sistemas pré-pagos de saúde 9. Cobertura de serviços privados de saúde 10.Brasil

Abstract

Mascarenhas NP. Analysis of a process in construction: the regulation of the supplementary health system in Brazil [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.

This qualitative research is composed by a bibliographical analysis focused on state reform and regulation, the market structure analysis, the Câmara de Saúde Suplementar (CSS) meeting minutes analysis and by semi-structured interviews with CSS' actors understanding positioning, discussion points, identifying successes and lacking points of the process. The objectives of this thesis are build a frame of reference for the supplementary health market, through a statistical analysis including analysis of the CSS meeting minutes, of the public consultations and rules issued by ANS; as well as analyzing the impacts of regulation on the several groups of interest represented in the CSS, discussing amplitude and range of regulation and questioning ANS' mission achievement, as public interest defender in this market. The Brazilian supplementary health market assists 36.9 million beneficiaries, according to 2006's data, which represents 19.6% of the population. Despite its size and the public-private relationship which allowed its growth since the beginning of last century, it remained unregulated until 1998. Regulatory activity was undertaken by ANS in 2000, extending State role reconfiguration concept to health field. Between 01/2000 and 12/2006 ANS called 25 public consultations (4.2 per year), from which 11 dealt with financial subjects, while masterfile, product definitions and contractualization were subject of 3 consultations each. During this period ANS issued 790 rules, an average of 113 per year. The comparison between the number of public consultations and of rules issued suggests small external participation. Since its creation in 1998 until 09/2006, CSS held 44 meetings. Considering relative participation, the most present representations were service providers, health maintenance groups, insurers, regulators and consumers with 100% of presence. On the other hand health workers, government and public health managers were present to less than 55% of the meetings, suggesting the relative importance given to CSS by each representation. During these meetings 129 different subjects were discussed. Main topics covered were regulation characteristics and structure (35%), ANS presentations (13%) e ANS programs (9%). Subjects as ANS evaluation and lacking points discussion, despite seeming crucial were dealt only once each. Additionally discussion of documents prepared by CSS actors took place only twice. Interviews seeked for actor's positioning on regulation model, were consensus resides on agency origin from state reform process, but autonomy, distance from SUS social control, lack of integration with Health Ministry policies, public and private systems' interfaces, tax relieves, subordination of private system to SUS, effectiveness of pre-regulation contracts and Justice interference in the process are still points of discussion. The majority of representants have being discussing private health issues since the beginning of the 90's, suffering from the stress of long participation with limited results. The uneven composition and consulting status of the CSS are obstacles towards build understanding. Government's, health workers' and public health managers' low participation in CSS and pre-meeting discussions of relevant

subjects between ANS and MS, induce to a low productivity appraisal of CSS. Pursue sustainability seems to be a consensus, although ways to achieve this are discrepant, varying from definition of new fiscal incentives and reimbursement to SUS policy to definition of admitted profit margins. ANS's evaluation by actors indicate bottlenecks in IT and human resources, lack of integration within the agency's directorships and the amount of rules issued all of which contribute to increase costs and delay the regulatory process. Transparency and participation on decision processes are also claimed for. Few success examples are identified (product, rights and coverage definition, market clearing and implementation of quality programs) and several lacking points are indicated (adequacy of the regulatory base, internal integration, inclusion of the service providers in the regulated field and integration with SUS). Conclusions indicate that regulation has achieved a stage where none of the actors are satisfied, even recognizing that this is still a process in construction, and given the interest discrepancies between actors and limitations of the discussion arena, build consensus via CSS is complex and may not happen. At the same time, the number of lacking points in the regulation process show the distance for ANS to achieve its mission, and therefore do not allow see ANS as effective public interest defender in this market.

Descriptors: 1. health regulation and fiscalization 2. government regulation 3. supplemental health / organization & administration 4. supplemental health / statistics & numerical data 5. Health policy / economics 6. Social control policies 7. Private sector 8. Health maintenance organizations 9. Private health care coverage 10. Brazil

1. Introdução

A evolução do mercado de saúde suplementar no Brasil se dá a partir de uma relação público privado no setor da saúde em que a demanda por serviços é direcionada pelo Estado enquanto sua oferta é privada. Esse modelo de relação público/privado perdura até o momento em que o Estado tem capacidade financeira para a compra dos serviços produzidos pelo setor privado e até que este setor crie as condições necessárias para se autonomizar com relação ao próprio Estado, através da oferta direta de serviços para compradores privados, dando assim consistência aos planos privados de saúde.

Em que pese a forte presença do Estado na constituição desse mercado privado da saúde, o crescimento dos planos privados de saúde ocorre à margem de um regramento formal, com limitações de cobertura e dificuldades de entendimento por parte dos consumidores/beneficiários do que efetivamente estaria sendo comprado, quando estes adquiriam um plano de saúde. Estas limitações são gradativamente questionadas, gerando ações judiciais e reação do Legislativo através de projetos de lei para a regulamentação deste mercado.

No entanto, as propostas para sua regulamentação tramitam por quase dez anos no Legislativo e somente em 1998 é possível chegar-se a um acordo e aprovar-se a Lei 9.656/98 de 03/06/1998, modificada logo em seguida pela MP 1665/98 de 04/06/1998, disciplinando as condições para operação de planos de saúde no país (Brasil, 1998).

Porém, a liderança sobre o processo de regulação dos planos privados de saúde não se restringe ao Legislativo. Ela também é disputada no interior do

Executivo, entre os Ministérios da Fazenda e da Saúde. E a definição desta disputa é dada pela Lei 9.961/00 que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como autarquia especial ligada ao Ministério da Saúde, com características de agência reguladora, e, portanto, em conformidade com os conceitos então prevalentes sobre a reforma do Estado (Brasil, 2001).

A ANS enquanto agência reguladora do setor de saúde suplementar goza de autonomia administrativa, financeira, patrimonial, de gestão de recursos humanos e de suas decisões técnicas, sendo seus dirigentes nomeados com mandato fixo e avaliados por meio de contratos de gestão pactuados com o Ministério da Saúde.

A agência é composta por uma direção colegiada de cinco membros, sendo um dos quais nomeado presidente, procuradoria, corregedoria e ouvidoria, contando ainda com a Câmara de Saúde Suplementar (CSS), órgão consultivo e permanente desta, formado por 34 membros, representando diversos grupos de interesse participantes do mercado de saúde suplementar.

1.1 Justificativa

O setor de saúde suplementar, segundo dados de dezembro de 2006 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), atende a um total de 44,7 milhões de beneficiários entre consumidores de planos de saúde com ou sem cobertura odontológica e de planos exclusivamente odontológicos (Brasil, 2007b). Expurgando-se os planos exclusivamente odontológicos o mercado de saúde suplementar atende 36,9 milhões de usuários. Este contingente representaria uma cobertura de 19,6% da população brasileira, considerando a base populacional

estimada pelo IBGE 2007 (Brasil, 2007a), embora não se possa garantir uma correlação direta entre beneficiários e a população total, já que pode existir mais de um plano por consumidor.

Para dar conta dessa cobertura, o cadastro da ANS em dezembro de 2006 indica a existência de 2.070 empresas operadoras de planos de saúde, das quais 1.255 estão ativas e atuando no segmento não exclusivamente odontológico. A receita total gerada por estas operações é estimada em R\$ 39,3 bilhões para 2006 (Brasil 2007b), representando aproximadamente 1,8% do Produto Interno Bruto (PIB). Apesar do volume de operadoras oferecer indícios de este ser um mercado altamente concorrencial, uma análise mais aprofundada dos dados aponta uma forte concentração de beneficiários em um pequeno número de operadoras: 12,0% dos beneficiários são atendidos por somente três operadoras, enquanto 79,5% dos beneficiários são atendidos por 217 operadoras, indicando a presença de grande número de operadoras com pequeno número de beneficiários.

A estrutura que conforma este setor compreende além das operadoras e consumidores, prestadores de serviços médicos, odontológicos, laboratoriais, de diagnóstico por imagem, indústria farmacêutica, de materiais e insumos, de equipamentos médicos, governo (ministérios), órgãos de defesa do consumidor, judiciário, profissionais da área da saúde, órgãos de defesa destas categorias, entre outros, formando um emaranhado de interesses e posicionamentos quanto ao alcance, limites e abrangência da regulação.

O modelo brasileiro de regulação, proposto a partir do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado de 1995, preconiza a diferenciação entre a formulação e avaliação de diretrizes e políticas públicas e o Executivo, responsável pela implementação destas medidas. Adicionalmente requer uma administração

pública de caráter gerencial, com responsabilização por resultados e autonomia de gestão. É neste espírito que são implementadas as agências de regulação, inicialmente para monitorar e regular a privatização dos monopólios naturais, e posteriormente com sua extensão para o setor social. A regulação do setor de saúde suplementar pode ser considerada inovadora, já que o segmento se desenvolveu à margem de um regramento governamental específico. Este processo, em um mercado dito “concorrencial”, altera o equilíbrio de forças e interesses aí presentes e, portanto, suscita debate, seja pela estrutura utilizada, pela abrangência dos processos de micro-regulação ou pelo objetivo de defesa do interesse público.

A análise do alcance do modelo de regulação, da percepção dos principais atores envolvidos nesse processo e da discussão em torno do modelo de agência responsável pela regulação deste mercado se justificam pela construção do conhecimento para esta área, ainda pouco provida de estudos aprofundados. Acresce-se a isso a atualidade do tema, que desperta debates em relação à estrutura e à lógica aí envolvidas, a relevância desse setor na economia brasileira. O propósito deste estudo é inspirado, ainda, pela oportunidade de contribuir para a discussão de um formato de regulação ainda em construção e tão permeado de interesses por vezes contraditórios.

Adicionalmente, em 2003 o Ministério da Saúde promoveu o Fórum de Saúde Suplementar (FSS), o qual contou com a participação dos atores deste mercado, entre os quais os próprios membros da CSS. As conclusões deste Fórum deveriam nortear a condução do processo regulatório, auxiliando a ANS no alcance de sua missão.

A comparação das conclusões do FSS com o posicionamento atual dos atores, a partir das entrevistas realizadas, permitiu entender a evolução do quadro regulatório e forneceu elementos indicativos quanto à atuação da ANS.

1.2 Perguntas centrais do estudo

Questiona-se até que ponto a regulação, a partir do modelo de agência adotado no Brasil para o setor de saúde suplementar, não estaria atingindo os objetivos propostos quando da sua criação, ou seja, de defender o interesse público na assistência suplementar à saúde, pois o foco de atuação da ANS, centrado na relação entre usuário individual e operadora, não incentivou a integração e coordenação com as políticas de saúde, em particular com o SUS.

1.3 Objetivos

O objetivo central deste trabalho é o de analisar o modelo de regulação implantado para o setor privado de saúde, a abrangência de sua atuação, e questionar se a agência reguladora implantada para este setor atinge os objetivos a que se propôs, ou seja, defender o interesse público no que se refere à assistência suplementar à saúde.

1.3.1 Objetivos específicos

- 1- Construir um quadro de referência sobre o mercado de saúde suplementar;
- 2- Realizar um levantamento estatístico do mercado de saúde suplementar para subsidiar a discussão teórica;
- 3- Construir análises estatísticas relativas às atas de reunião da Câmara de Saúde Suplementar, às Consultas Públicas da ANS e à normatização emitida pela Agência e documentos do Fórum de Saúde Suplementar, visando contribuir para o detalhamento e aprofundamento da análise deste mercado;
- 4- Analisar documentos gerados a partir das reuniões da Câmara de Saúde Suplementar;
- 5- Analisar os impactos, a abrangência e o alcance da regulação a partir da percepção dos atores participantes da Câmara de Saúde Suplementar.

1.4 Métodos

1.4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa composta de três etapas.

A primeira etapa consiste de uma análise bibliográfica categorial com foco na reforma do Estado, na regulação e na saúde suplementar, e que define a base referencial para as demais etapas do estudo.

A segunda etapa envolve uma análise documental centrada nas atas de reunião da Câmara de Saúde Suplementar com a finalidade de capturar os posicionamentos, o grau de interesse na participação, e os principais temas

debatidos. Nesta etapa são ainda construídas análises estatísticas relativas às atas das reuniões da Câmara de Saúde Suplementar, às Consultas Públicas da ANS, à normatização emitida pela agência e documentos do Fórum, visando contribuir para o detalhamento e aprofundamento da análise deste mercado. Também é elaborada uma análise quantitativa desse mercado, abrangendo a sua tendência de crescimento e o perfil de participação na composição desse mercado, também visando caracterizar o segmento em discussão.

A terceira etapa é composta de entrevistas semi-estruturadas individuais e gravadas realizadas com representantes das entidades participantes da Câmara de Saúde Suplementar, cujo questionário encontra-se no Apêndice A desta tese. O objetivo é capturar elementos para a montagem de um quadro de posicionamentos dos atores frente ao processo de regulação, bem como o levantamento das principais lacunas deste processo.

1.4.2 Amostra

A amostra dos entrevistados é construída por conveniência e é composta por entidades participantes da Câmara de Saúde Suplementar. A opção por entrevistar entidades participantes da Câmara de Saúde Suplementar (CSS) se deve à pluralidade de representação neste fórum, à sua interação com a estrutura da ANS e, portanto, à possibilidade de o debate e as decisões ali acordadas influenciarem o processo de regulação, vale dizer, de atuação da ANS.

Considerando que o número de assentos na CSS é de 34, representando 33 diferentes entidades, incluindo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

que possui 2 assentos, opta-se por segmentar a amostra em grupos de interesse, criando-se 13 grupos deles, definidos conforme pode ser observado no Quadro 1.1.

Quadro 1.1 – Grupos de Interesse - Participantes da CSS

Grupo de Interesse
ANS
Autogestão
Cooperativas
Op. de Grupo
Seguradoras
Gestores públicos
Governo
Prestadores
Profissionais
Trabalhadores
Consumidores
Usuários
Compradores

Fonte: Elaboração própria

O agrupamento acima visa manter a identidade dos grupos de interesse, com as diversas modalidades de plano de saúde, os compradores coletivos (empresas), os consumidores individuais (órgãos e entidades de defesa do consumidor), os usuários (entidades de defesa de portadores de patologias), os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), os trabalhadores de saúde (profissionais de apoio), os gestores (do SUS), o Governo (ministérios), e a própria ANS. As distinções entre consumidores e usuários e entre profissionais e trabalhadores se devem ao próprio posicionamento das entidades, que defendem objetivos e interesses nem sempre convergentes, não permitindo seu agrupamento, como se verá adiante. Para a finalidade deste estudo as entidades de defesa do consumidor e de defesa de usuários de planos são classificadas no mesmo grupo de interesse. No grupo usuários são classificadas as entidades de portadores de patologia.

O Quadro 1.2 apresenta as entidades subdivididas em grupos de interesse de acordo com a origem de sua representação.

Tendo em vista o objetivo de analisar o modelo de regulação implantado para o setor privado de saúde no que diz respeito à assistência médica, decide-se não entrevistar os grupos ligados a serviços odontológicos, ainda que estas entidades participem da Câmara de Saúde Suplementar.

Quadro 1.2 – Grupos de Interesse e Entidades Representativas

Interesse	Entidade
ANS	Diretorias da ANS
Autogestões	UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
Compradores	CNC - Confederação Nacional do Comércio CNI - Confederação Nacional da Indústria
Consumidores	Entidades de Defesa do Consumidor PROCON - SP - Fundação Procon PROCON - SJ - Fundação Procon Associações de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde IDEC – Instituto de Defesa do Consumidor (até 11/2002) PRO TESTE – Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (desde 06/2003) ADUSEPS - Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistema de Saúde
Cooperativas	UNIMED - Confederação Nacional das Cooperativas Médicas UNIODONTO - Cooperativas de Serviços Odontológicos
Gestores públicos	CNS - Conselho Nacional de Saúde CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
Governo	MF - Ministério da Fazenda MJ - Ministério da Justiça MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social MS - Ministério da Saúde MT - Ministério do Trabalho e Emprego
Operadoras de Grupo	SINAMGE - Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo SINOG - Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo
Prestadores	CNS - Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços CMB - Confederação das Santas Casas de Misericórdia Hospitais e Entidades Filantrópicas FBH - Federação Brasileira de Hospitais
Profissionais	AMB - Associação Médica Brasileira CFM - Conselho Federal de Medicina CFO - Conselho Federal de Odontologia COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
Seguradoras	FENASEG - Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
Trabalhadores	CUT - Central Única dos Trabalhadores Força Sindical SDS - Social Democracia Sindical
Usuários	Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias Especiais FARBRA - Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil Associação Franco Basaglia

Fonte: Elaboração própria

Assim, a amostra é constituída por um representante de cada um dos treze grupos de interesse listados acima, eliminando-se as entidades ligadas exclusivamente a serviços odontológicos. Os critérios de inclusão dos entrevistados são: ter disponibilidade e consentir em participar da pesquisa e ser o representante da entidade junto à Câmara de Saúde Suplementar.

1.4.3 Aspectos éticos

O projeto é submetido e aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq – da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo.

Os entrevistados são informados quanto à gravação da entrevista e dos objetivos da pesquisa, tendo liberdade total na decisão de participar ou não da mesma, assinando termo de consentimento livre e esclarecido.

1.4.4 Entidades convidadas a participar das entrevistas

Considerando que a amostra desta pesquisa é construída por conveniência, o Quadro 1.3 apresenta as entidades convidadas a participar das entrevistas.

As entrevistas ocorrem entre novembro de 2005 e agosto de 2006, sendo importante destacar que esse longo intervalo de tempo para sua realização decorre da dificuldade de realização das mesmas, tendo em vista questões da agenda dos entrevistados, da localização geográfica da representação, e no caso do Governo, a

identificação de representante que tivesse participado efetivamente das reuniões da CSS e que se dispusesse a participar do estudo.

Quadro 1.3 – Entidades Entrevistadas

Grupo de Interesse	Entidade
ANS	Diretorias da ANS
Autogestão	UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
Compradores	CNC - Confederação Nacional do Comércio
Consumidores	IDEC - Instituto de Defesa do Consumidor
Cooperativas	UNIMED - Confederação Nacional das Cooperativas Médicas
Gestores públicos	CNS - Conselho Nacional de Saúde
Governo	MS - Ministério da Saúde
Medicina de Grupo	SINAMGE - Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo
Prestadores	FBH - Federação Brasileira de Hospitais
Profissionais	CFM - Conselho Federal de Medicina
Seguradoras	FENASEG - Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
Trabalhadores	Força Sindical
Usuários	FARBRA – Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil

Fonte: Elaboração própria

1.4.5 Análise das entrevistas

Inicialmente, é realizada uma leitura flutuante das entrevistas para direcionar a análise, visando captar as relações dos atores com o campo da regulação e sua visão com relação à Câmara de Saúde Suplementar.

A transcrição não é literal, mas condensada, retirando interjeições, alguns vícios de linguagem, repetições, havendo, contudo, o cuidado de identificar estes cortes nas falas dos entrevistados através de parênteses e colchetes para indicação de conteúdo subentendido (Apêndice C).

A partir do relato dos representantes das entidades participantes da Câmara de Saúde Suplementar, são levantadas diversas características em relação ao processo de regulação, que foram classificadas e agrupadas para fins de análise.

Trata-se de destacar os elementos comuns e os dissensos encontrados nas falas dos entrevistados, refletindo a posição de cada um e o lugar que ocupam na sociedade e no sistema de saúde e não se de fazer uma somatória dos posicionamentos.

As dimensões analíticas resultantes constam do Quadro 1.4.

Quadro 1.4 – Dimensões Analíticas

Dimensões analíticas
Construção do Modelo
Processo de Participação na Câmara Saúde
CSS como Interlocutora na Regulação
Sustentabilidade do Sistema
Avaliação da ANS
Sucessos e Lacunas

Fonte: Elaboração própria

É importante ainda considerar que não necessariamente o posicionamento do entrevistado reflete o todo de seu segmento de origem ou ainda pode ser dissociado de sua posição pessoal, mas forma um conjunto de reflexões para o entendimento dos interesses no sistema de saúde suplementar.

Da análise destas dimensões, conclui-se que dadas as divergências de interesse entre os atores, a construção de consensos via CSS é complexa e que os posicionamentos e lacunas da agência no processo não permitem enxergá-la como efetiva defensora do interesse público em saúde suplementar.

2. A construção de um padrão de relação público-privado no sistema de saúde brasileiro

O ponto de partida para o entendimento do processo de regulação da saúde suplementar é uma abordagem histórica da formação do sistema de proteção social brasileiro, com particular ênfase no sistema de saúde, na participação do setor capitalista na produção de serviços de saúde e no modelo de saúde suplementar, dinamizado a partir da década de 1980.

Proteção social pode ser entendida como a ação ou conjunto de ações que visam proteger o indivíduo contra riscos. Nesse sentido, a concepção mais ampla de sistemas de proteção social, ou de intervenções da proteção social, parece apresentar maior poder explicativo.

Di Giovanni (1998) conceitua sistemas de proteção social enquanto diferentes modalidades de ações, institucionalizadas ou não, que visam proteger o conjunto, ou parte da sociedade, por meio do atendimento das necessidades básicas e/ou sociais decorrentes da vida em sociedade. Viana (2001) complementa indicando que os sistemas de proteção social são, ao mesmo tempo, construções políticas definidas a partir de uma determinada formação política, com suas condições históricas, suas singularidades culturais e suas estruturas sociais.

Para Viana (2001), a principal função da proteção social é cobrir riscos, tipificando os riscos clássicos como todos aqueles inconvenientes que podem incidir sobre a vida de um cidadão, tais como doença, velhice, acidente e exclusão por renda, gênero ou etnia ressaltando a importância de se considerar que a proteção social está relacionada também a valores culturais intrínsecos às sociedades e à forma como estas organizam e expressam os distintos interesses nelas presentes.

Nas sociedades capitalistas, a constituição dos sistemas de proteção social está diretamente relacionada ao trabalho e aos seus diferentes modelos de organização e gestão, bem como aos diferentes processos de reprodução das relações sociais que tem como agente o Estado.

Os mecanismos de proteção social no Brasil envolvem uma ampla gama de benefícios que vão desde a aposentadoria (por tempo, doença ou invalidez), assistência médica (incluindo o SUS), seguro desemprego, FGTS, programas de complemento de renda (Renda Mínima, Bolsa Família, auxílio gás, etc.) entre outros, e visam proteger os indivíduos contra riscos sociais como velhice, doença, infância, etc.

O desenvolvimento e implantação dos sistemas de proteção social no Brasil são tardios em relação àqueles implantados nos países centrais, porém coerentes com a evolução do modelo de acumulação capitalista no país. Sua lógica está ligada à necessidade de regular as relações entre capital e trabalho, e de auxiliar na dinamização do processo de industrialização brasileiro, então calcado no modelo de substituição de importações.

Marques (1996) indica que a origem dos sistemas de proteção social no Brasil foram as Ligas de Socorros Mútuos, cuja criação foi atribuída aos próprios trabalhadores, da mesma forma que no início dos sistemas de proteção social dos países centrais. As primeiras Ligas foram criadas durante o século XIX, se restringiam às regiões mais economicamente importantes – São Paulo e Rio de Janeiro, sendo que a sua regulamentação estatal ocorreu a partir de 1860.

O autor indica ainda que a pressão social exercida pelo mutualismo foi imprescindível para a definição das primeiras medidas realizadas pelo Estado no

campo da proteção social, como a legislação sobre acidentes de trabalho de 1919 (Marques, 1996).

O marco inicial da interferência do Estado na organização dos serviços de saúde no Brasil é a Lei Eloy Chaves, de 1923. Ela define a formação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que são organizadas por empresa e que se destinam à prestação de benefícios como aposentadorias e pensões e de assistência médica para filiados. O financiamento para suas atividades é de origem privada, a partir de contribuições de empregadores e funcionários; a administração é paritária, e somente têm acesso aos benefícios os trabalhadores vinculados a estas empresas. Neste sentido, as classes assalariadas urbanas menos organizadas, bem como os trabalhadores rurais, continuaram excluídos do acesso à proteção previdenciária instituída nessa época (Cohn, 1980).

Segundo Cohn e Elias (2001), data deste período a definição dos grandes traços que marcam até os dias de hoje o sistema previdenciário brasileiro – instituição por iniciativa do Estado; forma tripartite de financiamento; acesso do trabalhador e seus dependentes à assistência médica na condição de filiados ao seguro social; compra de serviços médicos privados sob a forma de credenciamento – raiz da privatização da assistência médica no Brasil; e o caráter assistencialista e não universalizante do seguro social. Ainda segundo estes autores, fica clara a partir desta estrutura o vínculo entre as políticas de saúde e de previdência social, que perdurou até o início dos anos 90, principalmente no que concerne ao financiamento.

Cordeiro (1984) indica que esta fase representa o primeiro momento da incorporação ao aparelho institucional do Estado de um formato de “seguro social” originado pelas relações contratuais entre o capital e o trabalho.

Ao se referir à criação por decreto das CAP, Labra (2001) relata que era prevista a prestação de cuidados médicos ambulatoriais e o atendimento hospitalar em convênio com a medicina privada até que fossem construídos estabelecimentos próprios, ressaltando que o início destas atividades foi afetado pelas contradições entre as oligarquias rurais e a burguesia industrial paulista em ascensão, bem como pela relutância das elites políticas dominantes em aceitar a "questão social" como assunto da esfera política e não da polícia.

Ainda segundo a autora, esta disputa gerou dois projetos distintos para cuidar da saúde da população: um, para atender problemas de natureza coletiva e que não considerava a assistência médica individual como sua atribuição, salvo no caso de hospitais e sanatórios para doenças infecciosas e mentais; e outro, para reparar a saúde dos assalariados inseridos no mercado formal de trabalho, excluindo, portanto, grande parcela da população do atendimento médico, exceto o acesso àquele pretendido pelas Santas Casas.

Medeiros (2001) indica que um dos fatores dinamizadores da intervenção do Estado, nas áreas sociais, foi a necessidade de este criar as condições básicas para favorecer o desenvolvimento da indústria. À medida que o país progredia de uma economia agro-exportadora para uma urbano-industrial, segundo o autor, o objetivo das ações estatais foi o de propiciar a integração da economia nacional e regulamentar os fatores de produção.

Com a crise econômica do final da década de 1920 e a partir da Revolução de 1930, Getúlio Vargas levou adiante o projeto do Estado desenvolvimentista e benfeitor, conforme relata Labra (2001). No plano social, engajou-se na proteção dos trabalhadores, transformando as Caixas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), cuja organização passa a ser nacional e por categoria profissional. Apresenta

caráter mais abrangente, na medida em que permite o acesso a todos os membros desta categoria, ainda que exija o vínculo ao mercado formal de trabalho como base para este acesso (Cohn, 1980). Os IAPs construíram grandes hospitais, mas em pequeno número e quase todos concentrados na então capital do país, o Rio de Janeiro. Desse modo, a expansão da assistência médica ocorreu mediante a contratação de serviços privados, tornando-se o Estado o comprador “monopsônico” dessa oferta.

Cordeiro (1984) aponta uma mudança de subordinação dessas novas instituições previdenciárias frente às anteriores, já que contrariamente aos CAPs que eram organizadas como sociedades civis, os IAPs eram autarquias, funcionando sob a supervisão do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Os serviços médicos prestados pelos IAPs diferiam entre si em termos de organização de rede, sendo majoritariamente própria como no IAPB (bancários) ou majoritariamente credenciada (compra de serviços) como no IAPI (industiários). Porém, da mesma forma que os CAPs, os IAPs proviam aposentadorias, pensões e prestação de assistência médica aos seus filiados e dependentes.

Segundo Silva e Schwarzer (2002), esta transformação foi particularmente relevante, já que o mercado de trabalho urbano adquiria maior densidade e a ampliação da cobertura previdenciária para estes trabalhadores auxiliaria no deslanchar do modelo industrial de substituição de importações.

Cohn (1995) destaca que a proteção social construída nos anos 1930 extrapolava as garantias concedidas pelos Institutos, sendo formada pelas legislações trabalhista, previdenciária e sindical – todas elas fundamentais para estruturar a relação capital/trabalho necessária para o desenvolvimento da acumulação com base na indústria; e frisando que a expansão da previdência social

obedece duas regras básicas – inserção no mercado formal de trabalho e ordem cronológica de implantação, em sincronia com a importância dos setores econômicos nos quais esses segmentos estavam inseridos e com a capacidade de mobilização e reivindicação por melhores condições de trabalho.

Segundo Medeiros (2001), as políticas surgidas no início dos anos 1920 já constituíam um esboço do que ele denomina como sendo o “Welfare State brasileiro”, cuja função era atuar como instrumento de controle dos movimentos de trabalhadores no país, traços que ficariam mais nítidos durante a década de 1930, sendo que uma marca do surgimento do “Welfare State brasileiro” neste período era o autoritarismo, evidente na repressão aos movimentos de trabalhadores.

Medeiros (2001) prossegue indicando que, diferentemente do processo de criação do Welfare State dos países centrais, o caso brasileiro tem, na generalização e coordenação de suas políticas, um mecanismo de constituição de força de trabalho assalariada por intermédio do Estado.

Contrariamente, Carbone (1994) aponta a convergência de diversos autores que entendem que a história da previdência social no Brasil oferece ricas ilustrações da evolução perversa de um remoto Estado de Bem-Estar Social. Iniciado nos anos 20, o sistema previdenciário brasileiro ganhou estruturação no bojo da reformulação administrativa operada pelo Estado Novo, sob um padrão “cooptativo de incorporação”.

Santos (1994) indica que durante o Estado Novo a constituição dos IAPs ganhou maior definição, tomando a forma de um seguro obtido a partir de uma contribuição suplementar. Impunha-se então, pela via autoritária, um modelo contratual de previsibilidade atuarial, no qual a extensão dos benefícios estaria relacionada à capacidade financeira do indivíduo. Esse modelo não encara a

prestação de serviços de assistência médica como um "direito universal", e opera por meio de segmentos profissionais construindo uma "cidadania regulada", através da qual os trabalhadores vinculados formalmente ao mercado de trabalho passariam a fazer jus a um rol de direitos a que os demais não teriam acesso.

Marques (1996) realçou o papel exercido pelos governos autoritários na estruturação da proteção social brasileira, buscando explicação pelo fato de que o governo Vargas e a ditadura militar terem se destacado por estruturarem o parque produtivo nacional de forma centralizada, onde a garantia e a homogeneização da proteção social eram condição necessária para a ampliação do assalariamento implicado nesse processo.

Segundo Santos (1994), entre 1950 e 1964 consolidou-se no país uma “rede de patronagem”, sob a qual o modelo de cooptação adquiriu força: sindicatos, partidos políticos, agências de seguridade social e Ministério do Trabalho. Neste período aprofunda-se também a contradição expressa no caráter dúplice da cooptação, representando ao mesmo tempo incorporação e controle dos setores populares. O movimento trabalhista tornou-se crescentemente dependente do sistema de privilégios administrado pelo Estado, mas a sua incorporação criou igualmente os meios para mobilização dos extratos subalternos.

As bases do sistema de seguridade social permaneceram estáveis durante as décadas de 1940 a 1960, apesar da criação do Ministério da Saúde em 1953 e das discussões em torno dos diferentes níveis de qualidade dos serviços prestados pelos IAPs e da exclusão de parte dos trabalhadores urbanos e rurais dessa modalidade de proteção social.

Neste período, segundo Cordeiro (1984), não se criaram condições favoráveis para as transformações mais nitidamente capitalistas da prática médica em

decorrência do seu caráter autônomo, da predominância de entidades hospitalares de caráter religioso e da base material e tecnológica incipientes, cujas transformações mais significativas, como a ampliação da rede de hospitais particulares e a perda do caráter filantrópico de instituições civis em favor de empresas lucrativas, que somente viriam a ocorrer a partir da década de 1950. Assim, não estavam dadas condições que implicassem investimentos volumosos para a apropriação dos meios de trabalho médico não existindo, portanto, as condições necessárias para o “empresariamento da medicina”.

Para Bahia (2005), a consolidação, a expansão de coberturas e o debate sobre a padronização de benefícios previdenciários, no final da década de 1950 e início da década de 1960, levou à preservação e ao incremento da prática liberal da medicina, à expansão de hospitais privados e de serviços médicos das empresas empregadoras, já que os regulamentos dos IAPs permitiam tanto a prestação direta de serviços quanto o credenciamento de entidades prestadoras oficiais ou particulares. A insuficiência da capacidade instalada dos serviços próprios para o atendimento das demandas e a opção por um atendimento diferenciado justificaram a contratação de serviços privados pelos IAPs, o que potencializou a construção, reformas e ampliações de hospitais particulares nas décadas de 1950 e 1960, e as aspirações de inserção dos médicos no mercado de trabalho.

Cordeiro (1984) indica que, entre 1960 e 1966, foram executadas importantes medidas normativas nesse setor, com destaque para a Lei Orgânica da Previdência Social - LOPS (1960), destinadas a incluir e estender os convênios entre empresas e grupos médicos como modalidade assistencial apoiada pela previdência social, permitindo assim oficialmente que as empresas atendessem a seus empregados e dependentes por meio de serviços médicos próprios ou contratados, sendo que o

primeiro convênio-empresa homologado foi com a Volkswagen. Desde então, o IAPI passou a adotar a modalidade de convênio com empresas para a prestação de serviços aos segurados da previdência social que, pouco depois, se generalizaria, com a unificação dos IAPs ao INPS. Neste período havia quatro grupos médicos operando em São Paulo, entre os quais a Policlínica Central e a Samcil.

Bahia (2005) afirma que a LOPS normatizou um padrão de ampliação da intervenção do Estado na assistência médico-hospitalar baseado em dois pilares: o credenciamento de serviços e a empresa empregadora; e ressalta que a assistência médica organizada pela previdência social e orientada pela oferta de mais e melhor para os considerados mais produtivos, marcou profundamente o ordenamento das relações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro.

Ainda, conforme Bahia (2005), a aceitação tácita de que a previdência social intermediaria acessos aos serviços médicos diferenciados para os segurados, segundo condição de renda e não segundo os seus problemas de saúde, sedimentou a segmentação do sistema de saúde brasileiro. Segundo a LOPS, os segurados que pagassem uma parte das despesas teriam direito de utilizar os serviços médicos credenciados, mantendo ainda o direito de serem atendidos nos serviços próprios da previdência social; já os segurados de menor renda acessariam exclusivamente os serviços próprios das instituições previdenciárias. Instituíram-se, assim, duas modalidades de rede assistencial, ambas legitimadas pela previdência social, interligadas pelo financiamento estatal e caracterizadas pelo livre fluxo dos médicos e pacientes de maior renda entre serviços próprios e privados.

As irregularidades e fraudes no sistema, principalmente no IAPI, ao lado da crise de capitalização da previdência social decorrente de investimentos imobiliários de baixa rentabilidade, mas principalmente a recomposição do bloco de poder após

o movimento de 1964, viriam a ser fatores determinantes da reordenação do aparelho previdenciário em 1966, com a fusão dos IAPs e a predominância do regime de repartição, igualando-se as contribuições e os benefícios, e incorporando-se novos segmentos populacionais urbanos ao sistema previdenciário.

Para Bahia (2005), a incorporação de coberturas de assistência médico-hospitalar para segmentos antes excluídos foi realizada, fundamentalmente, mediante a compra de serviços privados diretamente dos produtores ou de empresas especializadas na comercialização de planos de saúde.

Em 1966 foi criado o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) como unificador de todos os IAPs, configurando uma estrutura altamente centralizadora no âmbito federal, tanto no que se refere aos recursos quanto à decisão. A lógica de organização prevalente foi de compra de serviços junto a prestadores privados, alavancando com isso o setor privado de prestação de serviços de saúde.

Na visão de Cordeiro (1984), as modificações institucionais necessárias à modernização do aparelho do Estado permitiram a criação de novos mecanismos financeiros legais e de participação direta do Estado na produção, o que viabilizou a retomada do desenvolvimento capitalista da sociedade brasileira, indicando como exemplo a aceleração, a partir de 1967, do processo de penetração capitalista na prática médica naqueles segmentos do complexo médico-empresarial ligados à previdência social, como hospitais privados e grupos médicos, com posterior desenvolvimento de cooperativas médicas e de empresas de seguro-saúde. Adiciona ainda que com estas novas bases, as empresas de medicina de grupo não apenas crescem numericamente, mas também se modernizam administrativamente, ampliando a cobertura para os assalariados do setor industrial e de serviços.

Médici (1992) comenta que a criação do INPS representou a extensão da cobertura da assistência médica a todos os empregados formais e aos autônomos e empregadores que contribuíssem para a previdência social, provocando forte crescimento da demanda por serviços médicos e, portanto, a necessidade, em larga escala, de credenciamento da rede privada de serviços de saúde. Essa solução marca a mudança da política governamental para o “modelo estatal-privatista” em contraposição ao “privatista-liberal”. A diferença básica é que enquanto esta defendia a renúncia do Estado frente à questão saúde, deixando-a para o setor privado, via mercado, aquela defendia a contratação do setor privado para executar serviços de responsabilidade do Estado.

Segundo Almeida (1998), seria consenso entre diversos autores que o desenvolvimento do setor privado da saúde está ligado à opção modernizante do governo autoritário que, com a unificação dos institutos (INPS) expandiu a população previdenciária, mas desintegrou os esquemas associativos, dando força para a implantação de uma racionalidade privatizante no setor – iniciando assim a modificação na relação público privado. Neste sentido, a criação dos convênios-empresa como forma de aliviar o papel do Estado como provedor de serviços, ao mesmo tempo em que legitima uma nova forma de articulação público privado e incentiva o empresariamento da saúde suplementar, promove sua expansão com base no financiamento público – seja com o INPS comprando serviços ou transferindo recursos para as empresas fazerem esta função, autonomizando o segmento de saúde suplementar.

Na mesma linha, Bahia *et. al.* (2001) indicam que “*as políticas previdenciárias, após a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), representaram um ponto de ruptura com as iniciativas*

de organização mutualista. Iniciou-se o empresariamento da medicina, quer através do estímulo à construção e credenciamento de provedores privados para o atendimento das demandas mais universalizadas, quer por meio do financiamento para a transformação de grupos médicos, até então incipientes, em empresas médicas”.

Cordeiro (1984) corrobora esse entendimento ao afirmar que a substituição da participação sindical nas decisões da previdência social pelo entrelaçamento entre a “tecnoburocracia previdenciária”, defensora da transferência da assistência médica para o setor privado, e os empresários da saúde, durante o processo de unificação da previdência social, consolidou a base de apoio estatal ao processo de “empresariamento da saúde”.¹

Carbone (1994) indica que, desde sua origem, a previdência social no Brasil vai se estruturando de forma peculiar, seguindo os padrões de um modelo de seguro social que permissivamente concedeu e ampliou os benefícios assistenciais sem redefinir sua base de financiamento e sem explicar seu propósito último, diferentemente do modelo de Welfare europeu, em que a universalização da cidadania encontrou correspondência na base institucional e financeira através da definição do papel do Estado na garantia financeira, legal e institucional do exercício destes direitos. Ressalte-se que no caso brasileiro esse processo ocorre de forma inversa – financiado por trabalhadores e empregadores, gerido pelo Estado e subordinado a uma lógica de acumulação capitalista.

---

¹ Com relação ao período de ditadura militar, Medeiros (2001) indicou que o “Welfare State brasileiro” perdeu o caráter populista da era Vargas, assumido uma linha compensatória, constituída por políticas assistencialistas que visavam minorar o impacto das desigualdades provocadas pela aceleração do desenvolvimento capitalista, e ainda uma linha produtivista, que formulava políticas sociais visando contribuir com o processo de crescimento econômico. Cita Draibe, que classifica o modelo de proteção social brasileiro como “meritocrático-particularista-clientelista”.

A política de saúde neste período baseava-se na parceria entre o Estado e a iniciativa privada, através de convênios e credenciamentos entre as empresas ou indústrias e as empresas médicas, com a mediação da previdência social.

Bahia *et. al.* (2001) indicam a existência de “*quatro alternativas assistenciais contratadas coletivamente: as empresas com planos próprios; a rede de serviços próprios e credenciados pelo INPS; os serviços próprios e credenciados das empresas médicas e os credenciados para atender trabalhadores rurais, que compartilhavam a compra de serviços médicos e hospitalares com maior ou menor intensidade*”. Surgem deste modelo as quatro modalidades de assistência privada em saúde existentes atualmente: empresas de medicina; auto-gestões; cooperativas médicas e empresas de seguro saúde.

A base para o pagamento dos serviços comprados pelo INPS era a quantidade de procedimentos médicos efetuados e o grau de controle era praticamente inexistente.

Para Ocké, Reis, Andreazzi, Silveira (2005), a reforma administrativa, implementada por meio do Decreto-Lei 200, de 1967, sedimentou o terreno no campo legislativo para a contratação de empresas privadas na execução de programas e projetos sob a responsabilidade do Estado na área da saúde. A face mais visível desta forma de contratualização foi a criação do convenio INPS empresa, articulado entre Estado e firmas empregadoras, que permitiu a generalização da contratação dos planos de saúde.

Ainda para estes autores a criação, em 1974, do Plano de Pronta Ação (PPA) prevendo a universalização do atendimento de emergência, abriu uma nova fronteira de acumulação para os planos de saúde. O PPA promoveu a ampliação do acesso

aos serviços pela população das áreas metropolitanas, tornando economicamente viáveis as empresas médicas emergentes.

A criação do Fundo de Assistência Social (FAS) pela Caixa Econômica Federal foi também um fator importante para o desenvolvimento da oferta privada de serviços de saúde. Este programa se destinou ao financiamento, a juros negativos, de investimentos na área da saúde, principalmente para a construção de hospitais privados e compra de equipamentos, estimulando a ampliação da rede hospitalar privada, beneficiando principalmente as empresas de medicina de grupo.

Médici (1992) indica que dadas as condições de expansão do investimento e de garantia da demanda por parte do setor público, o setor privado atrelado ao Estado expandiu-se fortemente ao longo dos anos 70, chegando a receber, em média, mais de 70% dos recursos da previdência social gastos com assistência médica.

A articulação entre o público e o privado intensifica-se neste período conforme caracteriza Viana (2000) *“Entretanto, a chave para a explicação da base política do modelo (vigente nos anos 70) completa-se ao identificarmos o tipo específico de interação ocorrido, no período, entre atores privados e públicos, intermediados por segmentos político-partidários. Os políticos indicavam pessoas para ocupar postos-chave no aparato burocrático (do INPS) e através da burocracia ‘indicada’, atendiam-se as demandas de fornecedores privados de bens e serviços, formando-se anéis burocráticos, cujo objetivo era beneficiar segmentos privados, políticos (parlamentares) e públicos (burocracia do INPS). Os segmentos políticos recebiam apoio financeiro para campanhas e a burocracia favores, presentes e facilidades diversas”*.

Entre 1969 e 1974 uma série de medidas ampliaram a possibilidade de participação do setor privado na prestação de saúde, que incluem, entre outras, a restituição de parte das contribuições previdenciárias das empresas, como incentivo ao conveniamento para prestação de assistência médica (e concomitantemente desobriga o atendimento deste trabalhador pelas unidades da previdência social), a autorização para os serviços médicos das empresas de expedir atestados para abonar faltas e o mecanismo de renúncia fiscal com a dedução dos gastos com saúde do imposto de renda das pessoas físicas a partir de 1974. (Bahia 2005).

Outro pilar para o crescimento do mercado potencial para os planos privados foi, segundo Bahia (2005), a Resolução INPS 900/75, que eximiu a previdência social de prestar assistência médica aos aposentados, aos trabalhadores que necessitassem reabilitação profissional e aos internados por mais de 180 dias no período de um ano. A divisão dos riscos entre o público e o privado - deixando para o primeiro, além dos idosos, os portadores de seqüelas exigentes de reabilitação, pacientes de longa permanência e casos de tuberculose, doença mental, implantes, transplantes, cirurgia cardiovascular, hemodiálise e micro cirurgias - e a ampla margem de decisão das empresas empregadoras sobre a amplitude das coberturas e elegibilidade dos dependentes dos empregados conformam os dois principais vetores que dinamizaram o mercado de planos de saúde nas décadas de 1970 e 1980.

Bahia (2005) indica que a intensificação da privatização da assistência médica hospitalar, por meio de convênios-empresa ou por credenciamento de prestadores, gerou um conjunto de regras operacionais auto-reguladas que normatizaram as relações entre o financiamento e a prestação de serviços. Esse painel de regulação das relações entre o público e o privado foi profundamente

absorvido pelas instituições públicas e privadas, delimitando, até os dias atuais, a fronteira entre mercado e Estado.

Ocké Reis, Andreazzi, Silveira (2005) numeram uma seqüência de incentivos governamentais, concedidos direta ou indiretamente, que catalisaram o crescimento das empresas de planos de saúde:

Como incentivos **diretos** destacam:

- a) financiamento a juros negativos para construção de instalações hospitalares e aquisição de equipamentos médicos.
- b) alguns planos, que desempenhavam atividades lucrativas, foram considerados estabelecimentos filantrópicos.

E como incentivos **indiretos** apontam:

- a) permissão às firmas para descontar ou devolver parte da contribuição previdenciária.
- b) estabelecimento de normas que abriram, no campo jurídico, um espaço favorável à sua expansão.

A combinação dos fatores acima determinou o ritmo de crescimento deste setor, como também indicam Bahia e Viana (2002) *“No início dos anos 80, havia cerca de 15 milhões de clientes dos planos de saúde – excetuando-se os de planos próprios – registrado pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e pela Federação das Unimed’s. Esses números revelavam a persistência e a consolidação das empresas de planos de saúde como alternativas assistenciais para os trabalhadores especializados da região sudeste”*.

A crise econômica brasileira do início da década de 80, ao lado de medidas de maior acesso aos serviços de saúde – como a universalização do atendimento em pronto-socorro e a inclusão do trabalhador rural no sistema de assistência implementadas durante a década de 70 – contribuiu para o esgotamento do modelo de financiamento da previdência social baseado em contribuições compulsórias de

empregadores e trabalhadores, o que culminou com a crise financeira deste sistema no início dos anos 80.

Segundo Silva, Schwartz (2002), neste período, a economia brasileira se defrontava com baixas taxas de crescimento econômico e o mercado de trabalho formal se estagnava. Começaram a surgir as primeiras críticas ao sistema previdenciário estatal, qualificando-o de ineficiente e apontando para riscos de surgimento de um déficit orçamentário.

A crise da previdência social dificultou a continuidade do modelo de articulação vigente, já que os recursos disponíveis foram reduzidos, enquanto a demanda por serviços se expandia reduzindo a rentabilidade do sistema. O resultado foi o descredenciamento de parte da rede privada dos convênios com a previdência social e a busca desta por estipular contratos diretos com as empresas. Almeida (1998) relata que as sucessivas reformas na assistência médica, implementadas entre 1960 e 1980, através das quais o Estado primeiro teria estimulado parcerias com o setor privado e posteriormente abdicado das funções reguladoras, permitido que as relações entre o público e o privado vigorassem sem intervenção e que essa ausência de regras claras para o funcionamento do mercado e de mecanismos para fiscalizá-lo tensionaria as relações entre os diversos atores do setor.

A Constituição de 1988 foi um dos marcos da estruturação da proteção social brasileira, vindo a dar forma às propostas que já vinham sendo discutidas pela sociedade desde o final da década de 1970, e que prescreviam a reestruturação institucional da proteção social, a ampliação de sua cobertura e a diversificação de suas fontes de financiamento. Foram então definidos os conceitos de: *universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e*

serviços para a população rural e urbana; seletividade e distributividade na prestação de serviços e benefícios; irredutibilidade do valor dos benefícios e serviços; eqüidade na forma de participação no custeio; e de diversidade de fontes de financiamento.

Neste ponto fica claro o esgotamento da relação público-privado que caracterizou a construção do sistema de saúde no Brasil, em que o chamado “modelo estatista-privatista”, conforme caracteriza Médici (1992), não consegue responder às demandas dos atores, tendo em vista a crise econômica brasileira e seus reflexos sobre a capacidade do Estado de financiar um acesso cada vez mais amplo da população aos serviços de saúde.

Assim, surge a necessidade de uma nova configuração de relação público-privado, em que a oferta privada de serviços de saúde se autonomiza e busca na venda de planos de saúde para empresas e para a classe média, o suporte necessário para seu desenvolvimento. Médici (1992) descreve este novo modelo como constituído de dois parâmetros: um lado seguindo o SUS, portanto na direção “estatal-universalizante” e outro lado, aquele do setor privado, “liberal-privatista”, caracterizado pela presença de formas de organização da atenção médica autônomas em relação ao setor público.

Para Costa (2002) no contexto da redemocratização dos anos 80, a economia brasileira resistia às orientações normativas do ajuste macroeconômico, destacando a agenda governamental, definida após a redemocratização do país, voltada para interesses domésticos e que prevaleceu até o início da década de 1990. Apesar das muitas tentativas de ajuste econômico no período entre 1979 e 1994, com suas conseqüências nos agregados macroeconômicos, o efeito sobre as políticas sociais acabou sendo residual. O autor considera que não teria havido descontinuidade no

crescimento da proteção social, tendo expandido os gastos nesse período e tendo sido adotados os critérios universalistas para a definição de direitos, conforme estabelecido pela Constituição de 1988.

Este período de ajustes é descrito por Medeiros (2001) como provocado pelo esgotamento do modelo de substituição das importações. É caracterizado por objetivos de equilíbrio e manutenção da economia, de redução da inflação, de desestatização, de aumento das exportações e da competitividade industrial, de redução das barreiras comerciais e de modernização do aparelho de Estado, ou seja, pela emergência do ideário neoliberal. Essa nova fase de desenvolvimento requer a incorporação de novas tecnologias e força de trabalho mais flexível – o processo de reprodução do capital já não requer o uso intensivo de mão de obra. Com isso os trabalhadores passam a enfrentar uma maior rotatividade e precarização do emprego, ao mesmo tempo em que um Estado mais austero exige novos paradigmas de política social.

Costa (2002) indica que após o Plano Real, o conjunto de instrumentos e políticas econômicas de que é dotado o Estado sofreu uma centralização organizada, visando a estabilização dos gastos públicos e a inserção da economia no mercado global. Segundo este autor, no novo cenário, a formulação sobre provisão social estará diretamente associada à mudança do modelo de desenvolvimento integrado à globalização da economia e, portanto, com significativa diminuição do grau de liberdade das políticas desenvolvimentistas e um maior esforço na busca de legitimação externa para garantir investimentos e créditos, incluindo a austeridade fiscal e a geração de superávits primários.

Ao mesmo tempo, a assistência médica suplementar, como passou a ser denominado o mercado de serviços privados de saúde de natureza mercantil e de

caráter de seletivo, apresentou importante crescimento em número de beneficiários tanto no final da década de 80, quanto em meados dos anos 90, durante os primeiros anos do Plano Real. Os dados consolidados por Almeida (1998) apontam uma população beneficiária, em 1987, de 24,4 milhões (cerca de 60% acima daquela existente no início da década), 37,5 milhões em 1994 (crescimento de 53,7% no período ou 6,3% ao ano) e 42,3 milhões em 1996 (crescimento de 12,8% no período ou 6,2% ao ano). A autora indica serem três as principais linhas de entendimento para este fenômeno: a queda de qualidade de atendimento dos serviços públicos; a consolidação da capital financeiro, criando bases para sua inserção no mercado de proteção social; e a privatização de atividades ligadas à assistência médico-hospitalar. Outros fatores, não mencionados por Almeida, mas que podem ter influído, são crescimento da participação do funcionalismo público como comprador de planos de saúde na década de 80, através dos fundos de pensão, e o crescimento da renda e emprego nos primeiros anos do Plano Real, entre 1994 e 1996.

Sobre este tema, Bahia e Viana (2002) indicam que o crescimento simultâneo dos mercados público (SUS) e privado (suplementar) teria fomentado um falso paradoxo, baseado na falsa dicotomia de que a expansão dos planos privados teria se justificado pela insuficiência do SUS; por outro lado, o avanço das políticas neoliberais seria a causa da substituição do SUS pelo mercado.

Segundo Scheffer e Bahia (2005) a expansão da assistência suplementar no final dos anos 1980 e na primeira metade da década de 1990 coincidiu com a transição epidemiológica e demográfica do país e com o crescente desfinanciamento da saúde pública. A nova conjuntura foi moldada, inicialmente, pelo aumento de

clientes de planos individuais. Nota-se, em seguida, o fenômeno da expansão dos planos coletivos para funcionários públicos.

Com a crise econômica dos anos 70-80 e a pressão por transferir a administração dos serviços para instituições que não fossem da administração direta, o Estado passa a abdicar das funções de mediação entre os atores deste mercado, confluindo assim para o entendimento de uma de suas principais características, qual seja, a de crescer sem controle.

Almeida (1998) considera que a reestruturação do *mix* público/privado para prestação da assistência médica se consolida basicamente em duas conjunturas: a primeira referente ao ciclo de expansão e modernização econômica, entre o início do século e os anos 80, onde a intervenção estatal buscou a extensão de cobertura para os segmentos de menor renda e a criação de mecanismos diferenciados para segmentos específicos do mercado formal de trabalho. Com isto, o atendimento através do setor público se deteriorou, pois o aumento da cobertura não foi acompanhado por aumento no investimento público, ao mesmo tempo em que os mecanismos de compra de serviços apresentavam sinais de exaustão. Por outro lado, a adesão aos planos privados foi subsidiada tanto para pessoas físicas, com a dedutibilidade dos gastos com saúde do imposto de renda, quanto para as empresas, já que o gasto com assistência médica dos empregados foi considerado custo operacional, e, portanto, passível de repasse via preço. Já a segunda conjuntura dá-se no período da transição democrática e é caracterizada pela retração da atividade econômica, com a conseqüente racionalização da oferta de serviços e contenção de despesas, quando na verdade esse segmento do mercado privado de serviços já havia se autonomizado.

Assim, ainda segundo Almeida (1998), no processo sucessivo de reformas na assistência médica, o Estado primeiro estimulou e posteriormente abdicou das suas funções de mediação e de regulação, principalmente pela não-decisão, permitindo que as relações implícitas entre o público e o privado vigorassem "sem intervenção", e com isso perdendo a capacidade de regulá-las.

Os tipos de fornecedores de serviços privados de assistência médica são caracterizados por Almeida (1998), Andrade, Maia, Noronha (2001), Médici (1992) e Brasil (2001), conforme abaixo:

1. Medicina de Grupo: constituída por empresas médicas similares as HMOs norte-americanas, administram planos de saúde (os chamados convênios médico-hospitalares) para empresas ou indivíduos, através de estrutura de atendimento próprio ou credenciado.
2. Cooperativas Médicas: modalidade onde os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços, recebendo pagamento de forma proporcional à produção. A UNIMED é a mais forte delas, representando a quase totalidade desse segmento do mercado.
3. Autogestões: Sistema fechado com público específico, vinculado a empresas - públicas e privadas – ou a sindicatos e associações, igualmente subdivididas entre aquelas que operam a assistência através de departamentos próprios dessas companhias e aquelas que a operam através de entidades vinculadas.
4. Seguro Saúde: Esta modalidade segue as características usuais das seguradoras. A instituição provedora realiza a intermediação financeira entre determinado grupo de indivíduos através da prática do reembolso para os serviços utilizados. A mudança recente na legislação brasileira, permite às seguradoras, além de realizarem a intermediação financeira, de contratarem rede credenciada de serviços.

Apesar da precariedade das informações disponíveis relativas ao final da década de 1990, pode-se afirmar que do ponto de vista da oferta, existiam cerca de 1.600 empresas prestadoras de assistência de saúde nas diversas modalidades

(medicina de grupo, auto-gestão, cooperativas e seguradoras), das quais apenas 188 apresentavam mais de 30.000 clientes e apenas 11 empresas contavam com mais de 500.000 clientes, e com isso concentrando mais de 35% do total de pessoas vinculadas à assistência médica suplementar (Bahia 2000).

O elevado número de ofertantes no mercado, conjugado com os diferentes arranjos de produtos, envolvendo restrições, períodos de carência, limites de utilização, rede credenciada, reembolso por procedimentos, etc., dificultavam, e ainda dificultam, o entendimento e poder de comparação por parte dos consumidores quanto a escolha da cobertura assistencial privada mais eficiente e decorriam da ausência de regulamentação do setor.

Do ponto de vista da demanda, Bahia (2000) apresenta os números da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE) de 1998², indicando 24,4% de cobertura da população por plano privados de saúde, em suas diversas modalidades, demonstrando a importância deste setor no qual, o Brasil é um dos líderes mundiais. Segundo a autora, isto não significa dizer que as empresas de assistência suplementar ultrapassem o SUS como compradoras/prestadoras de serviços, porém que interferem significativamente tanto nos valores e formas de remuneração dos provedores de serviços, quanto induzem a um modelo assistencial predominantemente especializado, voltado para o atendimento sintomático/curativo.

É neste contexto que, segundo Almeida (1998), no final da década de 1980 a questão da regulação da assistência médica suplementar entra na agenda governamental, porém num processo de discussão e não de decisão. O avanço da discussão no Legislativo somente começou a ocorrer em meados da década de 1990, por conta de pressões dos órgãos de defesa do consumidor, de denúncias de

---

² Dados da Pesquisa PNAD 2003 indicam coeficiente de cobertura de 24,5%.

problemas de solvência e de evasão fiscal, e da necessidade de controle de preços do setor. Adicionalmente, o desejo por parte das grandes seguradoras e do capital estrangeiro de entrar no mercado de saúde e a necessidade de adoção de controles e regras de concorrência daí decorrentes, também foram pontos determinantes para o avanço das discussões.

É importante pontuar que a Constituição Federal de 1988, em sua Seção II - Saúde, ao lado de buscar um modelo de universalização, denominado por diversos autores como *tardio*, através do SUS (artigos 196 a 198), manteve o segmento aberto à exploração privada, ao permitir a provisão particular de serviços de saúde complementares ao SUS – artigo 199 (Brasil 1988).

Após longo processo de discussão, com divergência de posições entre Câmara e Senado, finalmente em junho de 1998 é promulgada a Lei 9.656/98, seguida de edição da MP 1.665 (e reedições seguintes), conforme acordo firmado entre Executivo e Legislativo. Esta legislação que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde se consolida como a primeira intervenção estatal num mercado até então dito auto-regulado, ou na prática totalmente não regulado, e a mercê de abusos das operadoras – como não atendimento de usuários, negação de cobertura para idosos, exclusão de coberturas, entre outros. As principais medidas desta lei incluem: a exigência de um plano mínimo de referência, que cubra os eventos listados no Código Internacional de Doenças; a fixação de prêmios por faixa de idade; a vedação de não-aceitação de clientes em função da idade; ressarcimento ao SUS por atendimentos prestados a clientes de planos privados; a autorização para empresas estrangeiras operarem no segmento seguro-saúde.

Um dos pontos de maior disputa neste período foi a definição da responsabilidade pela fiscalização e regulamentação das normas para o setor de

saúde suplementar. A disputa se deu entre a área econômica, representada pelo Ministério da Fazenda e pela SUSEP, e a da saúde, através do Ministério da Saúde.

Viana, et al (2001a) indicam que a aprovação da Lei nº 9.656/98 não foi suficiente para a superação dos conflitos em torno do tema; daí a necessidade da emissão da Medida Provisória 1.665, dois dias após, que entre outros ajustes define a criação do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), dando destaque ao Ministério da Saúde, que é o responsável pela presidência desse Conselho. Os autores destacam as transformações profundas sofridas por essa legislação, desde o primeiro momento, em que a SUSEP cumpre um papel importante na regulação dos planos privados, e o progressivo destaque que o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) vão ganhando, a ponto de paulatinamente assumirem a responsabilidade pela sua regulamentação (MP 1908-18).

Ainda Viana et al (2001a) indicam a mudança da liderança do processo de regulação, com a criação em novembro de 1999 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A alteração substantiva introduzida pelas ultimas MPs trata da regulação do funcionamento dos planos privados de assistência à saúde sob a égide da ANS. As atribuições de autorização, acompanhamento, fiscalização e penalização, antes de responsabilidade da SUSEP (Lei 9.656) e, posteriormente, do Ministério da Saúde (MPs 1665 e 1 908 -18), passam a ser uma das competências da Agência Nacional de Saúde Suplementar (MP's 1908 - 20 e 21).

2.1 Principais diferenças entre SUS e Sistema Supletivo

Para melhor sistematizar as características dos sistemas público e privado de saúde no país desenvolveu-se o quadro 2.1 apresentado a seguir.abaixo, o qual busca comparar diferenças entre os sistemas.

Quadro 2.1 - SUS e Sistema Supletivo: Diferenças entre os Sistemas

	SUS	Sistema Supletivo
Financiamento	Público	Privado e público – pontos de intersecção – renúncia fiscal, filantropia e outros.
Atendimento (atenção básica)	Territorializado	Conforme rede contratada – podendo chegar a nacional
Acesso	Universal	Condicionado à contratação (individual ou coletiva)
Acessibilidade (disponibilidade)	Tempo longo de espera para consultas, exames e procedimentos.	Atendimento distribuído entre a rede credenciada, pode permitir agilização do atendimento (não emergencial).
Cobertura	Integral	Limitada ao rol de procedimentos fixado pela ANS
Focalização	Foco em gestantes, hipertensos e diabéticos.	Não tem programas específicos, oferecendo programas de prevenção e promoção para crônicos – foco em redução de custos
Abrangência	184,2 milhões de habitantes	36,9 milhões de beneficiários
Atendimento na rede pública		Ressarcimento ao SUS

Fonte: Elaboração própria (2006)

O sistema público, cujo financiamento é basicamente público, presta cobertura integral, com atendimento universal a toda população, porém territorializado, focalizado em programas de apoio a gestantes, diabéticos e hipertensos, que por conta de limitação orçamentária acaba por demandar longo tempo de espera para atendimento.

Por outro lado, o sistema privado é financiado basicamente por recursos privados, porém conta com benefícios indiretos como renúncia fiscal e filantropia. A sua cobertura é limitada ao rol de procedimentos aprovados pela ANS, o acesso é

limitado para os beneficiários do plano e, portanto, condicionada a contratação, seja ela individual ou coletiva (aproximadamente 20% da população). Apesar dos incentivos para a construção de programas de prevenção e promoção da saúde, o foco das operadoras é sobre alternativas de controle de custos, principalmente ligadas a doentes crônicos. A legislação permite a cobrança às operadoras de plano de saúde de gastos de seus beneficiários na rede pública.

2.2 Relações entre atores no mercado brasileiro de saúde

A complexidade do sistema de saúde brasileiro, da configuração do subsistema privado e da articulação entre os subsistemas público e privado se reflete na composição e na atuação dos distintos grupos de interesse participantes do mercado brasileiro de saúde. Buscar iluminar as relações que eles estabelecem entre si auxilia na identificação dos limites, das potencialidades e das lacunas da regulação praticada pela ANS.

A figura A abaixo reflete esquematicamente as relações entre atores que participam direta ou indiretamente do sistema brasileiro de saúde.

Figura A – Relação entre Atores no Sistema Brasileiro de Saúde

Fonte: elaboração própria

Nota-se a ênfase da política de regulação praticada pela ANS focada na relação entre o consumidor individual de planos de saúde e a operadora. Planos coletivos, apesar de serem mais representativos em termos de crescimento, número de beneficiários e participação na receita total, não têm o mesmo tratamento por parte da Agência. Adicionalmente, as relações entre os prestadores e a indústria fornecedora de materiais, medicamentos e equipamentos não é de abrangência do seu campo regulatório. Segue uma figura que busca fornecer uma primeira aproximação dessa complexidade, com destaque para a multiplicidade de atores aí envolvidos.

A microregulação, ou seja, o foco centrado sobre as relações entre as operadoras de planos de saúde e os beneficiários de planos individuais ou familiares é uma das questões centrais a ser enfrentada no processo regulatório.

3 Reforma do Estado e o modelo de regulação

A análise das propostas de reforma do Estado, dos conceitos de falhas de Estado e de mercado, dará suporte para a discussão da lógica da regulação, de seus modelos e do processo de regulação iniciado no Brasil no final do século passado.

3.1 A Reforma do Estado

A construção e a lógica dos mecanismos de regulação via agência, atualmente em uso no Brasil, tem sua origem ligada ao processo de reforma do Estado iniciada nos anos 1970, concomitantemente às crises do petróleo, à denominada globalização e à hegemonia do modelo neoliberal. Os traços principais desta nova economia mundial são: economia dominada pelo sistema financeiro e pelo investimento de escala global, processos de produção flexíveis e com baixos custos de transporte, revolução nas tecnologias de informação, desregulação das economias nacionais, e proeminência das agências financeiras multilaterais.

Heber, Fisher (2000) argumentam que os sinais de mudança no modelo de organização social e econômica centrado na intervenção direta e indireta do Estado - como produtor ou regulador - em vários setores de atividade já eram previsíveis desde as décadas de 1960 e 1970. A ruptura de uma fase de prosperidade e de crescimento econômico sustentada pelo Estado e o esgotamento do boom do pós-guerra, seguidos de um período de estagflação - com crescimento mais lento,

desemprego, elevação das taxas de juros e inflação -, desacreditou o gerenciamento econômico e a legitimidade do Estado, que se encontrava com capacidade reduzida de gerar recursos e realizar investimentos. No plano político, a erosão do socialismo de Estado e a desilusão com o modelo de desenvolvimento capitaneado pelo setor público reforçam a doutrina liberal baseada na premissa de um "equilíbrio geral" do mercado. Economistas da "Escola de Chicago" defendiam a existência de dois modos para coordenar as atividades econômicas: o direcionamento centralizado, envolvendo o uso da coerção - a técnica do exército e do moderno Estado totalitário; e a cooperação voluntária de indivíduos - a técnica do mercado. Adicionalmente defendiam que tribunais e regulamentos eram incapazes de melhorar resultados econômicos e que indivíduos livres negociassem por conta própria e assim as regulamentações não serviriam a propósitos úteis.

Elias (1997) descreve o período pós-Segunda Guerra Mundial como uma nova era de desenvolvimento científico, tecnológico e institucional, em que se consolida o padrão de proteção social denominado de Estado de Bem-estar Social. Eram direcionais deste movimento a desmercantilização da força de trabalho, assim como o acesso à saúde, à educação, à moradia e à renda mínima, necessários para a sobrevivência como direitos sociais. Os primeiros sinais de crise dos Sistemas de Bem-estar Social bem como do paradigma econômico keynesiano que o sustentava começaram a aparecer a partir da década de 60 e resultaram em uma série de ajustes na seguridade social, direcionados à estrita obediência aos princípios da racionalidade econômica, em detrimento dos impactos sociais por ele produzidos. Estes ajustes passam a significar a revisão radical do acesso a certos bens sociais em troca do império da racionalidade e da globalização das economias nacionais.

Para Abrucio e Costa (1998), o sucesso do período pré-reforma de Estado,

alicerçava-se, basicamente, numa intervenção estatal ativa, resguardada por um forte consenso social - o Pacto Social-Democrata - e estruturada a partir de três pilares: na orientação keynesiana; na dimensão social (Welfare State) e no âmbito administrativo, que garantia o funcionamento dos outros dois pilares. Constituiu-se o chamado modelo burocrático weberiano, ao qual cabiam as funções de tomar eficaz, meritocrática e impessoal a estrutura governamental. Para estes autores, a crise desse modelo se origina a partir dos dois choques do petróleo e das políticas recessivas postas em prática, as quais conduziram os Estados à crise fiscal intermitente e ao endividamento, reduzindo a capacidade de investimento do Estado, permitindo assim o ciclo de desregulamentação e globalização financeira, em que o Estado perde parte de seu poder econômico. Esse novo ciclo de expansão econômica capitalista teria significado uma ruptura com o padrão de desenvolvimento sob o controle estatal e extrapolando os limites territoriais dos Estados nacionais.

Para Abrucio e Costa (1998), o sucesso do período pré-reforma de Estado alicerçava-se, basicamente, numa intervenção estatal ativa, resguardada por um forte consenso social - o Pacto Social-Democrata - e estruturada a partir de três pilares: na orientação keynesiana; na dimensão social (Welfare State) e no âmbito administrativo, que garantia o funcionamento dos outros dois pilares. Constituiu-se assim o chamado modelo burocrático weberiano de gestão estatal, segundo o qual as funções estatais têm que ser marcadas pela eficácia, pela meritocracia e pela impessoalidade da própria estrutura governamental. Para estes autores, a crise desse modelo se origina a partir dos dois choques: o do petróleo e o das políticas recessivas praticadas pelos Estados, e que os conduziram à crise fiscal intermitente e ao endividamento público, reduzindo a sua capacidade de investimento, e com

isso, abrindo o ciclo de desregulamentação da propriedade estatal e globalização financeira, em que o Estado perde parte de seu poder econômico. Esse novo ciclo de expansão econômica capitalista teria significado uma ruptura com o padrão de desenvolvimento sob o controle estatal, extrapolando os limites territoriais dos Estados nacionais.

Corrales (1999) indica que a partir de 1975 as dificuldades de crescimento dos países desenvolvidos ficam evidentes, questionando-se a viabilidade do Estado de Bem-estar e a sua competência em alocar eficientemente seus recursos nas diversas atividades econômicas, dando lugar ao redescobrimento do mercado como agente alocativo. Assim, a autora preconiza a busca por modelos de gestão mais eficientes, que possam auxiliar na incorporação de novas tecnologias e na elevação da qualidade e quantidade dos bens ofertados, com a participação de entidades do setor privado, mas sob mecanismos de regulação estatal.

Para Machado (1999), a vitória das forças conservadoras, representada pelas eleições de Thatcher na Inglaterra e Reagan nos EUA no final dos anos 70, acentua a difusão das idéias neoliberais, de crítica aos princípios keynesianos de intervenção do Estado na economia, e ao Estado de Bem-estar Social, que passa a ser atacado como em obstáculo à ação, qualificada como eficiente, do mercado. Consagra-se assim a superioridade do mercado sobre a intervenção estatal. Do ponto de vista econômico, o diagnóstico de crise fiscal do Estado conduz a cortes nos gastos sociais.

Ferlie *et al* (1999) destacam a crescente influência política do *New Right* em muitos países, durante a década de 1980, baseado na linha do economista Milton Friedman, contrária, portanto, a economia keynesiana. Ao lado disto, o efeito da desaceleração do crescimento econômico em todo o mundo, principalmente na Grã-

Bretanha, elevaram as críticas ao Estado do Bem-estar Social (Welfare State), ao alto nível de impostos necessários para mantê-lo e aos subseqüentes níveis de inflação. A linha de pensamento *New Right* defendia o mercado e a privatização como meios para a alocação eficiente de recursos, ao setor público incorporar um conjunto de conceitos e técnicas gerados nas empresas privadas.

Nesta mesma linha, Moraes (2003) afirma que ainda que as idéias liberais estejam muito longe de serem novas, pode-se dizer que elas começaram a ganhar notoriedade nos anos 1970, e que sua supremacia se torna mais clara no início dos 1980, quando o pensamento econômico do Banco Mundial é penetrado por meio da *Public Choice School* e das teorias da “*rent-seeking society*”, cujos alvos eram a social-democracia, o keynesianismo, o *Welfare State* e as tentativas de “civilizar” o mercado; e cujas soluções apontavam para a redução do aparelho e da ação do Estado, submetendo praticamente todos os nichos da vida social aos condicionamentos e disciplinas do mercado, abrindo as economias reguladas e protegidas à saneadora competição internacional. Este autor ainda indica que a visão liberal se tornou menos otimista com os resultados dos ajustes propostos, que não levaram ao desenvolvimento econômico esperado, e que por outro lado geraram efeitos não desejados como aumento da desigualdade, da exclusão e da marginalidade sociais, da especulação financeira desenfreada, do ressurgimento de movimentos racistas, de conflitos étnicos, entre outros.

Por outro lado, Lechner (1993) argumenta que na América Latina não se configurou uma sociedade capitalista antes do desenvolvimento do Estado. Assim, a intervenção do Estado, nos anos 1950-60 não correspondeu tanto a uma ação corretiva do mercado, mas a um esforço deliberado de desenvolvimento, baseado no modelo de substituição de importações, obras de infra-estrutura e expansão dos

serviços públicos, com o objetivo de integrar os setores médios e populares da sociedade. Neste sentido, ela não há oposição, nestes casos, a uma economia capitalista de mercado, mas o que se pretende é estruturá-la em função das mudanças na sociedade; nesse sentido ela representa uma iniciativa política, embora não se apóie nos argumentos técnicos oferecidos pelo keynesianismo.

A partir dos anos 1970 o esgotamento desse modelo se torna evidente, com dispêndio fiscal ultrapassando os rendimentos tributários; o protecionismo distorcendo a competitividade das novas indústrias, o gasto social subvencionando os setores médios em detrimento dos setores mais pobres da população, e uma burocracia estatal ineficiente inibindo qualquer esforço inovador. Assim, segundo aquele autor, põe-se em marcha uma dinâmica que mina simultaneamente o desenvolvimento e a democracia. A expansão ilimitada (populista) da iniciativa política não respeita a racionalidade própria do processo econômico e destrói a calculabilidade do mercado; em contrapartida, a instrumentalização da economia incrementa a polarização do sistema político e destrói sua capacidade reguladora. A crise do Estado desencadeia a crítica, sendo que o neoliberalismo denuncia não somente o estadismo como condena toda intervenção estatal como inerentemente nefasta. O mérito do modelo neoliberal consistiria em propor um ajuste estrutural que responda as novas tendências da economia capitalista, como a globalização acelerada, a flexibilidade dos processos produtivos, a independência dos circuitos monetários e a incorporação de inovações tecnológicas.

Repensando o papel do Estado do ponto de vista do desenvolvimento social, Kliksberg (1997) preconiza a necessidade de se discutir e definir o papel que se deseja que o Estado cumpra na sociedade, e a partir daí se definir as técnicas mais apropriadas à otimização dos resultados. O autor entende que se deve abandonar a

discussão tecnocrática pura sobre a reforma do Estado em favor de um debate mais amplo de quais seriam os papéis do chamado “Estado desejado”, e a partir destes então definir capacidades e critérios técnicos necessários.

Para Kliksberg (1997) a regulação surge como uma exigência de eficiência econômica e para reduzir a inquietação social diante dos custos que podem ser impostos à sociedade pela motivação dos indivíduos em buscar a maximização econômica de benefícios, que ainda que possam trazer crescimento econômico à nação, o fazem por vezes através de mecanismos rentáveis, porém improdutivos. Enfatiza que a experiência ensina que a maximização dos benefícios nem sempre conduz a maximização do produto.

Para Kliksberg (1997) a regulação surge como uma exigência de eficiência econômica e para reduzir a inquietação social diante dos custos que podem ser impostos à sociedade pela motivação dos indivíduos em buscar a maximização econômica de benefícios, que ainda que possam trazer crescimento econômico à nação, o fazem por vezes através de mecanismos rentáveis, porém improdutivos. Enfatiza que a experiência ensina que a maximização dos benefícios nem sempre conduz à maximização do produto.

Ainda para este autor, a figura do Estado mínimo tem poucas chances de auxiliar a maior parte da população no enfrentamento da satisfação de suas necessidades sociais. Assim, é necessário desenhar o que ele designa como “Estado Inteligente”, ou seja, um Estado concentrado em papéis estratégicos para a sociedade e com um desenho institucional e de desenvolvimento de capacidades gerenciais que permitam operar com efetividade; não seria nem um Estado mínimo, nem ausente ou de ações pontuais, mas sim, um Estado com política de Estado e

não de partidos ou de governo, orientado a buscar alternativas para superar as iniquidades e conciliar interesses econômicos e sociais (Kliksberg, 1997).

Esta posição parece ser corroborada por Pimenta (1998), ao indicar que a principal transformação do Estado não será uma grande redução do seu tamanho, mas a mudança na forma de organização do trabalho e do processo decisório.

A análise das diversas posições e entendimentos quanto ao processo de globalização, a hegemonia do pensamento neoliberal, a reforma do Estado indica uma conjugação de fatores, que Fiori (2001) resume de forma esclarecedora:

“Não é possível deixar para o mercado a tarefa de otimizar a alocação de recursos, considerando não apenas o crescimento econômico, mas também a redução das desigualdades sociais. Neste sentido, o Estado tem o papel extremamente importante de buscar arbitrar o conflito, agindo para a preservação do interesse público”.

Para resumir essa linha de análise, a melhor expressão parece ser a de Vogel (1992), corroborado por diversos autores:

“Quanto mais mercado, mais Estado”.

3.2 A reforma do Estado – o caso brasileiro

A reforma do Estado brasileiro, iniciada no governo Collor e retomada durante o primeiro mandato do governo de Fernando Henrique Cardoso, decorre não apenas da agenda internacional, como visto acima, mas também da crise fiscal vivenciada pelo país. O momento político era favorável à sua implantação, considerando o apoio recebido por FHC nas urnas e os efeitos do plano de estabilização econômica implantado a partir de 1994.

Para Bresser Pereira (1997), um dos principais articuladores dessa reforma, a crise do Estado se inicia a partir dos anos 70, e tem origem no seu crescimento distorcido e no processo de globalização, transformando-se na principal causa da redução do crescimento econômico, da elevação do desemprego e do aumento da inflação. A onda neoconservadora e as reformas econômicas orientadas para o mercado foram a resposta para esta crise, cuja solução apontava para o chamado Estado mínimo. Anos mais tarde verificou-se a inviabilidade da proposta de Estado mínimo, mas as reformas revelaram sua verdadeira natureza: uma condição necessária da reconstrução do Estado para que este pudesse realizar não apenas suas tarefas clássicas de garantia da propriedade e dos contratos, mas também seu papel de garantidor dos direitos sociais e de promotor da competitividade.

Ainda segundo Bresser Pereira (1997), a reforma do Estado envolve quatro problemas: a delimitação do tamanho do Estado, a redefinição do papel regulador do Estado, a recuperação da governança (ou capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo) e o aumento da governabilidade (ou capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade, e governar).

O Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE)³, na apresentação do Plano Diretor de Reforma do Estado (Brasil 1995), caracteriza a crise brasileira da última década também como uma crise do Estado, que teria se desviado de suas funções básicas para ampliar sua presença no setor produtivo, o

---

³ O Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) foi criado através da MP 813 de 01/01/1995, com as seguintes áreas de competência: Políticas e diretrizes para a reforma do Estado; política de desenvolvimento institucional e capacitação do servidor, no âmbito da Administração Federal; reforma administrativa; supervisão e coordenação dos sistemas de pessoal civil, de organização e modernização administrativa, de administração de recursos da informação e informática e de serviços gerais; modernização da gestão e promoção da qualidade no Setor Público (Brasil 1995), sendo indicada pelos seus criadores como um significativo avanço e um desafio aos segmentos da burocracia estatal preocupados com a perda de qualidade técnica do processo decisório e com a inoperância da máquina administrativa (Brasil 1998).

que teria acarretado, além da gradual deterioração dos serviços públicos, o agravamento da crise fiscal e, por consequência, da inflação. A proposta de reforma do Estado passaria nessa abordagem, a ser instrumento indispensável para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia.

Ainda conforme o MARE (Brasil 1995), o objetivo do Plano Diretor seria procurar criar condições para a reconstrução da administração pública em bases modernas e racionais. A administração pública formal teria se revelado como lenta e ineficiente para a magnitude e a complexidade dos desafios que o país enfrenta diante da globalização econômica.

Considerando o cenário acima, tornar-se-iam inadiáveis o ajustamento fiscal, as reformas orientadas para o mercado, a reforma da previdência social, a inovação dos instrumentos de política social, e a reforma do aparelho do Estado, visando sua governança.

Na concepção do MARE (Brasil 1995), *“a legitimidade para que o Estado possa exercer as competências definidas na Constituição, como o poder de legislar e de tributar, é derivado do processo eleitoral. No Brasil, o tema adquire relevância particular, tendo em vista que o Estado, em razão do modelo de desenvolvimento adotado, desviou-se de suas funções precípua para atuar com grande ênfase na esfera produtiva”*.

Neste contexto, assim interpretado, a redefinição do papel do Estado teria se tornado inadiável para equacionar a questão da sua reforma ou reconstrução, que já não consegue atender com eficiência a sobrecarga de demandas a ele dirigidas, sobretudo na área social.

A crise do Estado teve início nos anos 70, mas só nos anos 80 se tornou evidente. Paralelamente ao descontrole fiscal, diversos países passaram a apresentar redução nas taxas de crescimento econômico, aumento do desemprego e elevados índices de inflação.

Assim para o MARE (Brasil 1995), *“a crise do Estado define-se: (1) como uma crise fiscal, caracterizada pela crescente perda do crédito por parte do Estado e pela poupança pública que se torna negativa; (2) o esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado, a qual se reveste de várias formas: o Estado do Bem-estar social nos países desenvolvidos, a estratégia de substituição de importações no terceiro mundo, e o estatismo nos países comunistas; e (3) a superação da forma de administrar o Estado, isto é, a superação da administração pública burocrática”*.

Ainda conforme o MARE (Brasil 1995), a reação imediata à crise, ainda nos anos 80, logo após a transição democrática, teria sido ignorá-la. Uma segunda resposta igualmente inadequada teria sido a de traço estritamente neoliberal, caracterizada pela ideologia do Estado mínimo. Apenas em meados dos anos 90 teria surgido uma resposta consistente com o desafio de superação da crise: a ideia da reforma ou reconstrução do Estado, de forma a resgatar sua autonomia financeira e sua capacidade de implementar políticas públicas. Neste sentido, seriam inadiáveis: (1) ajustamento fiscal duradouro; (2) reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; (3) reforma da previdência social; (4) inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços

sociais; e (5) reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua "governança", ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas.

A reforma do Estado deveria ser entendida no contexto da redefinição do papel do Estado, que deixaria de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. No plano econômico o Estado seria essencialmente um instrumento de transferências de renda, que se tornaria necessário dada a existência de bens públicos e de economias externas, que limitariam a capacidade de alocação de recursos do mercado.

Em resumo, a proposta daquele Plano Diretor consistia em buscar fugir do conceito de Estado mínimo, que já havia se mostrado ineficaz, perseguindo a reconfiguração do mesmo, como promotor e regulador do desenvolvimento, lastreado por uma administração pública gerencial, cuja *performance* pudesse ser objetivamente mensurada.

As diretrizes do Plano diretor da reforma do aparelho do Estado brasileiro eram: descentralização e desconcentração, distinção dos órgãos estatais e não estatais com funções de formular e/ou executar políticas públicas, implantação de mecanismos para avaliar e controlar os resultados dos contratos de gestão, desregulamentação de normas, rotinas e procedimentos da burocracia estatal, adoção de avaliação de recursos humanos e prestação de serviços orientados para a satisfação do cliente. Brasil.

O desenho proposto para essa nova configuração do aparelho do Estado apresenta quatro setores diferenciados:

- O núcleo estratégico – instância de definições e avaliações das políticas públicas, compreendendo os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário;

- Atividades exclusivas do Estado – nos quais se exercem os poderes de Estado, como regulação, segurança e arrecadação;
- Serviços não-exclusivos – compreendem atividades consideradas de relevância para toda a sociedade e que podem ser providos pelo Estado ou pelo setor privado, desde que regulados pelo Estado, visando à justiça social, como saúde e educação;
- Produção para o mercado – atividades de produção econômica propriamente dita, como a dos monopólios estatais a serem transferidos para o setor privado através da privatização.

O Plano estabelece ainda as seguintes metas, visando a concretização da proposta de mudança institucional:

- Fortalecer o núcleo estratégico através de política de capacitação técnica e de plano de cargos para a burocracia desse núcleo;
- Criar agências executivas e reguladoras para o setor de atividades exclusivas do Estado, com estrutura administrativa autônoma, monitorados através de contratos de gestão;
- Publicizar as atividades não-exclusivas do Estado, mediante a criação das organizações sociais, também monitoradas via contrato de gestão;
- Privatizar o setor destinado às atividades da produção econômica

Cherchiglia e Dallari (1999) parecem concordar com o posicionamento de Bresser Pereira, ao indicarem o agravamento da crise do Estado brasileiro a partir dos anos 90, como crise fiscal crescente, com a exaustão das formas protecionistas de intervenção na economia e com uma administração pública excessivamente burocrática e ineficiente. Assim, segundo estes autores, a construção da capacidade de Estado e governança são vistas como objetivos centrais desta reforma.

Já para Carneiro (2002) a reforma do Estado encerra uma concepção instrumentalista dos aparelhos de governo, se tornando inevitáveis, em função dos novos padrões de competitividade internacional, da eficiência produtiva, da dinâmica do mercado de capitais, das exigências da flexibilidade laboral e da privatização dos ativos estatais. Portanto, era necessário mudar o Estado, que não correspondia mais

a uma garantia eficaz de suporte e promoção social, já que as instituições formuladoras de políticas sociais estavam defasadas.

Para Ribeiro, Costa, Silva (2000), a reforma do Estado decorre da crise do Estado desenvolvimentista, do controle direto sobre a produção e da falência do modelo organizacional da burocracia orientada pelos procedimentos. O Estado buscava a privatização de empresas públicas e o estímulo à competitividade em setores monopolizados como alternativa para ganhos de eficiência. Do ponto de vista institucional, buscava redirecionar sua estrutura no sentido de ampliar sua capacidade gerencial, desenvolver estruturas regulatórias e aumentar o grau de responsabilização – passando a burocracia estatal para um perfil profissional.

Bresser Pereira (1995) descreve como características essenciais da reforma do Estado brasileiro a descentralização dos serviços sociais para estados e municípios, a privatização das empresas estatais que produzem bens e serviços para o mercado, e a Gestão das organizações do Estado pelo conceito de Qualidade Total – em busca da maximização do interesse público.

Para Carneiro, Elias (2003) o plano de reforma do Estado brasileiro é baseado em dois eixos: o institucional, que inclui a reforma constitucional e da legislação ordinária; e o de gestão, caracterizado pelo novo modelo gerencial da administração pública. A reforma brasileira é influenciada pela necessidade de ajustamento fiscal do Estado e pela redução das funções dos órgãos estatais, cujas atividades são parcialmente repassadas para setores do mercado ou para segmentos da iniciativa privada não-lucrativa, através de delegação formalizada e controlada por meio de contratos, que se tornam modelo para essa inovação de gestão. Assim, a proposta governamental privilegia a incorporação da lógica privada e da racionalidade econômica apresentada como modernização técnico-

administrativa para intervir na crise do Estado brasileiro. A desregulamentação da administração, a diminuição do controle dos processos e o estabelecimento de contratos de gestão entre governo e setores privados para produção de serviços nas áreas sociais formavam a base daquela proposta.

Segundo Costa *et al* (2001), as funções regulatórias do Estado se diferenciariam quanto ao foco e às estruturas organizacionais, de acordo com o setor abordado e sua posição no interior do aparelho estatal. A reforma no plano institucional implicaria redefinir as formas de propriedade e a natureza jurídica das organizações públicas, o que traz consequências para as políticas regulatórias. Surge daí o conceito da propriedade não-estatal – organizações que não tem proprietários e são orientadas para o interesse público.

Ainda segundo estes autores, o modelo regulatório brasileiro seguia a experiência internacional de intervenção governamental sobre monopólios naturais e buscava a eficiência alocativa e o controle tarifário (Costa et al, 2001).

Para Araújo, Pires (2000) as agências de reguladoras, nos diversos segmentos de serviços públicos teriam quatro atividades principais: monitorar o cumprimento das obrigações nos contratos de concessão, definir e aplicar o regime tarifário, regular as ações das empresas para a competição e arbitrar conflitos.

Costa *et al* (2001) citam Nunes para identificar o conjunto de recomendações obedecido no desenho dos novos entes reguladores: autonomia decisória, ampla divulgação de decisões e procedimentos, celeridade nas relações com consumidores e agentes econômicos, inclusão de interessados em audiências públicas e limitação da ação estatal na provisão de serviços.

Carneiro (2002) indica que as agências executivas e as organizações sociais exercem o papel de veículos estratégicos para a implementação da reforma. Estes novos órgãos seriam considerados apropriados para exercerem as novas funções no ideário do movimento reformista, atendendo as perspectivas conceituais e a incorporação de lógicas e mecanismos do mercado – autonomia, especialização, administração de recursos humanos com lógica de empresa privada e gerenciamento de resultados; atendendo, portanto, as orientações do novo papel do Estado. O autor critica a efetividade deste ideário considerando a estrutura social brasileira dominada por interesses patrimonialistas, corporativistas e discriminatórios e o grau de desarticulação e desagregação dos movimentos sociais e da sociedade em geral.

A exposição das agências reguladoras à captura por parte dos interesses privados é ressaltada por diversos autores como Abranches (1999), Ribeiro (2001) e Majone (1996). Este risco decorreria da baixa velocidade de implantação e das adaptações e novas regulações geradas a cada processo de privatização e do jogo de interesses no mercado.

Apesar dos riscos levantados, o processo de privatização/desregulamentação e de estabelecimento de controles através de agências reguladoras foi conduzido, iniciando-se pelos setores que foram objeto de reformas patrimoniais do governo, como o setor elétrico em 1996, com a criação a Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel), seguido por telecomunicações em 1997 com a Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) e petróleo em 1997 com a Agência Nacional do Petróleo (ANP).

A estrutura das agências regulatórias implantadas nesses setores apresentam muitos pontos em comum: foram criadas como autarquias sob regime especial,

tenham objetivos de regular e fiscalizar o setor conforme as diretrizes do governo, diretorias nomeadas pela Presidência da República com aprovação do Senado, proibição de vínculos com agentes ou órgãos representativos do setor regulado e receitas próprias, além de aportes do orçamento da União. A Aneel é a única entre os setores acima a possuir contrato de gestão.

Bresser Pereira (1998) caracteriza contrato de gestão como o mecanismo de controle que define a lógica do modelo operante, enfatizando o controle dos resultados.

O MARE ao caracterizar agências reguladoras (Brasil 1997) reforça a idéia de autonomia e controle. Autonomia considerando gestão de recursos orçamentários, humanos e na contratação de bens e serviços, mas cuja contrapartida é a responsabilização pelos resultados acordados através de um Contrato de Gestão, sempre considerando a garantia de acesso aos recursos orçamentários previstos e a autonomia das agências em adaptar sua estrutura organizacional às necessidades de funcionamento. Assim, se, por um lado, propõe-se a ampliação da autonomia de gestão das agências reguladoras, propõe-se, também, a instituição de mecanismos de acompanhamento efetivo, com maior responsabilização de seus dirigentes, tanto em relação aos aspectos econômicos, mas, também, em relação a resultados.

Ainda que estudos empíricos quanto ao desempenho desse modelo de regulação sejam limitados, sobretudo pela sua implantação recente, a utilização do modelo de agência para a área social foi iniciada com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 1999 e 2000 respectivamente, trazendo para a área social o mesmo modelo aplicado no setor produtivo.

3.3 Regulação – Teoria, conceitos e Modelos

3.3.1 Regulação e falhas de mercado

O conceito econômico clássico de regulação é o de normatização da atividade produtiva privada, geralmente por parte do poder público, em caso de falhas de mercado ou por razões sociais.

Viana *et al* (2001a) usam a definição de regulação de Boyer: *“a conjunção de mecanismos que viabilizam a reprodução do conjunto do sistema, em função do estado das estruturas econômicas e das formas sociais (...). Todo modo de regulação descreve como a conjunção de formas institucionais cria, direciona e em alguns casos dificulta os comportamentos individuais e predetermina os mecanismos de ajustamento dos mercados que, na maioria das vezes, resultam de um conjunto de regras e princípios de organização sem os quais não poderiam funcionar (Boyer 1990)”*.

Já Carroll e Buchholz (2000) definem regulação como atos de governança que visam assegurar que o desempenho dos agentes privados de atividades julgadas relevantes para que a sociedade atenda a critérios globais de sustentabilidade econômica e social. Assim, a regulação visa evitar que agentes econômicos atraídos por tais áreas de atividade se orientem exclusivamente para sua sustentabilidade financeira como seria natural a agentes privados atuando livremente no mercado.

Costa *et al* (2001) utilizam o conceito de regulação como o conjunto diversificado de instrumentos por meio dos quais os governos definem regras de conduta para empresas e concidadãos. As atividades regulatórias incluem leis, portarias, regulamentos formais e regras informais emanadas de todas as instâncias de governo e decisões tomadas por organismos não-governamentais ou de auto-regulação para os quais o governo delega *status* regulatório.

A definição enfatizada pelo Banco Mundial segue a linha de que regulação ocorre quando o governo ou Estado exerce controle sobre a atividade de indivíduos ou firmas ou, mais especificamente, é definida como a ação governamental para manipular preços, quantidades, distribuição e qualidade de produtos (Kumaramayake, 1998).

Para Abranches (1999) praticamente toda ação do Estado envolve regulação, sendo que esta tem efeitos imediatos, e em muitos casos irreversíveis, tendo em vista o governo representar, em mercados regulados, a mega-força que influenciaria e constrangeria decisivamente a ação dos agentes. Estes, por necessidade imperiosa, se adaptariam à ação dessa mega-força tomando decisões de longo alcance, quase inteiramente determinadas pelas ações estatais. Assim, para este autor, regulação significaria controle de relações transacionais, em que não existiria a possibilidade de efeitos puramente unilaterais. A interferência nunca se daria sobre o agente, mas sobre as transações que o agente tem com outros agentes.

A definição mais atual de regulação parece ter abandonado o sentido econômico clássico de pura normatização, incluindo as articulações entre setores específicos e o sistema como um todo, tal como afirma Lahera (Lahera 1998).

A regulação por meio da propriedade pública foi utilizada nos setores de infraestrutura, cujas características eram de monopólios naturais, onde produzir por uma única empresa traria maior eficiência do que por várias devido à economia de escala. O pressuposto central era de que a propriedade aumentaria a habilidade pública para regular a economia e proteger o interesse público (Costa *et al*, 2000).

A reforma regulatória, com a reconfiguração da participação Estado, deriva de questões ligadas à forma com que as instituições estatais mediam suas relações com o mercado, visando corrigir as “falhas” deste.

Neste sentido, a moderna regulação tem como premissa a introdução ou o restabelecimento da dinâmica de mercado nas relações setoriais, reorientando a gestão das empresas para critérios mercantis.

Costa et al (2001) indicam que a percepção de que a regulação é uma arena de políticas que geram benefícios ou que permitem o consenso entre agentes públicos, empresas e consumidores explica a variedade de demandas por sua expansão rápida e sustentável.

Diferentes autores categorizam a intervenção regulatória com nomenclaturas distintas. Para Costa *et al* (2001), regulação pode ser resumida em três categorias: *regulação econômica* – expressa pela intervenção direta nas decisões de setores econômicos – formação de preços, competição e entrada/saída de mercado; *regulação social* – intervenção pública nas áreas de saúde, segurança e meio-ambiente para o incentivo ou provisão direta de bens públicos e a proteção do interesse público; *regulação administrativa* – procedimentos administrativos por meio dos quais o governo controla e intervêm nas decisões econômicas de firmas e indivíduos.

O termo “tentativas de regulação” é utilizado por Lemieux (2005). Para o autor, regulação impacta diferentemente diferentes atores, conforme a interferência desta naqueles. Lemieux observa que a tentativa de regular assuntos públicos comporta inúmeras decisões, que podem ser reagrupadas nas denominadas etapas das políticas: emergência, formulação e implementação. Também sugere que a percepção da ação pública seja vista como regulação, que os tipos de regulação sejam precisamente definidos, que se identifiquem os possíveis conflitos no exercício da regulação. Um problema é público quando se relaciona de alguma maneira à distribuição de recursos entre os atores sociais. A regulação consiste em

reconduzir a situação, quando se percebe um problema público, como afastamento das normas (regulação negativa), ou ainda a aproximação às normas que não estão sendo atingidas (a regulação positiva).

Do ponto de vista da teoria econômica, diversos trabalhos exploram o conceito de falhas de mercado para justificar a necessidade de regulação.

O ponto de partida é a revisão da teoria de oferta e demanda, onde a livre competição garantiria a quantidade ótima a ser produzida por uma determinada sociedade, assim como o preço seria alcançado pelo equilíbrio entre a oferta e demanda. Mas quando as condições de perfeita competição não são atingidas, seria necessária a intervenção estatal para propiciar o reequilíbrio destas condições, ou conforme preconiza Majone (1996), a noção de falha de mercado é aplicável quando o teorema fundamental da eficiência gerada pela existência do mercado não produz resultados eficientes.

Para Majone (1996) a regulação entendida como conjunto de regras através das quais se controla a forma de conduzir as atividades públicas e privadas é tão antiga quanto a existência do governo. Na visão deste autor o que mudou ao longo do tempo foram os modelos de regulação; e tomando a definição mais atual de Selznick (1985) conceitua como controles focados e sustentáveis exercidos por uma entidade pública, com base em um mandato, sobre uma atividade considerada como desejável pela sociedade. Ainda conforme Majone (1996) o conceito de falha de mercado é tão antigo quanto o de regulação e está sedimentado no teorema fundamental da economia do bem-estar, segundo o qual, em determinadas condições, os mercados competitivos levam a uma alocação ideal de recursos, sendo que as falhas decorrem de uma ou mais condições de validade do teorema não satisfeitas.

Em artigo publicado pelo Banco Mundial, Kumaranayake (1998) caracteriza as falhas de mercado como:

- Monopólio – onde existe pouco incentivo para a alocação eficiente de recursos, para minimização de custos e ajustes de preços para maior mercado.
- Presença de externalidades – situações onde diferenças entre benefícios privados e sociais não permitem que os benefícios totais sejam auferidos pela sociedade, ou por outra forma custos gerados pelo privado, que passam a ser absorvidos pela sociedade como um todo – como no caso de danos ao meio-ambiente, por exemplo.
- Bens públicos – são aqueles em que não existe custo incremental para usuários incrementais e que o consumo por um indivíduo não exclui o consumo por outro e que finalmente sejam não-excludentes – uma vez produzido o bem é muito difícil negar o acesso a um indivíduo. São bens não providos pelo mercado ou providos em pequena escala. Nesta categoria se enquadram segurança, administração e saúde públicas.
- Assimetria de informação – quando a informação não é amplamente disponível a ambas as partes numa relação ou quando uma parte possuiu muito mais informação que a outra – no caso da saúde, a falta de informação do consumidor não permite que o mesmo avalie a necessidade de um procedimento médico, a qualidade de um serviço ou a correta comparação entre as diferentes alternativas de planos de saúde.
- Seleção de risco – consiste em focar nas áreas sobre as que apresentam maior controle e previsibilidade e minimizar onde não permitam grau adequado de previsibilidade.
- Risco moral – pelo lado da demanda, quando o usuário utiliza os bens em excesso com relação a sua real necessidade (por que não assume os custos incrementais) e pelo lado da oferta, quando um provedor requisita maior número de procedimentos do que o necessário (como forma de aumento seu rendimento). Em ambos os casos o resultado para a sociedade é menos eficiente.
- Seleção adversa – quando o provedor segmenta sua prestação de serviço apenas para o nicho mais lucrativo, por exemplo, negando a manutenção de

- cobertura para um cliente mais idoso em função do maior uso potencial dos serviços.
- Incerteza – dada à natureza da assistência da saúde, existem incertezas com relação a potenciais problemas de saúde e os resultados e custos relacionados a elas.

3.3.2 Regulação e o impacto da Reforma do Estado

Da mesma forma que a origem do mecanismo de regulamentação através de agências se deu nos Estados Unidos no final do século XIX, a chamada moderna reforma regulatória também foi iniciada naquele país nos anos 70. Esta reforma teve cunho liberal e buscava a reestruturação de segmentos da economia através da implantação de novos mecanismos, que reduziriam o controle burocrático e a intervenção estatal. Os principais setores visados eram telecomunicações, energia e transportes. O processo acabou sendo adotado em outros países, como a Grã-Bretanha, no período de privatização dos monopólios estatais.

A década de 1970 foi marcada, do ponto de vista político, pela eleição de novos governantes de linha conservadora e neoliberal como Thatcher na Inglaterra e Reagan nos Estados Unidos. Fiori (2001) indicava que este período consagrava a superioridade do mercado sobre a intervenção estatal em várias esferas, contrariando as evidências históricas e políticas acerca da importância do papel dos Estados para o desenvolvimento capitalista.

O ideário da reforma do Estado incluía a redução da ingerência do Estado nos mercados; sua expansão seletiva, em atividades como regulação e mudanças nas capacidades políticas dos governos, que poderia ser traduzido em uma tendência à sua reconfiguração, e mudança na administração pública, focada na

flexibilização, redução de gastos e aumento da eficiência dos equipamentos públicos.

É durante esse processo que ganha importância o conceito de regulação por agência, que congrega o conjunto de leis, normas e o conhecimento técnico da operação de um dado mercado, rumo a especialização na sua atuação e visando a alocação mais eficiente dos recursos. Segundo Corrales (1998), o conceito de agência implica a criação de uma organização centralizadora que controla o cumprimento da norma legal vigente, aplica sanções, fixa ou aprova preços e aprova licença ou permissão para exploração de serviços.

Segundo Ribeiro, Costa, Silva (2000), a reforma regulatória britânica enfatizava a competição e o controle tarifário através de agências adaptadas a cada setor, mas baseadas na regulação de preços empregados na telefonia. O modelo buscava eficiência alocativa e produtiva e controle sobre as diversas formas de captura pelos agentes econômicos.

Estas agências seriam estabelecidas com autoridade independente e sem subordinação ao governo central, para atuarem em temas de maior complexidade técnica, que exigem maior especialização. O conceito representou uma alternativa tanto para as soluções totalmente estatizantes, com os resultantes problemas de baixa flexibilidade e de captura por parte dos servidores quanto para as soluções totalmente desregulamentadoras, as quais são sujeitas às imperfeições de mercado e também à captura pelos agentes privados.

A aplicação do modelo de agência como ente regulamentador passou a ser preconizado pelo Banco Mundial como mecanismo para a redução do papel do Estado e parte da solução para os problemas fiscais e de eficiência.

O objetivo do Banco Mundial, conforme Machado (1999), era de tornar o Estado parceiro essencial para o desenvolvimento econômico e social, não como promotor do crescimento, mas como catalisador do mesmo. Neste sentido, seria necessário ajustá-lo às suas capacidades, através da focalização em ações fundamentais e revigorar as instituições públicas através de maior eficiência, descentralização e participação.

Além da crise do Estado e do suporte do Banco Mundial como explicações para a adoção de políticas de regulação baseadas em agências reguladoras, conforme já exposto acima, para Costa *et al* (2001) a crescente adoção de políticas públicas regulatórias pelos governos nacionais tem uma associação direta com o processo de privatização dos monopólios naturais. A idéia é que a reforma regulatória seria a descrição das mudanças na indústria de serviços de utilidade pública, de um monopólio natural para empresas com novos proprietários, novas instituições regulatórias, novas estruturas industriais, novos competidores e novos métodos de controlar seu comportamento. Essas reformas não resultariam das preferências de grupos de interesse, mas, em suas características essenciais, da forma como as instituições estatais mediam suas relações com os interesses organizados do mercado ou procuraram corrigir as falhas de mercado.

3.3.3 Modelos de regulação e agências reguladoras

A questão fundamental que se coloca ao buscar a regulação de um determinado mercado é o grau de intervenção para a manutenção do seu equilíbrio, e que pode variar de total desregulamentação ou auto-regulamentação pelo

mercado, até o total regramento e controle estatal, que pode incluir a provisão do bem por parte de Estado.

Segundo Ribeiro, Costa, Silva (2000), os esquemas regulatórios mais atraentes combinam estratégias diferenciadas de individualização que enfatizam a inclusão de grupos interessados no processo decisório, a indução de condutas responsáveis pelas empresas e maior especialização estatal para focalizar a intervenção normativa.

Para Ayres e Braithwaite (1992), há evidências que sugerem que uma boa política regulatória combina elementos de regulação estatal e de auto-regulação. A regulação é responsiva ao mercado na medida em que diferentes estruturas conduzam a graus e a formas diferenciadas de regulação, envolvendo a delegação consciente de certas funções regulatórias. A estratégia reguladora deve considerar as especificidades dos segmentos econômicos e adotar um escalonamento no grau de intervenção. Uma estratégia baseada exclusivamente na persuasão ou na auto-regulação será explorada por agentes puramente orientados pela racionalidade econômica; uma estratégia baseada principalmente na punição enfraquece a iniciativa inovadora de agentes socialmente responsáveis. O modelo ideal, para estes autores, considera delegação e escalonamento de punições, onde o grau de punição cresce à medida que exista abuso da delegação.

As preocupações quanto ao grau de intervenção e as possíveis falhas de regulação também são exploradas por Majone (1996), que relata que a questão crítica das funções regulatórias da política pública é saber se as categorias normativas favorecem a atuação adequada dos entes de regulação.

Os modelos de regulação também variam conforme as matrizes políticas a que estão vinculados e o nível de desenvolvimento econômico do país e das

instituições. Eles vão desde a visão liberal, mais comumente utilizada nas economias centrais, de que o papel do regulador é de disciplinar a competição em favor dos próprios competidores, como por exemplo, a lei *antidumping*, até uma concepção mais estruturante, e mais comum nas economias periféricas, onde a intervenção visa estruturar a oferta de bens de modo a atender objetivos estabelecidos em um processo político, como por exemplo, incentivos a investimentos em um dado setor.

Como parte do modelo regulatório deve-se definir o ente regulador. Para Conforto (1998), o ente regulador deveria ser constituído de forma a garantir sua relativa autonomia em relação aos interesses políticos imediatos e a preservá-lo da captura pelo privado, neste sentido, precisaria preencher os requisitos técnicos, ter autonomia financeira, assim como manter quadros técnicos preparados e remunerados competitivamente em relação ao mercado de trabalho comparável.

Gray (1996), em relatórios do Banco Mundial, preconizava que a eficácia do ente regulador seria norteadas por um grupo de princípios:

- Independência – possibilitando o equilíbrio entre os interesses de governo, consumidores, cidadãos e operadores/prestadores;
- Incentivos para uma operação eficiente – competição comparativa;
- Centrar atenção nas metas definidos em contrato e pelas normas em vigência;
- Tarifas que espelhem custos reais;
- Transparência;
- Legitimidade.

Segundo Majone (1996), historicamente a regulação através da propriedade foi o principal modelo, justificando que independentemente da ideologia. O pressuposto fundamental era de que a propriedade poderia ampliar o poder regulatório de um governo para proteger o interesse público. Entretanto, o autor

indica que a experiência demonstra que a propriedade pública e o controle público não podem ser considerados como a mesma coisa, citando a captura do órgão público pelos administradores, que pode levar este modo de regulação a falhar, não apenas do ponto de vista econômico e de controle, mas também do ponto de vista de proteção dos interesses dos consumidores e de responsabilização pública.

Ainda segundo este autor, o novo modelo começou a surgir na Europa no fim dos anos 70 e inclui a privatização, a liberalização, a reforma dos esquemas de bem-estar e também a desregulação, cuja inspiração seria o modelo americano, utilizado desde o início no século XX para controle das ferrovias, com o estabelecimento de corpo independente de controle. Paradoxalmente, o mesmo período assistiria a um crescimento expressivo da formulação de políticas reguladoras; assim, a privatização dos serviços públicos seria normalmente seguida de regulação de preços, não significando, no entanto, desvio da tendência de um Estado mais enxuto e eficiente, já que envolveria não apenas uma estrutura de responsabilidades, mas também novas formas de controle e de responsabilização. Entre as consequências estruturais mais óbvias da mudança na governança, figura a ascensão de uma nova classe de agências especializadas e de comissões que operam autonomamente em relação ao governo central (Majone, 1996).

Majone (1996) indica que estas falhas de mercado explicam a popularidade alcançada por modelos de controle via agência independente, sendo sua fonte de legitimação o entendimento de que a especialização e o conhecimento técnico impulsionariam o benefício social e a possibilidade de assumir comprometerimentos dotados de credibilidade política. A mudança do que denomina de Estado positivo para o Estado regulador acarretaria ainda a reconfiguração de atores na arena política, como por exemplo, a transformação do Judiciário de uma posição neutra a

de protagonista ativo do jogo administrativo; e a criação de especialistas e reguladores como outro grupo importante de atores.

O autor indica ainda que a legitimidade deste modelo dependeria de sua capacidade de gerar e manter a credibilidade de que é o mais apropriado para o exercício de suas funções. Os critérios relevantes da legitimidade substantiva seriam: consistência em matéria de políticas; conhecimentos e experiência específicos; capacidade de proteger interesses difusos; profissionalismo; e o mais importante, uma definição clara de seus objetivos e dos limites dentro dos quais se espera que esta opere, corrigindo falhas de mercado de modo a aumentar a eficiência das transações (Majone, 1996).

Mas, se de um lado, Majone (1996) indica que o modelo resolveria a questão da credibilidade, por outro, ele criaria um *déficit* de controle ou de “*accountability*”, que em princípio poderia ser mitigado pela sua forma de criação, normalmente oriunda de estatutos democraticamente promulgados, pela criação de comitês especializados na matéria regulada no Congresso, pela participação popular no processo decisório e pela justificativa clara para as decisões tomadas.

Discutiram-se acima as falhas de mercado que fomentaram a construção do modelo de regulação via agência, porém esta não é isenta de falhas, denominadas de falhas de governo. O quadro a seguir apresenta as principais falhas elencadas por Majone (1996) para regulação via propriedade e via agência:

Quadro 3.1 - Regulação por Agência X Regulação pela Propriedade

Regulação por Agência	Regulação pela Propriedade
Captura dos reguladores por interesses dos regulados	Captura dos administradores públicos por políticos ou interesses sindicais ou corporativos
Sobrecapitalização	Excesso de quadros
Falta de objetividade da finalidade – defesa do interesse público	Monopólio público
Pouca coordenação entre diferentes reguladores	Pouca coordenação entre diferentes entidades públicas
Responsabilização insuficiente	Ineficácia de controle das entidades por parte de parlamentares, tribunais ou ministros.

Fonte: Majone(1996)

Conforme o Quadro acima, parece haver uma correspondência direta entre as potenciais falhas em ambos os modelos de regulação. É a partir desta correlação que, segundo Majone (1996), alguns críticos indicam a inexistência de diferenças relevantes entre os modelos. Esta conclusão é contestada pelo autor, usando o exemplo da desregulamentação do mercado de telecomunicações americano em comparação ao de privatização dos monopólios europeus, para afirmar que o modelo de regulação seria superior.

3.3.4. A regulação do setor saúde

O movimento de reforma do setor saúde tem inspiração, segundo Carneiro (2002) nas posições defendidas pelo Banco Mundial durante os anos 80 e 90. As proposições indicavam que a obrigação do Estado era de prover, diretamente ou

através de terceiros, a assistência à saúde dos pobres, deixando para o mercado a responsabilidade dos serviços mais especializados e complexos. Nesta lógica, as funções do Estado seriam: desenvolvimento de ações voltadas ao controle de doenças transmissíveis, de organização de sistemas de informação, responsabilização pelo programa de imunização e regulamentação dos seguros saúde.

Ainda segundo este autor, a intensidade com que as reformas foram implantadas na América Latina está relacionada com as estruturas sociais e o grau de dependência financeira externa de cada país. No entanto, estudos indicariam pontos comuns em suas reformas: foco no consumidor individual, qualidade avaliada pela satisfação do cliente, estímulo à produção privada de serviços de saúde, introdução de parâmetros de gerenciamento privado (custo x benefício), aumento da cobertura da atenção primária à saúde, separação das funções de regulação, formulação e coordenação do setor público e introdução do contrato de gestão (Carneiro, 2002).

Elias (1997) ressalta a engenhosidade política e econômica do modelo proposto pelo Banco Mundial que, ao contemplar o *mix* público/privado na sua estruturação, garante simultaneamente a universalização dos serviços básicos – satisfazendo minimamente parte das necessidades sociais de saúde – e a regulação de mercado para o acesso aos serviços mais especializados, respondendo assim aos interesses dos agentes econômicos, porém submetendo os serviços especializados às forças de mercado e segmentando sua oferta segundo a capacidade de pagamento do usuário. Assim, neste modelo, a regulação estatal se dá no sentido de resguardar os serviços básicos frente ao processo de capitalização

do setor saúde, reservando-os à produção estatal ou não lucrativa, e conservando a produção dos serviços especializados como área de reprodução do capital.

Ainda para Elias (1997), no caso brasileiro, o papel desempenhado historicamente pelo Estado no sistema de saúde seria o de organizar os consumidores, direcionar o financiamento e conciliar os interesses estruturados em torno da saúde, sobretudo aqueles articulados com produtores privados. As diversas formas de articulação entre os setores público e privado resultam na institucionalização de um sistema dual em que o setor privado provê serviços para a elite da sociedade enquanto as camadas marginalizadas da sociedade buscam assistência no sistema público de saúde.

Para Ribeiro (2001), seria marcante, no Brasil, a interação entre os setores público e privado na conformação da atenção à saúde. No sistema público (SUS), uma parcela significativa de serviços seria comprada junto a hospitais e clínicas privadas. Com relação ao setor privado, existiria uma forte expansão de planos e seguros de saúde, que envolvem subsídios indiretos. Assim, as políticas regulatórias objetivariam o controle sobre os dois sistemas e suas conexões – 39 milhões de usuários do setor privado e 118 milhões do SUS. Ainda que esta divisão fosse meramente descritiva, já que o SUS proveria acesso universal, inclusive para clientes do setor privado. As relações contratuais entre estes agentes, deles com governos, e entre as diferentes esferas de governo seriam diversificadas como a seguir:

- Entre governo federal, estados e municípios – as transferências e compromissos seriam reguladas pela legislação do SUS (NOAS);
- Entre governos e prestadores – também regulados pelas NOAS;
- Entre agentes privados e consumidores a relação seria contratual – com o benefício da redução de alternativas de planos no bojo da Lei 9.656/98;

- Entre os agentes privados e profissionais credenciados a relação seria norteada por tabelas de procedimentos.

Assim, o destaque dado por este autor é para um regramento entre as diversas relações que formam o mercado de assistência à saúde, excetuando a relação entre operadora e usuário.

No documento para a reforma administrativa do sistema de saúde, Bresser Pereira (1995) reforça o conceito de ajuste fiscal embutido no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado quando indica que dada a limitação dos recursos, o objetivo da reforma seria o de garantir um melhor atendimento ao cidadão através de um controle mais adequado do sistema. Para este melhor controle são definidas três estratégias: descentralização com responsabilização; montagem de sistemas de atendimento municipal, estadual e nacional duas partes – subsistema de entrada e de referência ambulatorial e hospitalar; montagem de sistema nacional de informações para controlar ambos os subsistemas.

Em contrapartida a essa linha de argumentos que fundamentam aquela proposta, Carneiro (2002) adverte quanto à incompatibilidade do planejamento pactuado integrado (SUS), ao indicar que este não considera o mercado de usuários ou a oferta de prestadores de serviços de planos privados, fortalecendo a possibilidade de segmentação de consumo de serviços de saúde, com competição regulada pela ANS e pelo MS, seguindo critérios e diretrizes independentes.

Para o autor, as políticas reformistas de saúde deveriam considerar as reformas no contexto do federalismo, no sentido de estabelecer o adequado balanço de poder entre os governos centrais, estaduais e locais, redistribuindo competências na área da saúde levando em conta a diversidade, complexidade e os cenários de mudanças (Carneiro, 2002).

Ribeiro, Costa, Silva (2000) afirmam que pela complexidade do setor saúde suplementar, as estratégias regulatórias implementadas seguiriam as características básicas do modelo proposto por Ayres e Braithwaite (1992), em linha com o universalismo normativo da ANVISA, na qual a aplicação de sanções e o acompanhamento da produção são centrais. O tripartismo manifestar-se-ia nos organismos colegiados com funções regulatórias, incluindo representações de empresas (operadoras e prestadores), profissionais de saúde e usuários, como a Câmara de Saúde Suplementar, que serviria também como mecanismo de redução da captura dos reguladores pelos regulados. Para os autores, o escalonamento da intervenção estatal e a seletividade na atividade regulatória dependeriam de interações repetidas e prolongadas entre governo, grupos públicos e empresas em um novo ambiente regulador.

Ainda segundo esses autores, a regulação para o mercado de planos e seguros de saúde no Brasil teria se concentrado em dois pontos básicos: a padronização dos serviços oferecidos e a montagem de um sistema regulatório eficiente. Medidas adicionais como o controle da seleção de risco praticado por diversas operadoras e a exigência de garantias financeiras na comercialização dos planos buscariam melhorar a posição dos consumidores no mercado (Ribeiro, Costa, Silva, 2000).

3.4. Aplicação do modelo - A Agência Nacional de Saúde Suplementar

O Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado denomina Agência Executiva como uma qualificação a ser concedida por decreto presidencial especificamente para autarquias e fundações públicas responsáveis pelos serviços

exclusivos do Estado. A base desta concepção está na separação entre as atividades estratégicas e as executivas. Considerando que ambas as atividades não podem ser delegadas pelo Estado, o modelo de agência executiva surge como resposta à necessidade de se manter controle do Estado, porém com autonomia e responsabilização administrativas.

Para Bahia e Viana (2002), a regulamentação do mercado de assistência de saúde suplementar, iniciada em 1998 com a promulgação da Lei 9.656/98, teria como objetivo reduzir determinadas falhas de mercado, como a assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviço e a seleção de risco.

Na mesma linha de raciocínio seguem Ribeiro, Costa, Silva (2000), que indicam que o crescimento da atenção supletiva no Brasil teria exacerbado a assimetria entre empresas e consumidores quanto às regras de acesso, garantias, percepção de direitos e transferência de custos, principalmente na relação do consumidor individual com as empresas.

Neste contexto de disputas entre operadores e consumidores, e tendo a promulgação da Lei 9.656/98 como marco inicial da regulação do setor de saúde suplementar, é que ocorre a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da Lei 9.961/2000.

A ANS foi criada sob regime de autarquia especial, vinculada ao Ministério da Saúde, porém com autonomia administrativa, financeira, patrimonial, de gestão de recursos humanos e técnica, com mandato fixo para seus dirigentes. Seu objetivo seria o de atuar como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização de atividades relativas à assistência suplementar à saúde, tendo como finalidade promover a defesa do interesse público, regulando operadoras de plano de saúde e

de planos odontológicos, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

O rol de competências dessa agência é extenso: propor políticas e diretrizes ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar para a regulação do setor; estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras; elaborar o rol de procedimentos e eventos que constituirão o chamado plano referência; fixar critérios para os credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços; estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura; estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde; estabelecer normas para mecanismos de regulação do uso dos serviços; deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo; normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes; definir a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde; estabelecer normas para registro dos produtos no segmento; estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras; estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços; autorizar reajustes e revisões das preços; expedir normas e padrões para o envio de informações pelas operadoras; integrar informações da saúde suplementar com as do Sistema Único de Saúde; autorizar registro e funcionamento das operadoras assim como cisões, fusões, incorporações ou transferências de controle societário, bem como fiscalizar suas atividades, garantias e qualidade de seus serviços, incluindo a aplicação de penalidades, a instituição de regime de direção fiscal ou técnica, a alienação da carteira, a liquidação extrajudicial e a autorização para decretação da falência da operador entre outras medidas, visando estimular a competição no setor e a garantia do direito dos consumidores (Brasil, 2001).

Costa *et al* (2002) indicam que o desenho dos novos entes reguladores seguiu um conjunto de recomendações, assim resumidas, (i) autonomia de decisão; (ii) ampla divulgação de decisões e procedimentos; (iii) celeridade nas relações com os consumidores e agentes econômicos; (iv) inclusive dos interessados em audiências públicas; e (v) limitação da ação estatal na provisão de serviços públicos, realçando a importância da adoção do modelo autárquico especial, a autonomia daí decorrente, que repercute no grau de isolamento dos diretores nomeados e em contrapartida sua gestão é lastreada por contrato de gestão, cujo descumprimento pode implicar na exoneração do Diretor-presidente. Para os autores, a ANS assegura a presença de um amplo rol de representantes e de entidades representativas do setor saúde, do mercado setorial e do CNS, através da Câmara de Saúde Suplementar, o que a diferenciaria em relação à ANP ou a ANVISA.

As diretrizes básicas da ANS são de ampliar a capacidade efetiva de participação dos usuários no setor, garantindo e aperfeiçoando as coberturas ofertadas, impedindo ou restringindo a vinculação da assistência e dos preços às condições de saúde e idade, garantir o equilíbrio das informações aos participantes do setor, garantindo o equilíbrio e manutenção do mesmo, estabelecendo e controlando os padrões de entrada, operação e saída das operadoras do mercado e assegurar aos usuários o acesso, o direito e a defesa de seus interesses, no tocante à assistência privada à saúde. (Brasil, 2001).

Em contraposição, Campos *et al* (2001) indicam que a criação de um novo organismo governamental, sob a modalidade de uma agência reguladora, se daria por um grande número de motivações entrecruzadas no debate político que o precede, que seria orientado apenas genericamente pela efetiva avaliação dos custos que tal organismo impõe à sociedade e pela comparação da magnitude

desses custos aos benefícios que poderão advir da sua ação, trazendo desconfiança quanto ao valor que possa ser agregado pela ação regulatória governamental.

Para estes autores, no caso da saúde, a situação se agrava ainda mais por se tratar de setor de grande impacto social e ainda carente de grandes investimentos, aumentando as preocupações com a possibilidade de manipulação do ente regulador por parte de interesses político-partidários e de outra natureza, pouco comprometidos com a ação efetivamente promotora da melhor oferta dos serviços, assim quando tanto a complexidade quanto a visibilidade são elevadas se configura um terreno de equilíbrio instável onde surgem zonas de cooperação e zonas de conflito entre as esferas técnica e política, exacerbando assim a necessidade de mecanismos administrativos adequados visando dar agilidade ao processo decisório, aumentando a qualidade e a estabilidade da regulação produzida, onde sistemas de avaliação e controle desempenham papel ainda mais fundamental. (Campos et al, 2001).

A ANS é composta por uma direção colegiada, de cinco membros, sendo um presidente, procuradoria, corregedoria, ouvidoria e pela Câmara de Saúde Suplementar – de caráter consultivo e permanente, contando com amplo rol de representantes, incluindo o Executivo, entidades do setor saúde, do mercado setorial e do Conselho Nacional de Saúde.

As diretorias constituídas são:

1. Desenvolvimento Setorial (DIDES) - responsável pelos sistemas de informação, incluindo a integração com o SUS e no desenvolvimento de instrumentos para a melhoria da qualidade e competitividade no setor
2. Normas e habilitação de operadoras (DIOPE) - normatiza, registra e monitora a atuação das operadoras, inclusive nos processos de intervenção e liquidação,

3. Normas e habilitação de produtos (DIPRO) - normatiza, registra e monitora os produtos, incluindo as autorizações de reajuste de contratos individuais e familiares;
4. Fiscalização (DIFIS) - controla todo o processo de fiscalização (econômico-financeiro e médico-assistencial), além do apoio ao consumidor e articulação com os órgãos de defesa do consumidor;
5. Gestão (DIGES) – Organiza a infra-estrutura e suporte da Agência (recursos humanos, financeiros, suprimentos de bens e serviços).

O controle de desempenho da entidade é norteado por contrato de gestão, firmado entre a ANS e o Ministério da Saúde. Entre a criação da ANS e o final do ano de 2006 foram firmados quatro contratos: 2000-2001; 2002-2003 aditado para incluir 2004, 2005 e 2006.

As diretrizes estratégicas que pautaram os contratos de gestão elaborados entre 2000 e 2006 foram: desenvolvimento institucional, sustentabilidade do mercado, qualificação e integração com o SUS.

O alto percentual de realização de metas, entre 75% e 90%, apontado no quadro abaixo, poderia sugerir desde um setor com avanços importantes em termos de regulação até o estabelecimento de metas enviesadas, que mesmo atingidas não representassem avanço perceptível do processo. A análise deste tema requer validação com os atores do mercado, com possível reavaliação das métricas utilizadas pela ANS.

Quadro 3.2 – Contratos de Gestão - ANS

Vigência	Assinatura	Aditivos	% Atingido
2000-2001	21/12/2000		90%
2002-2003	10/4/2002	Em 22/11/2002 com ajuste de metas	75% (*)
2002-2004	11/12/2003	Inclusão de 2004 com ajuste de metas	80% (**)
2005	31/12/2004		81%
2006	31/12/2005		88%

(*) % atingido em 2002-3, considerando a meta para 2004

(**) Não foi localizado relatório de execução do triênio 2002-04 – baseado em relatório de execução 2005

Fonte: Elaboração própria - baseado em Relatórios de Gestão ANS

A nomeação dos diretores é feita pela Presidência da República, após aprovação pelo Senado Federal. O mandato é de três anos, com uma recondução possível e quarentena de quatro meses.

Entre a criação da agência até 31/12/2006 foram nomeadas 10 pessoas para cargos de Diretorias, tendo ocorrido duas reconduções, conforme pode ser observado no Quadro 3.2.

Quadro 3.3 – Diretores da Agência

Diretor Nomeado	Comentário
Januário Montone	
João Luís Barroca de Andréa	
Maria Stella Gregori	Reconduzida
Solange Beatriz Palheiro Mendes	
Luiz Arnaldo Pereira da Cunha Junior	
José Leôncio de Andrade Feitosa	Reconduzido
Fausto Pereira dos Santos	
Alfredo Luiz de Almeida Cardoso	
Gilson Coleman	
Eduardo Marcelo de Lima Sales	

Fonte: Elaboração própria (2006)

Em termos de participação da sociedade no processo decisório, a ANS dispõe da Câmara de Saúde Suplementar (CSS), cuja análise detalhada das atas das 44 reuniões realizadas entre 24/08/98 e 05/09/2006 será apresentada na seção 5 desta tese e do mecanismo de consultas públicas, o qual é detalhado abaixo.

Quadro 3.4 – Consultas Públicas por Ano

Ano	Número de Consultas	Prazo da Consulta	Prazo Mínimo
2006	4	35	20
2005	2	23	15
2004	4	23	11
2003	8	24	7
2002	2	33	32
2001	5	35	6
Total	25,0		
Média	4,2	28,8	

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ANS (2006)

Quadro 3.5 – Relação de Consultas Públicas

Número	Consulta Pública - Descrição Geral	Tipo
26	Critérios e metodologia para avaliação da qualidade da atenção à saúde e suficiência da rede assistencial	Qualificação
25	Revisão do rol de procedimentos odontológicos	Produto
24	Critérios de aplicação dos mecanismos financeiros de regulação nos planos privados de assistência à saúde	Financeiro
23	Entidades de autogestão	Autogestão
22	Alteração de Regimento Interno da ANS - participação das Entidades de Defesas dos Consumidores na CSS	Representação
21	Padrão para troca de informações entre operadoras e prestadores (TISS)	TISS
20	Ressarcimento ao SUS	Ressarcimento
19	Análise Técnica da CBHPM	Financeiro
18	Ativos Garantidores	Financeiro
17	Norma de identificação de clientes	Cadastro
16	Contratualização entre Operadoras e consultórios médicos ou odontológicos	Contratualização
15	Provisão de remissão	Financeiro
14	Variação de preço por faixa etária	Financeiro

13	Planos Odontológicos – Contratação Individual e Familiar em Regime misto de preço	Financeiro
12	Contratualização – Serviços de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais	Contratualização
11	Proibição do Cheque-Caução	Financeiro
10	Diversificação dos Ativos das Operadoras	Financeiro
9	Contratualização de entidades hospitalares na prestação de serviços aos planos de assistência à saúde	Contratualização
8	Cartões de Desconto	Produto
7	Cadastro de Beneficiários - Fornecimento de Informações	Cadastro
6	Plano Especial de Adesão à Contrato Adaptado	Produto
5	Sistema de Acompanhamento de Produtos	Cadastro
4	Alienação de Carteiras	Financeiro
2	Garantias Financeiras	Financeiro
1	Procedimentos de Alta Complexidade para fins de DLP	Financeiro

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ANS (2006)

Entre 31/01/2001 e 31/12/2006 foram realizadas 25 consultas públicas, ou seja, 4,2 consultas em média ao ano, sendo 2003 o ano mais produtivo com 8 consultas e 2002 e 2005 os menos produtivos com 2 consultas. O prazo médio concedido para respostas foi em média de 28,8 dias, sendo de seis dias o menor prazo concedido – consulta 6 - adaptação de contratos em 2001.

Classificando as consultas efetuadas por tipo, constata-se que a maior parte destas (11) estão relacionadas a temas financeiros, seja no que se refere às garantias financeiras, precificação e provisões, seguido por questões cadastrais, de definição de produtos e de contratualização, todos com três eventos.

Quadro 3.6 – Normatizações Emitidas – por ano

Resoluções da ANS - até 31/12/2006		Anos							
	Total	06	05	04	03	02	01	00	Anterior
Resoluções Operacionais	415	82	100	41	80	112	-	-	-
Resoluções Normativas	142	19	36	22	42	23	-	-	-
Resoluções da Diretoria Colegiada	91	-	-	-	-	2	45	44	-
Comunicados do Diretor Presidente	59	10	33	5	2	1	8	-	-
Instruções Normativas - DIDES	23	5	4	1	4	9	-	-	-
Instruções Normativas - DIGES	2				1	1	-	-	-
Instruções Normativas - DIPRO	13	2	3	-	-	8	-	-	-
Instruções Normativas - DIOPE	8	4	2	-	1	1	-	-	-
Instruções Normativas - DIFIS	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Súmulas Normativas	12	1	3	1	3	2	2		-
Resoluções DIDES	7	-	-	-	-	-	2	5	-
Resoluções DIOPE	6	-	-	-	-	-	6		-
Resoluções DIPRO	5	-	-	-	-	-	3	2	-
Resoluções DIFIS	3	-	-	-	-	-	1	2	-
Despachos do Diretor Presidente	2	-	-	-	2	-	-	-	-
Instrução conjunta de serviço	1	-	-	1	-	-	-	-	-
Total	790	124	181	71	135	159	67	53	-
Outras Resoluções - até 31/12/2006		Anos							
	Total	06	05	04	03	02	01	00	Anterior
Resoluções do CONSU	26	-	-	-		1	-	2	23
GM – MS	9	-	3	2	-	1	2	-	1
Leis 9.656 e 9.961 + MP	47	-	-	-	-	-	9	15	23
Total	82	-	3	2	-	2	11	17	47
Total Geral	872	124	184	73	135	161	78	70	47

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ANS (2006)

A estrutura de normas e regramentos legais disponíveis para a consecução dos objetivos da agência é formada por nove diferentes tipos de normativos, incluindo resoluções, instruções normativas, súmulas, despachos e comunicados.

Ao longo de seus sete primeiros anos de atuação, a ANS emitiu 790 atos normativos para o mercado. Este volume de informações parece se justificar inicialmente pela necessidade de se regular um sistema que se desenvolveu a margem de controles, porém, adiciona custos e complexidade à operação dos atores

deste mercado. O volume total de normativos aplicados é incrementado para 872 ao incluírem-se as Leis 9.656/98 9.961/00 com suas reedições através de Medidas Provisórias (somente encerradas pela edição da Emenda Constitucional 32/01) e os regramentos do CONSU e do Ministério da Saúde.

A comparativa entre o volume de resoluções normativas emitidas (142) e o número de consultas públicas efetuadas (25), aponta uma média de 5,7 normativos emitidos para cada consulta. Esta relação, combinada ao número médio de consultas pública por ano (4,2), sugere uma baixa participação da sociedade no processo de regulação. Adiciona-se a isto a não disponibilização da documentação gerada em cada consulta (comentários dos atores, sugestões, etc.) indica um processo pouco transparente.

Este ponto é também levantado por Pó e Abrucio (2006) ao compararem indicadores de funcionamento entre Anatel, Aneel, ANS e ANTT. Um dos indicadores é o número de consultas públicas em relação a resoluções normativas emitidas por aquelas agências.

Quadro 3.7 – Relação de Consultas Públicas e Resoluções Normativas

Indicador (*)	Agências			
	ANATEL	ANEEL	ANS	ANTT
Consultas	256	143	21	31
Resoluções	283	256	123	105
Consultas/Resolução	0,905	0,559	0,171	0,295

(*) Apurado até 31/12/2005

Fonte: adaptado de Pó e Abrucio (2006)

Assim a ANS surge como um ente autônomo, cujo arcabouço institucional é muito parecido com as demais agências reguladoras criadas durante o processo de privatização dos monopólios estatais, em particular da Aneel.

4 O mercado de saúde suplementar

A caracterização do mercado de saúde suplementar quanto ao número de beneficiários total, à sua distribuição por tipo de plano, por tipo de contratação, cobertura por região e por faixa etária, à participação de cada tipo de operadora no mercado total, bem como as alterações que vem apresentando ao longo dos anos de vigência da regulação, quando conjugadas à caracterização dos principais atores participantes do mercado e de seus interesses, tendo como base os membros da Câmara da Saúde Suplementar, permitirão um melhor entendimento da dinâmica deste mercado.

4.1 Perfil do mercado brasileiro de saúde suplementar

O mercado suplementar regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) congrega as operações com saúde e odontologia. Considerando que o foco deste trabalho é na área da saúde, o objetivo desta seção é apresentar os dados deste segmento.

A principal fonte de informações sobre o mercado de saúde suplementar é o Caderno de Informações de Beneficiários, Operadoras e Planos, preparado pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS), que apresenta a consolidação dos relatórios DIOPS (Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde) preparados individualmente pelas operadoras.

Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, ou simplesmente operadoras, são empresas e entidades autorizadas, a partir do registro na ANS, a comercializar planos de assistência à saúde.

Planos antigos: são aqueles celebrados antes da vigência da Lei 9.656/98. Os contratos antigos não podem mais ser comercializados. Eles permanecem válidos apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, mas são intransferíveis e suas condições são garantidas apenas ao titular e aos dependentes já inscritos. É permitida somente a inclusão de novo cônjuge e filhos.

Planos novos: são aqueles celebrados na vigência da Lei 9.656/98, ou seja, a partir de 01/01/1999 necessitam de registro na ANS e estão totalmente sujeitos à nova legislação. Nesta categoria também se classificam os planos adaptados, ou seja, contratos anteriores à vigência da Lei 9.656/98, mas que tiveram suas cláusulas adaptadas às exigências da Lei.

Forma de contratação individual (ou familiar): é o contrato assinado entre um indivíduo e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde do titular do plano (individual), ou do titular e de seus dependentes (familiar).

Forma de contratação coletivo - Planos contratados por pessoa jurídica, podendo ter a mensalidade total ou parcialmente paga à operadora pela pessoa jurídica contratante (planos coletivos com patrocinador e autogestões), ou paga pelo beneficiário diretamente à operadora (plano coletivo sem patrocinador).

Tabela 4.1 – Caracterização dos Planos por Tipo de Beneficiário

Ano	Tipo de beneficiário				
	Planos Novos			Planos Antigos	
	Coletivos	Individuais	Totais	Ant. a 9.656/98	Total
dez/00	6.573.009	2.623.005	9.196.014	22.882.491	32.078.505
dez/01	8.102.730	3.390.678	11.493.408	20.028.974	31.522.382
dez/02	9.837.285	3.892.105	13.729.390	18.035.539	31.764.929
dez/03	11.952.447	4.411.682	16.364.129	15.943.505	32.307.634
dez/04	14.472.232	5.026.752	19.498.984	14.404.829	33.903.813
dez/05	16.680.409	5.528.867	22.209.276	13.400.588	35.609.864
dez/06	18.216.076	5.717.530	23.933.606	13.019.592	36.953.198

Fonte ANS 03/2007

Tabela 4.2 – Caracterização dos Planos: Participação de 2000 a 2006

Ano	Participação por Tipo				
	Coletivos	Individuais	Totais	Antigos	Total
dez/00	20,5%	8,2%	28,7%	71,3%	100,0%
dez/01	25,7%	10,8%	36,5%	63,5%	100,0%
dez/02	31,0%	12,3%	43,2%	56,8%	100,0%
dez/03	37,0%	13,7%	45,0,7%	49,3%	100,0%
dez/04	42,7%	14,8%	57,5%	42,5%	100,0%
dez/05	46,8%	15,5%	62,4%	37,6%	100,0%
dez/06	49,2%	15,4%	64,8%	35,2%	100,0%

Fonte ANS 03/2007

Tabela 4.3 – Caracterização dos Planos: Variação por Tipo de 2000 a 2006

Ano	Variação (%) por Tipo				
	Coletivos	Individuais	Totais	Antigos	Total
dez/00	-	-	-	-	-
dez/01	23,27%	29,27%	24,98%	-12,47%	-1,73%
dez/02	21,41%	14,79%	19,45%	-9,95%	0,77%
dez/03	21,50%	13,35%	19,19%	-11,60%	1,71%
dez/04	21,08%	13,94%	19,16%	-9,65%	4,94%
dez/05	15,26%	9,99%	13,90%	-6,97%	5,03%
dez/06	9,21%	3,41%	7,76%	-2,84%	3,77%
CAG	18,55%	14,2%	17,4%	-8,4%	2,41%

Fonte ANS 03/2007

Essas tabelas indicam que o volume total de beneficiários de planos médico-hospitalares com ou sem odontologia em dezembro 2006 é de 36,9 milhões. O volume total de beneficiários entre 2000 e 2006 cresceu 2,41% ao ano, apresentando uma tendência de crescimento mais acentuado entre 2004 e 2005 (5,03% ao ano).

Comparativamente, nesse mesmo período dados do IBGE estimam o crescimento da população em 1,7% ao ano e do PIB em 3,5% ao ano.

A consolidação destes dados sugere a correlação do comportamento do mercado de saúde suplementar com o crescimento econômico, tendo como principal fator dinamizador os planos coletivos.

O número de beneficiários de planos médico-hospitalares antigos em dezembro de 2006 é de 13,0 milhões, contra os 22,9 milhões em dezembro 2000. Considerando a manutenção do número de beneficiários, entende-se que esta queda de 9,9 milhões de beneficiários (ou 43,2% do volume inicial de beneficiários) é absorvida pelos denominados planos novos, seja através de novas vendas seja através da adaptação de contratos, principalmente os coletivos. Assim, os planos antigos que dominavam o mercado em 2000, com 71,3% do número total de beneficiários, em dezembro de 2006 passaram a representar 35,2% deste volume, ou seja, uma redução composta de 8,4% ao ano. É importante salientar que os planos antigos também apresentam as formas de contratação coletivo e individual, porém a precisão da informação sobre estes é limitada, com quase 50% do volume de beneficiários classificados como não identificados no que se refere à forma de contratação.

Em contrapartida, os planos novos, que em 2000 atendiam a 9,2 milhões de beneficiários, passaram a atender mais que o dobro deste número em dezembro de 2006 (23,9 milhões, com um incremento de 160,2% em relação a dezembro de 2000).

A distribuição dos planos novos quanto à forma de contratação é mais concentrada em coberturas coletivas, que representam 76,1% dos beneficiários (18,2 milhões em dezembro de 2006). O crescimento do número de beneficiários de coberturas coletivas foi de 181,9% entre dezembro de 2000 e dezembro de 2006, e sua participação no volume total de beneficiários cresceu dos 20,4% em 2000 para 49,3% em dezembro de 2006. Ainda que estes dados não sejam conclusivos, dada à imprecisão na identificação dos planos antigos no que se refere à sua forma de

contratação, conforme já mencionado, eles parecem corroborar a importância da vinculação do beneficiário ao mercado formal de trabalho.

Os planos novos contratados individualmente também apresentaram um forte crescimento no número de beneficiários (incremento de 121,1% entre os 2,6 milhões em 2000 para os 5,7 milhões em 2006). A participação desta forma de contratação no volume total de beneficiários cresceu de 8,2% em 2000 para 15,5% em 2006.

Analisando o perfil dos planos novos e sua distribuição entre individuais e coletivos entre 2000 e 2006, percebe-se um crescimento relativo de 4,7% na participação dos planos coletivos, que avançam de 71,4% em 2000 para 76,1% em 2006. A imprecisão de dados já referida acima, não permite identificar o montante de crescimento derivado de conversão de planos, porém mesmo assim os dados disponíveis sugerem um crescimento mais acentuado na participação de planos coletivos na totalidade de planos ofertados entre 2000 e 2006.

Quanto à cobertura assistencial, que é a denominação dada ao conjunto tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos a que um beneficiário tem direito pela contratação de um plano de saúde, temos:

Plano Ambulatorial: oferece cobertura para consultas, exames complementares e outros procedimentos realizados em ambulatórios, consultórios e clínicas. Engloba ainda atendimentos e procedimentos caracterizados como urgência e emergência até as primeiras 12 horas sem, no entanto, abranger internações hospitalares.

Plano Hospitalar: oferece cobertura para os atendimentos em unidade hospitalar, inclusive em UTI, transfusões, quimioterapia e radioterapia entre outros, necessários durante o período de internação. Inclui também os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que evoluírem para internação ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções. Apresenta duas modalidades – com e sem obstetrícia.

Plano Referência: Constitui o padrão de assistência médico-hospitalar compreendendo partos e tratamentos, correspondendo à segmentação ambulatorial acrescida da segmentação hospitalar com cobertura obstétrica, desde que realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar.

Tabela 4.4 - Beneficiários por Segmento - Base Beneficiários em dezembro de 2006

Segmento	Beneficiários		
Tipo	Planos Novos	Antigos	Total
Hospitalar e Ambulatorial.	17.077.240	8.839.086	25.916.326
Referência	5.357.726	0	5.357.726
Ambulatorial	1.157.278	882.324	2.039.602
Hospitalar	341.362	418.169	759.531
Não identificado	0	2.880.013	2.880.013
Total	23.933.606	13.019.592	36.953.198
%	64,8%	35,2%	100,0%

Fonte ANS 03/2007

Tabela 4.5 - Beneficiários por Segmento - Base Planos em dezembro de 2006

Segmento	Beneficiários		
Tipo	Planos Novos	Antigos	Total
Hospitalar e Ambulatorial	71,4%	67,9%	70,1%
Referência	22,4%	0,0%	14,5%
Ambulatorial	4,8%	6,8%	5,5%
Hospitalar	1,4%	3,2%	2,1%
Não informado	0,0%	22,1%	7,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte ANS 03/2007

A distribuição de beneficiários por estado da federação e o respectivo índice de cobertura da população por planos de saúde segue na tabela abaixo.

Cobertura é quociente da divisão do número de beneficiários pela população total, ou seja, quantos habitantes daquele estado possuem planos de saúde por grupo de 100 habitantes.

Tabela 4.6 - Beneficiários por Estado – Cobertura em dezembro de 2006

Beneficiários por Estado			Cobertura		Posição	
	Beneficiários	População	Estado	Capital	Cobertura	Nº Beneficiarios
SP	15.619.200	41,055.734	38%	59,2%	1	1
RJ	4.863.923	15.561.720	30,1%	49%	2	2
DF	627.402	2.383.784	26,3%	26,3%	3	11
ES	782.326	3.464.285	22,6%	67,6%	4	10
SC	1.241.908	5.958.266	20,8%	44,9%	5	6
MG	3.702.901	19.479.356	19%	46,2%	6	3
PR	1.906.985	10.387.378	18,4%	42,9%	7	4
RS	1.840.692	10.963.219	16,8%	36,2%	8	5
MS	318.025	2.297.981	13,8%	22%	9	16
PE	1.000.061	8.502.603	11,8%	35,9%	10	8
RN	337.975	3.043.760	11,1%	29,9%	11	15
AM	340.980	3.311.026	10,3%	19,2%	12	14
CE	797.751	8.217.085	9,7%	25,9%	13	9
SE	193.693	2.000.738	9,7%	29,4%	14	21
BA	1.192.591	13.950.146	8,5%	23,7%	15	7
GO	486.406	5.730.753	8,5%	22,6%	16	13
MT	234.666	2.856.999	8,2%	24,7%	17	18
PB	303.266	3.623.215	8,4%	26,9%	18	17
AL	231.743	3.050.652	7,7%	21,2%	19	20
PA	537.991	7.110.465	7,6%	24%	20	12
AC	36.904	686.652	5,4%	10,6%	21	25
AP	31.472	615.715	5,1%	7,4%	22	26
RO	73.491	1.562.417	4,7%	10,4%	23	23
PI	139.921	3.036.290	4,6%	14,2%	24	22
MA	233.951	6.184.538	3,8%	16,4%	25	19
TO	42.578	1.332.441	3,2%	9,1%	26	24
RR	8.565	403.344	2,1%	3,1%	27	27
Exterior	5.736	-	-	-		
UF NI	100	-	-	-		
Total	36.953.198	186.770.562	19,8%	38,7%		

Legenda: NI= não identificado
Fonte ANS 03/2007

Como era de se esperar a maior cobertura ocorre no estado de São Paulo (38%), e em particular na capital, onde 59,2% da população possui plano de saúde (note que este dado pode estar superestimado, já que uma mesma pessoa pode possuir mais de um plano de saúde). Em seguida aparece o estado do Rio de Janeiro (30,1% de cobertura no estado e 49% na capital). No caso destes estados, sua posição no *ranking* de cobertura e de número de beneficiários é a mesma. Já o terceiro colocado no *ranking* de cobertura (Distrito Federal com 26,3% de cobertura)

ocupa apenas o 11º lugar no *ranking* do número de beneficiários. Indicativamente, esta diferença parece ser resultante do perfil populacional desta região, caracterizado por empregos no setor público.

Tabela 4.7 - Beneficiários por Gênero – Plano Individual e Coletivo

Tipo	Gênero	Novos	Antigos	Total	%
Coletivo	Feminino	9.391.215	3.879.374	13.270.589	51,6%
	Masculino	8.824.861	3.640.756	12.465.617	48,4%
	Total	18.216.076	7.520.130	25.736.206	100,0%
Individual	Feminino	3.397.681	1.560.354	4.958.035	59,2%
	Masculino	2.339.849	1.070.350	3.410.199	40,8%
	Total	5.737.530	2.630.704	8.368.234	100,0%
Não identificado	Feminino		1.572.904	1.572.904	54,8%
	Masculino		1.295.854	1.295.854	45,2%
	Total		2.868.758	2.868.758	100,0%
Total	Feminino	12.768.896	7.012.632	19.781.528	53,5%
	Masculino	11.164.710	6.006.960	17.171.670	46,5%
	Total	23.917.262	13.019.592	36.933.198	100,0%
%	Feminino	53,3%	53,8%	53,5%	
	Masculino	46,7%	46,2%	46,5%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Fonte ANS 03/2007

Quanto ao gênero da população coberta, tanto em planos antigos quanto novos, existe a predominância de mulheres (53,4% para planos novos e 53,8% para planos antigos), predominância esta que é maior em planos de contratação individual ou familiar (59,0%) e menor nos planos de contratação coletiva (51,5%), indicando com isto, mais uma vez, uma estreita relação entre a situação dos beneficiários (no caso as beneficiárias) no mercado de trabalho e o tipo de plano a que estão vinculadas.

Considerando distribuição por gênero da população total brasileira, nota-se uma maior cobertura com planos de saúde para mulheres (50,9% da população total e 53,5% da população coberta por planos de saúde).

Tabela 4.8 - Beneficiários por Gênero – Plano Individual e Coletivo (%)

Distribuição por Tipo e Gênero		Modalidade			População
Tipo	Gênero	Novos	Antigos	Total	Total
Coletivo	Feminino	34,5%	18,9%	53,4%	ND
	Masculino	30,2%	16,4%	46,6%	
	Total	64,7%	35,3%	69,6	
Individual	Feminino	9,1%	4,2%	13,3%	ND
	Masculino	6,3%	2,9%	9,2%	
	Total	15,4%	19,5%	22,5%	
Não identificado	Feminino		4,4%	4,4%	ND
	Masculino		3,5%	3,5%	
	Total		7,8%	7,9%	
Total	Feminino	53,3%	53,8%	53,5%	50,9%
	Masculino	46,7%	46,2%	46,5%	49,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

ND – Não disponível
Fonte ANS 03/2007

Quanto à idade dos beneficiários, nos planos novos existe uma maior concentração nas faixas mais jovens (77,6% dos beneficiários estão abaixo dos 48 anos), refletindo maior transferência de beneficiários dos planos antigos aos novos de contratação coletiva, uma vez mais evidenciando a estreita relação da situação dos beneficiários com o mercado formal de trabalho e o tipo de plano a que estão vinculados.

Tabela 4.9 - Beneficiários por Idade – Plano Individual e Coletivo

Por Idade	Planos Novos	%	Antigos	%	Total	%
0 a 18 anos	6.753.487	18,3%	3.047.138	8,2%	9.800.625	26,5%
19 a 23 anos	2.065.458	5,6%	1.062.747	2,9%	3.128.205	8,5%
24 a 28 anos	2.677.143	7,3%	1.075.871	2,9%	3.753.014	10,2%
29 a 33 anos	2.390.112	6,5%	970.988	2,6%	3.361.100	9,1%
34 a 38 anos	2.088.029	5,7%	951.757	2,6%	3.039.786	8,3%
39 a 43 anos	1.918.332	5,2%	1.056.262	2,7%	2.934.900	7,9%
44 a 48 anos	1.610.631	4,4%	982.547	2,7%	2.593.178	7,1%
49 a 53 anos	1.336.270	3,6%	886.911	2,4%	2.223.181	6,0%
54 a 58 anos	996.404	2,7%	776.578	2,0%	1.748.661	4,7%
59 ou mais	2.082.858	5,6%	2.253.997	6,1%	4.283.333	11,7%
Total	23.933.606	64,9%	13.236.238	35,1%	36.153.500	100,0%

Fonte ANS 03/2007

Comparativamente, a participação de beneficiários de planos antigos nas faixas abaixo dos 48 anos é de 79,3%. Nas faixas de idade superiores a 59 anos, concentram-se 8,6% de beneficiários de planos novos ante 17,4% dos de planos antigos. Cabe ressaltar que os custos mais elevados dos planos novos, principalmente nas faixas de idade mais avançadas, devem ter impactado negativamente na potencial migração deste grupo de planos antigos para novos.

Por outro lado, a cobertura de planos de saúde é maior nas faixas de idade mais avançadas, indicando potencial seleção de risco por parte dos usuários, ao se observar que a maior cobertura ocorre na faixa acima dos 80 anos (28,3% vs 19,8% da média da população). Esta ampliação de cobertura na medida em que se avança nas faixas de idade é ainda mais marcada entre a população feminina (15,0% para 0 a 9 anos e 31,9% para +80 anos) e (23,3% para homens e 31,9% para mulheres com + 80 anos).

Tabela 4.10 – Cobertura de Beneficiários por idade – Plano Individual e Coletivo (%) em dezembro de 2006

Idade	Beneficiários	População	Cobertura		
			Masculino	Feminino	Total
0 a 9 anos	5.333.790	35.264.348	15,3%	15,0%	15,1%
10 a 19 anos	5.026.717	33.594.621	14,7%	15,2%	15,0%
20 a 29 anos	7.039.320	34.013.412	19,2%	22,2%	20,7%
30 a 39 anos	6.266.026	27.876.746	20,8%	24,1%	22,5%
40 a 49 anos	5.426.920	23.731.557	22,1%	23,6%	22,9%
50 a 59 anos	3.782.971	15.467.427	23,1%	25,6%	24,5%
60 a 69 anos	2.103.512	9.435.920	20,3%	23,9%	22,3%
70 a 79 anos	1.327.708	5.226.849	22,3%	27,8%	25,4%
+ 80 anos	612.281	2.159.828	23,3%	31,9%	28,3%
Total	36.953.198	186.770.562	18,7%	20,8%	19,8%

Fonte ANS 03/2007

Em conformidade ao seu estatuto jurídico, as operadoras de planos de saúde são classificadas pela ANS nas seguintes modalidades:

Administradora: empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, financiados por outra operadora, sem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, não podem ter beneficiários.

Autogestão: entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados, exclusivamente para empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados de uma ou mais empresas ou, ainda, para participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes. Podem ser ou não patrocinadas pelo empregador.

Cooperativa Médica: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764/71.

Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS - e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

Medicina de Grupo: demais empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde

Cooperativa Odontológica: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764/71, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.

Odontologia de Grupo: demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, Planos Odontológicos.

As tabelas seguintes caracterizam o mercado de operadoras de planos de saúde, excluindo as que oferecem exclusivamente planos odontológicos.

Tabela 4.11 - Curva de Beneficiários por Operadora em dezembro de 2006

Beneficiários	% Acumulado	Operadoras Ativas	% Acumulado
4.417.089	12%	3	0,2%
7.372.237	20%	7	0,6%
10.977.457	29,7%	14	1,1%
14.716.155	39,8%	25	2,0%
18.296.852	49,5%	44	3,6%
22.003.475	59,5%	78	6,3%
25.714.579	69,6%	130	10,5%
29.392.695	79,5%	217	17,5%
33.081.001	89,5%	385	31,1%
36.153.500	100,0%	1.255	100,0%

Fonte ANS 03/2007

Assim, apesar de o cadastro da ANS para operadoras de planos de saúde ser composto por um número expressivo de empresas (1.239 ativas e com beneficiários), existe uma forte concentração nesse mercado, já que 3 operadoras administram 12% dos beneficiários, 44 operadoras concentram 49,5% dos beneficiários, 217 operadoras controlam 79,5% dos beneficiários e 385 empresas congregam 89,5% dos beneficiários, restando 10,5% dos beneficiários para 854 operadoras.

As empresas de medicina de grupo são líderes de mercado tanto no que se refere a planos antigos quanto a planos novos, com 40,8% e 34,3% respectivamente de beneficiários, e 38,5% de participação no mercado total de planos. As cooperativas médicas ocupam a segunda posição neste mercado com 32,3% de participação total.

Tabela 4.12 - Participação de Mercado por Modalidade de Operadora

Modalidade	Planos Novos	Antigos	Total
Medicina de Grupo	9.765.762	4.463.251	14.299.013
Cooperativa Médica	8.714.873	3.227.755	11.942.628
Autogestão	1.853.423	3545.875	5.399.644
Seguradora	2.774.394	1.301.456	4.075.850
Filantropia	824.808	481.255	1.306.063
Total	23.933.606	13.019.592	36.953.198

Fonte ANS 03/2007

Tabela 4.13 - Participação de Mercado por Modalidade de Operadora (%)

Modalidade	Planos Novos	Antigos	Total
Medicina de Grupo	40,8%	34,2%	38,5%
Cooperativa Médica	36,4%	24,8%	32,3%
Autogestão	7,7%	27,3%	14,6%
Seguradora	11,6%	10%	11%
Filantropia	3,5%	3,7%	3,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte ANS 03/2007

Tabela 4.14 – Beneficiários por Operadora

Anos	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Total
dez/00	5.460.529	7.965.228	1.140.784	12.867.247	4.643.828	32.077.616
dez/01	5.348.945	8.415.925	1.144.343	11.976.037	4.631.218	31.516.468
dez/02	5.294.322	8.736.525	1.125.669	12.212.170	4.390.445	31.759.131
dez/03	5.310.225	9.388.423	1.083.883	12.064.094	4.456.015	32.302.640
dez/04	5.371.227	10.167.682	1.165.338	12.871.692	4.322.923	33.898.862
dez/05	5.335.859	11.089.828	1.255.680	13.672.546	4.255.951	35.609.864
dez/06	5.399.644	11.942.628	1.306.063	14.299.013	4.075.850	36.953.198

Fonte ANS 03/2007

Tabela 4.15 – Beneficiários por Operadora (%)

Anos	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Total
dez/00	17,0%	24,8%	3,6%	40,1%	14,5%	100,0%
dez/01	17,0%	26,7%	3,6%	38,0%	14,7%	100,0%
dez/02	16,7%	27,5%	3,5%	38,5%	13,8%	100,0%
dez/03	16,4%	29,1%	3,4%	37,3%	13,8%	100,0%
dez/04	15,8%	30,0%	3,4%	38,0%	12,8%	100,0%
dez/05	15,0%	31,1%	3,5%	38,4%	12,0%	100,0%
dez/06	14,6%	32,3%	3,5%	38,5%	11,0%	100,0%

Fonte ANS 03/2007

Entre dezembro de 2000 e dezembro de 2006, observa-se o crescimento contínuo da participação das cooperativas médicas, que controlavam 24,8% do mercado em 2000 e em 2006 passam a responder por 32,3% dos beneficiários. Este crescimento se deu por perdas relativas no mercado da participação das empresas de medicina de grupo (de 40,1% em 2000 para 35,5% em 2006), das seguradoras

(de 14,5% em 2000 para 11% em 2006) e das autogestões (17,0% em 2000 e 14,6 em 2006).

Tabela 4.16 – Evolução do Número de Operadoras

Ano	Registradas	Canceladas	Ativas
1.999	2.825	186	2.639
2.000	3.060	337	2.723
2.001	3.203	494	2.709
2.002	3.220	813	2.407
2.003	3.255	982	2.273
2.004	3.287	1.109	2.178
2005	3.317	1.226	2.091
2.006	3.369	1.299	2.070

Fonte ANS 03/2007

O cadastro total da ANS, incluindo as operadoras de planos de saúde e de planos odontológicos, congrega 2.070 empresas, das quais 1.255 estão ativas e com beneficiários em planos de saúde não exclusivamente odontológicos, 589 delas estão ativas e com beneficiários com planos exclusivos de odontologia, e 251 empresas estão ativas, porém sem beneficiários.

Tabela 4.17 – Operadoras por Faixa de Beneficiários (%) em dezembro de 2006

No. Beneficiários	Operadoras	% Acumulado
1-100	86	5%
101-1.000	267	20,8%
1.001-2.000	169	30,9%
2.001-5.000	319	49,7%
5.001-10.000	259	65%
10.001-20.000	225	78,3%
20.001-50.000	196	89,9%
50.001-100.000	88	95,1%
100.001-500.000	68	99,2%
+ 500.000	14	100,0%
Total	1.691	

Fonte ANS 03/2007

O número total de operadoras registradas cresceu 19,3% entre 1999 e 2006, porém o número de registros cancelados cresceu 598,4% neste mesmo período, resultando numa redução do número total de operadoras ativas de 21,6%.

Voltando a reforçar a característica de concentração do mercado de planos de saúde não exclusivamente odontológicos, 89,9% do número de operadoras ativas possuem até 20.000 beneficiários, ao mesmo tempo em que 78 operadoras (4,8% do total) possuem mais de 100.000 beneficiários. A presença de um grande número de empresas com baixo volume de beneficiários indica potencial risco para a continuidade das operações em caso de sinistro de alto valor, devido à sua menor capacidade de diluição.

Tabela 4.18 – Receita por Modalidade de Operadora (R\$ milhões)

Ano	Autogestão ¹	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Total
dez/01	425	7.912	1.101	6.565	5.398	21.749
dez/02	469	9.018	1.289	8.052	6.212	25.443
dez/03	533	10.324	783	9.333	6.701	28.144
dez/04	643	11.912	855	10.356	7.521	31.875
dez/05	735	13.935	1.048	11.567	7.912	35.934
dez/06	807	15.094	1.124	12.747	8.749	39.280

Fonte ANS 03/2007 (1) Não são incluídas as Autogestões patrocinadas.

Tabela 4.19 – Variação da Receita por Modalidade de Operadora (%)

Ano	Autogestão ¹	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Total
dez/01	-	-	-	-	-	-
dez/02	10,3%	14%	17,1%	22,6%	15,1%	17%
dez/03	13,6%	14,5%	-39,3%	15,9%	7,9%	10,6%
dez/04	20,6%	15,4%	9,2%	11%	12,2%	13,3%
dez/05	14,3%	17%	22,6%	11,7%	5,2%	12,7%
dez/06	9,8%	8,3%	7,2%	10,2%	10,6%	9,3%

Fonte ANS 03/2007 (1) Não são incluídas as Autogestões patrocinadas.

A receita total das operadoras de plano de saúde, apurada pela ANS em 2006 foi de R\$ 39,3 bilhões, representando um crescimento de 9,3% sobre 2005 e um crescimento médio ponderado anual de 12,6% entre 2001 e 2006, cerca de três

vezes o crescimento do PIB no mesmo período, conquistando assim, uma maior fatia na decisão de gastos de empresas e indivíduos.

Tabela 4.20 – Participação de Mercado - Receita por Modalidade de Operadora (%)

Ano	Autogestão ¹	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Total
dez/01	2,0%	36,4%	5,1%	30,2%	24,8%	100,0%
dez/02	1,8%	35,4%	5,1%	31,6%	24,4%	100,0%
dez/03	1,9%	36,7%	2,8%	33,2%	23,8%	100,0%
dez/04	2%	37,4%	2,7%	32,5%	23,6%	100,0%
dez/05	2%	38,8%	2,9%	32,2%	22%	100,0%
dez/06	2,1%	38,4%	2,9%	32,5%	22,3%	100,0%

Fonte ANS 03/2007 (1) Não são incluídas as Autogestões patrocinadas.

Para fins de comparação entre as participações de mercado por volume de beneficiários e pela receita e considerando que não está inclusa a receita oriunda das autogestões patrocinadas, foi feita a exclusão desta em ambos os atributos, criando-se uma nova tabela de participação de mercado por volume de beneficiários e receita apresentada abaixo.

Tabela 4.21-Comparativo de Participação de Mercado - nº. de Beneficiários (%) X Receita

Mercado	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Total
dez/01	32,2%	4,4%	45,8%	17,7%	100,0%
dez/02	33,0%	4,3%	46,1%	16,6%	100,0%
dez/03	34,8%	4,0%	44,7%	16,5%	100,0%
dez/04	35,6%	4,1%	45,1%	15,2%	100,0%
dez/05	36,6%	4,1%	45,2%	14,1%	100,0%
dez/06	37,8%	4,1%	45,1%	12,9%	100,0%
Receita	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Total
dez/01	35,2%	5,4%	32,2%	27,2%	100,0%
dez/02	34,3%	5,4%	34,0%	26,3%	100,0%
dez/03	36,1%	3,0%	35,5%	25,4%	100,0%
dez/04	36,9%	2,9%	34,7%	25,5%	100,0%
dez/05	38,7%	3,1%	32,9%	25,2%	100,0%
dez/06	40,0%	3,0%	33,8%	23,2%	100,0%

Fonte ANS 03/2007 Exclui autogestões

As tabelas acima indicam diferenças quanto aos preços praticados entre as diversas operadoras. Nota-se que em 2006 as seguradoras participaram com 12,9% do número de beneficiários e 23,2% da receita, enquanto as medicinas de grupo participaram com 45,1% dos beneficiários e com 33,8% da receita e as cooperativas responderam por 37,8% dos beneficiários e 40,0% da receita. Assim, a contribuição relativa, em termos de receita, de cada beneficiário de seguradora é 2,4 vezes superior ao do de medicina de grupo e a relação entre beneficiários de cooperativa e medicina de grupo é de 1,7 vezes, indicando que as medicinas de grupo apresentam os menores preços relativos, o que faz sentido com a sua estrutura verticalizada, enquanto as seguradoras têm os maiores preços relativos neste mercado.

Tabela 4.22 – Despesa Assistencial por Beneficiário e Modalidade de Operadora – Média Mensal em R\$

Ano	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Total
dez/01	59,8	50,2	34,0	80,3	42,5
dez/02	65,0	58,9	41,3	96,8	49,2
dez/03	70,1	48,5	48,5	108,1	55,0
dez/04	75,2	47,7	50,4	126,5	59,5
dez/05	79,9	51,4	50,9	139,4	62,9
dez/06	81,8	54,5	56,3	150,2	66,7

Fonte ANS 03/2007 Exclui autogestões

A despesa assistencial média mensal por beneficiário entre 2001 e 2006 cresceu de R\$ 42,5 para R\$ 66,7, representando um incremento de 56,9% ou 9,4% ao ano neste período. Os maiores incrementos de despesa foram verificados em seguradoras (87,0%) e medicina de grupo (65,7%). Enquanto as maiores despesas por beneficiário são registradas entre as seguradoras e as cooperativas médicas (R\$ 150,2 e R\$ 81,8 médios mensais respectivamente).

Tabela 4.23 – Sinistralidade (Assistencial) por Modalidade de Operadora – %

Ano	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Total
dez/01	84,2%	62,7%	74,3%	80,5%	78,9%
dez/02	84,0%	61,7%	75,2%	82,0%	79,3%
dez/03	84,0%	80,5%	75,9%	87,5%	81,9%
dez/04	83,6%	77,9%	75,2%	86,3%	81,4%
dez/05	82,2%	74,2%	75,9%	84,5%	80,6%
dez/06	77,7%	76,0%	75,8%	84,0%	78,5%

Fonte ANS 03/2007 (1) Não são incluídas as Autogestões patrocinadas.

A sinistralidade assistencial, calculada dividindo-se a despesa assistencial pela receita gerada no período, por um lado indica a dificuldade das operadoras em equilibrar resultados econômicos e, portanto, capacidade de geração de lucro; por outro, apresenta gradativa recuperação deste indicador, particularmente entre seguradoras e cooperativas médicas, que em 2003 apresentavam sinistralidade de 87,5% e 84,0%, respectivamente, enquanto para 2006 ela foi reduzida para 84,0% e 77,7%, respectivamente. Estes dados parecem corroborar o resultado de estratégias adotadas por diversas operadoras para o controle do custo assistencial, baseada em negociação de preços com prestadores, fixação de pacotes de procedimentos e direcionamento de beneficiários para os prestadores de mais baixo custo. Com isso, a sinistralidade total do setor apresentou queda dos 81,9% em 2003 para 78,5% em 2006.

4.2 Câmara de Saúde Suplementar

A redação original da Lei 9.656/98, através do artigo 6º, cria a Câmara de Saúde Suplementar (CSS) como órgão do Conselho Nacional de Seguros Privados,

com competência para se pronunciar acerca da constituição, organização, funcionamento, fiscalização, características contratuais, contabilização, limites técnicos, garantias e direção fiscal das operadoras de planos privados de saúde.

A Medida Provisória 1.665, editada em conjunto com a promulgação da Lei 9.656/98, alterou substancialmente a competência da CSS, que, através do artigo 35-B assume caráter permanente e consultivo do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU).

Esta característica se manteve ainda com a criação da Agência Nacional de Saúde pela Lei 9.961/00 e ao longo da edição das 44 Medidas Provisórias que se seguiram, sendo modificada apenas a subordinação da Câmara de Saúde Suplementar para órgão consultivo da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Esta característica se manteve ainda com a criação da Agência Nacional de Saúde pela Lei 9.961/00 e ao longo da edição das quarenta e quatro Medidas Provisórias que se seguiram, sendo modificada apenas a condição da Câmara de Saúde Suplementar para órgão consultivo da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O Regimento Interno da Câmara de Saúde Suplementar foi aprovado pela Resolução Normativa 115. Este documento caracteriza a CSS como um órgão de participação institucionalizada da sociedade na ANS, de caráter permanente e consultivo, cuja finalidade é auxiliar a Diretoria Colegiada, ao discutir os assuntos de maior relevo com a participação de representantes de todos os segmentos da sociedade que protagonizam as relações no setor, tornando-se, dessa forma, um órgão consultivo que dá transparência e subsidia as decisões ali adotadas.

As atribuições da CSS são de discutir, analisar e sugerir medidas que possam melhorar as relações entre os diversos segmentos que compõem o setor; de colaborar para os resultados das Câmaras Técnicas; de auxiliar a Diretoria Colegiada a aperfeiçoar o mercado de saúde suplementar, proporcionando à ANS condições de exercer, com maior eficiência, sua função de regular as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde no país, e de indicar representantes para comporem grupos técnicos temáticos sugeridos pela Diretoria Colegiada.

As entidades ou grupos de interesse convocados a indicarem representação para a Câmara de Saúde Suplementar estão relacionados no Quadro 4.1 a seguir.

Quadro 4.1 - Representantes - Câmara de Saúde Suplementar Lei 9656/98 e 9961/00

Representantes - Lei 9.656/98 MP 1.665	Representantes - Lei 9.961/00 MP 2.177-44
Ministério da Saúde - como Presidente	Diretor-Presidente da ANS
Secretário Assistente de Saúde do Ministério da Saúde como secretário	Diretor da ANS, na qualidade de Secretário
Ministério da Fazenda	Ministério da Fazenda
Ministério da Previdência e Assistência Social	Ministério da Previdência e Assistência Social
Ministério do Trabalho e Emprego	Ministério do Trabalho e Emprego
Ministério da Justiça	Ministério da Justiça
Superintendente da SUSEP	Ministério da Saúde
Conselho Nacional de Saúde	Conselho Nacional de Saúde
Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
Entidades nacionais da categoria dos médicos	Conselho Federal de Medicina
Entidades nacionais da categoria dos odontólogos	Conselho Federal de Odontologia
	Conselho Federal de Enfermagem
Federação Brasileira de Hospitais	Federação Brasileira de Hospitais
	Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
Entidades filantrópicas da área de saúde	Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
	Confederação Nacional da Indústria
	Confederação Nacional do Comércio
	Central Única dos Trabalhadores
	Força Sindical
	Social Democracia Sindical
Órgãos superiores de classe do segmento de seguro	Fenaseg - a partir da MP 2.177-44
	AMB - a partir da MP 2.177-44
Órgãos superiores de classe do segmento de autogestão	Autogestão
Órgãos superiores de classe do segmento de medicina de grupo	Medicina de grupo
Entidades de cooperativa de serviços médicos	Cooperativas de serviços médicos
Órgãos superiores de classe de odontologia de grupo	Empresas de odontologia de grupo - MP 2.177-44
	Cooperativas de serviços odontológicos - a MP 2.177-44
Entidades de defesa do consumidor	2 Entidades de defesa do consumidor a partir MP 2.177-44
Entidades de consumidores de planos e seguros privados de saúde	2 Associações de consumidores de planos privados de saúde a partir MP 2.177-44
	2 Entidades de defesa dos portadores de deficiência e patologias especiais MP 2.177-44
Membros: 21	Membros: 34

Fonte: Lei 9.656/MP 1665 e Lei 9.961/MP 2177-44

Assim, entre a promulgação da Lei 9.656/98, já modificada pela MP 1.665 e a conversão da MP 2.177/44 em lei, ocorreram modificações quanto a composição da CSS. A principal diferença decorre da inclusão de 13 membros, como as representações de compradores coletivos de planos, dos trabalhadores da indústria da saúde, dos enfermeiros, das cooperativas de serviços odontológicos e de prestadores de serviço; uma representação adicional para médicos, usuários e consumidores e duas novas vagas para entidades portadoras de patologias especiais.

Cada representante é nomeado através de Portaria emitida pelo Diretor Presidente da ANS, para um mandato de dois anos. A ausência injustificada do representante nomeado a mais de três reuniões seguidas ou seis intercaladas em um período de um ano acarretará a perda de seu mandato.

São definidas ordinariamente seis reuniões da CSS ao ano, e as extraordinárias são convocadas pelo Diretor Presidente da ANS.

4.2.1 Atores da Câmara de Saúde Suplementar

O quadro 4.2 a seguir apresenta os atuais (base dezembro 2006) participantes da Câmara de Saúde Suplementar, indicados por seu vínculo de origem, assim representando, em princípio, os respectivos interesses.

Quadro 4.2 – Participantes da Câmara de Saúde Suplementar em dezembro 2006

Grupo de Interesse	Entidade
ANS	Diretorias da ANS
Autogestão	UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
Compradores	CNC - Confederação Nacional do Comércio CNI - Confederação Nacional da Indústria
Consumidores	Entidades de Defesa do Consumidor PROCON - SP - Fundação Procon PROCON - SJC - Fundação Procon
	Associações de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde PRO TESTE - Associação Brasileira de Defesa do Consumidor ADUSEPS - Ass. de Def. dos Usuários de Seguros, Planos e de Saúde
Cooperativas	UNIMED - Confederação Nacional das Cooperativas Médicas UNIODONTO - Cooperativas de Serviços Odontológicos
Gestores público	CNS - Conselho Nacional de Saúde CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
Governo	MF - Ministério da Fazenda MJ - Ministério da Justiça MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social MS - Ministério da Saúde MT - Ministério do Trabalho e Emprego
Op. de Grupo	SINAMGE - Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo SINOG - Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo
Prestadores	CNS - Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços CMB - Confederação das Santas Casas de Misericórdia Hospitais e Entidades Filantrópicas FBH - Federação Brasileira de Hospitais
Profissionais	AMB - Associação Médica Brasileira CFM - Conselho Federal de Medicina CFO - Conselho Federal de Odontologia COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
Seguradoras	FENASEG - Federação Nacional das Empresas de Seguros Privado e de Capitalização
Trabalhadores	CUT - Central Única dos Trabalhadores Força Sindical SDS - Social Democracia Sindical
Usuários	Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias Especiais FARBRA – Federação Assoc. de Renais e Transplantados do Brasil Associação Franco Basaglia

Fonte: Elaboração própria

Para entendimento das posições defendidas pelas diversas entidades participantes da Câmara de Saúde Suplementar, traçou-se um perfil de cada uma

delas, baseada nas informações disponibilizadas nos seus sítios na internet (Apêndice B), e que foram resumidas no Quadro 4.3.

Quadro 4.3 – Posicionamento Resumido dos Participantes da CSS

Entidade	Criação	Missão/Objetivo
ANS	2000	Promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.
UNIDAS	2002	Promover o fortalecimento do segmento, fomentar a excelência em gestão em saúde, e democratizar o acesso a melhor qualidade de vida, contribuindo para o aperfeiçoamento do sistema.
CNC	1945	Orientar, coordenar, proteger e defender todas as atividades econômicas do comércio, harmonizando-as com os superiores interesses do país.
CNI	1938	Exercer a representação da indústria brasileira com as Federações estaduais, e articulada com as associações de âmbito nacional, promovendo e apoiando o desenvolvimento do País de forma sustentada e equilibrada nas suas dimensões econômico-social e espacial.
PROCONSP	1976	Elaborar e executar a política estadual de proteção e defesa do consumidor, servindo de canal de comunicação entre a sociedade e o governo, atendendo individual e coletivamente os consumidores.
PROCONSJ	-	Realizar estudos, pesquisas; fiscalizar o mercado e promover a educação para o consumo.
PRO TESTE	2002	Contribuir para a melhoria da qualidade de vida, pela participação ativa do consumidor na relação de consumo, facilitando inclusive seu acesso à Justiça.
ADUSEPS	1996	Conscientizar, educar e defender, inclusive em juízo, os interesses dos usuários dos serviços públicos e privados de saúde
UNIMED	1967	Preservação do caráter liberal da profissão médica; resgate da ética e do papel social da Medicina.
UNI-ODONTO	1972	Eliminar intermediários na assistência odontológica, oferecendo um serviço de qualidade e com preços acessíveis, atuando pela constante redução nos custos do tratamento odontológico.
CNS gestor	1990	Formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde na instância correspondente, nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.
CONASEMS	1990	Agregar e representar o conjunto de todas as secretarias municipais de saúde do país.
CONASS	1982	Pauta-se nos princípios do direito público, congregando secretários e seus substitutos legais, enquanto gestores oficiais das Secretarias de Estado da Saúde (Estados e DF).
SINAMGE	1987	Estabelecer um relacionamento harmonioso com a classe de trabalhadores da área da saúde, visando sempre um entendimento de alto nível, com negociações em regime de parceria.
SINOG	1996	Ser agente de crescimento e modernização, divulgar relação custo/benefício dos planos odontológicos, colaborar no contínuo

		desenvolvimento técnico-científico da atividade e de seus profissionais e manter relacionamento permanente com o mundo acadêmico da odontologia.
CNS Hospitais	1994	Zelar pelos direitos e interesses do segmento de saúde junto aos órgãos governamentais e políticos.
CMB	1963	Defesa, proteção, representação e assistência aos interesses sociais e econômicos das entidades confederadas e federadas, colaborando com os poderes públicos e demais entidades e associações que tenham como objetivo a solidariedade humana, social e econômica.
FBH	1965	Representação da rede hospitalar brasileira.
AMB	1951	Defender interesses da categoria no terreno científico, ético, social, econômico e cultural; contribuir para a elaboração da política de saúde e aperfeiçoamento do sistema médico assistencial do país.
CFM	1951	Fiscalização e normatização da prática médica, exercício de um papel político, atuando na defesa da saúde da população e dos interesses da classe médica.
CFO	1964	Supervisão da ética odontológica em todo o território nacional, zelando pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente.
COFEN	1973	Zelar pelo exercício da enfermagem em obediência às normas vigentes no país.
FENASEG	1951	Estudo, coordenação, proteção e representação legal das categorias econômicas do seguro privado e da capitalização. Congrega os oito sindicatos regionais de seguros privados.
CUT	1983	Desenvolver, organizar e apoiar todas as ações que visem à conquista de melhores condições de vida e trabalho para o conjunto da classe trabalhadora.
Força Sindical	1991	Qualidade de vida e o bem-estar social.
SDS	1997	Conscientização, mobilização, defesa e representação dos direitos políticos, econômicos, sociais e humanos dos trabalhadores ativos e inativos que partilham seus valores.
FARBRA	1996	Garantir a qualidade de tratamento para os pacientes renais e exercer o controle social através do incentivo à participação, do conhecimento de seus direitos e deveres.
Ass. Franco Basaglia	1989	Desenvolver ações estratégicas de incentivo à formulação de políticas públicas que possam resgatar os direitos de cidadania dos portadores de transtornos mentais.

Fonte: elaboração própria

Assim, a análise dos dados apresentados neste capítulo, aponta o mercado de saúde suplementar como caracteristicamente vinculado ao mercado de trabalho, apresentando crescimento tanto em número de beneficiários quanto em receita, impelido pelo crescimento econômico experimentado no Brasil ao longo dos últimos seis anos. Apesar da cobertura por planos de saúde ser maior nas faixas

populacionais de maior potencial de consumo, medidas de controle de sinistralidade permitem a melhoria dos resultados financeiros das operadoras, mas cujo impacto assistencial ainda não pode ser mensurado. Apesar do número total de beneficiários de planos de saúde alcançar os 36,9 milhões, o foco da regulação em saúde suplementar centrado na relação operadora – beneficiário individual ou familiar, abrange apenas um contingente de 5,7 milhões beneficiários, correspondendo a 15,4% do total de beneficiários atendidos neste mercado e a 3,1% da população brasileira. Assim, apesar de se discutir a abrangência do mercado suplementar de saúde como um todo, é preciso reconhecer a exigüidade do alcance do processo regulatório.

Adicionalmente, apesar da amplitude de representações recomendada para a CSS, percebe-se nela um grupo de participantes de composição, estatura e representatividade díspar, sugerindo a dificuldade de se construir debates e consensos embasados e que reflitam os interesses da sociedade.

5 Regulação, atores e representação de interesses

Este capítulo apresenta uma análise das atas de reunião da Câmara de Saúde Suplementar, destacando-se alguns de seus aspectos mais relevantes. São ainda apresentados os primeiros conjuntos de variáveis que constituem as dimensões analíticas desenvolvidas.

São apresentadas três dimensões analíticas desenvolvidas a partir do posicionamento dos atores entrevistados: a construção do modelo, o processo de participação, e a Câmara de Saúde Suplementar como espaço de interlocução desse processo.

A construção do modelo é constituída pelas variáveis origem da regulação, integração com as políticas nacionais de saúde, autonomia da agência, interfaces entre público e privado e ressarcimento ao SUS.

O processo de participação é desenvolvido a partir da análise da lógica da participação dos atores da Câmara de Saúde suplementar.

E a Câmara de Saúde Suplementar, tida como interlocutora no processo, é conformada pelas variáveis representatividade, ou desequilíbrio na constituição da CSS, e caráter consultivo ou deliberativo da CSS.

O quadro 5.1 abaixo detalha as dimensões, variáveis e indicadores desenvolvidos para este capítulo.

Quadro 5.1 – Dimensões Analíticas – Regulação, atores e representação

Dimensão	Variável	Indicador
A Construção do Modelo	Origem da regulação via agência	Entendimento pelos atores da Reforma do Estado
	Integração com políticas nacionais	Alinhamento com Plano Nacional de Saúde
	Autonomia da agência	Mecanismos de controle social em saúde suplementar
	Público e privado em saúde	Entendimento do SUS e do sistema suplementar como complementares no sistema de saúde pelos atores
	Ressarcimento ao SUS	Efetividade do mecanismo de ressarcimento
Processo de participação na Câmara Saúde	Origem da participação	Engajamento anterior à Lei 9.656/98
CSS como interlocutora na regulação	Representação ou desequilíbrio na CSS	Composição da CSS
	Consultiva ou deliberativa	Produtividade da CSS – sua capacidade de gerar decisões

A seguir é apresentado um sumário geral dos principais pontos de discussão ressaltados por aqueles atores, e que serão analisados neste capítulo.

A maioria dos atores reconhece que o desenho de agência utilizado para a regulação da saúde suplementar tem sua origem na reforma do Estado, porém existem atores que o entendem como uma solução conciliatória na disputa entre ministérios pela liderança do processo de regulação.

Existe um quase consenso quanto à necessidade de uma maior integração entre a saúde suplementar e o SUS, visando a construção de uma política nacional de saúde, porém discute-se por um lado a autonomia da agência, e por outro sua subordinação ao controle social do SUS.

Outro quase consenso ocorre com relação ao entendimento do SUS e do sistema privado como partes de um mesmo sistema nacional de saúde, porém alguns atores divergem ao indicar serem sistemas distintos com algumas interfaces comuns. O ressarcimento ao SUS por parte das operadoras é um dos principais pontos de divergência entre os atores.

A maioria das representações e dos próprios representantes participa das discussões quanto à regulação, ocorrida nestes últimos 10 a 15 anos, o que de certa forma as legitima. A longa história de participação e o não cumprimento das altas expectativas depositadas na origem da ANS frustram os atores. Por outro lado, a identificação de um interlocutor efetivo por parte do governo, a pouca participação dos trabalhadores e a representação dos compradores coletivos por entidades de prestadores de serviço se contrapõem a este histórico.

O número de participantes da CSS, sua diversidade de composição, as alianças tácitas entre atores, o confronto entre grupos de representação, a falta de diálogo efetivo e o não entendimento da cadeia da saúde justificam a inviabilidade de construção de consensos e entendimentos através da CSS.

Da mesma forma, os atores se mostram frustrados com o caráter consultivo da CSS e com sua baixa capacidade de contribuição para o avanço da regulação.

5.1 Destaque de alguns aspectos relevantes das atas de reunião da Câmara de Saúde Suplementar

Desde sua criação até setembro de 2006, a CSS se reuniu 44 vezes, das quais 9 anteriores à criação da ANS. Neste período 37 entidades participaram das discussões. Destas, 33 permanecem participantes em 2006 (a ANS possui 2 assentos, totalizando os 34 membros da CSS). As entidades que deixaram de participar foram: Departamento de Saúde Suplementar (MS), Secretaria de Assistência à Saúde (MS), Susep e Idec. O papel das duas primeiras foi substituído pelo da ANS, enquanto a Susep deixou de atuar na regulação de planos de saúde após a Lei 9.961/00. O Idec decidiu deixar de participar da CSS e foi substituído pela Pro Teste, como representante de associações de consumidores. Apesar de a ANS não ter alterado a representação na documentação da CSS, o CNS deixou de participar como membro efetivo deste fórum, assumindo a condição de observador.

Compareceram a estas reuniões 217 diferentes representantes, dos quais 72 na condição de convidados e 145 como titulares ou suplentes representando uma das 37 entidades participantes. Ao longo das 44 reuniões foi contado um total de 1442 participantes.

Dos 217 representantes indicados acima, 27 participaram em mais de uma categoria, sendo que destes 23 participaram representando sua entidade e também como convidados. Os 4 representantes restantes participaram pela ANS e pela

entidade que representavam antes de assumir uma diretoria na agência, oferecendo indícios de experiência prévia no setor, principalmente no que se refere a representantes de primeiro mandato. Os representantes que participaram de entidades representativas e da ANS estão nos quadros abaixo.

Quadro 5.2 – Representantes da ANS e outra Entidade

Representaram a ANS e outra Entidade
Fausto Pereira dos Santos – Ministério da Saúde e Departamento de Saúde Suplementar João Luiz Barroca de Andréa – Departamento de Saúde Suplementar – MS Maria Stela Gregori – Procon Solange Beatriz Palheiro Mendes de Almeida – Susep

Fonte: Elaboração própria – baseado nas atas de reunião da CSS

Os representantes que mais vezes participaram das reuniões estão listados no quadro 5.3 – considerada uma participação mínima em 30 das 44 reuniões realizadas:

Quadro 5.3 - Representantes com Maior Participação

Representantes com Maior Participação	Participações
José Cláudio Ribeiro Oliveira	40
Egberto Miranda Silva Neto	35
Reinaldo Camargo Scheibe	34
Luís Plínio Moraes de Toledo	33
Antônio Ielmo Capel Alarcon	32
Arlindo de Almeida	31
João Luiz Barroca de Andréa	30
Maria Stela Gregori	30

Fonte: Elaboração própria – baseado nas atas de reunião da CSS

As diversas modificações introduzidas nas Leis 9.656/98 e 9.961/00 e pelas medidas provisórias que se seguiram alteraram a composição da CSS com a retirada de algumas representações, como a Fenaseg, que participou das nove primeiras reuniões como membro efetivo, como convidado da décima à vigésima

primeira reunião, e novamente como representante a partir da vigésima segunda reunião. Esta alteração de *status* de representação decorreu das alterações na caracterização das seguradoras que deixaram de ser reguladas pela Lei 9.656/98, quando da promulgação da Lei 9.961/00, retornando a este ambiente de regulação através da Lei 10.185/01, que equipara as seguradoras às operadoras de planos de saúde.

Quadro 5.4 – Participação Absoluta e Relativa nas reuniões

Participação Absoluta		Participação Relativa	
Entidade	Reuniões	Entidade	% Participação
FBH	44	FBH	100,0%
Medicina de Grupo	44	Medicina de Grupo	100,0%
CNS - Hospitais	43	ANS	100,0%
Cooperativa de serviços médicos	43	Fenaseg	100,0%
Autogestão	42	ADUSEPS	100,0%
Entidades Filantrópicas	41	CNS - Hospitais	97,7%
Procon	38	Cooperativa de serviços médicos	97,7%
CFM	37	AMB	96,0%
ANS	35	Autogestão	95,5%
CNC	34	Procon - SJC	93,8%
Fenaseg	34	Entidades Filantrópicas	93,2%
Portadores de patologia - Farbra	34	Depto de Saúde Suplementar	90,0%
AMB	24	CNC	87,2%
Ministério da Saúde	24	Procon	86,4%
CNI	23	CFM	84,1%
Ministério da Fazenda	22	Portadores de patologia - Farbra	81,0%
COFEN	19	SUSEP	80,0%
CONASSEM	19	PROTESTE	76,9%
Idec	19	Portadores de patologia - AFB	76,9%
Ministério da Justiça	17	Idec	63,3%
ADUSEPS	16	CNI	59,0%
CNS	15	Ministério da Saúde	54,5%
Ministério do Trabalho	15	COFEN	54,3%
Procon - SJC	15	Ministério da Fazenda	50,0%
CONASS	14	CONASSEM	43,2%
CUT	12	Ministério da Justiça	38,6%
Força Sindical	12	CNS	34,1%
Ministério da Prev. e Ass. Social	10	Ministério do Trabalho	34,1%
PROTESTE	10	CONASS	31,8%
Portadores de patologia - AFB	10	CUT	30,8%
Depto de Saúde Suplementar	9	Força Sindical	30,8%
SUSEP	8	Min.da Prev. e Ass. Social	22,7%
Social Democracia Sindical	4	Social Democracia Sindical	11,4%

Fonte: Elaboração própria – baseado nas atas de reunião da CSS

O Quadro 5.4 apresenta classificação de cada entidade participante da CSS em termos de número absoluto de reuniões assistidas e em termos relativos, ou seja, o percentual de comparecimento relativo ao número de reuniões para as quais entidade foi convocada.

Adicionalmente, a Medida Provisória 2.177/44 também incluiu a representação dos profissionais médicos e o aumento de um para dois no número de representantes de consumidores, usuários e portadores de deficiências e patologias especiais.

A nomeação da entidade representante continuou ocorrendo via portaria da presidência da ANS, com a entidade indicada provisoriamente e a ser confirmada pelos fóruns de representação destes grupos.

Quanto a comparecimento em números absolutos, as entidades com maior presença (acima de 40 das reuniões) foram as representativas de prestadores (CNS Hospitais, FBH e filantrópicos), de medicina de grupo, de cooperativas de serviços médicos e de autogestões.

Quando esta presença é relativizada pelo número de convocações de cada entidade, o resultado passa a ser prestadores (FBH), medicina de grupo, reguladores (ANS), seguradoras, consumidores (ADUSEPS), todos com 100% de presença; prestadores (CNS Hospitais) e cooperativas de serviços médicos com 97,7% de presença; profissionais médicos (AMB) com 96,0% e autogestões com 95,5% de presença nas reuniões para as quais foram convocados.

No pólo inverso, as entidades com participação relativa em menos de 55% das reuniões para as quais foram convocadas Governo (Ministério da Saúde, da Fazenda, da Justiça, do Trabalho e da Previdência e Assistência Social), gestores

(CNS, CONASS e CONASSEM), trabalhadores (CUT, Força Sindical e SDS) e profissionais de saúde (COFEN).

Esta dicotomia entre entidades com interesse em participar das reuniões da CSS, composta basicamente, de um lado, de provedores (operadoras e prestadores) e daquelas cuja presença é obrigatória (reguladores), e de outro daqueles que parecem não ter interesse (governo, gestores e trabalhadores) oferece indícios quanto ao valor dos debates travados naquele órgão e que serão apresentados adiante. A média de entidades participantes de cada reunião é de 18, o que significa um comparecimento médio de 67% das entidades convocadas. Considerando os convidados e a participação de mais de um representante de cada entidade em determinadas reuniões, a média de participantes por reunião é de 33 pessoas.

Em grande medida, a consistência das discussões ali travadas certamente é resultante da continuidade da representação, sendo que alterações constantes de representantes podem causar rupturas nesse processo. O quadro 5.5 apresenta o número de representantes de cada entidade que participaram da CSS e o número total de participações daquela entidade. O índice de participações por representante permite identificar as representações com maior continuidade.

Novamente aparece com destaque negativo a ínfima participação dos trabalhadores e do governo, o que oferece fortes indícios do pouco interesse desses segmentos em participar desse fórum, e consequentemente a dificuldade em identificar uma representação permanente.

As entidades com maior coeficiente de participação média por representante foram prestadores (FBH), Cooperativas (Médicas e odontológicas), Medicina de Grupo e Odontologia de Grupo, todas com índice superior a 15,0, sugerindo maior consistência de seus participantes. Trabalhadores (SDS, CUT e Força), Governo

(Ministérios da Saúde, Fazenda, Justiça e Previdência), Consumidores (Procon), Gestores (CONASS) e Profissionais de saúde (COFEN) foram entidades com índice de participação inferior a 5, indicando baixa frequência e/ou alta rotatividade de seus representantes.

Quadro 5.5 – Representantes e Participação na CSS

Entidade	Número de Representantes	Participações	Participação/ Representação
FBH	2	50	25,00
Coop. de serviços odontológicos	3	74	24,67
Coop. de serviços médicos	3	67	22,33
Medicina de Grupo	4	67	16,75
Odontologia de grupo	3	46	15,33
Procon - SJC	1	15	15,00
AMB	2	27	13,50
CNI	2	23	11,50
Autogestão	6	68	11,33
CNC	4	45	11,25
Entidades Filantrópicas	5	54	10,80
CFM	4	43	10,75
Portadores de patologia - Farbra	3	32	10,67
CNS - Hospitais	6	62	10,33
CFO	5	47	9,40
CNS	2	17	8,50
ADUSEPS	2	16	8,00
Fenaseg	7	52	7,43
IDEC	3	20	6,67
CONASSEM	3	19	6,33
Depto. de Saúde Suplementar	2	12	6,00
ANS	33	172	5,21
PRO TESTE	2	10	5,00
Ministério do Trabalho	3	15	5,00
Portadores de patologia - AFB	2	10	5,00
Procon	8	39	4,88
Força Sindical	3	12	4,00
SUSEP	2	8	4,00
Ministério da Saúde	6	24	4,00
COFEN	5	19	3,80
CUT	4	14	3,50
Ministério da Fazenda	10	24	2,40
Ministério da Justiça	8	19	2,38
CONASS	7	14	2,00
Min. Prev. e Assistência Social	6	10	1,67
Social Democracia Sindical	3	4	1,33

Fonte: Elaboração própria – baseado nas atas de reunião da CSS

Cabe ainda discutir a lógica de escolha das entidades representativas dos setores participantes da CSS. Tomando-se como exemplo o caso da Confederação Nacional do Comércio que é entendida como entidade representativa dos interesses de compradores coletivos de planos, porém é representada pelo Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde do Município do Rio de Janeiro – Sindhrio, é uma representação de prestadores de serviços hospitalares. Outro exemplo é a Força Sindical que deveria representar os trabalhadores, porém em 23 reuniões esta foi representada pelo Sindicato Nacional dos Aposentados, que compareceu a apenas três destas reuniões.

Outro dado que chama a atenção é a pequena participação do Ministério da Saúde - órgão ao qual a ANS está subordinada - nas reuniões da Câmara. Este esteve presente em 24 das 44 reuniões, sendo representado por seis pessoas diferentes, sugerindo a dificuldade em identificar uma representação efetiva e ainda a falta de interesse ou de necessidade em vocalizar neste fórum o pensamento deste Ministério.

A pauta para as reuniões da Câmara de Saúde Suplementar é definida pela Diretoria Colegiada da ANS. Ao longo das 44 reuniões realizadas foram pautados 129 assuntos para discussão. Para fins de análise estes assuntos foram reunidos em 13 grupos de assuntos, os quais são apresentados no quadro 5.6.

Os assuntos mais discutidos na CSS foram a regulamentação pautada 45 vezes, as apresentações pauta em 15 oportunidades, os programas da ANS presentes em 11 pautas e planejamento em 10 ocasiões.

Quadro 5.6 – Assuntos para Pauta na CSS

Grupo de Assunto / Assunto	Frequência
Regulamentação	45
Rol de procedimentos e cobertura	9
Adaptação de contratos	7
Alterações em resoluções	7
Lesões pré-existent	6
Registro de Operadora	6
Revisão técnica	3
Alienação compulsória de carteiras	2
Obrigatoriedade de plano individual	1
Outros	4
Apresentação	17
ANS – Diretorias	6
Contrato de Gestão	2
Pesquisa de opinião	2
Propostas de membros CSS	2
Outros	5
Programas da ANS	12
Qualificação	5
TISS	3
Informações em saúde	2
Outros	2
Planejamento	10
Cronograma das reuniões	9
Sugestão de pauta	1
Precificação e reajustes	9
Discussão da política	6
Outros	3
Ressarcimento SUS	9
Resolução	3
Discussão	3
Outros	3
Câmaras técnicas	7
Definição de temas e participantes	4
Apresentação de resultados	3
Contratualização	7
Discussão de política	6
Posicionamento das entidades	1
Balanço de atividades	6
Avaliação anual das atividades	6
Representação	3
Rodízio de representação	2
Inclusão de representação	1
Impacto Judiciário	2
Solicitação de posicionamento do judiciário	2
Agenda da regulação	1
Discussão sobre lacunas na regulação	1
Avaliação da Atuação ANS	1
Avaliação da ANS pelos atores	1
Total Geral	129

Fonte: Elaboração própria – baseado nas atas de reunião da CSS

A baixa participação dos membros da CSS na produção de documentos para discussão parece clara à medida que apenas em duas ocasiões foram pautados temas propostos por outros atores da CSS.

O controle e adequação das metas negociadas através de contrato de gestão foram pautados para o CSS em apenas duas ocasiões, apesar de terem sido negociados sete contratos de gestão (versões originais, aditivos e atualizações) entre a agência e o Ministério da Saúde, o que parece indicar um distanciamento entre essas instituições com relação ao desempenho do processo regulatório.

Com relação aos programas prioritários da agência, tais como Qualificação e TISS, estes foram pautados para a CSS em apenas oito ocasiões, incluindo balanço do processo e discussão de resultados, principalmente no formato de apresentações. As discussões travadas durante as reuniões em que estes assuntos foram pautados indicam dissensos importantes entre os atores com relação aos indicadores utilizados, aos mecanismos de troca de informação e à forma de publicação dos resultados apurados no Programa de Qualificação, apesar das informações da agência indicarem que efetuou um intenso debate acerca destes temas e que houve a construção de um entendimento entre os atores previamente à sua proposição.

Temas importantes para discussão, como representação das entidades, posicionamento do Judiciário em pontos-chave da regulação, lacunas no processo e definição das prioridades e da avaliação da agência pelos atores foram aparentemente pouco estimulados.

5.2 A construção do modelo de regulação em saúde suplementar

O posicionamento dos atores entrevistados permitiu a identificação das seguintes variáveis: origem, integração com políticas nacionais, autonomia, público e privado em saúde e ressarcimento ao SUS, e que conformam a dimensão denominada de construção do modelo de regulação em saúde suplementar.

O quadro 5.7 resume posicionamentos dos atores, cuja análise mais detalhada é apresentada nos sub-tópicos seguintes.

Quadro 5.7 – Construção do Modelo de Regulação

Discussão	A construção do Modelo de Regulação em Saúde Suplementar
Resumo Geral	A origem do conceito de agência a partir da reforma do Estado parece consenso entre os atores, porém, se discute a autonomia da agência, o distanciamento do controle social do SUS e a integração com as políticas do Ministério da Saúde. Adicionalmente, as interfaces entre os sistemas público e privado e a renúncia fiscal orientam as discussões quanto à subordinação entre SUS e sistema suplementar
Entidade	Posicionamento Resumido
Agência	Entendem que a sua criação é resultado da reforma do Estado e busca desonerá-la, porém trata-se de um modelo em construção, cuja integração à política nacional de saúde ainda é uma preocupação. Reconhecem a lógica da existência do sistema suplementar e do seu distanciamento com relação ao controle social do SUS. Parece ter havido um desejo de inversão de lógica em que o SUS passaria a ser pautado pelo sistema suplementar. A atual gestão da agência entende a ANS como parte do SUS e relatam que a maturação do processo de coleta e integração de informações com o SUS poderá dar melhores respostas em termos de políticas públicas.
Gestores	Entendem a origem da regulação, mas não concordam com o distanciamento em relação ao SUS, reclamando maior interação entre a ANS e o CNS. Reivindicam a atuação do controle social do SUS sobre a saúde suplementar. Apontam o compartilhamento de rede, profissionais e tecnologia médica entre os sistemas e buscam desfazer a imagem de que o SUS é para os pobres.
Governo	Entendem que, dada a especificidade da saúde suplementar, a estrutura de agência responde adequadamente. Reforçam a necessidade de maior integração entre a agência e as políticas públicas em saúde. Reconhecem o direito constitucional da participação do setor privado na saúde e o uso de uma rede comum de serviços. Por outro lado, consideram correto o conceito de ressarcimento ao SUS, já que entendem que apesar do sistema ser suplementar, ele é parcialmente financiado por isenções fiscais e que o sistema público acaba sendo utilizado pelo usuário

	suplementar, pelo menos em casos de urgência, concorrendo com atendimento do usuário exclusivamente público o que deve ser mediado.
Medicinas de Grupo	Questionam a falta de autonomia da agência em relação ao governo, em contraposição ao desenho preconizado. Não se posicionam quanto à relação público-privada.
Seguradoras	O entrevistado preferiu não se posicionar quanto a esta questão.
Autogestões	Apesar de não terem analisado profundamente a construção do modelo, entendem-no como adequado. Entendem que SUS e sistema suplementar são dois subsistemas com algumas áreas de contato.
Cooperativas	Entendem que a criação da agência em 2000 encerra um ciclo de disputas entre os Ministérios da Fazenda e Saúde, se constituindo como solução de meio-termo. Entendem que o sistema suplementar é necessário para desafogar o SUS, mas se revoltam com relação ao ressarcimento ao SUS, considerando incorretos, o conceito e a tabela de preços aplicada.
Consumidores	Reclamam do distanciamento entre a saúde suplementar e o Conselho Nacional de Saúde, porém não se sentem aparelhados para avaliar o desenho de agência empregado para saúde suplementar. Desejam o SUS competente com atendimento digno para todos e saúde suplementar, ligada a uma escolha por conforto. Debatem o comprometimento dos governantes com esta meta e a questão da isenção fiscal para o setor suplementar.
Usuários	Entendem que o modelo de agência aplicado para saúde suplementar foi uma manobra engenhosa do governo da época (FHC) para evitar o avanço do controle social via CNS neste setor. Debatem a lógica da subordinação do sistema suplementar a uma agência, afastada do controle social do SUS, porém parte do sistema nacional de saúde.
Trabalhadores	Preconizam o SUS como modelo ideal, mas entendem a existência da saúde suplementar. Quanto ao desenho de regulação por agência, afirmam que o mesmo não está completamente certo, indicando ter sido construído por forças em desequilíbrio. Consideram que o SUS deveria ser único e resolutivo, porém entendem a existência do sistema suplementar, pelas deficiências do próprio SUS. Discutem ainda o papel da parceria público-privada.
Profissionais	Reconhecem a agência como instrumento da reforma do Estado, sendo o modelo inicialmente questionado, por este espaço ser entendido como subordinado ao SUS, dados seu tamanho e complexidade. Entendem que o sistema suplementar não pode estar separado do SUS e pelo menos em termos de marcos políticos deve estar subordinado ao SUS. Quanto à possibilidade de lucro, consideram que saúde suplementar atua em um espaço de concessão e, assim, o lucro deve se adequar a esta condição.
Prestadores	Remetem o início do processo de regulação ao INSS e a homologação dos serviços como forma de verificar a qualidade dos mesmos.
Compradores	Reconhecem a agência como produto de um viés político. Debatem a integralidade (se referindo ao rol de procedimentos da ANS) de atendimento pelo sistema suplementar, propondo a flexibilização das coberturas dos planos e a interface com o SUS para as exclusões de cobertura decorrentes desta flexibilização. Questionam ainda o diferencial de alíquota de ICMS entre tecnologia médica (18%) e equipamentos para indústria de fumo (4%) e se revoltam com um projeto de lei propondo uso compulsório de leitos de UTI privados por pacientes SUS em discussão na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro.

A origem da agência como instrumento desenvolvido através da reforma do Estado parece ser ponto comum de entendimento dos entrevistados, apesar de ser sinalizado como meio termo possível entre os Ministérios da Fazenda e da Saúde.

O distanciamento entre a agência e o controle social do SUS foi levantado por diversos atores, que entendem que deve existir uma maior integração entre os sistemas.

Em contrapartida ao objetivo de maior integração, há atores que desafiam a validade do conceito de agência tendo em vista a sua limitada autonomia.

5.2.1 Origem

Quadro 5.8– Construção do Modelo de Regulação – Reforma do Estado

Agência é fruto da Reforma do Estado		
	Concorda	Outras posições
Agência	Sim	
Gestores	Sim	
Governo	Sim	
Medicinas de Grupo	Sim	
Seguradoras		Não quiseram se posicionar
Autogestões		Não analisaram o tema a fundo
Cooperativas		Fruto de acomodação política entre os ministérios da saúde e da fazenda
Consumidores		Não se sentem aparelhados para discutir o assunto
Usuários		Apesar de entenderem a lógica de reforma do Estado, justificam a construção da agência como alternativa para fugir do controle social
Trabalhadores		Não se posicionam.
Profissionais	Sim	
Prestadores	Sim, mas questionam o abandono dos mecanismos de controle que já existiam no INPS.	
Compradores	Sim	

Dos 13 grupos de interesses representados, sete entendem que o desenho de agência utilizado para a regulação da saúde suplementar tem sua origem na reforma do Estado.

Outros quatro não se posicionam ou não se reconhecem como suficientemente equipados para aprofundar esta análise e apenas dois buscam justificar o desenho como alternativa conciliatória para avançar com a normatização do mercado.

A análise de trabalhos de autores como Bahia e Viana (2002); Ribeiro, Costa e Silva (2000); Bresser Pereira (1995 e 1997), além da própria exposição de motivos pelo Governo na proposição das agências reguladoras (Brasil 1995), deixam clara a correlação entre a reforma do Estado e a criação das agências reguladoras. A dificuldade daqueles atores para se posicionarem sobre o tema tende a ser resultante da falta de uma discussão mais profunda deste histórico entre os membros da CSS.

A indicação por alguns dos entrevistados de que a criação da agência foi uma solução para um conflito de liderança ou para fugir ao controle social do SUS não nega a origem da ANS na reforma do Estado, mas apresenta argumentos adicionais para sua constituição. A disputa com relação à adequação do controle social será analisada.

5.2.2 Integração com políticas nacionais

Ainda quanto ao modelo de construção, parece haver o reconhecimento da importância de uma maior integração do setor de saúde suplementar às políticas públicas, posição defendida por sete dos 13 atores entrevistados.

É interessante notar que a preocupação quanto à integração dos sistemas não é compartilhada com nenhum representante das operadoras.

Quadro 5.9 – Construção do Modelo de Regulação – Integração

Necessidade de Integração da Saúde Suplementar com a Política Nacional de Saúde		
	Concorda	Outras posições
Agência	A integração é ponto de preocupação e precisa ser trabalhada.	
Gestores	Não concordam com o distanciamento da saúde suplementar da CNS	
Governo	Reforçam a necessidade de integração entre agência e as políticas públicas.	
Medicinas de Grupo		Questionam a falta de autonomia da agência e sua atuação orientada pelos ministérios.
Seguradoras		Não quiseram se posicionar sobre o tema.
Autogestões		Entendem o modelo de agência como adequado e consideram saúde suplementar e sistema único como sistemas distintos com alguns pontos de intersecção (prestadores por exemplo).
Cooperativas		Não se posicionaram
Consumidores	Questionam o distanciamento entre a agência e os mecanismos de controle social.	
Usuários	Explicam a criação da agência como mecanismo de afastamento do controle social, daí justificam a não integração.	
Trabalhadores		Não se posicionaram.
Profissionais	Questionam inicialmente a subordinação ao SUS, mas entendem que o tamanho e a complexidade do mercado justificam a presença da agência.	
Prestadores	Discutem a falta de integração no que se refere à sistemas de informação.	
Compradores		Não se posicionaram.

Bahia e Viana (2002) debatem o falso antagonismo entre o sistema público e o privado que ainda orienta parte dos discursos e das ações destinadas a regular as relações entre estas. Consideram sua coexistência viável desde que resolvidas lacunas em suas inter-relações, principalmente quanto ao compartilhamento dos riscos e das redes de assistência. Ainda Bahia (2005) afirma que a regulação das interfaces entre o público e o privado no sistema de saúde não teria adquirido o *status* de tema central da agenda de debates, mesmo que a mais visível anomalia das interfaces público-privadas do sistema de saúde brasileiro, ou seja, a correspondência entre as lacunas de cobertura contratual dos planos privados e o uso do SUS seja evidente (Bahia, Simmer e Oliveira, 2004) e atacado parcialmente pelo processo de ressarcimento.

Scheffer (2006) discute a integração do sistema de saúde brasileiro, indicando que apesar tempo decorrido após a aprovação da Lei 9.656/98, a atuação do Estado no setor ainda não possibilitou a total compreensão de sua complexidade, fator considerado imprescindível, pelo autor, para a formulação de diretrizes mais abrangentes, coerentes com a concepção de que a saúde é um bem de relevância pública.

5.2.3 Autonomia

O detalhamento maior da análise de integração apresentada no quadro anterior identifica a concordância entre gestores, consumidores e usuários no entendimento que a regulação da saúde suplementar e a CSS não somente deveriam ser integradas ao sistema brasileiro de saúde, mas que estas deveriam

estar subordinadas ao controle social do SUS, como se a CSS fosse uma câmara técnica da CNS.

Esta posição também era defendida pelo outro aliado histórico deste grupo, a representação dos profissionais de saúde, que acabaram mudando de posição e considerando que a complexidade do setor, sua dimensão e particularidades justificariam a existência de controle autônomo, porém integrado à política de saúde.

A integração às políticas de saúde é defendida pela ANS e pelo governo enquanto os prestadores, apesar de se identificarem com a autonomia da agência em linha com as operadoras, entendem que é necessária a integração no que se refere aos sistemas de informação dos SUS com o sistema suplementar para a construção de políticas mais consistentes.

Para Cohen (2003) o “*modus operandi*” da ANS pressupõe particularidades técnicas e repercussões ao meio social de difícil mensuração, podendo legitimar a constituição de monopólios e de uma estrutura regulatória direcionada para garantir o fortalecimento das iniciativas da medicina de grupo, ou ainda agir com transparência e responsabilidade, respeitando os princípios e diretrizes do SUS, assegurando os interesses da coletividade, cumprindo assim macro objetivo.

A autora realça a necessidade de se desenvolver na agência conceitos de responsabilização, transparência e controle social, indicando como fundamental a instrumentalização da sociedade para exercer o seu papel, a partir de sistemas de informações ágeis, ao mesmo tempo em que a ANS apresente de forma clara seus objetivos e metas expondo à sociedade seus compromissos e enfrentamentos junto ao setor regulado, para que esta possa acompanhar e exercer o controle social, tornando a transparência algo efetivo (Cohen, 2003).

Quadro 5.10 – De Autonomia a Controle Social – como se posicionam os atores

Autonomia X Integração X Controle Social			
	Autonomia	Integração	Controle social
Agência		XXX	
Gestores			XXX
Governo		XXX	
Medicina de Grupo	XXX		
Seguradoras			
Autogestão	XXX		
Cooperativas			
Consumidores			XXX
Usuários			XXX
Trabalhadores			
Profissionais		XXX	x
Prestadores	XXX	x	
Compradores			

Mészáros (2002) oferece uma reflexão instigante sobre a realidade econômica e social atual, indicando que não se poderia imaginar um sistema de controle mais inexoravelmente absorvente e "totalitário" do que o sistema do capital globalmente dominante, que sujeitando cegamente aos mesmos imperativos a saúde e comércio; educação e agricultura; a arte e a indústria manufatureira, sobrepondo implacavelmente a tudo seus próprios critérios de viabilidade, desde as menores unidades de seu "microcosmo" até as mais gigantescas empresas transnacionais, desde as mais íntimas relações pessoais aos mais complexos processos de tomada de decisão dos vastos monopólios industriais, sempre a favor dos fortes e contra os fracos, reforçando a ironia de que os propagandistas de tal sistema acreditem que ele seja inerentemente democrático e suponham que ele realmente seja a base paradigmática de qualquer democracia concebível.

O desafio, segundo este autor é o de instituir órgãos não-estatais de controle social (Mészáros, 2002) e crescente auto-administração que podem cada vez mais abarcar as áreas de maior importância da atividade social.

Por outro lado, Bobbio, Matteucci e Pasquino (2004) definem controle social como o conjunto de meios de intervenção, quer positivos quer negativos, acionados pela sociedade ou grupos sociais, a fim de induzir seu próprios membros a se conformarem às normas que a caracterizam, impedindo e desestimulando comportamentos contrários às mencionadas normas, para restabelecer condições de conformação, inclusive em relação a uma mudança do sistema normativo.

Para esses autores, na formação do capitalismo liberal o próprio objetivo do controle social era confiado às leis de mercado, com a crise da ideologia liberal, se determinaria um tipo de controle social em que a intervenção estatal adquire maior peso (Estado assistencial). Porém, com a atual crise de recursos parece se tornar um problema de regulação de interesses e pressões dos vários grupos por parte do Estado diante da afirmação de uma situação neocorporativista na qual resultam mais fortes os grupos que ocupam as posições centrais da estrutura social e produtiva (Bobbio, Matteucci e Pasquino, 2004).

Assim, não é de se estranhar o alinhamento de operadoras e prestadores à autonomia do processo regulatório, tendo como ponto de convergência o compartilhamento de sistemas de informação para a construção de políticas públicas mais eficientes, enquanto no outro extremo estão gestores, consumidores e usuários defendendo a submissão total do sistema suplementar ao controle social do SUS. Mesmo a defesa da integração dos sistemas abraçada por agência, governo e profissionais, que parece sensata e refletir equilíbrio entre essas forças, deve ser balizada sem, no entanto, abandonar uma discussão fundamental que é a do

entendimento das diferenças no que tange ao financiamento entre SUS e sistema suplementar na construção do controle mais adequado para o processo de regulação.

5.2.4 Público e privado na saúde

Nesta variável é alcançado um grau interessante de consenso entre os atores, já que oito dentre eles entendem que SUS e sistema privado são partes de um mesmo sistema nacional de saúde.

Três atores não opinaram sobre este tema e outros dois atores, apesar de discordarem do conceito colocado, entendem que existem pelo menos interfaces comuns entre os dois sistemas. Este ponto reforça a necessidade de integração dos sistemas, com definição de linhas gerais comuns a serem perseguidas.

Os atores identificam o prestador de serviços como no mínimo a interface comum.

Apesar do consenso em torno da existência de uma forte inter-relação entre os subsistemas, o ressarcimento ao SUS por serviços prestados a clientes de planos de saúde é o principal dissenso entre os atores, sendo a posição de operadoras e compradores frontalmente contrária a este conceito.

Diversos autores discutem a relação público-privado na prestação de serviços de saúde (Andrade (2001); Bahia (2002, 2004 e 2005); Biasoto (2004); Braga (2001); Bresser Pereira (1999); Dain *et. al.* (2002); Elias (1997); Ibañez (2002); Laurell (1995 e 1997); Ocké-Reis (2000, 2004, 2005); Paim (2005); Possas (1996); Ribeiro, Costa, Silva (2000); Souza (2002); Viana (2001 e 2005); entre outros).

Estes diversos autores indicam que o próprio modelo de construção do sistema de saúde e as inter-relações entre público e privado, as quais conduziram ao padrão atual (compra de serviços privados pelos entes públicos, financiamento público para o aparelhamento de serviços privados e renúncia fiscal com gastos em saúde) corroborando com o consenso entre os atores entrevistados.

Quadro 5.11 – Público e Privado em Saúde – Sistema Único?

SUS e Saúde Suplementar partes de um Único Sistema		
	Concorda	Outras posições
Agência	Reconhecem a lógica da existência do segmento suplementar e do seu distanciamento com relação controle social do SUS. Entendem a ANS como parte do SUS e a integração poderá dar melhores respostas em termos de políticas públicas.	
Gestores	Reivindicam a atuação do controle social do SUS sobre a saúde suplementar.	
Governo	Reconhecem o setor privado na saúde e consideram correto o conceito de ressarcimento ao SUS, considerando os subsídios via isenções fiscais.	
Medicinas de Grupo		Não opinaram.
Seguradoras		Não opinaram.
Autogestões		Consideram dois sistemas com algumas áreas de contato.
Cooperativas		Entendem que o sistema suplementar é necessário para desafogar o SUS e assim não concordam com o ressarcimento ao SUS.
Consumidores	Desejam o SUS competente com atendimento digno para todos e saúde suplementar, ligada a uma escolha por conforto.	
Usuários	Consideram saúde suplementar parte do sistema nacional de saúde.	
Trabalhadores	Consideram que o SUS deveria ser único e resolutivo, porém entendem a existência do sistema suplementar, pelas deficiências do próprio SUS.	

Profissionais	Entendem que o sistema suplementar não pode estar separado do SUS e pelo menos em termos de marcos políticos deve estar subordinado ao SUS.	
Prestadores		Não opinaram.
Compradores	Debates a integralidade de atendimento pelo sistema suplementar, propondo a flexibilização das coberturas dos planos e interface com o SUS nas exclusões.	

Bahia (2004), ao discutir a mercantilização da saúde, sugere que a equidade poderia ser restabelecida, ainda que parcialmente, através do ressarcimento ao SUS dos gastos com beneficiários de planos privado de saúde.

As implicações econômicas do debate quanto ao ressarcimento ao SUS são importantes e afetam os resultados econômicos de operadoras, portanto, justificam o posicionamento contrário, por parte destas, quanto a sua adoção.

Outra componente polêmica nesta discussão é a questão do controle social sobre o conjunto formado por SUS e sistema suplementar.

Autores como Scheffer (2006) defendem firmemente a inclusão do controle sobre o sistema privado na esfera de atuação do Conselho Nacional de Saúde, entendendo este sistema como suplementar ao SUS, e, portanto, parte integrante do sistema nacional de saúde. Em paralelo, Ocké-Reis (2005) discute ainda a necessidade de se redefinir o papel e a abrangência da saúde suplementar no sistema de saúde brasileiro.

Essas discussões estão longe de serem pacificadas, tendo em vista interesses contraditórios entre os atores deste segmento, e que põem em xeque a própria utilização de agência reguladora para este segmento.

Ampliando o foco de discussão, Heimann *et al* (2005) indicam que, apesar de a legislação brasileira definir claramente atribuições e competências que respondem a uma necessidade de regulação, fiscalização e controle, inseridas tanto no SUS, como na relação deste com o setor privado de saúde, a integração destes sistemas é dificultada por obstáculos como a chamada "dupla-porta" em hospitais públicos, mecanismo pelo qual os beneficiários dos planos privados de saúde têm atendimento privilegiado comparado ao da população "SUS dependente", no sistema público, caracterizando desigualdades de acesso. Aponta ainda que apesar da legislação vigente, se verifica a dificuldade em se efetivar o ressarcimento ao SUS destas mesmas despesas.

Ainda segundo estes autores, a própria lei de criação da ANS parece ignorar a necessidade de integração entre os componentes público e privado do sistema de saúde, já que a mesma não faz referência específica ao SUS, seja na descrição de sua missão ou suas nas competências. As únicas menções ao SUS na lei estão relacionadas ao ressarcimento das despesas de beneficiários de planos privados em estabelecimentos SUS e à integração dos sistemas de informação (Heimann *et al*, 2005).

Para Bahia (2005), a universalização de atendimento via SUS passou a ser entendida como extensão da escassez, má qualidade e capacitação tecnológica, constatando que a magnitude dos recursos financeiros mobilizados pelos planos privados de saúde é semelhante ao orçamento do Ministério da Saúde, encaminhando diagnósticos sombrios a partir do fato de que a única proposta de regulação das interfaces entre o público e o privado que adquire conteúdo legal - o ressarcimento ao SUS - contraria os preceitos do direito universal a saúde.

Soares (1998) ressalta a dificuldade em integrar os sistemas público e privado de saúde, ao conceituar a existência de um modelo representado por uma pirâmide dividida em três partes, onde no topo se encontraria o "mix público-privado", seletivo para indivíduos que poderiam pagar por serviços sofisticados ou de alto custo, desde os essenciais, como pontes de safena, diálises renais, neurocirurgias, até cirurgias plásticas ou simples consultas, incluindo nestes casos seguros ou planos de saúde de "livre escolha" cujo preço seria inacessível para a maioria das pessoas. O centro da pirâmide seria representado pelo "setor privado", voltado para as classes médias e para os trabalhadores das empresas mais bem situadas no mercado formal de trabalho, seja no setor público, seja no setor privado – trazendo para a discussão a compra por parte de empresas públicas de planos privados para seus funcionários. A base da pirâmide seria delineada pela população de mais baixa renda, assistida preponderantemente pelo “setor público”.

5.2.5 Ressarcimento ao SUS

Quando se aborda o ressarcimento ao SUS, o consenso relativo indicando que SUS e sistema suplementar são partes do sistema brasileiro de saúde desaparece, ficando de um lado agência, governo, gestores, consumidores, usuários, trabalhadores e profissionais defendendo a sua aplicação e de outro, as operadoras, prestadores e compradores, questionando a sua validade.

O ponto comum do primeiro grupo é a cobrança de uma penalidade às operadoras por utilização da estrutura do SUS, quando este custo deveria ser suportado pela operadora.

O outro grupo defende a universalidade de atendimento, conforme previsto na Constituição Federal, como justificativa para o não ressarcimento ao SUS, mesmo porque não é a operadora que direcionaria o cliente para o SUS.

Antes de apresentarem-se os posicionamentos dos atores quanto a ressarcimento ao SUS e visando o entendimento da dimensão econômica envolvida, seguem abaixo dados relativos a 2006, preparados pela ANS (Brasil 2006):

- O volume de atendimentos efetuados pelo SUS para beneficiários de planos de saúde entre setembro de 1999 e junho 2006, foi de 822.577, equivalentes a um valor de cobrança de R\$ 1.171 milhões, considerando a tabela aplicada para fins de ressarcimento (Tunep).

- Os principais procedimentos identificados para fins de ressarcimento foram: parto normal (23,4%), parto cesárea (14,2%) e curetagem pós-aborto (6,4%). Os estados com maior volume de atendimentos identificados foram SP (36,1%), MG (13,8%) e RJ (9,6%).

- Os pedidos de ressarcimento foram encaminhados para as operadoras, as quais apresentaram recursos para 75,6% do valor total cobrado. Este recursos são analisados pela ANS, sendo indeferidos o equivalente a 19,3% do valor total cobrado, deferidos o equivalente a 36,6% do valor total cobrado e ao final de junho 2006, permaneciam em análise o equivalente a 19,5% do valor total cobrado.

- Os valores não recorridos e aqueles que tiveram recursos indeferidos, perfazem um total de R\$ 513,9 milhões aptos para recebimento, dos quais foram pagos apenas R\$ 76,9 milhões, ou seja o equivalente a 6,5% do valor total cobrado.

Quadro 5.12 – Público e Privado em saúde – Ressarcimento ao SUS

Ressarcimento ao SUS		
	Concorda	Outras posições
Agência	Ressarcimento é legal e está sendo operacionalizado pela ANS.	
Gestores	Reconhecem, o ressarcimento, mas questionam a efetividade de sua cobrança por parte da ANS.	
Governo	Consideram o ressarcimento ao SUS correto.	
Medicinas de Grupo		Não reconhecem ressarcimento, considerando que a compra de um plano de saúde não retira do usuário o direito de utilizar o SUS (universalidade).
Seguradoras		Não concordam.
Autogestões		Não concordam.
Cooperativas		Não reconhecem o ressarcimento, pois consideram que a compra de um plano de saúde não retira do usuário o direito de utilizar o SUS – (universalidade).
Consumidores	Consideram correto.	
Usuários	Consideram correto.	
Trabalhadores	Consideram correto.	
Profissionais	Consideram correto.	
Prestadores		Não concordam.
Compradores		Propõem flexibilização de cobertura com o SUS cobrindo exclusões.

Ocké-Reis *et al* (2005) apresentam uma análise interessante ao desfiar as afirmativas que o Estado continua sustentando o mercado de planos de saúde, mesmo considerando a renúncia fiscal e a resistência das operadoras no que se refere ao ressarcimento ao SUS. Os autores se baseia em dados de 2003 disponibilizados pela ANS, que indicam o faturamento desse mercado em R\$ 27 bilhões, enquanto, em termos nominais, o valor da renúncia fiscal representaria cerca de R\$ 2,8 bilhões (dado de 2005). Com base nisso, afirmam que não obstante a constatação desta relativamente pequena contribuição, a renúncia fiscal movimentou em 2004 valores R\$ 1 bilhão superiores aos aplicados pelo MS com o

controle de todas as doenças (exceto DST/Aids), sem deixar de reforçar a característica iníqua desta sob a ótica da distribuição do gasto público federal em saúde.

Adriano Londres, presidente do Sindhrio (Londres 2005), reclama do potencial descumprimento de premissas constitucionais por parte da ANS ao buscar novas formas que garantam o ressarcimento ao SUS, defendendo a argumentação de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, assim, não haveria renúncia por parte do cidadão a seu direito constitucional de ser atendido pela rede pública por aderir a um plano de saúde privado e que cabe ao cidadão o dever de financiar, compulsoriamente via tributos, os recursos necessários, argumentando ainda que a lógica do ressarcimento somente seria cabível se houvesse isenção de contribuição compulsória para o SUS pelos que optaram pelo sistema suplementar (setor privado).

Scheffer e Bahia (2005), além de defenderem o ressarcimento ao SUS como forma de mitigar o uso de recursos públicos da saúde em favor das empresas de planos privados de saúde, colocam em discussão outros pontos importantes, ligados ao que consideram distorções da relação público-privado, entre os quais elencam "fila-dupla" do SUS, com o atendimento a planos de saúde em unidades públicas, a utilização de recursos do SUS para cobrir despesas da ANS, o crescimento do valor absoluto da renúncia fiscal nos últimos anos e finalmente, os custos da exclusão de coberturas, decorrentes da liberdade de comercialização de planos exclusivamente ambulatoriais ou hospitalares entre o *mix* de produtos autorizados pela ANS, indicando que o SUS acaba por absorver estes custos.

Este parece outro ponto de debate de difícil consenso, tendo em vista o distanciamento entre os posicionamentos e a paixão com que cada grupo defende seu ponto de vista, que impregna também parte dos posicionamentos acadêmicos.

Os atores entendem a interface que o sistema suplementar tem com o SUS, seja no compartilhamento da rede ou no mecanismo da renúncia fiscal. Existem dissensos quanto ao posicionamento e subordinação dos sistemas, variando de dois sistemas independentes com alguns pontos de contato, defendido principalmente pelas operadoras, à parte integrante do SUS e, portanto, subordinado ao controle social do sistema único, conforme defendem usuários, consumidores e trabalhadores. É sobre estas linhas que se baseiam as discussões quanto ao ressarcimento ao SUS.

5.3 Processo de participação em regulação

O entendimento dos representantes quanto à lógica de sua participação e de contribuição para a construção do processo de regulação é analisado nesta dimensão.

Quadro 5.13 – Lógica da Participação

Posicionamento	Processo de Participação em Regulação
Resumo Geral	Em sua maioria, as representações já discutem saúde suplementar desde o início dos anos 90. O desgaste desta longa representação e dos resultados aquém dos esperados tem posto em risco a manutenção da participação. Outros pontos são a baixa participação do Governo e a representação de atores por entidades que não parecem adequadas.
Entidade	Posicionamento Resumido
Agência	Passaram a presidir e definir a pauta das reuniões a partir da sua criação (2000).
Gestores	Participaram ativamente do processo de discussão da regulação incluindo a CPI dos planos, o fórum de patologias, entre outros.

	Iniciaram participando das reuniões da CSS, mas considerando a falta de resolução deste fórum e a impossibilidade de levar pautas de saúde suplementar para discussão na entidade de controle social do sistema único, foi decidido manterem sua participação como observadores.
Governo	Deveriam participar através de representação de cinco ministérios (Saúde, Fazenda, Justiça, Trabalho e Previdência), porém tem participação limitada nas reuniões, sendo uma das representações com menor participação na CSS.
Medicinas de Grupo	Participaram das discussões desde o início dos anos 90, acompanhando a evolução do processo, desde liberdade total de oferecimento até regulação via ANS, incluindo as discussões, aprovação do projeto de lei para regulação na Câmara dos Deputados e as MPs que se seguiram. Participam da CSS desde sua criação (Lei 9.656/98 e MP 1.665)
Seguradoras	Participaram das discussões desde o início dos anos 90. Este segmento já era regulado pelo Susep, tendo características de maior controle de suas atividades e disponibilidade de reservas técnicas. As seguradoras passaram a participar como ator convocado à CSS nas suas 9 primeiras reuniões, porém quando da criação da ANS foi entendido que estas não se enquadrariam na regulação via agência. Este entendimento foi alterado pela Lei 10.185, que definiu que as seguradoras que operassem produto de saúde deveriam se transformar em operadoras de planos de saúde. Assim, as seguradoras após participarem como convidadas entre a 9ª e a 19ª reunião, voltaram a condição de convocados a partir da 20ª.
Autogestões	Indicam que sua entidade representativa foi fruto da fusão de duas anteriores, que representavam segmento privado e o segmento público de autogestões. Estas participaram da discussão da regulação desde o início, pois entendem que foi reconhecida a importância deste segmento, apesar de suas características diferenciadas (sem caráter lucrativo e com coberturas mais amplas, por não excluir lesões pré-existentes).
Cooperativas	Participaram das discussões quanto à regulação do mercado desde o início, apesar de entenderem que sua condição de cooperativa as diferenciava dos demais tipos de empresas. Tinham receio de terem que adotar características de operação financeira, como as seguradoras – que eram vistas por estes como as principais interessadas em se construir o processo de regulação. Estão representados na CSS desde a 1ª reunião.
Consumidores	A representação participa das discussões sobre saúde suplementar desde o início dos anos 90 em conjunto com outras entidades de defesa do consumidor e de usuários e de médicos. Participam da CSS desde sua criação, porém, em 2002 abandonaram a cadeira, tendo em vista a baixa resolubilidade da CSS em temas relevantes.
Usuários	A representação participa ativamente das discussões em saúde suplementar desde os primeiros momentos, estando representada na CSS desde a 3ª reunião.
Trabalhadores	Iniciaram sua participação a partir da indicação por um dos grupos de representação dos trabalhadores em 2004. Sua indicação se deu por rodízio de representação a cada 2 ou 3 anos e substituiu o Sindicato dos Aposentados. A participação da central sindical, a qual pertence este sindicato, se iniciou em 1999, sendo que os trabalhadores pareceram ser pouco ativos nas discussões, tanto anteriores quanto posteriores à regulação.

Profissionais	Chamam para si o fator dinamizador da discussão da lógica da regulação da saúde suplementar, tendo em vista a emissão da Resolução 1.401/93 do CFM, que tenta definir os limites na relação médico-operadora-paciente. Participaram de todas as discussões no Legislativo e passaram a integrar a CSS desde a primeira reunião.
Prestadores	Participaram das discussões desde o início dos anos 90, acompanhando a evolução do processo, desde a liberdade total de oferecimento até a regulação via ANS, incluindo as discussões, aprovação do projeto de lei para regulação na Câmara dos Deputados e as MPs que se seguiram. Participa da CSS desde sua criação (Lei 9.656/98 e MP 1.665)
Compradores	A representação dos compradores na CSS foi definida em 1999, sendo inicialmente feita por membro da própria entidade de classe. A partir de 11/2002 os compradores passaram a ser representados por sindicato de hospitais ("penetra oficial").

5.3.1 Origem da participação

A característica das representações vem de uma longa história de participação nos debates que deram origem ao atual modelo de regulação. Não somente as entidades participantes deste grupo são as mesmas desde o início da década de 1990, como também o próprio representante também é o mesmo. Isto é fato para 8 dos 13 grupos. Mesmo a agência, que foi formada em 2000, contou, principalmente em sua primeira gestão, com representantes que já atuavam no segmento e que também haviam participado em algum momento das discussões. Estas características, por um lado legitimam a representação, por outro desgastam a possibilidade de entendimento, tendo em vista posições tomadas no passado. Adicionalmente, a expectativa de realização através da agência é alta e a decepção com os resultados pode ser igualmente grande.

Outro ponto a ser destacado é a falta de um interlocutor efetivo por parte do governo, tendo em vista a pouca participação na CSS, comum a todos os ministérios e a falta de consistência na indicação dos representantes destes.

Na mesma linha de pouca participação no processo de construção da saúde suplementar podem ser consideradas ainda as representações de trabalhadores e de compradores coletivos.

Alinhados com o posicionamento dos atores quanto à lógica de sua representação na regulação da saúde suplementar, autores que discutem a construção deste sistema como Bahia (2001 e 2005); Cordeiro (1984); Costa (2002); Duarte (2001); Farias, Melamed (2003); Médici (1992); Melo (2004); Ocké-Reis (2000); entre outros, acabam justificando a presença destes atores na arena de disputas que caracteriza a Câmara de Saúde Suplementar por conta de sua participação nos debates travados ao longo deste processo de construção.

Majone (1996) e Ribeiro, Costa e Silva (2000) entre outros, justificam a participação de representantes da sociedade no processo regulatório, pressupondo que a delegação de poderes para tomada de decisão a instituições independentes, somente se justifica em questões de eficiência onde o conhecimento técnico e a experiência sejam mais importantes que a dependência para com a responsabilização política direta.

Peci (1999) indica que as agências reguladoras prevêm a participação do cidadão-usuário através de audiências públicas, ouvidorias e na própria estrutura organizacional, passando a tratar o cidadão como cliente, consumidor ou usuário dos serviços públicos. No entanto, na prática apresentam-se dificuldades na aplicação deste conceito, sendo que a "mercadoria" em jogo é muito difícil de ser negociada e valorizada devidamente por parte do cidadão desarticulado e desinformado. Por outro lado, deve-se considerar que o cidadão tem direitos conquistados em vários séculos de luta, e estes direitos não podem simplesmente, serem substituídos por uma cultura de "contrato".

Cohn (2001) justifica a participação da sociedade no processo regulatório não por conta da tecnificação da política, mas como forma de enfrentar a questão da saúde como direito do cidadão, trazendo a sociedade para dentro do Estado.

Quadro 5.14 – Lógica da Participação - Origem

Participa desde o início da discussão da regulação nos anos 90 – contribuindo para a construção do modelo vigente – daí a lógica de participar da CSS		
	Concorda	Outras posições
Agência	A ANS foi criada em 2000, porém os membros da diretoria participavam do mercado antes de participarem da agência.	
Gestores	Participação iniciada em meados dos anos 90, incluindo discussões no Congresso, CPI dos Planos de Saúde. A longa permanência nestas discussões desgastou o interesse em prosseguir com a participação.	
Governo		Não se posicionaram, mas parece terem baixa participação nas discussões do processo de regulação.
Medicinas de Grupo	Participaram ao longo dos anos 90 das discussões e da estruturação da regulação.	
Seguradoras	O segmento se manifesta como um dos precursores da regulação por ter exigido regras de competição para o mercado. A representação deixou de ser membro permanente da CSS durante um período de quase 2 anos, tendo em vista ter sido considerado não regulado via ANS, retornando ao campo regulado em 2001	
Autogestões	Participaram da discussão da regulação desde o início, pois entendem que foi reconhecida a importância deste segmento, apesar de suas características diferenciadas (sem caráter lucrativo e com coberturas mais amplas, por não excluir lesões pré-existentes).	
Cooperativas	Participaram das discussões desde o início, apesar de entenderem que sua condição de cooperativa as diferenciava dos demais tipos de	

	empresas.	
Consumidores	Participam das discussões sobre saúde suplementar desde o início dos anos 90 em conjunto com outras entidades de defesa do consumidor. Convidados a participar da CSS, abandonaram a cadeira em 2002, tendo em vista a baixa resolubilidade da CSS em temas relevantes. A representação substituída por outra de menor prestígio.	
Usuários	Participaram das discussões desde o início. Representação do grupo de portadores de patologia é escolhida, entre os participantes deste grupo pelo seu poder de mobilização.	
Trabalhadores		Iniciaram a participação em 2004 indicando por rodízio. Não tem histórico anterior de atuação neste segmento.
Profissionais	Participaram das discussões desde o início, aliás e se consideram dinamizadores da mesma, debatendo a autonomia do profissional médico.	
Prestadores	Participaram das discussões desde o início dos anos 90, acompanhando a evolução do processo.	
Compradores		Iniciaram sua participação na CSS em 1999. A representação atual iniciou em 11/2002. Trata-se de uma representação de prestadores de serviço em lugar de compradores coletivos.

Para Lemieux (2005), o estudo das políticas públicas formula que dentro de cada setor de políticas existe uma “comunidade” de atores ou “rede” de intervenções nos processos para que esta se realize, ressaltando que a composição de atores em uma determinada política pública pode variar em função do segmento econômico envolvido, porém, a participação dos atores governamentais é básica em todas as políticas, acrescentando que estas características ainda não foram suficientemente aprofundadas em pesquisas até o presente.

Ainda que a análise histórica auxilie no entendimento destas representações como efetivas participantes no processo de regulação, não foram encontradas análises teóricas que auxiliem no entendimento de sua perenidade como representação (seja ela de entidade ou mesmo de representante individual). Esta característica, conjugada às diferenças de posicionamento e à aparente falta de construção de pontos de convergência minimamente aceitáveis, podem justificar em parte a limitação em avanços mais significativos no que se refere ao processo de regulação da saúde suplementar.

A maioria das representações, tanto entidades quanto participantes, foi atuante em todo o processo de discussão da regulação da saúde suplementar, o que permite a elas um entendimento profundo da evolução deste processo, bem como seus sucessos e revezes. Tendo em vista um período de representação tão longo, parece ter ocorrido um desgaste destes representantes e parece ser cada vez mais freqüente o desejo de abandonar esta participação.

Por outro lado, a participação do governo, apesar de se entender como importante à coordenação das discussões tanto dentro deste fórum como deste com as grandes políticas para o país, tem sido aquém da esperada, com a ausência de representantes do Ministério do Trabalho neste fórum, durante todo o ano 2006. Adicionalmente, se reconhece participantes que parecem distantes de representar o ator convocado, como é o caso da CNC representada pelo Sindhrio (prestadores de serviço) ou dos trabalhadores representados entre 1999 e 2004 pelo Sindicato dos Aposentados.

5.4 CSS como interlocutora na regulação

Esta dimensão é construída a partir da identificação das variáveis. representatividade/desequilíbrio e consultiva/deliberativa.

Quadro 5.15 – CSS como Interlocutora na Regulação

Discussão	CSS como Interlocutora na Regulação
Resumo Geral	A representação é heterogênea e não paritária, o que dificulta a construção de consensos e a possibilidade de ser órgão deliberativo. Não existe clareza entre os participantes quanto ao jogo de forças na CSS e quanto a potencial captura desta por algum dos atores. A atuação da CSS é vista como pouco produtiva. Apesar da abrangência de atores, foi identificada a falta da participação da indústria nas discussões quanto à regulação. A discussão prévia dos assuntos relevantes entre o MS e a ANS pode ser um fator que corrobora esta baixa produtividade. As posições de todos os atores confirmam sua compreensão que aquele espaço é consultivo, porém não necessariamente sua expectativa quanto a resultados está adequada a este <i>status</i> . Debatem a validade da representação e questionam a sua própria capacidade em gerar discussões produtivas. A característica não paritária da CSS ajuda a justificar seu caráter consultivo. Debatem ainda a pouca disponibilidade da agência em ouvir seus posicionamentos.
Entidade	Posicionamento Resumido
Agência	Reconhecem a representatividade da CSS, mas entendem que ela poderia ser mais participativa, qualificada e atuante. Entendem como positivo o caráter consultivo da CSS, tendo em vista a mesma não ser paritária, o que poderia prejudicar os grupos menos representados. Consideram baixa a participação da CSS nas discussões de regulação, apontando como potencial explicação a pauta (definida pela própria agência), porém entendem que é um objetivo aprofundar as discussões na CSS e amadurecer os participantes para que efetivamente possam cobrar maior participação.
Gestores	Entendem que a representatividade na CSS foi melhorada entre a composição definida pela Lei 9.656/98 e a Lei 9.961/00, com a incorporação de mais representantes de usuários e consumidores. Ainda assim consideram a composição heterogênea e o espaço figurativo. Analisam sua participação no conjunto de fóruns consultivos para os quais são convocados e definem manterem-se apenas como observadores na CSS. Questionam a efetividade de uma reunião esporádica e a qualificação dos representantes, resumindo a reunião como convescote. Consideram CSS como resposta inadequada do governo ao pleito de controle social. Debatem sua composição heterogênea, que replica os conflitos já existentes. Seu caráter consultivo e o fato das decisões serem tomadas em outras esferas com pouco debate dentro da CSS e

	utilização limitada dos posicionamentos dos atores no processo de regulação resultam em um espaço figurativo e inócuo.
Governo	A participação do MS na CSS visa à discussão dos aspectos de interface entre os sistemas público e privado – cadastros, ressarcimento ao SUS e a defesa do interesse público. Pontuam que os assuntos considerados estratégicos são previamente discutidos em um órgão colegiado que inclui MS e ANS – e, portanto tem a diretriz governamental definida. Entendem que a efetiva representação social é a CNS. Parecem considerar a CSS quase como uma câmara técnica.
Medicinas de Grupo	Reconhecem a qualificação e capacidade intelectual dos representantes, porém debatem o equilíbrio de forças na CSS, já que percebem um alinhamento entre consumidores e governo. Este desequilíbrio tenderia a aprovar medidas que pudessem desafiar o resultado econômico das operadoras. Apesar de reconhecerem a CSS como tendo caráter informativo e não executivo, requerem maior disponibilidade da ANS em ouvir as posições da entidade.
Seguradoras	Entendem que a representação efetiva da sociedade está no Legislativo, indicando a não necessidade da CSS como órgão de representação. Quanto a CSS, debatem o dilema entre a amplitude de representação e a viabilidade para discussões produtivas e a dificuldade de construção de consensos. Reconhecem a CSS como consultiva. Entendem que as posições das representações são pouco consistentes, tendo um caráter mais político do que técnico. Pontua que a CSS cobra pouco a maior participação no processo de regulação.
Autogestões	Questionam a falta de participação do Governo e dos trabalhadores, ainda que entendam serem as autogestões os efetivos representantes dos trabalhadores em saúde suplementar. Identificam a falta de um ator na CSS – a indústria de tecnologia e questionam a participação dos prestadores apenas na CSS, não pertencendo ao campo regulado. Consideram que o caráter consultivo da CSS é fator de frustração, já que a capacidade dos participantes influírem no processo de regulação é limitada, mas entendem que pelo menos conseguem apresentar suas posições para a agência.
Cooperativas	Entendem que apesar da CSS contar com grande número de atores, sua representatividade é limitada pela heterogeneidade e dificuldade de construção de consensos, sendo assim ignorada pela ANS ou substituída por câmaras técnicas. O caráter consultivo da CSS não permite efetiva participação dos atores. Entendem que as decisões mais importantes são tomadas sem considerar o posicionamento destes atores, e por vezes é necessária intervenção destes para mitigar problemas decorrentes destas decisões, ou seja, a CSS não é ouvida.
Consumidores	Questionam a falta de seriedade dos participantes da CSS, qualificando as reuniões como inúteis, já que as discussões não acontecem e os temas não avançam. Apesar de reconhecerem o caráter consultivo da CSS se mostram decepcionados com os resultados, a ponto de terem desistido de participar da mesma, mas não da discussão do processo de regulação. Consideram o espaço improdutivo, não se caracterizando como modelo de participação e sequer como modelo consultivo. A composição heterogênea da CSS impede a discussão dos assuntos.
Usuários	Entendem que a CSS deveria ser uma pequena extensão da CNS,

	quase como uma câmara técnica e consideram que a criação da ANS e da CSS com caráter consultivo, foram estratégias bem arquitetadas para afastar a ação do CNS e as potências conquistadas para os usuários.
Trabalhadores	Questionam a baixa representatividade dada aos trabalhadores, alegado serem minoria na CSS, a qual estaria capturada pelos interesses das operadoras. Questionam a efetiva participação de outras centrais sindicais, que por conta de alinhamento político, estariam ausentes. Entendem a CSS como consultiva, porém gostariam que a sua composição fosse modificada, visando equilíbrio de representações e que a partir daí pudesse tomar um caráter deliberativo. Elogiam a forma das reuniões, porém, se mostram decepcionados com a efetividade das mesmas.
Profissionais	Apontam a identificação entre as representações dos profissionais, consumidores, usuários e as disputas entre este grupo e o formado por operadoras e prestadores, indicando ser surpreendente esta identificação, tendo em vista as tensões esperadas nesta relação. Defendiam o CNS como um único fórum de representação, mas entendem que o caráter consultivo da CSS.
Prestadores	Entendem que o número de atores representados na CSS dificulta a sua efetividade, ao desconhecerem a operação do setor, inibindo discussões mais aprofundadas. A solução para garantir a representação sem inibir discussões aprofundadas é o uso de câmaras técnicas, com seu parecer discutido na CSS. Consideram que a definição clara da representação – quem é, quem representa e por que está lá, são fundamentais para a busca de melhores resultados na CSS. Acreditam que a CSS é local para homologar decisões tomadas pela Diretoria Colegiada da ANS, não sendo tratada sequer como uma assessoria. Questionam a representatividade dos participante e consideram o número de reuniões insuficiente e acreditam que seu seguido adiamento mostra pouco interesse. Pensam em sair.
Compradores	Entendem que a construção de uma discussão produtiva é afetada pela diversidade de interesses dos atores e a busca por defender interesses dos representados sem considerar a cadeia de saúde como um todo. Com isto, as reuniões da CSS fogem da discussão de aspectos estratégicos. Entendem ainda que a ANS ouve os atores e permite fácil acesso dos mesmos para discussão, o que não quer dizer aceitação total do proposto. Reconhecem o caráter consultivo da CSS e afirmam buscar contribuições para o processo. Entendem que os atores são ouvidos, mas ressalta a limitação da CSS ser consultiva.

5.4.1 Representatividade ou desequilíbrio

A inviabilidade de construção de consensos e entendimentos através da CSS aparece como ponto comum entre os atores.

A amplitude do fórum, com sua diversidade de composição, as alianças tácitas entre atores, o confronto entre grupos de representação, a falta de diálogo efetivo e o não entendimento da cadeia produtiva da saúde são apontadas como principais fatores para esta situação.

Nesta linha se manifestaram nove dos 13 atores. Os outros quatro não discordaram deste entendimento, mas contribuíram com outros pontos que auxiliam a justificar a dificuldade em viabilizar a CSS como casa de construção de consensos e avanços para o setor, entre os quais a discussão prévia dos assuntos considerados estratégicos com o Ministério da Saúde, o que de certa forma corrobora o entendimento quanto à baixa participação do governo nas reuniões, a ausência de atores que participam da cadeia produtiva da saúde, a baixa representatividade dada a atores e a idéia de que a CSS figurasse quase como uma câmara técnica da CNS.

Considerando a discussão da representatividade nas redes de interesses que debatem determinada política pública, Lemieux (2005) indica a presença obrigatória de atores governamentais, considerando que estes possuem legitimidade superior em relação aos demais atores, já que é deles a responsabilidade pela definição final da política, porém realça que a inabilidade dos atores governamentais em assegurar a coerência interna de uma política, reforça sua inabilidade de assegurar a sua coerência externa.

Ainda segundo este autor, os atores que participam das políticas do setor saúde são vistos como pertencentes às alianças presentes nesse jogo (relações que são mais ou menos negociadas e mais ou menos estáveis). Ainda, alguns dos participantes de uma aliança podem se alinhar por um tempo a atores de outras alianças, conforme as situações que se apresentam (Lemieux, 2005).

Com relação à possibilidade de captura dos reguladores pelos regulados, Ribeiro, Costa e Silva (2000) apontam a participação de grupos de interesse no processo regulatório como mecanismo de redução deste risco.

Para Abranches (1999) o processo regulatório freqüentemente suscita fortes conflitos de interesses, tendo que se tornar também um processo de resolução de conflitos, assumindo a natureza de um processo de formação de coalizão, por negociação, envolvendo consumidores, firmas e agências regulatórias. A natureza das relações regulatórias, que implicam formação de coalizões e resolução de conflitos, estabilidade de regras e flexibilidade para adaptação ao ambiente em mudança, cria forte exigência de regras processuais, como a transparência de procedimentos, assegurada por audiências públicas, ampla publicidade das decisões e dos procedimentos decisórios, permitindo o estabelecimento de contenciosos em relação às decisões das agências regulatórias. Na regulamentação da regulação, as regras devem estar sempre, assegurando a contestação de quaisquer das partes que se julguem prejudicadas - sobretudo consumidores – e os procedimentos decisórios para resolver o conflito.

Para Bobbio (2000), o entendimento do termo “representação de interesses” auxilia na melhor compreensão das relações de poder nas sociedades democráticas. O autor indica três diferentes interpretações:

A econômica, segundo a qual o mercado político se relaciona com o econômico, em que se daria uma relação permanente de troca entre eleitores e eleitos, com o apoio sob a forma de voto dos primeiros e os benefícios, patrimoniais ou de *status*, sendo a contrapartida oferecida pelos eleitos, esta interpretação seria difundida, sobretudo, nos Estados Unidos.

A interpretação originária da Itália seria a da teoria da troca política, onde o poder ou a capacidade de impor, legitimamente, comportamentos a outros, transforma-se no objeto de troca em que os conflitos seriam superados não através de mecanismos institucionais de representação política, mas através de transações entre grandes organizações e o Estado.

Já a terceira interpretação indicada por Bobbio (2000), aponta o neocorporativismo em Estados fortemente influenciados pelo ideário do bem-estar social, que não guardaria relação com as velhas práticas fascistas, ao colocar no centro da discussão a negociação entre representantes de interesses contrastantes e refletiria a presença hegemônica das corporações, definindo a dinâmica de intermediação entre os diferentes grupos de interesses, ficando aqui evidente a importância da negociação entre os representantes de interesses conflitantes que se revestiriam das características da representação de interesses. Assim, na opinião do autor, a grande transformação do Estado contemporâneo estaria na crescente extensão e expansão da produção de arcabouços jurídicos, que seriam resultantes do aumento de indivíduos que agem politicamente, colaborando na construção das decisões coletivas, fato que ampliou e dificultou a definição de espaço político, fazendo crescer a importância da representação dos interesses.

Ainda segundo este autor, o termo interesse é caracterizado pela generalidade e amplitude sendo visto como um dentre muitos conceitos intrínsecos

ao mundo cultural humano, pois pode refletir tanto uma situação objetiva (uma coisa, um ato, um evento do qual se possa extrair uma vantagem ou um benefício), quanto uma situação subjetiva (uma disposição favorável em relação àquela coisa ou ato ou evento). O interesse poderá ser privado ou público, particular ou geral, local ou nacional, individual ou coletivo, parcial ou global, imediato ou mediato, presente ou futuro. Assim, o significado de interesse será definido muito mais pela oposição entre os grupos de interesse em uma determinada disputa, deduzindo-se que a palavra interesse jamais deverá ser tomada em seu sentido genérico, mas sim pelo qualificado de interesse privado, público, particular, geral, etc., surgindo, desta forma, a questão de como assegurar que os interesses dos cidadãos de uma dada sociedade venham a ser efetivamente representados e respeitados pelos políticos eleitos e, em última instância, por aqueles aos quais foram ou serão delegadas as tarefas de implementar o programa de governo vitorioso nas eleições (Bobbio, 2000).

Nesse sentido, Carneiro (2002) analisando a questão público/privado na saúde indica a necessidade de discutir-se a governabilidade, a qual não mais seria avaliada apenas em função de resultados das políticas governamentais, mas incluiria a forma pela qual o governo exerce seu poder, realçando a importância de seus procedimentos e práticas na consecução de metas, incluindo o formato Institucional do processo decisório, a articulação público-privado na formulação de políticas, ou ainda a participação dos setores interessados, enfatizando a questão do controle político sobre decisões do Governo como desafio às formas atuais de representação.

Ainda que representados na CSS, Lima e Oliveira (2003) discutem a não participação dos prestadores de serviços como entes regulados pela ANS, afirmando

ser fundamental a regulação e fiscalização da relação entre operadoras privadas e prestadores de serviços para o equilíbrio do sistema, incluindo a satisfação dos beneficiários.

Quadro 5.16 – Representatividade – CSS: Constituição Fragmentada

A constituição fragmentada da CSS inviabiliza a construção de consensos e limita sua efetividade		
	Concorda	Outras posições
Agência	A CSS poderia ser mais participativa, qualificada e atuante.	
Gestores	A composição é heterogênea e o espaço figurativo.	
Governo		Os assuntos considerados estratégicos são previamente discutidos em um órgão colegiado que inclui MS e ANS, que tem a diretriz governamental definida.
Medicina de Grupo	Debatem o equilíbrio de forças na CSS, entendendo um alinhamento entre consumidores e governo.	
Seguradoras	Há dilema entre a amplitude de representação e a viabilidade para discussões produtivas e a dificuldade de construção de consensos.	
Autogestão		Governo e trabalhadores não participam nas reuniões e falta um ator na CSS – indústria de tecnologia. Questionam a participação dos prestadores apenas na CSS, não pertencendo ao campo regulado.
Cooperativas	Sua representatividade é limitada pela heterogeneidade e dificuldade de construção de consensos, sendo assim ignorada pela ANS.	
Consumidores	Questionam a falta de seriedade dos participantes da CSS, qualificando as reuniões como inúteis.	
Usuários		Entendem que a CSS deveria ser uma pequena extensão da CNS.
Trabalhadores		Questionam a baixa representatividade dada aos trabalhadores.

Profissionais	Apontam a identificação entre profissionais, consumidores, usuários e as disputas com grupo formado por operadoras e prestadores.	
Prestadores	O número de atores representados na CSS dificulta a sua efetividade.	
Compradores	A discussão produtiva é afetada pela diversidade de interesses, sem considerar a cadeia produtiva da saúde como um todo.	

A baixa presença de atores governamentais nas discussões travadas na Câmara de Saúde Suplementar parece indicar a falta de legitimidade conferida a esta para participar efetivamente da construção de políticas, ou ainda que como a palavra final em uma determinada política é a do próprio governo, que as decisões podem ser tomadas fora deste fórum, ignorados seus posicionamentos.

Assim, a Câmara deixaria de atuar na construção efetiva de políticas, atuando muito mais no sentido de buscar homogeneizar e disseminar discursos e posicionamentos de grupos de representantes, que procuram influenciar no processo de tomada de decisão, processo este que ocorre em outra esfera.

Os atores divergem quanto à representatividade garantida a cada grupo de interesse presente na Câmara de Saúde Suplementar, ainda que pareça haver um entendimento geral quanto ao fato de a mesma não ser paritária e não deliberativa.

Da mesma forma, parece haver consenso em termos sobre sua composição heterogênea influenciar a busca de defesa de interesses particulares em detrimento do objetivo ou da visão mais global dos interesses do setor, o que dificulta a construção de entendimentos.

Existe ainda uma dificuldade para reconhecer a efetiva representação do grupo de interesses num âmbito mais elevado, onde os trabalhadores se colocam como prejudicados por uma alegada captura da CSS por parte das operadoras, que

se vêem em minoria ante a participação de entidades de defesa do consumidor, usuários e governo.

Assim, cada um se coloca como prejudicado pelas regras de representação definidas e numa situação de constante risco de perda, apesar de a CSS ser apenas consultiva.

Alguns representantes reconhecem avanços em termos de representação da CSS, porém classificam sua atuação, sua forma de reunião, discussão e alcance de seus resultados como inúteis.

A possibilidade de rodízio de representação como forma de democratizar a CSS e o debate em saúde suplementar foi apresentada, porém não parece ter capturado a atenção dos participantes.

A participação do governo é mínima e mesmo a representação do Ministério da Saúde se faz marcado por uma preocupação de caráter mais operacional. Isto parece se dever à discussão prévia dos temas estratégicos em um órgão colegiado do MS em que participa a ANS.

A participação dos outros ministérios também é muito limitada, sendo que o Ministério do Trabalho sequer teve representação apontada durante todo ano de 2006.

Como pontos interessantes para debate, foram identificados atores cuja participação na regulação deveria ser melhor avaliada:

- O primeiro grupo é o dos prestadores, que segue bem representado na CSS, porém não é alcançado pela regulação;

- O segundo grupo é o da indústria de tecnologia (ou todo setor produtor de insumos, medicamentos e equipamentos médicos) que também não é alcançado pela regulação e não participa da CSS.

5.4.2 Consultiva ou deliberativa

O caráter consultivo da CSS é apontado por todos os atores como fator de frustração e de baixa capacidade de contribuição para o avanço da regulação. Por outro lado, também parece haver consenso quanto à impossibilidade de lhe imprimir um caráter deliberativo, tendo em vista a sua composição não paritária.

As representações de operadoras e prestadores reivindicam maior disponibilidade da agência em ouvir suas posições, enquanto as representações de consumidores e gestores se alinham ao apontar a CSS como espaço figurativo e inútil.

Retomando Lemieux (2005), conforme debatido nas seções 5.3 e 5.4 acima, a lógica da CSS como consultiva e funcionando mais como disseminadora de posicionamentos e não como efetiva participante do processo de tomada de decisão parece se consolidar pelo próprio posicionamento dos atores.

Campos e Santiago (2002) analisam vantagens e desvantagens dos chamados conselhos, apontando como vantagens a constituição de um espaço de encontro entre os diferentes agentes do processo, com uma maior possibilidade de negociação de agendas e de construção de convergência de interesses. A desvantagem dessa forma de participação seria o pouco tempo para a reunião formal, que faz com que os assuntos sejam discutidos de forma superficial, dificultando a própria construção de consensos.

Assim, parece haver convergência entre a posição de atores e autores quanto ao caráter consultivo da CSS como a alternativa possível.

Quadro 5.17 – Consultivo ou Deliberativo - Produtividade

O caráter consultivo da CSS é fator determinante de sua baixa produtividade e frustração.		
	Concorda	Outras posições
Agência	O caráter consultivo da CSS impede prejuízos que poderiam advir de sua composição não paritária. Reconhecem a pauta (definida pela própria agência) como fator de esvaziamento das discussões e indicam que é um objetivo aprofundar as discussões na CSS.	
Gestores	Consideram que a CSS foi uma resposta inadequada do governo ao pleito de controle social; o seu caráter consultivo e o fato das decisões serem tomadas em outras esferas, com pouco debate dentro da CSS e a utilização limitada dos posicionamentos dos atores no processo de regulação fazem com que ela resulte sendo um espaço figurativo e inócuo.	
Governo	Parece considerar a CSS quase como uma câmara técnica.	
Medicinas de Grupo	Apesar de reconhecerem o caráter informativo e não executivo da CSS, solicitam disponibilidade da ANS em ouvir as posições da entidade.	
Seguradoras	Reconhecem a CSS como consultiva e o posicionamento político pouco consistente e pouco cobrador das representações.	
Autogestões	Consideram que o caráter consultivo da CSS é fator de frustração, já que a capacidade dos participantes influírem no processo de regulação e mesmo de serem ouvidos pela ANS é limitada.	
Cooperativas	Entendem que o caráter consultivo da CSS não permite efetiva participação dos atores. As decisões mais importantes são tomadas sem considerar o posicionamento destes atores e a CSS não é ouvida.	
Consumidores	Reconhecem o caráter consultivo da CSS, porém se mostram decepcionados com os resultados, considerando o espaço improdutivo.	

Usuários	Entendem que a criação da ANS e da CSS com caráter consultivo, foram estratégias bem arquitetadas para afastar a ação do CNS e potenciais conquistas para usuários.	
Trabalhadores	Entendem a CSS como consultiva, porém indicam que esta poderia tomar caráter deliberativo se houvesse equilíbrio entre representações. Mostram-se decepcionados com a sua efetividade.	
Profissionais	Defendiam o CNS como um único fórum de representação, mas entendem que o caráter consultivo da CSS.	
Prestadores	Consideram a CSS como local para homologar decisões tomadas pela Diretoria Colegiada da ANS, não sendo tratada sequer como uma assessoria	
Compradores	Reconhecem o caráter consultivo da CSS e afirmam buscar contribuições para o processo.	

Os atores reconhecem o caráter consultivo da Câmara de Saúde Suplementar, porém expressam sua decepção em relação à sua efetiva participação no processo.

Questionam a composição heterogênea e não paritária da CSS, a falta de maturidade e de conhecimento do setor por parte dos atores, em particular dos representantes da própria ANS, a baixa produção de documentação sólida para discussão por parte dos próprios atores, fatos que de certa forma ajudam a justificar o caráter consultivo, porém reduzem a capacidade de construção de consensos e de evolução da regulação do setor.

Ao mesmo tempo expressam sua não conformidade com a disponibilidade da agência em efetivamente ouvir as suas posições e que estas possam influir na normatização exarada pela ANS.

Estes fatos fizeram com que alguns atores decidissem abandonar a CSS, seja tomando posição de observador ou renunciando oficialmente à representação.

No caso da renúncia, a substituição por outra representação de menor expressão também é questionada do ponto de vista de efetividade da CSS.

Outros atores, ainda que insatisfeitos com os resultados da CSS, não reduziram sua participação nas reuniões, o que parece indicar a preocupação em garantir espaço e mesmo que se coloquem como pouco ouvidos pelas autoridades regulatórias de tentar construir consensos e discursos que possam influir no processo ao longo do tempo.

Conclui-se que pela análise da composição e representatividade de seus membros, pelo nível de participação destes em reuniões, pelas pautas discutidas e pelos posicionamento resultantes que a CSS não se qualifica como fórum efetivo de discussão e representação da sociedade no processo regulatório, justificando o abandono oficial por parte de algumas representações e informal de outras, restando a ela ser um espaço para eventual tentativa de homogeneização de discursos e potencial construção de lideranças.

6 Sustentabilidade da regulação

Este capítulo apresenta a dimensão analítica sustentabilidade da regulação, desenvolvida a partir do posicionamento dos atores entrevistados quanto à velocidade do processo de regulação e à viabilidade econômica do sistema.

O quadro 6.1 abaixo detalha dimensões, variáveis e indicadores desenvolvidos para este capítulo.

Quadro 6.1 – Dimensões Analíticas – Sustentabilidade da Regulação

Dimensão	Variável	Indicador
Sustentabilidade da regulação	Velocidade de desenvolvimento do processo	Implementação da regulação / Normativos
		Impacto do Judiciário
	Viabilidade econômica	Metodologia de reajuste de preços
		Fomento / incentivo fiscal

A velocidade de desenvolvimento da regulação em saúde suplementar não é consenso entre os atores, sendo considerada muito acelerada para operadoras e prestadores, que tiveram pouco tempo para se adaptarem aos normativos. Por outro lado, consumidores e profissionais se mostram frustrados com o ritmo de lento desenvolvimento do processo.

Quadro 6.2 – Sustentabilidade da Regulação – Resumo

Discussão	Sustentabilidade da Regulação
Resumo Geral	A velocidade sentida reflete os interesses de cada grupo, acelerada para operadoras e lenta para consumidores. O mesmo se aplica para as posições quanto à participação do judiciário como facilitador de atendimento ou como fator de desequilíbrio econômico do mercado. A aceitação do lucro para as empresas parece ser consenso entre os atores, porém dúvidas quanto à metodologia de apuração dos reajustes de preços e o questionamento do próprio conceito de controle de preços dividem os atores. Sustentabilidade também é consenso, mas sua conceituação e a forma de se obtê-la varia conforme o ator entrevistado, de concessão de incentivos fiscais à ampliação de concorrência.
Entidade	Posicionamento Resumido
Agência	Entendem que o processo poderia ser mais rápido e consideram importante a consistência de sua implantação. Defendem que o esclarecimento e cumprimento do CDC pelas empresas minimizaria interferências do Judiciário. Consideram a metodologia para reajuste de planos novos adequada e ainda que a aplicada a contratos antigos é eficiente para correção de distorções. Defendem mecanismos de portabilidade para buscar sustentabilidade. Sugerem debater a modelagem dos planos sem, no entanto, abrirem mão da abrangência. Negam qualquer abertura para novos incentivos à planos.
Gestores	Não se posicionam quanto à velocidade do processo, mas reconhecem o custo assistencial crescente e a necessidade de concessão de reajustes para a manutenção do equilíbrio econômico do sistema, porém questionam o método utilizado pela agência em sua definição.
Governo	Não se posicionam quanto à velocidade. Entendem que o Judiciário não interfere no papel regulador. Defendem apenas ações cujo objetivo seja a garantir os direitos de consumidores, negando qualquer incentivo para o crescimento.
Medicinas de Grupo	Questionam a velocidade do processo e a falta de consultas aos atores. Reclamam da interferência do Judiciário que amplia coberturas desequilibrando economicamente os planos. Entendem reajuste como forma de manter equilíbrio das empresas, devendo refletir as necessidades de cada situação, não sendo único para todos os tipos de operadora ou para todos os estados do país. Alegam queda no número de beneficiários entre 1998 e 2006 (redução de 5 milhões de beneficiários), o que põe em risco a sustentabilidade do mesmo.
Seguradoras	Reclamam de diferença de tratamento dado as seguradoras, para as quais foram mantidas as exigências de garantia financeira, ao passo que a ANS concedeu prazo para os demais tipos de operadoras se adequarem. Ressaltam a falta de regulação para a incorporação tecnológica e a conceituação de integralidade de cobertura como pontos de discussão, através dos quais consumidores recorrem à proteção do Judiciário, trazendo desequilíbrio de custos. Questionam não somente a metodologia de apuração, mas o controle de preços como parte da regulação. Recomendam o esforço da ANS na busca de fomento (no sentido de crescimento do setor), reconhecem algumas iniciativas desta e sugerem repensar a questão do uso de recursos públicos para ampliar o mercado.
Autogestões	Não se posicionam quanto à velocidade do processo ou quanto à interferência do Judiciário. Entendem a metodologia de cálculo do reajuste

	como a questão mais polêmica da regulação, porém destacam que planos bem administrados podem ser lucrativos. Consideram que a saúde suplementar é apenas tolerada pelo MS e que este não destinará recursos adicionais para o sistema colocando em risco sua sustentabilidade. Reclamam atuação de fomento pela ANS.
Cooperativas	Recomendam avanço mais gradual do processo regulatório por fases. Debatem a posição do Judiciário quanto ao equilíbrio econômico dos contratos. Questionam a conduta da ANS quanto aos reajustes, alegando que a nota técnica atuarial deveria ser a base de cálculo. Indicam que a sustentabilidade para as cooperativas ocorrem em função da redução de custos e manutenção das operações. Questionam a sobrevivência do mercado tendo em vista a limitação de reajustes.
Consumidores	Entendem o processo como lento e insatisfatório e que as discussões judiciais se prendem à disputa entre o CDC e as regras contratuais. Reclamam maior transparência da ANS na apuração dos custos e definição da necessidade de reajuste, sugerindo uma metodologia isenta para reajustes. Contrapõem a ideia de fomento à de concorrência e defendem o SUS competente como modelo ideal para o futuro.
Usuários	Não se posicionam quanto à velocidade. Simplificam a disputa entre usuário e operadora via apelo judicial (liminar). Sugerem uma metodologia que permita apurar efetivamente os custos e os reajustes necessários ao equilíbrio econômico do sistema. Não se posicionam quanto ao fomento.
Trabalhadores	Não se posicionam quanto à velocidade do processo ou quanto à interferência do Judiciário. Reclamam por soluções para a redução dos custos como forma para viabilizar o mercado. Questionam a busca das operadoras por lucro e o conceito de saúde como mercadoria.
Profissionais	Expressam uma expectativa de avanço mais rápido do processo regulatório. Reconhecem inadequação do papel do Judiciário e de suas deliberações que acabam indicando o caminho do desequilíbrio econômico dos contratos. Reconhecem o controle de preços como legado do período inflacionário e entendem que não existe uma fórmula adequada para reajustar os planos. Recomendaram a discussão do modelo assistencial adotado, visando a sustentabilidade.
Prestadores	Defendem a implantação mais lenta, planejada e firme da regulação. Entendem que o Judiciário é chamado a intervir em regulação por conta de potenciais descumprimentos da lei por parte da agência. Reconhecem a incorreção da forma atual de reajuste indicando que o mesmo deveria se basear em efetivo aumento de custos. Não se posicionam quanto ao fomento.
Compradores	Reclamam da cultura da judicialização e do desrespeito aos contratos como fator de desequilíbrio econômico de mercado. Reclamam por mecanismos de reajustes de preços dos planos e de fomento ao crescimento visando a manutenção da qualidade assistencial e a sustentabilidade.

A interferência do Judiciário no processo regulatório é outro ponto polêmico. Aqui as divergências ocorrem quanto à hierarquia legal e aos impactos sobre o equilíbrio econômico dos contratos.

O reajuste das contraprestações é um ponto de convergência entre os atores, porém a metodologia para sua apuração divide-os novamente. A revisão do modelo assistencial como forma de reduzir custos e viabilizar economicamente o setor preocupam trabalhadores e profissionais de saúde.

Outro ponto de convergência está na busca pela sustentabilidade do setor, porém existem diferenças entre os atores quanto ao entendimento e a forma de se alcançar esta sustentabilidade. Para operadoras significa expansão do setor suplementar e a expectativa de utilização de incentivos fiscais e recursos públicos como mecanismos de fomento e incentivo ao crescimento, derivando daí a sustentabilidade. Para profissionais e trabalhadores, o termo parece ter o sentido de busca de alternativas de redução dos custos ou revisão do modelo assistencial, visando permitir, manter ou ampliar o número de beneficiários e assim, não sobrecarregar o SUS. Para consumidores, usuários e agência, a sustentabilidade do setor está relacionada à criação ou disseminação de mecanismos de concorrência, permitindo controle dos custos e preços dos planos e partir daí, manter a atratividade para a população. Outra interpretação para sustentabilidade parece ser a do governo, que indica entendê-la como a preservação de direitos dos consumidores em saúde suplementar.

6.1 Velocidade do processo de regulação e impacto do Judiciário

6.1.1 Velocidade do processo

Apesar de seis das 13 entidades não terem se manifestado quanto à velocidade do processo de regulação, é possível identificar dois grupos:

consumidores e profissionais defendem maior velocidade na implantação, enquanto as operadoras e prestadores defendem um processo mais lento, por fases e seguro, com a consolidação de cada fase antes de ocorrerem avanços.

A agência apesar de entender que o processo poderia ser mais acelerado, indica a necessidade de consistência como fator moderador.

É importante ainda considerar a ausência de um conjunto de regramentos (marco regulatório) e de conhecimento detalhado quanto ao tamanho e características operacionais do mercado anteriores ao processo de regulação como fatores limitadores de uma implantação mais acelerada, como a reivindicam representantes de consumidores e usuários.

Ainda que a discussão quanto à velocidade de implementação do processo de regulação possa ser considerado um debate longo, tendo em vista as forças antagônicas que o disputam, parece fazer sentido considerar necessária a construção de um marco regulatório para o mercado de saúde suplementar.

Conforto (1998) afirma que o estabelecimento do marco regulatório é fundamental tanto para os serviços públicos tidos como "monopólios naturais" como os passíveis de cartelização, visando impedir o abuso de poder por empresas ou órgãos públicos, garantindo aos investidores o retorno de seus investimentos com uma margem de lucro justa. A autora define marco regulatório como o conjunto de regras, orientações, medidas de controle e valoração que possibilitem o exercício do controle social nos serviços públicos geridos por um agente regulador.

Quadro 6.3 – Velocidade do Processo – poderia ser acelerado

A velocidade do Processo é baixa e poderia ser acelerado.		
	Concorda	Outras posições
Agência	O processo poderia ser mais rápido – mais lento nunca – mas é preciso ter consistência na implantação do processo, sob pena de descrédito.	
Gestores		
Governo		
Medicinas de Grupo		Consideram velocidade muita acelerada e reclamam da condução do processo de regulação sem consulta aos atores.
Seguradoras		Entendem que o prazo para adaptação de operadoras (exceto seguradoras) aos requerimentos de reserva foi longo, porém necessário. Questionam a efetividade do cumprimento das regras e o adiamento das metas.
Autogestões		
Cooperativas		Entendem que seria possível avançar por fases – consolidando cada fase antes de seguir para outra.
Consumidores	Entendem o processo como lento e insatisfatório.	
Usuários		
Trabalhadores		
Profissionais	Esperam um avanço mais rápido do processo.	
Prestadores		Defendem a implantação mais lenta e segura.
Compradores		

A ausência desse marco regulatório no mercado de saúde suplementar parece dar origem à própria instabilidade das normatizações e dificultar uma maior velocidade de implantação de mudanças, que poderiam significar um maior aprimoramento do processo regulatório.

Quadro 6.4 – Velocidade do Processo – Resumo

Ponto de Discussão	Velocidade do Processo de Regulação
Resumo Geral	A velocidade do processo é interpretada como veloz para provedores (operadoras e prestadores) e lenta para tomadores (consumidores) – refletindo os interesses próprios de cada grupo.
Entidade	Posicionamento Resumido
Agência	Confirmam que o processo poderia ser mais rápido, porém lembram que é preciso também ter consistência na implantação deste, sob pena de descrédito.
Gestores Governo	
Medicinas de Grupo	Questionam a velocidade e a falta de consulta aos atores participantes do processo de regulação com que é conduzido o processo de regulação.
Seguradoras	Entendem que a regulação manteve as exigências de garantia para as seguradoras, porém concedeu prazo para que os demais tipos de operadora pudessem se adaptar aos requerimentos. Reconhecem que esta dilação de prazo era necessária, porém questionam a efetividade do cumprimento das regras e o seguido adiamento dos prazos.
Autogestões	
Cooperativas	Discordam da velocidade aplicada ao processo, entendendo que seria possível avançar por fases, consolidando cada uma antes de seguir para a próxima.
Consumidores Usuários	Entendem o processo como lento e insatisfatório.
Trabalhadores Profissionais	Esperam avanço mais rápido do processo.
Prestadores	Questionam a velocidade com que se avança com o processo de regulação, defendendo que uma implantação mais lenta e planejada, porém firme, traria resultados mais consistentes.
Compradores	

As expectativas dos atores são bastante diferentes, sendo preponderante a opinião de lentidão no processo de regulação para os consumidores, e por outro lado acelerada demais para as operadoras e prestadoras.

Independentemente do posicionamento dos atores, parece importante considerar a concessão de prazos que permitam a eles, adequarem-se às modificações requeridas pela regulação, sem que isto significasse deixar de avançar com o processo regulatório.

Por outro lado, representantes da agência entendem que poderia ser alcançada uma maior efetividade da regulação se a legislação global também estivesse preparada para o conceito de agência.

6.1.2 O impacto do Judiciário na regulação

O entendimento da participação do Judiciário como interferência ou apoio ao processo de regulação não é consenso entre os atores da CSS. É interessante notar que operadores e prestadores que normalmente se alinham, neste ponto divergem. O mesmo ocorre com consumidores, usuários e profissionais.

Dos 13 atores, três não se manifestaram, seis indicaram que o Judiciário interfere no processo de regulação, ainda que um destes considere isto positivo, enquanto para os quatro restantes o Judiciário não interfere no processo, ainda que um tenha indicado que o Judiciário é chamado para resolver questões nas quais a regulação afronta a lei.

Os principais pontos de atrito são a subordinação ou não da Lei 9.656/98 ao Código de Defesa do Consumidor, o respeito aos contratos – ampliação de coberturas decorrente de incorporação tecnológica e precificação de produtos.

Bahia (2005) entende que a atuação do Poder Judiciário na mediação dos conflitos entre clientes e empresas de planos de saúde decorre das falhas da legislação que regulamenta os estes planos, mas reconhece o chamado “compromisso social dos magistrados”, ao permitirem acesso de beneficiários de plano de saúde a procedimentos não cobertos por este plano, via concessão de medidas liminares, tem como consequência desequilíbrio econômico na relação operadora - beneficiário.

Quadro 6.5 – Impacto do Judiciário – Interferência na Regulação

O Judiciário não interfere no papel regulador		
	Concorda	Outras posições
Agência	As operadoras deveriam esclarecer os usuários sobre a legislação, minimizando a necessidade de se recorrer ao Judiciário.	
Gestores		
Governo	Apesar do volume de itens em disputa no judiciário, este não está interferindo no papel regulador.	
Medicinas de Grupo		O Judiciário interfere nas condições contratuais, ampliando coberturas, particularmente aquelas ligadas à incorporação tecnológica, não precificadas no plano original, trazendo desequilíbrio ao mercado.
Seguradoras		Consideram a falta de regulação de incorporação tecnológica e a integralidade de cobertura como dinamizadores da atuação do Judiciário e do desequilíbrio dos custos
Autogestões		
Cooperativas		Debatem a posição do Judiciário em relação à subordinação da Lei 9.656/98 ao CDC, considerando o impacto deste posicionamento no equilíbrio dos contratos.
Consumidores	Entendem que a discussão judicial da prevalência entre CDC e as regras contratuais atuais será resolvida ao longo dos próximos anos, e que a partir daí facilitará uma interpretação mais harmônica, inibindo aberrações e limitações.	
Usuários		Entendem que a regulação entre operadora e usuário funciona bem, até por que caso não funcione se recorre ao judiciário e se resolve (liminarmente a favor do usuário) com facilidade.
Trabalhadores		
Profissionais		Reconhecem a inadequação do Judiciário como mediador de conflitos no modelo de regulação. Sua intervenção na questão dos contratos antigos acaba indicando o

		caminho do desequilíbrio nos contratos.
Prestadores	Entendem que o Judiciário, apesar de sua falta de conhecimento do sistema de saúde, é chamado a intervir no processo de regulação por conta de potenciais descumprimentos da lei por parte da agência.	
Compradores		Consideram a cultura da judicialização e do desrespeito a contratos como fator impeditivo de oferecimento de produtos mais flexíveis e ao mesmo tempo fator de desequilíbrio de mercado.

Para Giovanella, Ribeiro e Costa (2002) persiste um padrão de conflito entre as diferentes Leis e Regulamentos, considerando que a legislação de defesa do consumidor tem um caráter mais abrangente, gerando uma estrutura de direitos individuais com jurisprudência ampla sobre as decisões da ANS. Neste sentido, a ANS deveria combinar a defesa do consumidor com o desenvolvimento do setor, visando alcançar o equilíbrio entre direitos individuais abrangentes e a existência de um mercado competitivo e diversificado.

Cavalcanti (2003), ao discutir a precificação dos planos de saúde por parte das operadoras, ressalta o impacto da concessão de liminares judiciais para coberturas chamadas de inexistentes, garantindo o direito a um tratamento não coberto pelo plano ou ainda a autorização judicial para atendimento a beneficiário, apesar de declaração de doença pré-existente. Segundo o autor, este recurso aumenta a cautela das operadoras na aceitação de novos clientes.

Uma amostra da utilização do Judiciário por parte dos atores do mercado de saúde suplementar em defesa de suas posições pode ser vista em Scheffer (2006). Neste estudo, são analisados 735 acórdãos do Tribunal de Justiça de São Paulo,

discutindo onde 55% dos casos estão relacionados a questões ligadas à cobertura contratual.

As diferenças de posicionamento dos atores com relação ao impacto do Judiciário no processo de regulação marcam diretamente seus interesses, já que promovem o desequilíbrio de contratos por ampliarem coberturas sem a necessária garantia financeira, e até facilitam (quase como despachantes) a obtenção de atendimentos cobertos ou não pelo plano. Uma questão fundamental neste processo é a definição da prevalência ou não do Código de Defesa do Consumidor sobre a Lei 9.659/98 e mesmo os limites de aplicação deste Código.

Quadro 6.6 – Impacto do Judiciário – Resumo

Discussão	O impacto do Judiciário na Regulação
Resumo Geral	As posições dos atores obviamente refletem seus interesses, desde aqueles que entenderem a participação do judiciário como facilitador de atendimento até os que o vêem como fator de desequilíbrio econômico do mercado.
Entidade	Posicionamento Resumido
Agência	O esclarecimento e cumprimento do Código de Defesa do Consumidor por parte das empresas minimizaria a necessidade de se recorrer ao Judiciário.
Gestores	
Governo	Entendem que apesar do volume de itens em disputa para os quais se busca a interpretação judicial, esta não está interferindo no papel regulador.
Medicina de Grupo	Entendem que o Judiciário interfere nas condições contratuais do plano de saúde, ampliando coberturas, particularmente aquelas ligadas à incorporação tecnológica, que por não terem sido contempladas no contrato original não foram precificadas, trazendo desequilíbrio econômico para o mercado.
Seguradoras	Consideram a falta de regulação de incorporação tecnológica e a conceituação de integralidade de cobertura como dinamizadores da atuação do Judiciário e do desequilíbrio dos custos.
Autogestão	
Cooperativas	Debatem a posição do Judiciário em relação a subordinação da Lei 9.656/98 ao Código de Defesa do Consumidor, considerando que o impacto deste posicionamento interfere no equilíbrio dos contratos.
Consumidores	Entendem que a discussão judicial da prevalência entre Código de Defesa do Consumidor e as regras contratuais atuais será resolvida ao longo dos próximos anos, e que a partir daí facilitará uma

	interpretação mais harmônica, inibindo aberrações e limitações.
Usuários	Entendem que a regulação entre operadora e usuário funciona bem, até por que caso não funcione se recorre ao judiciário e se resolve (liminarmente a favor do usuário) com muita facilidade.
Trabalhadores	
Profissionais	Relatam que o Judiciário começou a ter papel na mediação dos conflitos nos anos 90, porém reconhecem sua inadequação, e, portanto a lógica de se constituir um modelo de regulação. O Judiciário é chamado a intervir pelos consumidores na questão dos contratos antigos e suas deliberações acabam desequilibrando os contratos.
Prestadores	Entendem que o Judiciário, apesar de sua falta de conhecimento do sistema de saúde, é chamado a intervir no processo de regulação por conta de potenciais descumprimentos da lei por parte da agência.
Compradores	Consideram a cultura da judicialização e do desrespeito a contratos como fator impeditivo de oferecimento de produtos mais flexíveis e ao mesmo tempo fator de desequilíbrio de mercado.

6.2 Viabilidade econômica – Reajuste e fomento

6.2.1 Reajuste

Todos os atores reconhecem a necessidade de reajustes visando a manutenção do equilíbrio econômico dos contratos. A maioria reconhece a inadequação da metodologia de cálculo, baseada na média dos reajustes concedidos em planos coletivos. Mesmo a agência, que naturalmente defende sua metodologia, já considerou contratar consultoria para auxiliar na definição deste índice. Embora o governo não tenha se manifestado, defende a construção de soluções visando a sustentabilidade (no sentido de garantia de direitos) ao setor.

Os pontos de convergência dos atores que defendem a inadequação da metodologia de cálculo dos reajustes são a definição destes baseados em aumentos efetivos de custos, não lineares entre segmentos ou tipos de plano, mas que tenham

transparência na apuração. A posição mais radical apresentada é a das seguradoras que não admite controle de preços no universo da regulação.

A busca por reduções de custos que mantenham a viabilidade do setor foi apontada por trabalhadores e profissionais, sendo que estes últimos debatem a manutenção do modelo assistencial em vigor, que teria características de incentivo ao desperdício.

Corroborando a linha dos representantes da CSS, Cata Preta (2004) e Scheffer e Bahia (2005) criticam o mecanismo de reajuste de preços adotado pela ANS, chamando atenção para sua falta de transparência. O primeiro ainda ressalta a falta de relação entre reajustes e sinistralidade, desincentivando a oferta de planos para os grupos de maior risco.

Quadro 6.7 – Viabilidade Econômica – Metodologia para Reajuste

O reajuste de preços de planos é necessário, porém sua fórmula de cálculo é inadequada, não atendendo o mercado.		
	Concorda	Outras posições
Agência		Entendem a metodologia como adequada, pois se baseia nos reajustes em contratos coletivos onde existe maior capacidade de negociação. Indicam ter sido proposta a contratação de pesquisa específica de preços, mas esta não foi implementada.
Gestores	Reconhecem o custo da saúde e a necessidade de reajuste para manter o equilíbrio do sistema, porém entendem que a ANS deveria ter ferramentas melhores para determinar os reajustes adequados.	
Governo	Reconhecem as ações da ANS como tendo objetivo de dar sustentabilidade ao mercado, visando garantir os direitos de quem optar por saúde suplementar.	
Medicinas de Grupo	Entendem a necessidade de reajuste como forma de manter equilíbrio das empresas. Este reajuste deve refletir as necessidades de cada situação.	

Seguradoras	Questionam controle de preços como parte da regulação.	
Autogestões	Definem esta como a mais polêmica da regulação, justificado pelo mercado imperfeito. Os planos bem administrados podem ser lucrativos e a autogestão tem o benefício de poder propor reequilíbrio econômico do contrato.	
Cooperativas	Questionam a conduta da ANS nos reajustes, alegando que a nota técnica atuarial deveria ser a base para adequação e não índices arbitrados.	
Consumidores	Questionam a transparência na apuração dos custos e definição da necessidade de reajuste. Sugerem o estabelecimento de metodologia isenta para a apuração.	
Usuários	Sugerem uma metodologia que permita apurar custos e reajustes necessários ao equilíbrio do sistema.	
Trabalhadores	Entendem que é preciso alcançar soluções para reduzir o custo da medicina, tendo em vista a incorporação tecnológica. Apresentaram proposta para a reajuste que não foi ouvida pela agência.	
Profissionais	Entendem que não existe uma fórmula adequada para reajustar, porém que deve ser analisado o modelo assistencial adotado, já que este incentiva desperdícios	
Prestadores	Entendem que a forma atual de reajuste é incorreta, não sendo possível aplicar-se um índice único a todas as operadoras, mas deveria se basear em efetivo aumento de custos.	
Compradores	Reconhecem a necessidade de reajustar preços, visando não ter que desafiar qualidade da assistência como forma de manter viabilidade da operação.	

Quadro 6.8 – Viabilidade Econômica – Reajuste - Resumo

Discussão	Viabilidade Econômica – Reajuste
Resumo Geral	A aceitação do lucro para as empresas parece ser consenso entre os atores, porém há dúvidas quanto à metodologia de apuração dos reajustes de preços. Questiona-se o próprio conceito de controle de preços que divide os atores.
Entidade	Posicionamento Resumido
Agência	Entendem que a metodologia para definição de reajuste é adequada, uma vez que coteja os reajustes acordados nos contratos coletivos onde existe a melhor capacidade de negociação. Indicam ter sido proposta contratação de pesquisa específica de preços, mas que esta não foi implementada. Entendem ainda que a fórmula de reajuste aplicada a contratos antigos é eficiente para correção de distorções.

Gestores	Reconhecem o custo crescente da saúde e a necessidade de reajuste para manter o equilíbrio do sistema e que a agência deveria buscar as melhores ferramentas para determinar os reajustes adequados.
Governo	Reconhecem as ações da ANS visando garantir os direitos de quem optar por saúde suplementar.
Medicinas de Grupo	Entendem a necessidade de reajuste como forma de manter equilíbrio das empresas. Este reajuste deve refletir as necessidades de cada situação.
Seguradoras	Questionam o controle de preços como parte da regulação.
Autogestões	Consideram reajuste de preços como a questão mais polêmica da regulação, porém entendem que planos bem administrados podem ser lucrativos.
Cooperativas	Alegam que a nota técnica atuarial deveria ser a base para reajustes e que os programas de prevenção e promoção da saúde podem ser alternativa para a redução de custos e manutenção das operações.
Consumidores	Questionam a transparência na apuração dos custos e definição da necessidade de reajuste. Sugerem o estabelecimento de uma metodologia isenta para a apuração, como forma de pacificação desta disputa. Questionam a autorização de TAC (Termos de Ajustamento e Conduta) validando aumentos maiores para os planos anteriores a Lei 9.656/98.
Usuários	Não se manifestam como contrários à saúde suplementar, porém sugerem uma metodologia que permita apurar efetivamente os custos e os reajustes necessários ao equilíbrio do sistema.
Trabalhadores	Entendem que é preciso alcançar soluções para reduzir o custo da medicina, tendo em vista a incorporação tecnológica.
Profissionais	Reconhecem o controle de preços como decorrência do período inflacionário e que não existe uma fórmula adequada para reajuste.
Prestadores	Entendem como incorreta a forma atual de reajuste de um índice único para todas as operadoras. O reajuste deveria se baseado em efetivo aumento de custos.
Compradores	Reconhecem a necessidade de reajustar preços para não desafiar qualidade como forma de garantir a sustentabilidade.

Parece ser entendimento geral dos atores, incluindo os órgãos de defesa dos consumidores e os reguladores, a admissão do lucro no sistema supletivo como forma de permitir sua perpetuidade. Porém, a discussão quanto aos critérios de reajuste de preços dos planos, a adaptação às faixas definidas após o estatuto do idoso e a sinistralidade apurada no sistema põe em xeque esta continuidade, com potencial abandono por parte das operadoras dos mercados individuais e oligopolização do mercado.

A disputa ocorre entre a fórmula atual de reajuste aplicada pela ANS, que reflete a média dos acordos efetuados em planos coletivos, porém não as

necessidades apontadas pelas operadoras nem as limitações financeiras dos consumidores.

Adicionalmente, a transparência no cálculo dos reajustes necessários para planos antigos também é fator de conflito, já que a apuração dos dados é feita pelas operadoras e acompanhado pela ANS.

O controle de preços como parte do processo de regulação é questionado, tendo em vista ser este um dos poucos serviços controlados na economia.

O governo tem como objetivo incentivar ações que garantam a sustentabilidade do mercado, entre as quais reajustes de preços que permitam a sobrevida do mercado.

6.2.2 Fomento

A busca pela sustentabilidade do mercado parece ser o objetivo comum dos atores, porém a forma de alcançá-la os divide.

De um lado estão operadoras e compradores defendendo a utilização de incentivos fiscais e recursos públicos como forma de gerar expansão do mercado, derivando a sustentabilidade deste crescimento.

De outro lado, profissionais e trabalhadores recomendam a revisão do modelo assistencial como forma de redução do custos no sistema, que contribuiria para a sustentabilidade do mesmo, posição que é parcialmente endossada pelas autogestões. Consumidores e agência defendem mecanismos de concorrência como portabilidade como fatores de indução à sustentabilidade. O governo indica

claramente que não haverá nenhum incentivo para o crescimento do setor, mas sim a preservação do mesmo.

Explorando a questão de custos, Bahia (2005) refere-se à mercantilização das políticas de saúde e aos incentivos para o uso de determinadas marcas de medicamentos, de órteses e próteses como empecilhos para uma gradual viabilização de uma proposta de crescimento do mercado.

Diversos autores associam o custo crescente com saúde não somente ao envelhecimento da população, mas também consideram o impacto da penetração da lógica capitalista no segmento. A sua face mais visível, porém, se verifica na incorporação tecnológica.

Gadelha *et al* (2003) ressaltam a necessidade de considerar a dinâmica econômica das instituições e da política pública no tratamento das inovações em saúde, por entenderem que a área da saúde é um dos espaços econômicos mais dinâmicos de acumulação de capital e de inovação, pelo seu caráter sistêmico, envolvendo a geração de novos produtos e processos na área da saúde e pela área da saúde continuar sendo uma das de maior intervenção estatal, tanto em serviços, quanto em atividades tecnológicas.

Os mesmos autores analisam ainda o chamado complexo industrial da saúde, entendendo-o como conjunto das atividades produtivas e suas relações de interdependência, segundo uma perspectiva de economia política e da inovação, sendo que a lógica empresarial capitalista penetraria profundamente em todos os segmentos produtivos, desde aqueles que já operavam nessas bases, como a farmacêutica e de equipamentos médicos, até outros segmentos em que seria ainda possível a convivência de lógicas empresariais com não empresariais, como

vacinas, produtos biológicos, prestação de serviços de saúde e até atividades que preservaram sua natureza pública ou estatal. Estas relações de contratualização e de constituição de *quase mercados* pressionariam os agentes para seguirem lógicas de obtenção de competitividade e de eficiência econômica em suas atividades. Assim, a saúde constituiria não apenas um espaço importante de inovação, mas também de acumulação de capital, gerando oportunidades de investimento, renda e emprego, sendo portanto necessária uma forte presença do Estado e da sociedade compensando as assimetrias e desigualdades associadas à operação de estratégias empresariais e de mercado. Ressaltam ainda que o Estado deveria constituir-se em instância determinante da dinâmica industrial do complexo da saúde, considerando seu elevado poder de compra de bens e serviços, já que os resultados observados na década de 90 mostram uma conjunção perversa da política macroeconômica, industrial, de comércio exterior e tecnológica, onde dissocia-se prestação de serviços e produção industrial e que fragilizariam o avanço da política nacional de saúde (Gadelha et al, 2003).

O debate quanto à questão da incorporação tecnológica segue tomando a atenção dos atores tanto da esfera pública, quanto da privada. Jorge (2006) afirma que os custos crescentes com assistência sem o comprovado impacto na saúde dos beneficiários seriam os principais motivadores para a grande demanda por parte das operadoras e prestadores visando à intervenção da ANS na regulação do processo de incorporação tecnológica.

Ainda para esta autora, o processo de incorporação tecnológica estaria inadequado pela conjugação de desvios de avaliação, ao não se considerar a disponibilidade de recursos e custos operacionais na decisão de investimento e a estreita relação entre fornecedores de tecnologias e profissionais de saúde,

pressionando pela compra de novas tecnologias, sob o argumento da atualização ou capacitação, o que levaria a resultados iníquos na distribuição destas combinada a conflito de interesses, sendo este diagnóstico comum à saúde pública e à suplementar (Jorge, 2006).

Quadro 6.9 – Viabilidade Econômica – Crescimento e Sustentabilidade

O mercado sem fomento não terá sustentabilidade		
	Concorda	Outras posições
Agência		Reconhecem que não existem planos para fomento, mas entendem que o papel da agência é induzir a sustentabilidade e isto pode ocorrer através de incentivo à concorrência com mecanismos de portabilidade.
Gestores		Discutem a relação público-privado que dinamizou o mercado até a condição atual.
Governo		Não existe objetivo de incentivo ou crescimento, mas sim de preservação e sustentabilidade da regulação suplementar.
Medicinas de Grupo	Indicam um mercado em declínio com risco à sustentabilidade.	
Seguradoras	Recomendam o esforço da ANS em busca de fomento e sugerem repensar a questão do uso de recursos públicos para ampliar o mercado.	
Autogestões	Entendem que o Ministério da Saúde não destinará recursos adicionais para o sistema. Esta postura põe em risco a sustentabilidade e a agência deveria buscar alternativas para fomento. Ainda considerando sustentabilidade, desafiam o modelo assistencial atual e sua tendência ao desperdício.	
Cooperativas	Questionam a sustentabilidade do mercado tendo em vista a limitação de reajustes e inexistência de iniciativas de fomento.	
Consumidores		Contrapõem fomento à concorrência e defendem o SUS competente como modelo ideal para o futuro.

Usuários		
Trabalhadores		Sugerem a busca de alternativas de redução de custos para o mercado, como forma de viabilizar a manutenção do mesmo.
Profissionais		Recomendam a discussão do modelo assistencial adotado, visando a sustentabilidade.
Prestadores		
Compradores	Defendem fomento como mecanismo de sustentabilidade do mercado. Questionam a lógica do incentivo fiscal aplicado em outras áreas.	

Dados quantitativos apresentados pela ANS indicam que o mercado de saúde suplementar cresceu entre 2000 e 2006 tanto em número de beneficiários (2,4% ao ano) quanto em receita total auferida (12,6% ao ano).

Adicionalmente, identificou-se ao longo desta tese a forte vinculação de mercado de saúde suplementar ao mercado de trabalho e, portanto, a relação entre o crescimento da economia medida pelo PIB com o crescimento do mercado de saúde suplementar.

Apesar destes indicadores, persiste por parte das operadoras a demanda por medidas de fomento à atividade que incluam novos incentivos fiscais (ou mecanismos de renúncia fiscal) e o uso de dinheiro público visando garantir a sustentabilidade do mercado.

Algumas medidas em discussão na ANS, como a montagem de uma carteira de desconto de recebíveis, poderiam amenizar o custo de financiamento, principalmente das operadoras menores, porém estas não foram implementadas.

A ANS e o Ministério da Saúde não acreditam que a introdução de medidas de fomento requerem a destinação de recursos públicos, ainda que sob a forma de incentivo fiscal ou renúncia fiscal. No entanto consideram relevante a garantia da

sustentabilidade da regulação. A sustentabilidade buscada por estes atores parece ter o sentido de preservação de direitos com foco no consumidor.

Quadro 6.10 – Viabilidade Econômica – Crescimento - Resumo

Discussão	Viabilidade do Sistema – Crescimento
Resumo Geral	Existe um consenso neste mercado, que é a busca pela sustentabilidade. As divergências surgem quanto as alternativas como incentivos fiscais na visão de operadoras e como concorrência na visão de consumidores e da agência. Tanto a agência quanto o Ministério da Saúde desconsideram novos incentivos, porém entendem a importância do segmento.
Entidade	Posicionamento Resumido
Agência	Indicam o incentivo à concorrência com mecanismos de portabilidade como forma de buscar sustentabilidade que seria o papel da agência ao induzir a sustentabilidade. Sugerem abrir o debate sobre a modelagem dos planos sem, no entanto, abrir mão da abrangência, sinalizando com autogestão multipatrocinada. A atual gestão da agência confirma que não devem ser propostos novos incentivos à planos.
Gestores	Discutem a relação público-privada que dinamizou o mercado até o status atual.
Governo	Não existe objetivo de incentivo ou crescimento, mas sim de preservação e sustentabilidade da regulação complementar.
Medicinas de Grupo	Indicam um mercado em declínio com risco para sustentabilidade.
Seguradoras	Recomendam o esforço da ANS em busca de fomento. Reconhecem algumas iniciativas e sugerem repensar a questão do uso de recursos públicos para ampliar o mercado.
Autogestões	Entendem que a gestão atual do Ministério da Saúde apenas tolera a saúde suplementar, mas que não destinará recursos adicionais para o sistema. Esta postura põe em risco a sustentabilidade e a agência deveria buscar alternativas para fomento. Ainda considerando sustentabilidade, desafiam o modelo assistencial atual e sua tendência ao desperdício.
Cooperativas	Questionam a manutenção de seguradoras e medicina de grupo no mercado, tendo em vista a limitação de reajustes e de sustentabilidade.
Consumidores	Contrapõem a ideia de fomento a de concorrência e defendem o SUS competente como modelo ideal para o futuro.
Usuários	
Trabalhadores	Sugerem a busca de alternativas de redução de custos para o mercado, como forma de viabilizar a manutenção do mesmo.
Profissionais	Recomendam a discussão do modelo assistencial adotado, visando a sustentabilidade.
Prestadores	
Compradores	Defendem fomento como mecanismo de sustentabilidade do mercado. Questionam a lógica do incentivo fiscal aplicado em outras áreas.

O aumento da concorrência no mercado é vista como positiva pelos consumidores e pela agência que acreditam que alternativas como portabilidade

poderiam ser desenvolvidas como mecanismos que permitissem o livre trânsito de carências e contribuições de uma empresa para outra.

Assim, conclui-se que a viabilidade econômica do mercado de saúde suplementar não pode depender da concessão de subsídios e incentivos governamentais, requerendo uma gestão eficiente de custos por parte das operadoras, maior transparência da agência quanto a metodologia de cálculo para reajuste de preço e a definição do marco regulatório, permitindo, desta forma, a redução de interferência do Judiciário no processo regulatório. A consolidação destes fatores poderá favorecer a construção de sustentabilidade para o setor, atendendo os seus diversos conceitos.

7 A avaliação da ANS pelos atores

Este capítulo apresenta as dimensões analíticas que compõem a avaliação da ANS por parte dos atores participantes da CSS, abordando aspectos da infraestrutura, integração entre diretorias, normativos, avaliação geral da ANS e também a indicação de sucessos e lacunas no processo de regulação apontados por estes mesmos atores.

Os resultados relativos a avaliação da ANS foram comparados aos consensos construídos durante o Fórum em Saúde Suplementar (FSS), promovido pela ANS e Ministério da Saúde em 2003, buscando-se analisar particularidades e similitudes entre ambos. O FSS foi constituído por três etapas e contou com uma ampla participação de uma diversificada gama de atores interessados neste mercado, incluindo os próprios membros da CSS. Foram produzidos consensos nos aspectos de incorporação tecnológica, programas de prevenção, políticas de reajuste, relação operador-prestador e ressarcimento ao SUS.

A comparação proposta acima, permitiu identificar lacunas apontadas em dois diferentes períodos: 2003 e 2006, apontando, portanto, um indicador da evolução do processo de regulação.

O quadro 7.1 abaixo detalha dimensões, variáveis e indicadores desenvolvidos para este capítulo:

Quadro 7.1 – Dimensões Analíticas – ANS na Visão dos Atores

Dimensão	Variável	Indicador
Avaliação da ANS	Infra-estrutura	Integração dos sistemas
		Quadro de pessoal adequado e treinado
	Integração entre diretorias – 5 agências	Coordenação de iniciativas
	Normativo excessivo	Criação do marco regulatório
	Avaliação Geral	Consolidação da regulação
Sucessos e Lacunas	Sucessos	
	Lacunas	

A seguir é apresentado o sumário geral dos principais pontos de discussão com os atores e que serão analisados neste capítulo.

A avaliação geral, baseada nas entrevistas com atores, indica como positivo o saneamento do mercado obtido após a lei 9.656/98 ao expurgar empresas que não apresentavam condições técnicas ou econômicas para operar em saúde suplementar.

Por outro lado, esta mesma avaliação por parte dos atores entrevistados, aponta diversas oportunidades de melhoria para o processo de regulação, incluindo o debate sobre controle de preços dos planos de saúde, a adequação do marco regulatório, a integração entre as diretorias da ANS, a incorporação de novos atores no campo regulado, o debate sobre o uso de cargos em barganhas políticas, entre outros .

No que tange à infra-estrutura, os depoimentos indicam a carência de recursos humanos com conhecimento do mercado como um dos principais entraves ao bom desempenho da agência, porque dificulta o entendimento da necessidade para o desenho e implantação de processos informatizados adequados.

A falta de integração entre as diretorias, além de conduzir a sobreposição e reprodução do trabalho e trazer com isso custos incrementais, é também percebido como indicador da ausência de uma política norteadora por parte da própria agência e potencialmente demonstrando o resultado de interferências políticas na sua gestão.

O volume de regramentos e normas dificulta o efetivo entendimento por parte de operadoras e usuários de seus direitos e obrigações. Considerando a complexidade do mercado, alguns atores sugerem a consolidação dos regramentos e a criação de um marco regulatório.

As tabelas a seguir condensam os posicionamentos dos atores entrevistados quanto a cada tópico abordado. Não se trata aqui de se fazer uma somatória deles, mas sim destacar os elementos comuns e os dissensos encontrados em suas falas, refletindo sua posição e o lugar que ocupam na sociedade e no sistema de saúde. Não necessariamente o posicionamento dos entrevistados reflete o pensamento do grupo de representação construído para análise, mas forma um conjunto de informações e dados para o entendimento dos interesses presentes no sistema de saúde suplementar.

Quadro 7.2 – Dimensões Analíticas – Avaliação da ANS - Resumo

Discussão	Dimensão: Avaliação da ANS
Resumo Geral	Limitações quanto a sistemas informatizados, quanto a recursos humanos e o desconhecimento da operação do mercado pelos reguladores foram apontados como gargalos em termos de infraestrutura e fatores para lentidão e burocracia interna. A falta de integração entre as diretorias é consenso entre os atores e é justificada pela partidarização ou barganha política na escolha de diretores e pela falta de uma política norteadora, impactando em custos e na velocidade do processo de regulação. O volume de normativos e a falta de uma consolidação (ou marco regulatório) dificultam o entendimento de direitos e obrigações pelos atores e incentivam o procura da Justiça como alternativa de resolução de pendências, ainda que caiba pontuar que a busca pela Justiça por parte dos usuários, não se explique apenas pelo não entendimento do regramento. A regulação atingiu uma fase em que nenhum dos atores está satisfeito, sendo intensas as críticas à atuação da agência e o apontamento de diversas lacunas no processo, mas existe algum nível de entendimento de que este é um processo em construção.
Entidade	Posicionamento Resumido
Agência	Consideram a questão dos recursos humanos um gargalo, enfatizando que o concurso público para preenchimento de cargos permanentes em substituição de parte do quadro temporário poderá impactar o desempenho da agência, a medida em que estes novos contratados deverão percorrer uma curva de aprendizado sobre o mercado, tendo em vista sua origem sanitária. Confirmam a falta de integração entre as diretorias, apresentando o objetivo de alinhar estas em torno de projetos comuns (qualificação ou TISS). Reconhecem que a complexidade da legislação afeta a compreensão de direitos e obrigações, principalmente por parte do consumidor, ainda que imputem este papel de disseminador de informações para a decisão do consumidor às operadoras. Entendem que o processo regulatório já apresentou avanços importantes como a definição de produto e um entendimento maior do mercado pelos reguladores, mas por se tratar de um modelo em construção ainda requer melhorias, como o incentivo à concorrência, programas de prevenção e promoção da saúde e consolidação de informações com o SUS.
Gestores	Reconhecem o papel da agência, porém entendem que deveria haver uma maior aproximação entre instâncias – agência e controle social.
Governo	Ressaltam o alinhamento da ANS com o governo em termos da sustentabilidade para o setor, sendo fruto de maior integração entre ANS e MS, via estrutura colegiada, onde as questões de regulação são previamente debatidas.
Medicinas de Grupo	Ressaltam as dificuldades da agência com recursos humanos, sistemas informatizados e com as modificações mensais da legislação resultando em burocracia em seus processos. A não integração das diretorias da agência aumenta os custos para o mercado, sendo apontada a necessidade de coordenação entre as áreas. Entendem o desempenho da agência como razoável, mesmo

	reconhecendo a dificuldade da sua missão.
Seguradoras	Reconhecem a atuação independente das diretorias, a falta de integração e de uma política geral clara para o setor. Entendem o gradualismo na implantação de reservas técnicas, apesar de a verem como distorção ao manter condições desiguais de competitividade entre seguradoras (que cumprem a regra) e as demais operadoras. Questionam ainda a flexibilidade dos prazos concedidos para adequação e a qualidade dos ativos garantidores aceitos pela agência.
Autogestões	Questionam a implantação, por parte da agência, de sistemas informatizados, sem que esta entendesse primeiramente o mercado e ressaltam o impacto do concurso para quadro permanente no desempenho da ANS, tendo em vista o prazo de treinamento e aprendizado destes profissionais. Reconhecem a desintegração entre as diretorias, mas consideram que a maturidade do processo deve corrigir esta questão. Não se posicionam quanto a normatização. Reconhecem a operosidade da agência, mas questionam sua atuação no controle de preços, seu rigor e velocidade na implantação de sistemas, por temerem que ela empurre o mercado rumo à oligopolização, tendo em vista o incremento de custos. Questionam a vinculação de diretores da agência a determinados atores e o impacto disto na sua independência de atuação. Reclamam da utilização de mídia negativa, por parte da ANS, como forma de obter maior visibilidade.
Cooperativas	Ressaltam o impacto da substituição de recursos humanos no desempenho da ANS e o da não integração entre as diretorias como fator de incremento de custo. Sugerem a consolidação dos normativos em saúde suplementar, como forma de facilitar o entendimento do mercado. Consideram o processo regulatório inevitável, porém truculento na forma e excessivamente normatizado trazendo custos, inviabilizando operadoras menores e direcionando à oligolização. Entendem que o objetivo de isolar os dirigentes de pressões políticas não é alcançado, tendo em vista a utilização de cargos na agência em barganhas políticas. Consideram que a contribuição final da agência é neutra, tendo em vista os problemas mencionados, mas que acabam sendo equilibrados pela limpeza do mercado advinda de sua atuação.
Consumidores	Não se posicionam quanto à infra-estrutura. Apontam a falta de diálogo e de clareza quanto à missão da agência como fatores de desintegração entre diretorias. Defendem a prevalência do Código de Defesa do Consumidor nas decisões legais. Consideram a atuação da ANS como a pior entre as agências reguladoras, por conta da falta de seriedade, da pouca participação dos atores, da reduzida velocidade na solução da pauta de reivindicações, da efetiva proteção ao consumidor, da transparência de seus processos, do foco concentrado apenas na relação entre consumidor individual e operadora, direcionando para a coletivização de contratos individuais.
Usuários	Elogiam o nível de resposta da agência às questões colocadas (via SAC), porém não se posicionam quanto à integração e normatização que ela realiza. Apesar de entenderem que a agência não cumpre

	sua missão de defender o interesse público, que a regulação da saúde suplementar deveria estar subordinada ao controle social do SUS e que as estratégias e políticas do Ministério da Saúde para o setor deveriam estar mais claras, reconhecem que o usuário obteve melhorias com o processo.
Trabalhadores	Não se posicionam quanto à infra-estrutura, à normatização e informam não conhecerem a dinâmica interna da agência, indicando uma postura distante no processo. Reconhecem a importância da agência reguladora, sua busca por mediar forças em desequilíbrio no mercado, mas questionam o tratamento dado aos trabalhadores e usuários neste processo.
Profissionais	Culpam a falta de estrutura inicial da agência pelo foco em questões econômicas; ao mesmo tempo, apontam as indicações partidárias e o perfil dos diretores como explicação para a desintegração das diretorias. Debatem a hipertrofia regulatória, a menor atenção quanto ao modelo assistencial e criticam a segmentação de planos (hospitalar e ambulatorial), considerando a fragmentação do tratamento e os impactos para o SUS, porém reconhecem as limitações de uma agência em construção. Questionam o controle de preço, ponderam sobre o impacto do envelhecimento da população sobre os custos assistenciais.
Prestadores	Ressaltam que a falta de conhecimento sobre o mercado por parte da agência pode comprometer a estrutura da regulação. A indefinição e o volume de alterações nos normativos colocam em dúvida a firmeza do terreno da regulação. Adicionam como problemas da agência: a limitação de sua abrangência (interação com a ANVISA), a regulação dos prestadores e da incorporação tecnológica.
Compradores	Não se posicionam quanto à infra-estrutura. Não enxergam a agência como um corpo único e integrado. Entendem que se deveria adotar uma visão de cadeia produtiva para a regulação e ao mesmo tempo indicam que se deveria regular linhas gerais e normatizar menos, regulamentando seletivamente. Questionam a interferência de interesses políticos, mas reconhecem a segunda gestão da ANS como melhor que a primeira e mais identificada com o papel esperado para a agência. Apesar disto consideram o desempenho geral da agência apenas como médio, distante de um grande agente de transformação do mercado.

7.1 Avaliação da infra-estrutura

Ainda que seis atores não tenham se manifestado sobre o tema, parece haver consenso entre os demais quanto às dificuldades geradas pela inadequação da

infra-estrutura da agência (inadequação dos sistemas informatizados e treinamento do pessoal) sobre a operação do mercado.

É destacado o desconhecimento dos reguladores quanto aos mecanismos de funcionamento do mercado e por conta disto a inadequação da demanda por informações e implantações de sistemas, e mesmo dos processos burocráticos internos da agência.

Outro ponto importante considerado pelos atores é o impacto da substituição do quadro temporário por pessoal permanente através de concurso. A perda de parte do conhecimento técnico do mercado e do entendimento das relações entre atores acumulado ao longo de cinco anos pela agência, decorrente deste ter sido focado no conhecimento mais sanitarista do que de regulação é visto pelos atores como entrave.

Quadro 7.3 – Avaliação da Infra-estrutura como Ponto de Tensão

A ausência de infra-estrutura adequada é um ponto de tensão na construção do processo		
	Concorda	Outras posições
Agência	Existem gargalos, principalmente na questão dos recursos humanos. A substituição de quadro temporário por permanente, através de concurso, deve amenizar esta questão no longo prazo, porém no curto, a curva de aprendizagem deste pessoal deve impactar o desempenho da agência.	
Gestores		
Governo		
Medicinas de Grupo	Dificuldades da agência quanto ao conhecimento do mercado, as modificações na legislação e a precariedade do sistema de informática resultaram em maior burocracia em seus processos.	
Seguradoras		
Autogestões	Questionam a demanda por implantação de sistemas, ao mesmo tempo em que a falta de conhecimento de mercado burocratiza os	

	processos internos da agência. Apontam o impacto do concurso para contratação de quadro permanente na redução temporária da qualidade do desempenho da agência.	
Cooperativas	Indicam o impacto no desempenho da agência por conta da substituição de funcionários temporários por permanentes, considerando a necessidade de treinamento e maturação desses profissionais quanto ao processo de regulação.	
Consumidores		
Usuários	Elogiam o nível de resposta da agência às questões colocadas (via SAC).	
Trabalhadores		
Profissionais	Reconhecem a falta de estrutura inicial da agência como justificativa para a concentração do seu foco de atuação em questões econômicas.	
Prestadores	O desconhecimento da operação do setor por parte dos próprios funcionários da agência e a criação de sistemas sem consultar os atores do mercado são situações que podem comprometer a estrutura da regulação.	
Compradores		

Os atores reconhecem o desafio de se construir a agência sem contar com experiência prévia, mas entendem que os processos internos são lentos e burocráticos e que os sistemas informatizados ainda não são eficientes e exigem muito esforço de adaptação por parte das operadoras. Existe um consenso quanto à questão dos recursos humanos ser considerado um dos gargalos da operação, primeiro pela falta de conhecimento inicial da área por parte dos quadros temporários contratados, que acabaram sendo treinados e entendendo a dinâmica do mercado, segundo pela substituição destes por quadros permanentes através de concurso público, efetuado com foco sanitaria demandando assim uma nova necessidade de entendimento do mercado. Estes fatores tendem a atrasar o processo de regulação.

Apesar da aparente uniformidade na crítica de diversos atores, incluindo representantes da agência, quanto ao potencial atraso no processo regulatório decorrente da substituição de quadros indicada acima, é importante explicitar as

diferentes motivações para tanto. Nota-se que a contratação de quadros com perfil sanitário pode significar a tentativa de aproximar a saúde suplementar ao SUS, sobretudo tendo como motivação um caráter ideológico.

Porém, do ponto de vista prático, apesar da presença de sanitários tanto na direção quanto no quadro funcional da agência, ainda não se nota uma integração maior desta com o Ministério da Saúde, no sentido de construir uma política nacional que congregue os setores público e privado da saúde, prevalecendo apenas um discurso comum na linha de não se incentivar o crescimento do mercado suplementar.

Quadro 7.4 – Avaliação da Infra-estrutura – Resumo

Discussão	Avaliação da Atuação – Infra-estrutura
Resumo Geral	Inadequação de sistemas informatizados e de recursos humanos são apontados como os dois principais gargalos em termos de infra-estrutura e falta de conhecimento da operação do mercado, que são apontados como fatores para lentidão do processo regulatório e para burocracia interna.
Entidade	Posicionamento Resumido
Agência	Considera a existência de alguns gargalos, principalmente na questão recursos humanos e enfatiza o impacto do concurso para preenchimento de cargos permanentes com a substituição de parte significativa do quadro temporário como negativo para a performance da agência.
Gestores	
Governo	
Medicinas de Grupo	Ressaltam dificuldades da agência com funcionários que não conheciam o mercado, com as modificações mensais da legislação e com a precariedade do sistema de informática, que acabaram resultando em burocracia em seus processos.
Seguradoras	
Autogestões	Questionam a pressão da agência por implantação de sistemas informatizados para operadoras, apesar da falta de conhecimento desta sobre a operação do mercado, gerando burocratização em seus processos internos. Apontam o impacto do concurso para contratação de quadro permanente, em substituição ao temporário como fator de redução temporária de performance por parte da agência, tendo em vista a curva de aprendizagem dos novos contratados.
Cooperativas	Apontam que houve impacto na performance da ANS pela substituição do quadro de funcionários temporário por permanente, tendo em vista a necessidade de treinamento e maturação destes para entenderem o processo de regulação.
Consumidores	
Usuários	Elogiam o nível de resposta da agência às questões colocadas (via SAC)

Trabalhadores	
Profissionais	Reconhecem a falta de estrutura inicial da agência como justificativa para a concentração do seu foco de atuação em questões econômicas.
Prestadores	Indicam o desconhecimento da operação do setor por parte dos próprios funcionários da agência e a criação de sistemas informatizados sem consultar os atores do mercado como situações que podem comprometer a estrutura de regulação.
Compradores	

7.2 Avaliação da integração entre diretorias – 5 agências

Outro ponto de consenso é o não alinhamento e integração das diretorias da agência. Os atores reconhecem isto como um fator gerador de custos incrementais, com duplicação de solicitações e falta de coordenação de projetos. A origem poderia ser atribuída à falta de conhecimento por parte da agência e de seus diretores da operação do mercado e ao processo de escolha de dirigentes, nem sempre considerando critérios técnicos, mas sim políticos.

Quadro 7.5 – Avaliação da Integração Interna – a dissensão na ANS

Não alinhamento e integração das diretorias da agência afeta negativamente a regulação		
	Concorda	Outras posições
Agência	Concordam que ocorre uma falta integração entre diretorias e buscam o alinhamento destas em torno de projetos comuns, como a qualificação e o TISS.	
Gestores		
Governo		
Medicina de Grupo	Entendem que a não integração das diretorias resulta em duplicação de requerimentos e custos incrementais. A coordenação entre as áreas já foi solicitada e é apontada como solução para esta situação.	
Seguradoras	Reconhecem a atuação independente das diretorias e indicam dois fatores para esta dinâmica: o processo de escolha do presidente da agência, entre os diretores apontados para a agência e a falta de uma política geral clara para o setor.	
Autogestões	Entendem que os próprios diretores da agência reconhecem esta situação e consideram que o	

	amadurecimento da agência e de suas diretorias poderá solucioná-la.	
Cooperativas	Ressaltam o impacto da não integração entre as diretorias como fator de incremento de custo para o mercado.	
Consumidores	Apontam a falta de diálogo entre as áreas e de consenso quanto à missão da agência como fatores para esta situação.	
Usuários		
Trabalhadores		Não conhecem a dinâmica interna da agência. Seu posicionamento indica uma postura distante no processo.
Profissionais	Apontam que as indicações partidarizadas e o distanciamento do perfil mais técnico dos diretores apontados para a agência como explicações para esta dinâmica.	
Prestadores		
Compradores	Entendem que pode até haver alguma coordenação interna entre algumas das diretorias, mas não enxergam a agência como um corpo único.	

Os representantes da agência afirmam que identificaram a falta de integração das diretorias como lacuna importante no processo e que estariam trabalhando visando a coordenação das diretorias em torno de projetos e objetivos comuns da agência, como o TISS e a qualificação.

A maioria das demais representações indicam a falta de integração das diretorias como fator gerador de custos incrementais para o mercado e de entrave para a evolução do processo regulatório e entendem que a interferência política na escolha dos dirigentes é decisiva para esta situação.

Este entendimento parece confirmar a escolha de dirigentes não pelo perfil técnico, mas sim pelo político e a utilização de distribuição de cargos como barganha partidária. Considerando como correta esta interpretação dos atores, parece ocorrer uma descaracterização importante da lógica de agência, ao se negar seu caráter de conhecimento técnico superior sobre determinado assunto ou mercado, replicando

uma estrutura comum aos ministérios na agência e colocando em dúvida a lógica de manutenção deste sistema.

A falta de posicionamento dos trabalhadores e a sua própria fala indicam seu distanciamento desse processo.

Quadro 7.6 – Avaliação da Integração Interna – Resumo

Discussão	Avaliação da ANS – 5 Agências
Resumo Geral	A falta de integração entre as diretorias é consenso entre os atores sendo justificada pela partidarização na escolha de diretores e pela falta de uma política geral norteadora para a agência. Esta desintegração impacta o mercado em termos dos custos e da velocidade com que a regulação ocorre. O uso de cargos na agência em barganhas políticas, parece replicar uma estrutura comum a ministérios, colocando em dúvida a lógica de manutenção de uma agência reguladora.
Entidade	Posicionamento Resumido
Agência	Reconhecem a falta de integração entre as diretorias e indicam o objetivo de alinhar as diretorias em torno de projetos comuns, como a qualificação e o TISS, buscando gerar maior sinergia entre elas.
Gestores	
Governo	
Medicinas de Grupo	Entendem que a não integração das diversas diretorias da agência resulta em duplicação de solicitações e custos incrementais para o mercado. Já solicitaram a coordenação entre as áreas, como solução para esta situação.
Seguradoras	Reconhecem a atuação independente das diretorias e indicam dois fatores que podem conduzir a esta dinâmica: o processo de escolha do presidente da agência, apontado entre os diretores nomeados para a agência e a ausência de uma política geral clara para o setor.
Autogestões	Entendem que os próprios diretores reconhecem esta situação e consideram que o amadurecimento da agência e de suas diretorias poderá solucioná-la.
Cooperativas	Ressaltam o impacto da não integração entre as diretorias como fator de incremento de custo para o mercado.
Consumidores	Apontam a falta de diálogo entre as áreas e de consenso quanto à missão da agência como fatores para esta situação.
Usuários	
Trabalhadores	Não conhecem a dinâmica interna da agência. Seu posicionamento indica seu distanciamento do processo.
Profissionais	Apontam as indicações partidarizadas e o distanciamento do perfil mais técnico dos diretores apontados para a agência como explicação para esta dinâmica.
Prestadores	
Compradores	Entendem que pode até haver alguma coordenação interna entre algumas das diretorias, mas não enxergam a agência como um corpo único.

7.3 Avaliação legal e do excesso normativo

Quadro 7.7 – Avaliação Legal – Excesso Normativo

A normatização excessiva interfere no processo regulatório dificultando o entendimento do beneficiário de seus direitos e do operador de suas obrigações		
	Concorda	Outras posições
Agência	Confirmam a complexidade da legislação e sua dificuldade de compreensão por parte de operadoras e consumidores/usuários. Entendem que é papel das operadoras, disseminar as informações necessárias para a tomada de decisão do consumidor.	
Gestores		
Governo		
Medicinas de Grupo	Questionam o excesso de regramentos e a burocracia gerada por esta.	
Seguradoras		
Autogestões		
Cooperativas	Sugerem a consolidação dos normativos em saúde suplementar como forma de facilitar o entendimento do mercado, protegendo-o do denominado “manicômio legal”.	
Consumidores	Debatem os posicionamentos favoráveis e contrários à prevalência em decisões legais do Código de Defesa do Consumidor ou da Lei 9.656/98.	
Usuários		
Trabalhadores		
Profissionais	Debatem a hipertrofia regulatória e o foco no equilíbrio econômico-financeiro.	
Prestadores	Entendem que a indefinição e o volume de alterações nos normativos nos primeiros anos da regulação colocam em dúvida a firmeza do terreno sobre o qual se ergue a regulação em saúde.	
Compradores		

Considerando os seis atores que se manifestaram sobre a questão da normatização, parece existir um consenso no que diz respeito ao papel normatizador

da agência, indicando a presença de um excesso de regramento e a complexidade de sua compreensão por parte tanto de beneficiários quanto de operadoras como fatores limitantes para um melhor funcionamento da instituição.

Um dos atores denominou esta situação de “manicômio legal” ao considerar mais de 700 normas emitidas ao longo da existência da agência. Esta parece ser uma consequência da inexistência de um marco regulatório para o setor que pudesse permitir a sedimentação e perenização dos normativos.

O debate quanto a utilização do Código de Defesa do Consumidor e aspectos quanto a aplicação da Lei 9.656/98 para contratos anteriores a sua promulgação parecem continuar como pendências fundamentais para o avanço do processo regulatório e, portanto, fatores da consolidação do marco regulatório.

Quadro 7.8 – Avaliação Legal e Excesso Normativo – Resumo

Discussão	Avaliação da atuação ANS – Legislação
Resumo Geral	Volume de normativos dificulta entendimento tanto de consumidores quanto de operadoras e desafiam o efetivo cumprimento do mesmo. As soluções propostas passam por consolidar normativos ou criar cartilhas.
Entidade	Posicionamento Resumido
Agência	Confirmam a complexidade da legislação e a dificuldade de compreensão, principalmente por parte do consumidor. Consideram as operadoras responsáveis pela disseminação das informações necessárias para a tomada de decisão do consumidor.
Gestores	
Governo	
Medicina de Grupo	Questionam o excesso de regramentos e a burocracia gerada por esta.
Seguradoras	
Autogestões	
Cooperativas	Sugerem a construção de uma consolidação dos normativos em saúde suplementar, como forma de facilitar o entendimento do mercado, protegendo-o do denominado “manicômio legal”.
Consumidores	Debatem os posicionamentos favoráveis e contrários à prevalência do Código de Defesa do Consumidor ou da Lei 9.656/98 em decisões legais.
Usuários	

Trabalhadores	
Profissionais	Debatem a hipertrofia regulatória e o foco da agência no equilíbrio econômico-financeiro das operadoras.
Prestadores	A indefinição e o volume de alterações nos normativos nos primeiros anos da regulação, colocam em dúvida a firmeza do terreno sobre o qual se ergue a regulação em saúde.
Compradores	

A criação de um marco regulatório para o setor de saúde suplementar é indicado por alguns atores como alternativa para dar transparência e um melhor entendimento de direitos e obrigações de consumidores e operadoras.

A discussão, principalmente por parte dos consumidores e usuários, da prevalência do Código de Defesa do Consumidor sobre a Lei 9.656/98 e a utilização do Judiciário como alternativa para resolução de dificuldades destes mesmos atores em sua relação com as operadoras parece dificultar a construção de um efetivo marco regulatório.

A aparente facilidade para usuários e consumidores em buscar suporte do judiciário para a resolução de suas disputas com operadoras parece corroborar para a ausência de um entendimento legal para o mercado, colocando o usuário em uma situação de aparente conforto.

7.4 Avaliação geral da atuação ANS

A avaliação geral dos atores com relação ao desempenho da ANS parece levemente positiva, tendo em vista o entendimento que a regulação em saúde suplementar é um processo em construção. A maioria dos atores entende que houve avanços, como a definição de coberturas mínimas a serem oferecidas e a eliminação

de empresas que não apresentassem condições econômicas suficientes , mas que ainda existem diversas lacunas a serem resolvidas.

Por outro lado existe também, principalmente por parte das operadoras, o entendimento de que a agência hipertrofiou os controles econômico-financeiros e as exigências quanto à sistematização de informações, aumentando com isso o custo de operação, o que deve inviabilizar operadoras de menor porte, conduzindo a uma concentração ainda maior do mercado.

Os consumidores não pouparam críticas à agência quanto ao seu desempenho, à velocidade, à seriedade e à falta de transparência na condução do processo de regulação.

Foram ainda destacados o desconhecimento dos funcionários da ANS quanto à operação real do mercado e da cadeia produtiva da saúde, a possibilidade de captura dos reguladores pelos interesses de mercado, bem como a subordinação da ANS aos mecanismos de controle social, que é mais uma vez lembrada por gestores e usuários.

Quadro 7.9 – Avaliação Geral da ANS na Visão dos Atores

A atuação da ANS é positiva, mas existem oportunidades de melhoria a serem perseguidas		
	Concorda	Outras posições
Agência	Entendem que a regulação em saúde suplementar é um modelo em construção com importantes avanços (definição de coberturas e saneamento do mercado). Consideram como áreas de aperfeiçoamento: o incentivo à concorrência, programas de prevenção e promoção da saúde, consolidação de informações com o sistema público de saúde para construir políticas públicas mais consistentes.	

Gestores	Reconhecem o papel da agência, porém entendem que deveria ocorrer uma maior aproximação entre as instâncias de controle.	
Governo	Entendem que um dos objetivos da ANS é trabalhar para a sustentabilidade do mercado de saúde suplementar e que desta forma, estaria alinhado aos objetivos do governo (MS). Ressaltam o debate entre a ANS e MS das questões relevantes em regulação em saúde, previamente à decisões ou outros debates travados pela ANS.	
Medicinas de Grupo	Consideram o desempenho da ANS como apenas razoável, ao ordenar um mercado que cresceu sem regulamentação, mas entendem que o nível de corte e controle sobre as operadoras foi excessivo e demandam simplificação.	
Seguradoras	Reconhecem o papel da agência, apesar das distorções concorrenciais – diferenças em exigência de garantias, entre outras. Ressaltam o impacto da ausência de políticas claras para nortear ações.	
Autogestões	Entendem como positiva a ação da agência, porém debatem sua atuação no controle de preços, o seu rigor na implantação de sistemas, fatores que devem levar o mercado à oligopolização. Questionam possível captura de reguladores pelos atores e a utilização de mídia negativa para dar maior visibilidade à agência.	
Cooperativas		Consideram o processo regulatório como inevitável, mas truculento e excessivamente normatizado, trazendo custos para o mercado e direcionando à oligolização. O objetivo de insulamento dos dirigentes não é alcançado, tendo em vista interferência política nas nomeações de dirigentes. Entendem que a contribuição final da agência é neutra, mas se equilibra pelo saneamento do mercado.
Consumidores	.	Consideram a ANS como a de a pior resultado entre as agências reguladoras, pela falta de seriedade dos dirigentes,

		pela baixa participação dos atores, pela velocidade de solução da pauta de reivindicações, pela falta de uma efetiva proteção ao consumidor, pela falta de transparência de seus processos, pelo foco de ação concentrado apenas na relação de consumidor individual e operadora, direcionando para a coletivização de contratos individuais.
Usuários	Entendem que a agência não cumpre sua missão de defender o interesse público; que a ANS deveria estar subordinada ao controle social do SUS e que as estratégias e políticas do MS para o setor deveriam estar mais claras. Reconhecem, entretanto, que obtiveram melhorias com o processo.	
Trabalhadores	Reconhecem a importância da agência reguladora e sua busca por mediar forças em desequilíbrio no mercado.	
Profissionais	Criticam a segmentação de planos (hospital e ambulatorial) pela fragmentação do tratamento e impactos para o SUS. Consideram o alcance da ANS limitado por ser uma agência em construção e que a regulação, inicialmente hipertrofiou aspectos econômico-financeiros, com menor atenção ao modelo assistencial. Questionam o controle de preços e impactos do envelhecimento da população sobre os custos tanto no sistema público quanto suplementar, principalmente se não for discutido modelo assistencial.	
Prestadores	Criticam a falta de conhecimento por parte dos reguladores quanto ao funcionamento do mercado de saúde suplementar, a limitação da abrangência de atuação da ANS, a falta de regulação de prestadores e da incorporação tecnológica.	
Compradores	Consideram o processo de regulação fundamental, porém entendem que deveria se adotar uma visão de cadeia produtiva na regulação. Entendem que a agência deveria dar linhas gerais, normatizar menos e	

	regulamentar seletivamente. Questionam a contaminação deste processo por interesses políticos e entendem que a segunda gestão da agência como melhor. Apesar disto consideram seu desempenho geral apenas médio. Gostariam de ver a ANS como grande agente de transformação do mercado.	

Quadro 7.10 – Avaliação Geral – Resumo

Discussão	Avaliação da Atuação ANS – Geral
Resumo Geral	A regulação em saúde suplementar atingiu uma fase em que nenhum dos atores está satisfeito, sendo intensas as críticas à atuação da agência, mas existe algum nível de entendimento que é um processo em construção.
Entidade	Posicionamento Resumido
Agência	Entendem que o modelo está em construção e requer melhorias e que houveram avanços importantes, como na definição de coberturas mínimas, no entendimento do mercado pela agência, através de pesquisas com operadoras e consumidores, de cadastros e informações das operadoras (SIP, SIB, outros). Reconhecem a existência de áreas para aperfeiçoamento, como o incentivo à concorrência, a autorização para portabilidade de planos (transferência de usuários para outra operadora, sem ter que cumprir nova carência), o incentivo para os programas de prevenção e promoção da saúde, e na consolidação de informações da ANS com o sistema.
Gestores	Reconhecem o papel da agência, porém entendem que deveria ocorrer uma maior aproximação entre instâncias.
Governo	Consideram que o trabalho da ANS visando a sustentabilidade do mercado de saúde suplementar está alinhado aos objetivos do governo e do MS para este setor. Entendem que passou a ocorrer uma maior integração da ANS com o MS pela participação da ANS de uma estrutura colegiada do MS na qual a agência debate com o próprio MS as questões mais relevantes da regulação, antes que a ANS tome decisões nestes temas.
Medicinas de Grupo	Reconhecem um desempenho razoável por parte da agência, em que a ANS está conseguindo cumprir a difícil missão de ordenar um mercado que cresceu sem regulamentação, porém entendem que o nível de corte e controle sobre as operadoras foi excessivo e demandaria uma simplificação.
Seguradoras	Reconhecem a importância da agência e entendem a lógica de avanços graduais dos níveis de reserva por outros tipos de operadora, apesar de considerem-na uma distorção concorrencial. Reclamam da flexibilidade da agência em relação a postergações de prazos para cumprimento destas garantias e da qualidade das reservas aceitas pela ANS. Questionam a inexistência de políticas claras para nortear ações da agência que deveriam ser emanadas pelo CONSU.
Autogestões	Entendem como positiva a ação da agência em diversas questões

	importantes, elogiam a operosidade da primeira gestão, mas debatem a atuação da ANS em controle de preços, seu rigor e velocidade na implantação de sistemas informatizados, entendendo que os custos gerados para as operadoras por estas medidas devem empurrar o mercado rumo à oligopolização. Questionam a vinculação de diretores da agência a determinados atores e o impacto disto na independência de atuação. Questionam a utilização da mídia como forma de obter maior visibilidade, sobretudo das matérias negativas ao setor.
Cooperativas	Reconhecem o processo regulatório como inevitável, consideram-no truculento em sua forma, excessivamente normatizado, a ponto de trazer mais confusão do que esclarecimento para o usuário e excessivo em sua velocidade, trazendo custos para o mercado, inviabilizando as operadoras menores e direcionando à oligolização. Entendem que o objetivo de isolar os dirigentes da agência de pressões políticas não é alcançado, tendo em vista a utilização de seus cargos de direção em barganhas políticas. Consideram que a contribuição final da agência é neutra, tendo em vista os problemas mencionados, mas que estes acabam sendo equilibrados pela limpeza do mercado advinda de sua atuação.
Consumidores	Consideram a atuação da ANS como a de pior resultado entre as agências reguladoras, por conta da sua falta de seriedade, da baixa participação dos atores, da pouca velocidade na solução da pauta de reivindicações, da falta de efetiva proteção ao consumidor, da falta de transparência de seus processos, do foco concentrado apenas na relação entre consumidor individual e operadora, direcionando para a coletivização de contratos individuais. Assim entendem a avaliação geral da atuação da agência como muito ruim.
Usuários	Entendem que a agência não cumpre sua missão de defender o interesse público, que a regulação da saúde suplementar deveria estar subordinada ao controle social do SUS e que as estratégias e políticas do Ministério da Saúde para o setor deveriam estar mais claras, porém reconhecem que o usuário obteve melhorias com o processo regulatório.
Trabalhadores	Reconhecem a importância da agência reguladora, sua busca por mediar forças em desequilíbrio no mercado, mas questionam o tratamento dado aos trabalhadores e usuários neste processo, que é entendido como desigual.
Profissionais	Criticam a aceitação por parte da agência da segmentação de planos (hospitalar e ambulatorial), considerando a fragmentação do tratamento e os impactos para o SUS. Entendem que ocorreu uma hipertrofia econômico-financeira inicial por parte da agência com menor atenção quanto ao modelo assistencial, porém reconhecem as limitações de uma agência em construção. Questionam a regulação em preço, apesar de entender a mesma é fruto de um receio pela cultura inflacionária. Ponderam o impacto do envelhecimento da população sobre os custos tanto no sistema público quanto suplementar.
Prestadores	Entendem que são problemas da agência: a falta de conhecimento quanto ao funcionamento do mercado de saúde suplementar e a limitação de sua abrangência. Recomendam a inclusão da regulação de prestadores e de incorporação tecnológica entre as atribuições da ANS.
Compradores	Consideram o processo de regulação fundamental, tendo em vista o perfil deste mercado, porém entendem que deveria se adotar uma visão de cadeia produtiva na regulação. Debatem a posição da

agência, entendendo que ela deveria somente definir linhas gerais de atuação do mercado e normatizar menos, regulamentando seletivamente; questionam a contaminação deste processo por interesses políticos. Reconhecem a segunda gestão da ANS como melhor e mais identificada com o papel que estes entendem que deveria ter a agência; apesar disto consideram sua performance geral apenas média e criticam a posição da agência em fomento. Gostariam de ver a ANS como grande agente de transformação do mercado.

A avaliação geral da atuação da ANS confirma o entendimento de que este é um mercado em que ninguém está satisfeito, já que o volume de críticas e de lacunas apontadas é significativo. A própria agência reconhece esta situação e entende que isto é decorrente de um processo em construção, que desafiou em parte o *status quo*, trazendo desconforto para fornecedores, sem, no entanto, garantir ao usuário o atendimento integral de suas demandas.

7.5 Sucessos e lacunas identificados pelos atores

A consolidação de sucessos e lacunas apontadas pelos atores reforça a característica de avaliação levemente positiva da agência, porém com muitos desafios pela frente.

Como sucessos citam: a normatização do mercado, retirando de cena as empresas não idôneas, a redução do volume de reclamações nos órgãos de defesa do consumidor, a definição do rol de procedimentos e coberturas obrigatórias, o trabalho qualificado no setor. Estes pontos são quase consenso entre os atores.

É interessante notar que os gestores não reconheceram ter havido qualquer sucesso com a ANS.

Quadro 7.11 – Avaliação dos Sucessos e Lacunas - Consolidado

Sucessos e lacunas na regulação		
	Sucessos	Lacunas
Agência	Redução do número relativo de reclamações nos órgãos de defesa do consumidor, direitos dos usuários, normatização dos produtos, conhecimento do sistema, estudos realizados, limpeza do mercado e eliminação do “picareta”, atenção integral, rol de procedimentos, os programas de prevenção e promoção da saúde, são realizações importantes da agência, porém apesar dos pontos positivos, a quantidade de lacunas no processo ainda é grande e deixa uma sensação de insatisfação nos atores.	A adequação integral da regulação ao CDC, melhora no processo de alienação de carteiras, a regulação da incorporação tecnológica, a incorporação do prestador no campo de regulação, o aperfeiçoamento na conectividade, a portabilidade de usuários, a incorporação da assistência farmacêutica, a adequação do marco regulatório, a maior integração com o SUS e com MS e finalmente a maturidade da discussão das lacunas dentro da própria agência.
Gestores		Inclusão de atores não atingidos pela regulação como prestadores. Manutenção de exclusões de cobertura. O alcance limitado da agência (atingindo apenas 6% da população), falta de transparência na política de reajustes, baixa capacidade arrecadatória, uso dos cargos pelo governo para barganha política e falta de integração com SUS.
Governo	A busca pela agência em garantir sustentabilidade do mercado de saúde suplementar e a melhora de qualidade do atendimento ao usuário, através de programas como o de qualificação	Entre as oportunidades estão: o aperfeiçoamento dos mecanismos regulatórios, definição da estrutura de divulgação dos dados de qualificação e a integração com o SUS e MS.

Medicinas de Grupo	Apontam o saneamento do mercado como principal sucesso da regulação.	Reconhecem saneamento do mercado, mas questionam o excesso de exigências sobre operadoras, parcialmente fruto do desconhecimento do mercado. Reclamam a falta de atuação da ANS sobre prestador e sobre incorporação tecnológica, mas indicam como negativa qualquer intervenção do governo na atividade econômica. Reclamam da integração entre diretorias da agência, adequação da política de reajustes e flexibilização e simplificação de produtos. Apontam impactos da interferência da agência como redução de oferecimento de planos individuais, alternativa para fugir da regulação. Sugerem ouvir mais o setor.
Seguradoras	Entendem que o consumidor está melhor assistido em termos de informação, de parâmetros de comparação, de assistência e de normas, apontando como ganho incomensurável viver em um ambiente regulado, porém indicam que este ganho pode ser mitigado pelo custo de manter o nível de cobertura mínimo exigido pela regulação, por considerarem esta cobertura mínima inadequada à realidade econômica do país. Reconhecem a contribuição do programa de qualificação, porém questionam a validade dos indicadores utilizados para balizá-lo.	Entendem que o desenho dos planos via Susep estava adequado e que cláusulas abusivas poderiam ser ajustadas. A modificação no desenho decorrente do processo de regulação, com aumento nas coberturas teria tornado o produto inadequado à realidade brasileira, com o custo alto e o com qualidade nivelada por baixo. A principal falha no processo seria a falta de políticas claras para a área. Questionam adequação da política de reajustes e integração entre diretorias da ANS. Como lacunas, apontam a não regulação da incorporação tecnológica e seus impactos em custos, falta de transparência da agência no nível legal, falta de utilização do mecanismo de consulta pública e não inclusão dos prestadores na regulação.
Autogestões	Reconhecem a limpeza do mercado e consideram o rol de coberturas como fator importante para disciplinar o mercado. Elogiam a posição da agência na proibição da unimilitância (trabalho de médicos apenas para a Unimed local).	Reclamam a ausência de prestadores e da indústria no campo regulado. Questionam a metodologia da agência para reajustes e risco de oligopolização. Entendem que pressões políticas são realidade que dificilmente serão resolvidas. Se ressentem da falta de conhecimento do regulador sobre o mercado, da negação às atividades de fomento do setor e a maior integração entre diretorias da ANS.

Cooperativas	Consideram como sucesso a definição dos produtos e dos direitos do usuário, porém entendem que estes pontos foram mal aproveitados por falta de uma divulgação melhor. Adicionalmente entendem como positiva a geração de informações muito mais completas sobre o setor.	Identificam consolidação das normas de regulação como uma oportunidade a ser perseguida. A flexibilização das coberturas e fixação de critérios adequados para reajuste de preços, melhor entendimento do mercado, maior autonomia na escolha dos dirigentes da agência e a maior integração entre suas diretorias são vistas como outras oportunidades de melhoria.
Consumidores	Reconhecem a importância das bases de dados e informações da ANS, porém consideram isto insuficiente.	Criticam a preocupação excessiva da agência com aspectos econômicos. Indicam como lacunas: o incentivo à concorrência no setor, a mobilidade de usuários, a contratualização, busca por evitar a oligopolização, maior transparência na atuação, inclusive nos reajustes, maior integração com SUS e internamente entre as próprias diretorias da ANS entre outros.
Usuários	Reconhecem a normatização e atendimento ao usuário como destaques da atuação da agência.	Reclamam da falta de definição de políticas claras para o setor e integração com o SUS.
Trabalhadores	Entendem que a agência está realizando um bom trabalho, citando o programa de qualificação, ainda que questionem a não divulgação inicial da classificação das operadoras.	Criticam a conduta da agência nas liquidações extra-judiciais de operadoras, por expor usuários à falta de atendimento e deixando os trabalhadores destas sem assistência. Questionam a possibilidade de a agência vir a aceitar planos com cobertura flexível, indicando potenciais impactos sobre os usuários. Requerem política de reajustes mais adequada. Entendem que ouvir o setor, controlar os ganhos das operadoras e baixar os custos com saúde são alternativas para adequar a regulação.

Profissionais	Ainda que com críticas, apontam a agência como órgão adequado para a regulação.	Entendem que a discussão do modelo assistencial e de remuneração em saúde suplementar deveria ser aprofundada, tendo em vista seus impactos, inclusive no que se refere à reajuste dos planos. Criticam o processo de escolha dos diretores da agência e as implicações políticas deste. Identificam o prestador de serviço como ator a ser abrangido no campo regulatório, tendo em vista sua importância tanto na construção de um novo modelo assistencial e na consolidação das informações do setor. Identificam integração da ANS tanto internamente entre diretorias como com o SUS também como lacunas.
Prestadores	Consideram que o ponto positivo está na limpeza do mercado, eliminando “picaretas”.	Questionam a regulamentação da qualidade da prestação de serviço, da garantia financeira (reservas), as condições, incluindo a adequação da metodologia de reajuste e econômico-financeiras. Debatem a validade dos indicadores do programa de qualificação, a integração de sistemas com os do SUS, a falta do conhecimento do mercado de saúde suplementar por parte dos funcionários da ANS e os limites da regulação, chamando a atenção para os papéis da ANS e da ANVISA. Ao mesmo tempo, sugerem que a agência ouça efetivamente os atores e construa o desenho e a velocidade da regulação considerando estes pontos.
Compradores	Entendem como positiva a lógica do programa de qualificação, ainda que questionem seus indicadores. Consideram ser este um dos segmentos em que a regulamentação é necessária.	Reclamam a transparência na garantia do equilíbrio do setor, inclusive no que se refere à metodologia para reajuste de preços, a necessidade de construir alternativas que viabilizem a sobrevivência do setor, incluindo incentivos fiscais e fomento e a integração entre diretorias da agência.

No que se refere às lacunas, existem alguns pontos que se repetem nas falas dos atores, porém o rol delas é amplo. Parece haver relativo consenso em inclusão

dos prestadores de serviço no campo da regulação e regulação da incorporação tecnológica.

A maior transparência de gestão, incentivos à ampliação da concorrência, à flexibilização do produto, à adequação do regramento ao CDC, à discussão do modelo assistencial, à inclusão de representação da indústria de materiais e medicamentos foram citados isoladamente ou por até dois atores.

A representação do Governo destaca o trabalho da ANS em prol da sustentabilidade do mercado como um dos sucessos da agência, porém não a qualifica.

Ao mesmo tempo, ao se analisar os posicionamentos de diversos atores quanto a lacunas e quanto à atuação da ANS, identifica-se um quadro distante daquele da defesa da sustentabilidade.

Um exemplo disto é o posicionamento dos representantes de cooperativas e autogestões, indicando a tendência à oligopolização do mercado, à medida em que o grau de exigência da ANS para operadoras de menor porte e o custo associado ao cumprimento destas pode inviabilizar suas operações.

As operadoras de maior porte, ainda que possam se beneficiar da absorção de carteiras de beneficiários das operadoras que não puderem se manter operando, reclamam da transparência da metodologia de reajuste de preços, que poderia trazer riscos para a manutenção de suas atividades.

O aumento dos custos com planos de saúde pode eliminar parcelas de consumidores e usuários do mercado de saúde suplementar, transferindo-os para o SUS.

Assim, o termo sustentabilidade tem diferentes significados quando se considera o público que o discute e a arena em que é feita essa discussão. Para pequenas operadoras tem conotação de redução ou flexibilização do grau de exigência de informações ou garantias. Para operadoras maiores pode significar transparência por parte da agência nos cálculos dos reajuste de preços e a concessão incentivos fiscais ou fomento para o setor de saúde suplementar. Para consumidores pode significar a capacidade de continuar participando do mercado de saúde suplementar vinculados ou não ao mercado de trabalho.

Apesar da representação do governo não qualificar seu conceito de sustentabilidade, parece que esta tem conotação de garantia de direitos dos atores deste mercado. Este entendimento parece se sustentar ao se considerar o perfil sanitaria dos interlocutores em questão e o reconhecimento de que o mercado de saúde suplementar é ainda necessário, embora seu crescimento não deva ser incentivado, diferindo assim, da conceituação de sustentabilidade de mercado no sentido capitalista do termo, que pressupõe crescimento.

O quadro a seguir classifica as indicações de sucessos e lacunas no processo de regulação na opinião dos atores. É interessante notar que foram feitas 18 observações de sucesso e 80 observações de lacunas.

Quadro 7.12 – Avaliação dos Sucessos e Lacunas - Observações

Sucessos	Observações
Definição de produtos, direitos e cobertura	6
Saneamento do Mercado	4
Programas de qualificação e troca de informações	4
Informações do mercado	3
Sustentabilidade de mercado	1

Lacunas	Observações
Adequação (ou eliminação) do controle de preços	10
Adequação do marco regulatório	8
Integração entre as diretorias da ANS	8
Incorporação do prestador no campo regulado	7
Integração com o SUS e MS	7
Uso de cargos em barganha política e interferência do governo	5
Ouvir mais o setor e melhorar o sistema de informações	5
Fomento para crescimento	5
Regulação de incorporação tecnológica	4
Flexibilização de produto	4
Ampliação da concorrência - evitar oligopolização	3
Processo de alienação de carteiras - intervenção	2
Conectividade e portabilidade de produtos	2
Avanços no programa de qualificação	2
Definição de políticas claras para o setor	2
Transparência	2
Revisão do modelo assistencial	2
Incorporação da indústria no campo ou nas discussões	1
Garantia financeira - reservas	1

É importante considerar que este mapa de lacunas indicadas pelos atores do mercado deve direcionar os reguladores na tarefa que tem pela frente.

Os principais sucessos foram a definição de produtos, direitos e cobertura, o saneamento do mercado e os programas de qualificação e troca de informação.

As principais lacunas observadas foram quanto à metodologia de cálculo de reajuste, à adequação do marco regulatório, à integração interna da ANS, à incorporação do prestador de serviços no campo regulado e à integração com o SUS.

Quadro 7.13 – Avaliação dos Sucessos e Lacunas – Resumo - Sucessos

Discussão	Avaliação da atuação – Sucessos e lacunas - Sucessos
Resumo Geral	Consideram a atuação como razoavelmente boa reconhecendo avanços na limpeza e normatização do mercado e em construção de conhecimento.
Entidade	Posicionamento Resumido
Agência	Reconhecem como positivas: a redução do número relativo de reclamações nos órgãos de defesa do consumidor, esclarecimento quanto aos direitos dos usuários, a normatização dos produtos, o conhecimento do sistema, os estudos realizados, a limpeza do mercado e eliminação do “picareta”, a atenção integral, o rol de procedimentos, os programas de prevenção e promoção da saúde, entre outros. Entendem apesar dos pontos positivos indicados, a quantidade de lacunas ainda existente no processo deixa uma sensação de insatisfação nos atores.
Gestores	
Governo	Entendem que a agência tem buscado a construção de normatizações no sentido de garantir sustentabilidade no mercado, destacando a qualidade do atendimento ao usuário através de programas como o de qualificação.
Medicinas de Grupo	Apontam o saneamento do mercado como principal sucesso da regulação.
Seguradoras	Entendem que o consumidor está melhor assistido em termos de informação, de parâmetros de comparação, de assistência e de normas, apontando como ganho incomensurável viver em um ambiente regulado, porém indicam que este ganho pode ser mitigado pelo custo de manter o nível de cobertura mínimo exigido pela regulação, por considerarem esta cobertura mínima inadequada à realidade econômica do país. Reconhecem a contribuição do programa de qualificação, porém questionam a validade dos indicadores utilizados para balizá-lo
Autogestões	Reconhecem a limpeza do mercado e consideram o rol de coberturas como fator importante para disciplinar o mercado. Elogiam a posição da agência na proibição da unimilitância.
Cooperativas	Consideram como sucesso a definição dos produtos e dos direitos do usuário, porém entendem que estes pontos foram mal aproveitados por falta de uma divulgação melhor. Adicionalmente entendem como positiva a geração de informações muito mais completas sobre o setor.
Consumidores	Reconhecem, ainda que muito timidamente, o nível de dados e informações colhidos pela agência sobre o setor, porém consideram isto insuficiente.
Usuários	Entendem que a normatização e o atendimento ao usuário são pontos de destaque da atuação da agência.
Trabalhadores	Entendem que a agência está realizando um bom trabalho, citando o programa de qualificação, ainda que questionem a não divulgação inicial da classificação das operadoras.
Profissionais	Apontam ainda que com críticas a agência como órgão adequado para a regulação.
Prestadores	Indicam como ponto positivo a limpeza do mercado, eliminando “picaretas”.
Compradores	Entendem como positiva a lógica do programa de qualificação, ainda que questionem seus indicadores. Consideram ser este um dos segmentos em que a regulamentação é necessária.

Quadro 7.14 – Avaliação dos Sucessos e Lacunas – Resumo - Lacunas

Discussão	Avaliação da atuação – Sucessos e Lacunas – Lacunas
Resumo Geral	Questionam a não inclusão dos prestadores no campo de regulação, a portabilidade, a flexibilização ou segmentação dos planos, a adequação da normatização ao Código de Defesa do Consumidor e a discussão interna na ANS quanto as lacunas para a construção de uma agenda.
Entidade	Posicionamento Resumido
Agência	Apontam a adequação integral da regulação ao Código de Defesa do Consumidor, a melhora no processo de alienação das carteiras de operadoras sob intervenção, a regulação da incorporação tecnológica, a incorporação do prestador de serviço no campo de regulação, ainda que por via indireta, o aperfeiçoamento na conectividade entre operadoras e prestadores, a mobilidade ou portabilidade de usuários, a incorporação da assistência farmacêutica, a adequação do marco regulatório, a maior integração com SUS e MS e a maturidade da discussão das lacunas dentro da própria agência como pontos que merecem ser considerados.
Gestores	Identificam lacunas em atores não atingidos pela regulação, como prestadores de serviço. Questionam os regimentos, alegando serem estes fator de exclusão de cobertura, o alcance limitado da agência (6% da população), a sua baixa capacidade arrecadatória e o uso dos cargos pelo governo para barganha política.
Governo	Entendem como oportunidades: o aperfeiçoamento dos mecanismos regulatórios e a definição da estrutura de divulgação dos dados de qualificação.
Medicinas de Grupo	Reconhecem o saneamento do mercado como sucesso, porém, questionam o excesso de exigências sobre operadoras, a qual atribuem como sendo em parte fruto do desconhecimento do mercado por parte do regulador. Apontam a falta de atuação da ANS sobre o prestador quanto às informações assistenciais, mas indicam como negativa qualquer intervenção do governo na atividade econômica. Questionam a interferência governamental na agência e apontam seus impactos como redução de oferecimento de planos individuais como alternativa para fugir da regulação. Sugerem ouvir mais o setor.
Seguradoras	Entendem que o desenho dos planos estava adequado e que as cláusulas abusivas poderiam ser ajustadas. A modificação no desenho decorrente do processo de regulação, com aumento nas coberturas, teriam tornado o produto inadequado à realidade brasileira, com o custo alto e o nível de qualidade nivelado por baixo. Entendem que a principal falha no processo é a falta de políticas claras para a área de saúde suplementar. Também apontam como lacunas a não regulação da incorporação tecnológica, com seus impactos em custos, a falta de transparência da agência no nível legal, a falta de utilização do mecanismo de consulta pública e a não inclusão dos prestadores de serviço no campo regulado.
Autogestões	Identificam a ausência de prestadores e da indústria no campo da regulação, mas considerando regulação das relações e não controle de preços. Entendem que a sensibilidade à pressões políticas é uma realidade que dificilmente será resolvida e se ressentem da negação à atividades de fomento do setor.
Cooperativas	Identificam a consolidação das normas de regulação como uma oportunidade a ser perseguida. A flexibilização das coberturas e a fixação de critérios adequados para reajuste de preços são duas outras oportunidades de melhoria.

Consumidores	Apontam a preocupação excessiva com aspectos econômicos, o incentivo à concorrência no setor, com a mobilidade de usuários, com a contratualização como lacunas no processo.
Usuários	
Trabalhadores	Criticam a conduta da agência nas liquidações extrajudiciais de operadoras, expondo usuários à falta de atendimento e desassistindo os trabalhadores destas. Questionam a possibilidade de a agência vir a aceitar planos com cobertura flexível, indicando potenciais impactos sobre os usuários. Entendem que ouvir o setor, controlar ganhos das operadoras e baixar custos com saúde são alternativas para adequar a regulação.
Profissionais	Entendem que a discussão do modelo assistencial e de remuneração em saúde suplementar deveriam ser aprofundada, tendo em vista seus impactos, inclusive no que se refere à reajuste dos planos. Debatem processo de escolha dos diretores da agência e as implicações políticas deste. Identificam o prestador de serviço como ator a ser abrangido no campo regulatório, tendo em vista sua importância tanto na construção de um novo modelo assistencial e na consolidação das informações do setor.
Prestadores	Questionam a regulamentação da qualidade da prestação de serviço, da garantia financeira (reservas) e das condições econômico-financeiras. Debatem a validade dos indicadores do programa de qualificação, a integração de sistemas com os do SUS, a falta do conhecimento do mercado de saúde suplementar por parte dos funcionários da ANS e os limites da regulação, chamando a atenção para o papel da ANS e da ANVISA. Ao mesmo tempo, sugerem que a agência ouça efetivamente os atores e construa o desenho e a velocidade da regulação considerando estes pontos.
Compradores	Entendem que a transparência na garantia do equilíbrio do setor, a necessidade de construir alternativas que viabilizem a sobrevivência do setor, incluindo incentivos fiscais e fomento.

Apesar das dificuldades, os regulados classificam razoavelmente bem a atuação da agência. Reconhecem avanços como a redução do volume de reclamações de usuários, a adoção do rol de procedimentos mínimos, a construção de um sistema de informações, a adoção de programas de qualificação e de troca eletrônica de informações e a eliminação de empresas que denominaram de “picaretas”, que ofereciam planos de saúde, porém com condições extramente restritivas para sua utilização, a ponto de considerar-se a cobertura inexistente. Apontam como dificuldades a falta de infra-estrutura, a normatização vista como excessiva e questionam os critérios de seus programas de qualificação. Consideram a regulação como um campo novo e que os reguladores ainda estão em processo de aprendizado.

Quanto às lacunas, citam a não abrangência dos prestadores no campo da regulação, a falta de transparência na atuação, o debate quanto ao modelo assistencial, a necessidade de adequação integral da legislação ao Código de Defesa do Consumidor, a portabilidade de planos, a introdução da assistência farmacêutica, os limites de atuação da ANS e da ANVISA e a flexibilização dos produtos. É importante frisar que consideram que a própria agência não conseguiu caminhar na discussão dessas lacunas para que pudesse nortear a construção de uma agenda para o futuro.

7.6 Comparativo com o Fórum de Saúde Suplementar 2003

Para aprimoramento da análise comparou-se os posicionamentos expressados a partir de entrevistas com representantes da Câmara de Saúde Suplementar com as diretrizes apresentadas pelo MS e consensos construídos através do Fórum de Discussão do Setor de Saúde Suplementar (FSS) em 2003, que contou com a participação dos principais atores do mercado (Brasil 2003).

O FSS foi convocado pelo MS, organizado pela ANS e objetivou identificar os pontos críticos e apresentar propostas para o desenvolvimento do setor de Saúde Suplementar. Foi desenvolvido em três etapas realizadas entre julho e novembro de 2003 e contou ainda com uma reunião extraordinária. Participaram do fórum representantes de entidades de consumidores, governo (ministérios), operadoras, prestadores, comunidade científica, convidados e a própria ANS.

Na primeira etapa foram organizados seis painéis de debate, separados pelos seguintes temas: abrangência da regulação, a regulamentação do mercado e a

diversidade das operadoras, financiamento do setor e a regulação de preços e reajuste, modelo institucional de regulação e fiscalização, atenção à saúde no setor e o direito à saúde e operação do setor e sua relação com o SUS. Cada painel contou com apresentações de diversos atores do mercado e foi preparado um relatório final das discussões de cada temática.

A segunda etapa foi aberta com a apresentação das diretrizes para o setor de saúde suplementar, preparada pelo MS e apresentada durante esta seção. O quadro a seguir apresenta as diretrizes propostas:

Quadro 7.15 – Diretrizes do Ministério da Saúde – Fórum de Discussão de 2003

ASPECTOS DA ATENÇÃO A SAÚDE
1- A saúde suplementar tem sua atuação no campo da produção da saúde;
2- A saúde suplementar deve observar os princípios da integralidade da atenção (na segmentação contratada), da resolutividade e da qualidade dos serviços prestados;
3- Quanto à cobertura assistencial, não será permitida a sub-segmentação;
4- O modelo de atenção à saúde no segmento suplementar deve adotar medidas de promoção à saúde e prevenção e controle de doenças;
ASPECTOS ECONÔMICO-FINANCEIROS
5- A Política de Reajuste deve ser aperfeiçoada;
6- A migração de planos anteriores à lei 9656 deve ser fortemente estimulada;
7- A mobilidade com portabilidade deve ser garantida após a migração dos planos antigos;
8- Deve ser garantida a concorrência no setor e o aprimoramento das regras de reserva técnica das operadoras;
9- Deve ser construído um plano de contingência para os usuários de operadoras que não consigam sua adequação ao mercado;
ASPECTOS INSTITUCIONAIS
10- A contratualização entre prestadores e operadoras deve ser garantida com direitos e deveres de ambas as partes, reduzindo-se o desequilíbrio atualmente existente;
11- A existência de um efetivo Controle Social no setor é fundamental;
12- Devem ser aprimoradas a organização, o funcionamento e as atribuições da ANS;
13- Aprofundar a articulação entre a saúde suplementar e o SUS.

Fonte: Baseado no Relatório da 2ª Etapa do Fórum – MS – 2003

A dinâmica desta segunda etapa consistiu na discussão em grupos de trabalho de cada uma das 13 diretrizes propostas e na elaboração de um relatório final desta etapa.

A terceira etapa, que seria realizada em outubro, foi adiada e substituída por uma reunião extraordinária para a discussão dos desdobramentos de decisão liminar do STF sobre a inconstitucionalidade do artigo 35-E da Lei 9.656/98, que manteve liminarmente fora do alcance das regras da regulação os planos contratados anteriormente à vigência daquela lei.

Para a terceira etapa foram formados grupos de discussão com representação de todos os segmentos do setor para debater a atenção à Saúde (prevenção e incorporação tecnológica), a política de reajuste, a relação operadora/prestador e o ressarcimento ao SUS, incluindo a discussão das propostas apresentadas nas duas primeiras etapas.

A partir das discussões travadas ao longo do Fórum foi elaborada uma lista, considerada como consenso construído. Esta lista divide os aspectos da atenção à saúde em dois grupos: incorporação tecnológica com nove e prevenção com três pontos de consenso respectivamente. Quanto aos aspectos financeiros foram consensuados seis pontos focados na questão da política de reajustes de preços. Finalmente, os aspectos institucionais foram divididos em dois conjuntos: relacionamento operadoras/prestadores e ressarcimento.

Quadro 7.16 – Consensos – Fórum de Discussão - 2003

ASPECTOS DA ATENÇÃO A SAÚDE: INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA	
– A Saúde Suplementar deverá integrar-se ao SUS na discussão de incorporação tecnológica (equipamentos e procedimentos);	
– Estimular e adequar às diretrizes do SUS às novas formas mais efetivas e eficazes de atenção à saúde;	
– Articulação com universidades para discutir a formação médica e o reaparelhamento dos centros universitários;	
– Promover a certificação de qualidade;	
– Articulação do governo (MS, ANS, ANVISA, MF, MJ), formando um comitê nacional;	
– Regulamentação de órteses e próteses;	
– Constituição de uma câmara técnica de incorporação tecnológica (produtores, fornecedores, academia, sociedades de especialidades e de apoio diagnóstico e terapêutico);	
– Revisão da legislação do exercício profissional;	
– Consulta a especialistas para discutir aquisição, distribuição e utilização de novas tecnologias em saúde;	
ASPECTOS DA ATENÇÃO A SAÚDE: PREVENÇÃO	
– As operadoras devem conhecer o perfil epidemiológico de sua população;	
– As operadoras devem conformar programas de promoção à saúde e prevenção e controle de doenças. (Necessidade de explicitar desdobramentos);	
– Promover Simpósio Nacional sobre experiências positivas com programas de prevenção;	
ASPECTOS ECONÔMICO-FINANCEIROS: POLÍTICA DE REAJUSTE	
– A metodologia deverá ser necessariamente transparente;	
– A discussão deve contar com participação de todos os atores (operadoras, prestadores e usuários);	
– O reequilíbrio é importante, mas é diferente de reajuste;	
– Necessidade de construção de um índice para o setor que considere as realidades regionais e as características dos tipos de operadoras;	
– O índice seria um indicador e não um indexador;	
– Continuidade da Câmara Técnica de Reajuste, a partir de propostas do Fórum, particularmente do MS;	
ASPECTOS INSTITUCIONAIS: RELAÇÃO OPERADORA-PRESTADOR	
– Contratualização plena do Setor;	
– Respeito aos Contratos;	
– Agilidade operacional;	
– Estímulo à acreditação;	
– Compromisso com a qualidade assistencial;	

– Instalação de uma instância arbitral com a criação de uma câmara técnica para discutir forma e operacionalização;
– Construção de uma linguagem única envolvendo tabelas SUS, Tunep eAMB;
– Desenvolver um instrumento jurídico que poderia apontar “as diretrizes” como balizadores;
ASPECTOS INSTITUCIONAIS: RESSARCIMENTO
- Necessidade de aprimorar a operacionalização atual para simplificação do processo;
- Maior interação através de informações entre os gestores do SUS e a Suplementar;
- Criar alternativas à atual análise individual das contas (por exemplo: taxa, grupo diagnóstico...);
- Fiscalizar para identificar operadoras cujos usuários utilizam sistematicamente o SUS;
- Criar um Grupo Técnico que iniciará suas discussões a partir das propostas do Fórum.

Fonte: Elaboração Própria – baseado no Resumo Executivo do Fórum – MS – 2003

Os consensos construídos mostram-se extremamente focados em pequenos pontos, exatamente naqueles em que parece não existir alternativa para fugir ao entendimento. É o caso da questão da incorporação tecnológica, da metodologia de reajuste, ou mesmo da contratualização, para os quais independentemente do posicionamento ideológico e de interesses financeiros reais aí existentes, não existem dúvidas quanto à necessidade do aprofundamento da discussão. Esse consenso, entretanto, é apenas conceitual, ou seja, concorda-se com a necessidade de se discutir o tema, porém não existe convergência quanto à solução a ser derivada desta discussão.

Os consensos construídos em relação ao ressarcimento parecem apenas maquiar a discussão, uma vez que a simplificação do processo e a integração das informações, permitindo acelerar o processo de identificação de potenciais casos de ressarcimento, desconsideram a divergência fundamental entre os atores no que diz respeito à efetiva legalidade deste instrumento.

A comparação entre os pontos de consenso do Fórum e a análise de sucessos e lacunas desta pesquisa, balizado pelas diretrizes do MS é apresentada nos quadros a seguir:

Quadro 7.17 – Atenção à Saúde – Fórum x Pesquisa

Diretrizes em Atenção à Saúde	
Consenso do Fórum	Pesquisa
– As operadoras devem conhecer o perfil epidemiológico de sua população; – As operadoras devem conformar programas de promoção à saúde e prevenção e controle de doenças; – Estimular e adequar às diretrizes do SUS, novas formas mais efetivas e eficazes de atenção à saúde; – Promover a certificação de qualidade – Regulamentação de órteses e próteses; – Estímulo a acreditação; – Compromisso com a qualidade assistencial; – Realização de Simpósio Nacional sobre experiências positivas com programas de prevenção.	Sucesso - Definição de produtos, direitos e cobertura; Sucesso - Saneamento do Mercado; Sucesso - Programas de qualificação e troca de informações; Sucesso - Informações do mercado; Lacuna - Flexibilização de produtos; Lacuna - Avanços no programa de qualificação; Lacuna - Revisão do modelo assistencial;

Considerando as diretrizes em atenção à saúde, o consenso do Fórum ocorre quanto ao entendimento do mercado, ao estímulo à produção de saúde e à prevenção de doenças, lastreado pela qualidade assistencial. São justamente estes os pontos em que se concentram os maiores sucessos atribuídos pelos atores da CSS ao processo de regulação: saneamento do mercado, padronização de produtos e de informações e programas de qualificação, ainda que se apontem oportunidades em avançar mais na qualificação, na revisão do modelo assistencial e na flexibilização de produtos, o qual desafia a diretriz de integralidade.

Quadro 7.18 – Econômico-Financeiros – Fórum x Pesquisa

Diretrizes quanto a Aspectos Econômico-Financeiros	
Consenso do Fórum	Pesquisa
– A metodologia deverá ser necessariamente transparente; – A discussão deve contar com participação de todos os atores; – O reequilíbrio é importante, mas é diferente de reajuste; – Construção de um índice para o setor que considere as realidades regionais e as características dos tipos de operadoras; – O índice seria um indicador e não um indexador; – Continuidade da Câmara Técnica de Reajuste;	- Sucesso - Sustentabilidade do mercado; - Lacuna - Definição de políticas claras para o setor; - Lacuna - Fomento para o crescimento; - Lacuna - Ampliação da concorrência - evitar oligopolização; - Lacuna - Processo de alienação de carteiras – intervenção; - Lacuna - Conectividade e portabilidade de produtos; - Lacuna - Garantia financeira – reservas.

Quanto aos aspectos econômico-financeiros da regulação, o consenso do Fórum esteve ligado à definição de metodologia de reajuste, enquanto que os atores da CSS, além de discutirem esta questão, consideraram também como lacunas da regulação a ausência de políticas claras, o crescimento do mercado, a concorrência, a portabilidade de planos e as garantias financeiras de operadoras

Para melhor identificação de consensos quanto à organização, ao funcionamento e às atribuições da ANS, optou-se por segregar este item no quadro comparativo abaixo.

Quadro 7.19 – Institucionais – Fórum x Pesquisa

Diretrizes quanto a Aspectos Institucionais - exceto ANS	
Consenso do Fórum	Pesquisa
– O setor de saúde suplementar deverá integrar-se com o SUS na discussão de incorporação tecnológica; – Estimular e adequar às diretrizes do SUS novas formas mais efetivas e eficazes de atenção à saúde;	- Lacuna - Incorporação do prestador no campo regulado; - Lacuna – Integração da ANS com o SUS e MS;

– Articulação com universidades para discutir a formação médica e o re-aparelhamento dos centros universitários; – Articulação do governo (MS, ANS, ANVISA, MF, MJ); – Regulamentação de órteses e próteses; – Câmara Técnica de Incorporação Tecnológica (produtores, fornecedores, academia, sociedades de especialidades e de apoio diagnóstico); – Especialistas para discutir aquisição, distribuição e utilização de novas tecnologias em saúde; – Contratualização plena do Setor; – Respeito aos Contratos; – Instância arbitral com criação de uma Câmara Técnica para discutir forma e operacionalização; – Construção de uma linguagem única envolvendo as tabelas SUS, Tunep e AMB; – O instrumento jurídico poderia apontar “as diretrizes” como balizadores; – Necessidade de aprimorar a operacionalização atual, para simplificação do processo; – Maior interação através de informações entre os gestores do SUS e do segmento de saúde Suplementar; – Criar alternativas à atual análise individual das contas (por exemplo: taxa, grupo diagnóstico).	Lacuna – Transparência; Lacuna - Definição de políticas claras para o setor;

Os consensos do fórum estão relacionados a construção de um programa de análise de incorporação tecnológica (ainda que a principal responsável por esta definição seja a ANVISA), a contratualização entre prestadores e operadoras, e ao ressarcimento ao SUS. Os atores da CSS indicam lacunas quanto à integração da agência com o SUS e MS, quanto à definição de políticas claras para o setor, à transparência do processo de regulação, e à inclusão dos prestadores no campo regulado.

Quadro 7.20 – ANS – Fórum x Pesquisa

Diretrizes quanto a Aspectos Institucionais - ANS	
Consenso do Fórum	Pesquisa
– Integração com o SUS na discussão de	Lacuna - Integração da ANS com o SUS e

tecnologia; – Articulação com universidades para discutir a formação médica e o re-aparelhamento dos centros universitários; – Articulação MS, ANVISA, MF, MJ, MT, MPAS; – Estimular e adequar às diretrizes do SUS novas formas mais efetivas e eficazes de atenção à saúde; – Promover a certificação de qualidade; – Estímulo a acreditação; – Compromisso com a qualidade assistencial; – Câmara Técnica de Incorporação Tecnológica e regulamentação de órteses e próteses; – Câmara Técnica para reajuste; – A metodologia de reajuste transparente e com participação de todos os atores; – Construção de um índice (indicador) para o setor que considere as realidades regionais e as características dos tipos de operadoras; – Contratualização entre prestadores e operadoras; – Ressarcimento ao SUS - criação de instância arbitral e maior interação com gestores do SUS; – Ressarcimento ao SUS - simplificação de processamento e da fiscalização;	MS; Lacuna - Integração entre as diretorias da ANS; Lacuna - avanços no programa de qualificação; Lacuna - Revisão do modelo assistencial; Sucesso - Programas de qualificação e troca de informações; Lacuna - Regulação de incorporação tecnológica; Lacuna - Ampliação da concorrência - evitar oligopolização; Lacuna - Conectividade e portabilidade de produtos; Lacuna - Processo de alienação de carteiras – intervenção; Lacuna - Fomento para o crescimento; Sucesso - Saneamento do Mercado e informação; Lacuna - Flexibilização de produtos; Lacuna - Garantia financeira – reservas; Sucesso - Definição de produtos, direitos e cobertura; Lacuna - Adequação do marco regulatório; Lacuna - Inclusão do prestador no campo regulado; Lacuna - Inclusão da indústria no campo ou nas discussões; Lacuna - Definição de políticas claras para setor; Lacuna – Transparência; Lacuna - Uso de cargos em barganha política e interferência do governo; Lacuna - Ouvir mais o setor e melhorar o sistema de informações.

Quadro 7.21 – ANS – Fórum x Pesquisa – Resumo

Diretrizes quanto a Aspectos Institucionais – ANS – Resumo	
Consenso do Fórum	Pesquisa
- Melhor articulação; - Qualificação e tecnologia; - Metodologia de Reajuste e Ressarcimento;	- Melhor articulação; - Qualificação e tecnologia; - Sustentabilidade do mercado; - Construção do marco regulatório; - Transparência na condução da ANS.

Os pontos de convergência entre o consenso gerado no Fórum de Saúde Suplementar e a pesquisa que dá suporte a este trabalho são a necessidade de uma melhor articulação entre SUS, sistema supletivo e governo no que tange à construção de políticas de saúde e a necessidade de dinamizar programas de qualificação e de incorporação tecnológica.

Temas como metodologia de reajuste e ressarcimento ao SUS, apesar de continuarem recorrentes entre os atores, parecem ter reduzido sua importância relativa em favor de temas ligados à sustentabilidade do setor de saúde suplementar, no sentido de busca por ampliação de concorrência, portabilidade de carteiras, flexibilização de produtos e fomento ao crescimento.

Ainda quanto à sustentabilidade do setor é importante considerar o posicionamento do governo cuja conceituação para o termo parece estar ligada a manutenção das regras, direitos e obrigações e nesta questão parece haver um indicativo que não haverá incentivo nem para flexibilização tampouco para o fomento ao crescimento de mercado.

Novas temáticas como a busca pela construção de um marco regulatório para o setor com definição clara de regras e políticas de inclusão de novos atores no

campo regulatório (como prestadores e indústria) e necessidade de maior transparência da agência quanto a seu processo decisório vêm despertando a atenção desses atores participantes da CSS.

A avaliação dos atores entrevistados aponta um processo marcado mais por lacunas do que por sucessos. Apresenta uma agência reguladora deficiente em termos de sua estrutura, excessivamente normativa e cuja nomeação de dirigentes tem minimamente indícios de barganha política fugindo, portanto, do caráter eminentemente técnico esperado de uma agência reguladora.

Comparando os posicionamentos derivados das entrevistas com os atores realizadas em 2006 com os consensos do Fórum de Saúde Suplementar de 2003, existem poucos indícios de evolução no processo regulatório. Quando os há, estão limitados aos programas de qualificação e ao TISS, mantendo ainda em aberto diversas lacunas já levantadas e consensuadas no FSS. Esta falta de evolução vai ao encontro, portanto, do entendimento dos atores, por vezes mais difuso por vezes mais incisivo, de que a ANS é ineficaz em avançar no processo regulatório e atingir a sua missão.

8. Conclusões

O mercado de saúde suplementar tem forte vinculação com o mercado de trabalho, tendo o crescimento de sua base de beneficiários e volume de receitas seguido a mesma direção do crescimento econômico. Isto é confirmado pelos dados da ANS que apontam um crescimento médio ponderado no número de beneficiários de planos de saúde de 2,4% ao ano entre 2000 e 2006, 0,7 pontos percentuais (pp) acima do crescimento populacional no mesmo período.

Adicionalmente, em dezembro 2006, 49,2% dos 36,9 milhões de beneficiários ativos de planos de saúde são filiados a contratos coletivos regulamentados, ou seja, contratados após a Lei 9.656/98, sendo este o segmento de maior crescimento médio ponderado 18,6% ao ano entre 2000 e 2006 e ante um crescimento de 14,2% ao ano de planos individuais. O crescimento no número de beneficiários de planos regulamentados é parcialmente justificado pelo desempenho da economia, porém a migração de planos antigos tem papel relevante nesta dinâmica. O número de beneficiários de planos não regulamentados recuou 8,4% ao ano entre 2000 e 2006, confirmando a migração para contratos regulamentados.

Apesar do crescimento de 14,2% ao ano apresentado em planos individuais entre 2000 e 2006, a participação total relativa deste grupo de beneficiários sobre o total de beneficiários de planos de saúde recuou 4,7 pp.

O aumento de preço dos planos, ainda que com correspondente incremento em coberturas, decorrente da migração de planos antigos para os regulamentados, justifica a manutenção de cerca de 13,0 milhões de beneficiários neste segmento.

Assim, considerando a microregulação da relação entre as operadoras de planos de saúde e beneficiários de planos individuais ou familiares, o volume de beneficiários efetivamente contemplados pela regulação em saúde suplementar é de 5,7 milhões, ou seja 15,5% da população coberta por planos privados de saúde ou ainda 3,1% da população total.

A liberdade para negociar reajustes, recomposição de custos, adequação de rede assistencial, cláusulas de co-participação entre outros, torna o plano coletivo mais atrativo como negócio para as operadoras e incentiva as mesmas a reduzirem ou a eliminarem o oferecimento de novos planos individuais ou ainda “coletivizando” planos individuais ou familiares, ao oferecerem planos coletivos para pequenos grupos de indivíduos, classes de trabalhadores ou famílias.

A lógica de reajuste para planos individuais pautada pela média dos reajustes negociados em planos coletivos busca, conceitualmente, transferir a dinâmica e os benefícios de uma negociação mais equilibrada, técnica e financeiramente, como se espera que seja a entre uma operadora e um grande empresa, para os indivíduos. Porém, a falta de transparência na metodologia de apuração destes índices põe em dúvida o equilíbrio econômico na relação entre operadoras e beneficiários.

Adicionalmente, o processo de alienação de carteiras expõe beneficiários individuais à mudança de qualidade assistencial, cuja alternativa requer experimentar novo período de carência, enquanto que para os estipulantes de planos coletivos, basta efetuar nova cotação e transferir seu contrato para outra operadora que lhe ofereça melhores condições comerciais.

Apesar da regulamentação permitir o oferecimento de planos segmentados quanto a cobertura entre ambulatorial e hospitalar, a participação destes no total de planos novos é de apenas 6,3% (4,9% ambulatorial e 1,4% hospitalar).

Quanto à cobertura populacional por planos, esta cresce à medida que a população envelhece. É de 15,1% para idades entre 0 e 9 anos e vai sendo ampliada gradativamente até atingir 28,3% para idades superiores a 80 anos. Se por um lado esta tendência pode ser parcialmente explicada pela incorporação da força de trabalho ao mercado de trabalho, por outro pode indicar a exploração do conceito de risco moral pelos compradores de plano, ao ampliarem a cobertura para o grupo de maior potencial de consumo, requerendo das operadoras a adoção de medidas de controle de sinistralidade visando alcance de melhores resultados financeiros, mas cujo impacto assistencial ainda não pode ser mensurado.

O total de 1.255 operadoras de planos de saúde parece num primeiro momento sinalizar um mercado caracterizado pela pulverização. Porém, ao se qualificar a participação dessas operadoras nesse mercado são percebidos sinais de oligopolização, já que três operadoras são responsáveis por 12% dos beneficiários, sete delas por 20%, 44 por 49,5% e finalmente, 217 delas atendendo 79,5% dos beneficiários.

Considerando o número de beneficiários por operadora, evidencia-se que esse mercado é liderado pelas medicinas de grupo com 14,3 milhões de beneficiários, que corresponde a 38,5% de participação. As cooperativas médicas vêm em segundo lugar ao serem responsáveis por 11,9 milhões de beneficiários, ou 32,3% do total, o que representa um aumento de participação de mercado de 7,5 pontos percentuais entre 2000 e 2006.

Já considerando a receita total, a liderança é assumida pelas cooperativas médicas com 38,4% de participação ante os 32,5% absorvidos pelas medicinas de grupo, indicando preço de venda relativamente inferior em planos oferecidos por medicinas de grupo, comparado aos de cooperativas médicas.

O volume de regramentos produzidos pela ANS entre 2000 e 2006 (790 ou 113 por ano) é fator de desconforto para o mercado, tendo em vista a instabilidade legal e a ausência de um marco regulatório definido.

Adicionalmente, a consulta pública como mecanismo de participação dos atores no processo regulatório é pouco utilizada, sendo empregada somente em 25 ocasiões entre 2001 e 2006 ou uma média de 4,2 vezes ao ano.

A relação entre consultas públicas convocadas e resoluções normativas emitidas entre 2000 e 2006 é de 0,18, ou seja, são emitidas 5,7 resoluções normativas para cada consulta pública, aquém das apresentadas em outras agências, colocando em dúvida a efetiva participação da sociedade nas discussões e a própria transparência do processo, ressaltando que este é um dos princípios que justificam a adoção do modelo de agência.

A ANS tem seus compromissos de atuação pactuados e avaliados através de contratos de gestão firmados com o Ministério da Saúde. Entre 2000 e 2006 foram firmados quatro contratos, sendo um destes prorrogado. Suas diretrizes estratégicas são o desenvolvimento institucional, a sustentabilidade do mercado, a qualificação e a integração com o SUS.

As avaliações de execução destes contratos preparadas pela ANS indicam um cumprimento médio de 83% dos compromissos firmados. Considerando as diretrizes estratégicas definidas e os resultados alcançados, poder-se-ia sugerir um avanço mais do que adequado do processo regulatório. Entretanto, esta indicação não apresenta aderência ao se analisarem os posicionamentos dos atores e seu grau de insatisfação com o processo, colocando em dúvida o sistema de controle de gestão adotado em saúde suplementar.

A CSS é órgão consultivo da ANS e se reuniu 44 vezes ao longo dos últimos oito anos desde sua criação em 1998 até setembro de 2006, contando com a participação de 217 diferentes representantes. No entanto, sua frequência efetiva nessas reuniões é acentuadamente variável. Em termos de presença relativa (ponderada pelas convocações) participaram em 100% das convocações os prestadores, medicinas de grupo, seguradoras, reguladores (ANS) e consumidores. No pólo inverso, encontram-se trabalhadores, governo e gestores, com menos de 55% de presença relativa, sugerindo a importância que cada grupo confere à CSS enquanto fórum de debate ou espaço para disseminação de suas posições.

Nota-se uma desmotivação por parte de algumas das representações de usuários e de consumidores, a ponto de haver renúncia formal de participação de uma destas representações e a substituição da mesma. Esta reação pode ser explicada pela falta de perspectiva quanto a resultados oriundos das discussões na CSS, mas também pode ser motivada pela facilidade de se obter judicialmente o acolhimento de demandas de usuários contra limitações de cobertura contratual dos planos de saúde.

Assim, os usuários e consumidores não consideram sua participação institucionalmente como integrantes de um mercado cujo regramento está em construção, preferindo buscar a garantia judicial para a resolução de problemas pontuais, sem auxiliar efetivamente na regulação do todo.

A ausência participação do Governo, representado pelos Ministérios da Saúde, Fazenda, Trabalho, Justiça e Previdência e Assistência Social é notável. Nenhum dos ministérios esteve presente a mais de 55% das reuniões da CSS, sendo o Ministério da Saúde o mais participativo com 54,5% de presença e o da

Previdência e Assistência Social o menos freqüente, com 22,7% de comparecimento.

Outra característica da participação governamental na CSS é a falta de continuidade do representante. Ao longo das 44 reuniões da CSS, participaram 33 diferentes representantes dos cinco ministérios, com uma participação média de 2,7 reuniões cada.

Considerando o caráter autônomo das agências reguladoras e o nível de tensão nas relações entre agência e governo verificado principalmente na regulação do setor de infra-estrutura, seria esperado um papel mais participativo do governo na regulação do setor de saúde suplementar.

Esta ausência poderia ser explicada pela baixa importância relativa atribuída pelo governo à CSS como fórum de construção de entendimentos e decisões, até por conta de seu caráter consultivo ou pela falta de entendimento do setor de saúde suplementar por parte do governo ou ainda pelo entendimento que apenas o Ministério da Saúde deveria participar da CSS como pasta vinculadora da ANS.

Outro fator a ser considerado na busca da explicação para a falta de participação do governo nas discussões da CSS poderia estar no caráter político atribuído às nomeações de dirigentes das agências, o que justificaria ainda menos o debate por parte do governo do direcionamento adotado pelas agências.

Por outro lado, a participação de operadoras (de todas as modalidades) e prestadores na CSS chama a atenção pela perenidade dos representantes e pela sua assiduidade, apesar de sua decepção com os resultados deste fórum. Este posicionamento parece indicar a necessidade de participar visando marcar suas posições, homogeneizar discursos e constituir lideranças.

Apesar da pauta de discussão da CSS ser definida pela ANS, é permitida a sugestão prévia de temas pelos atores. Nas 44 reuniões foram pautados 129 temas, com predominância daqueles ligados à característica e estrutura da regulamentação (35%), apresentações da ANS (13%) e programas da ANS (9%). Temas como a avaliação da ANS pelos atores e discussão quanto a lacunas no processo de regulação, embora pareçam cruciais para a adequação do modelo, foram tratados apenas uma vez, enquanto documentos para discussão elaborados pelos atores da CSS foram tema em apenas duas ocasiões.

A medida que a CSS não discute os temas centrais da regulação, como a avaliação dos atores quanto ao processo, a identificação de lacunas na regulação e a priorização para suas resoluções, restringe ainda mais sua capacidade de influir e auxiliar o processo regulatório, inclusive limitando até mesmo sua atuação consultiva.

A discussão de temas operacionais nas reuniões da CSS – ou como classificariam os atores a comunicação das decisões e apresentações da ANS – pode apenas em parte ser atribuída a falta de interesse da própria agência em compartilhar seu processo decisório. Porém, pode indicar ainda a falta de interesse por parte dos próprios atores em aprofundar as discussões, tendo em vista o risco que estas acreditam que possam trazer para suas próprias instituições.

Adicionalmente, este parece ser um sinal da importância relativa conferida pelos atores e pela própria agência à CSS, cujo resultado pode ser o esvaziamento do potencial contributivo destes atores para o progresso da regulação do mercado de saúde suplementar.

Foram realizadas entrevistas com 13 dos 33 membros atuais da CSS e para fins de análise do seu conteúdo foram estruturadas seis dimensões analíticas

desenvolvidas a partir do posicionamento dos atores entrevistados. Em cada dimensão foram identificadas variáveis e indicadores, condensados conforme quadro a seguir:

Quadro 8.1 – Dimensões, Variáveis e Indicadores

Dimensão	Variável	Indicador
A Construção do Modelo	A Origem da regulação via agência	Entendimento pelos atores da Reforma do Estado
	Integração com políticas nacionais	Alinhamento com Plano Nacional de Saúde
	Autonomia da agência	Mecanismos de controle social em saúde suplementar
	Público e privado em saúde	Entendimento pelos atores de SUS e sistema suplementar como complementares no sistema de saúde brasileiro
	Ressarcimento ao SUS	Efetividade do Mecanismo de ressarcimento ao SUS
Processo de participação na CSS	Origem da participação	Engajamento anterior a Lei 9.656/98
CSS como interlocutora na regulação	Representação ou desequilíbrio na CSS	Composição da CSS
	Consultiva ou deliberativa	Produtividade da CSS- capacidade de gerar decisões
Sustentabilidade do sistema	Velocidade de desenvolvimento do processo	Implementação da regulação / Normativos
		Impacto do Judiciário
	Viabilidade econômica	Metodologia de reajuste de preços

		Fomento / incentivo fiscal
Avaliação da ANS	Infra-estrutura	Integração dos sistemas
		Quadro de pessoal adequado e treinado
	Integração entre diretorias – 5 agências	Coordenação de iniciativas
	Normativos em excesso	Criação do marco regulatório
	Avaliação Geral	Consolidação da regulação
Sucessos e Lacunas	Sucessos	
	Lacunas	

A análise dessas dimensões permitiu um entendimento organizado das posições dos atores e a construção de conclusões mais globais quanto ao processo de regulação.

Existe consenso quanto à origem do conceito de agência a partir da reforma do Estado, porém discute-se sua autonomia, seu distanciamento do controle social do SUS e sua integração com as políticas do Ministério da Saúde. Debate-se ainda a manutenção do padrão de relação público-privado, com o compartilhamento de redes e renúncia fiscal entre outros mecanismos e quanto a subordinação entre SUS e sistema suplementar está presente.

O longo período de participação das representações no processo de regulação, a maioria atuante desde o início dos anos 90, ocasionou desgaste, que adicionado a resultados aquém dos esperados na evolução do processo regulatório, reduziu a motivação destas representações em manterem sua atuação. Outros fatores de desmotivação são a inadequação de algumas das representações, seja

por sua estatura e representatividade ou pela utilização de entidades que não representam o ator original, como os compradores representados por entidade de prestadores e ainda a baixa participação na CSS por representantes de atores como governo e trabalhadores.

A maioria dos atores considera a composição da CSS heterogênea e não paritária o que justifica o seu caráter consultivo, porém este formato não atende a expectativa destes quanto a resultados. Ao mesmo tempo, não existe clareza de todos os participantes com relação ao jogo de forças presente na CSS nem quanto a potencial apropriação desta por algum dos atores envolvidos. A discussão prévia dos assuntos relevantes entre o MS e a ANS, a diversidade de estatura e representatividade dos participantes, a reduzida participações de alguns atores nas reuniões e a falta da participação da indústria nas discussões da CSS apesar da abrangência de sua composição, corroboram com sua baixa produtividade. Os atores questionam a validade da representação e a sua própria capacidade em gerar discussões produtivas e ainda a pouca disponibilidade da agência em ouvir seus posicionamentos.

A busca pela sustentabilidade da regulação é consenso entre os atores, mas a conceituação e forma de sua construção depende dos interesses de cada grupo. De acordo com estes interesses se estabelecem parâmetros quanto a velocidade de implementação do processo, entre outros. Os posicionamentos dos atores parecem indicar poucas alternativas de conciliação, já que de um lado se alinham governo, reguladores e consumidores que entendem ser possível acelerar o processo de regulação, que consideram que o Judiciário não representa obstáculo para tanto, que deveria haver um maior grau de competição entre operadoras e finalmente que o ideal seria manter a operacionalidade do mercado, sem considerar incentivos para

o crescimento. De outro lado, a vertente empresarial do mercado considera mais adequado um processo regulatório mais gradual, visando permitir a consolidação das mudanças efetuadas e reclama pela incorporação de incentivos e de fomento para o crescimento e sustentabilidade do mercado, sob o risco de potencial quebra do mesmo e, portanto, transferência integral de atendimento de 36,9 milhões de pessoas para o SUS.

A avaliação dos atores quanto a atuação da agência indicou como gargalos em termos de infra-estrutura e fatores geradores de lentidão e a burocracia interna o desenvolvimento e implantação de sistemas informatizados, adequação de recursos humanos e desconhecimento da operação do mercado privado por parte do regulador. A falta de integração entre as diretorias da ANS é consenso entre os atores e decorre da utilização de cargos da agência em barganhas políticas e da falta de uma política norteadora, impactando nos custos e na velocidade da regulação, além de colocar em dúvida a própria lógica de construção como agência. O volume de normativos e a falta de um marco regulatório em saúde suplementar dificultam o entendimento de direitos e obrigações pelos atores. A regulação atingiu uma fase em que nenhum dos atores está satisfeito, sendo intensas as críticas à atuação da agência, compensado por algum nível de entendimento de que este é um processo ainda em construção.

O volume de lacunas identificadas pelos atores no processo regulatório, ainda que considerando ser este um processo em construção e os poucos sucessos reconhecidos pelo mercado, justifica a sensação insatisfação por parte dos atores. Os atores consideram positiva a atuação da agência quanto ao saneamento do mercado, a definição de produtos e coberturas mínimas e na construção de seu conhecimento, porém questionam a adequação do controle de preços, a ausência

de um marco regulatório, a falta de integração tanto entre as diretorias da própria agência quanto desta com o MS, o uso político dos cargos da agência, a ausência de políticas e instrumentos de fomento ao crescimento do mercado ou de aumento da concorrência, a falta de regulação da incorporação tecnológica, a não inclusão dos prestadores de serviço e da indústria no campo da regulado, a adequação da regulação em vigor ao Código de Defesa do Consumidor e a falta de discussão interna na ANS quanto às lacunas para a construção de uma agenda regulatória.

A composição díspar em termos de estatura e representatividade dos participantes da CSS dificulta a construção de debates e consensos embasados e que reflitam os interesses da sociedade, motivando assim alguns atores a abandonar a CSS, cuja substituição tem sido feito por representação de menor expressão, realimentando o ciclo de desmotivação. A garantia de ocupação de espaço para eventual tentativa de homogeneização de discursos e potencial construção de lideranças, acaba por manter outros atores presentes na CSS, ainda que insatisfeitos com os resultados.

A CSS não se qualifica como fórum efetivo de discussão e representação da sociedade no processo regulatório em função da composição e representatividade de seus membros, pelo nível de participação destes em reuniões, pelas pautas discutidas e pelos posicionamento resultantes.

Considerando-se a viabilidade econômica do mercado de saúde suplementar, entende-se que não se pode depender da concessão de subsídios e incentivos governamentais e assim, requer-se a gestão eficiente de custos das operadoras e transparência quanto a metodologia de cálculo para reajuste de preço e a definição do marco regulatório pela agência, permitindo desta forma, a redução de

interferência do Judiciário no processo regulatório. A consolidação destes fatores poderá favorecer a construção de sustentabilidade para o setor.

A contratação de quadros funcionais com perfil sanitaria através de concurso público pela agência pode significar a tentativa de aproximação da saúde suplementar ao SUS, sobretudo tendo como motivação um caráter ideológico. Entretanto, a presença deste novo contingente e o fato de parte da própria direção da agência ter formação sanitaria, pouco tem propiciado em termos de integração desta com o Ministério da Saúde.

Analisando os consensos produzidos através do Fórum de Saúde Suplementar realizado em 2003 e os resultados deste trabalho, percebe-se a manutenção das lacunas, porém com algumas alterações quanto ao foco, já que pautas relativas à metodologia de reajuste e ressarcimento ao SUS parecem ter perdido importância relativa no debate para a discussão da sustentabilidade do setor de saúde suplementar nos seus diferentes sentidos. A falta da construção de um marco regulatório para o setor e de transparência da agência quanto a seu processo decisório, indicam o quão distante se encontra a agência reguladora de uma efetiva regulação do mercado.

Ao lado das lacunas apontadas, a exigüidade da abrangência do processo regulatório, tendo em vista o foco centrado na relação operadora – beneficiário individual ou familiar e a própria dúvida do atual governo quanto à manutenção do modelo de agência, as alegadas utilizações de cargos em agências em barganhas políticas com o risco desta ser capturada por interesses particulares, bem como os longos períodos de vacância de cargos nas agências ampliam o questionamento quanto ao alcance da missão da ANS.

O entendimento do processo regulatório praticado pela ANS a partir das entrevistas com os atores integrantes da Câmara de Saúde Suplementar representa certamente uma visão enviesada, tendo em vista as disparidades de interesses ali representados. Porém, é justamente essa amplitude de representação e essa disparidade de interesses que permitem enxergar a atuação regulatória da ANS de uma perspectiva que contemple de forma mais próxima a sua complexidade.

A ANS não consegue comunicar a efetividade de seu trabalho em prol do interesse público, seja pela baixa velocidade empregada nesse processo, pela tendência à oligopolização ao se privilegiar as maiores operadoras, pela aparente omissão em definir o marco regulatório do setor, pela manutenção de coberturas incompletas como o plano ambulatorial e hospitalar e pelo aparente desinteresse em efetivamente interagir com os atores do mercado.

Conclui-se que a regulação em saúde suplementar ainda é um processo em maturação, porém, dadas as divergências de interesses entre os atores e as limitações do fórum de discussão, a construção de consensos via CSS não ocorre; adicionalmente, considerando os posicionamentos da agência e o volume de lacunas apontadas no processo regulatório não permitem enxergar a ANS como uma efetiva defensora do interesse público em saúde suplementar, deixando esta de cumprir sua missão.

Referências bibliográficas

Abranches SH. Reforma regulatória: conceitos, experiências e recomendações. Revista do Serviço Público 1999; 50(2): 19-49.

Abrucio FL, Costa VMF. Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro. São Paulo: Konrad-Adenauer; 1998.

Almeida CM. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil. (textos para discussão n. 599/98). Rio de Janeiro: Ipea; 1998. Disponível em <<http://www.ipea.org.br/publicações>> (22 out 2003).

Andrade MV, Lisboa MB. A economia da saúde no Brasil. In: Lisboa MB, Menezes NA, editores. Microeconomia e sociedade no Brasil Rio de Janeiro: Contra-capa: 2001. p.285-332.

Andrade MV, Maia AC, Noronha KVMS. Financiamento do setor de saúde suplementar no Brasil: uma investigação empírica a partir dos dados do PNAD/98. Brasília: ANS; 2001. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/forum_bibliografias.asp (22 out 2003)

Araújo HC, Pires JCL. Regulação e arbitragem nos setores de serviços públicos no Brasil: problemas e oportunidades. Revista de Administração Pública 2000; 34(5): 9-28.

Ayres I, Braithwaite J. Responsive reeregulation: transcending the deregulation debate. Oxford: Oxford University Press; 1992.

Bahia L. Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil. [tese] Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública FIOCRUZ; 1999.

Bahia, L. Notas sobre o mercado de planos de saúde no Brasil. In IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Oficina de trabalho sobre assistência médica suplementar: perspectivas para o ensino e a pesquisa. Salvador; 2000.

Bahia L. O SUS e os desafios da universalização dos direitos à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: Lima NT, Edler F, Gerschman S, Suarez JM orgs. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 407-49.

Bahia L, Santos I, Viana MLW, Santos MPG, Costa RCR. Os planos de saúde empresariais: tensões entre a concepção de benefício social e a regulação do mercado de assistência médica suplementar. Parte III 2001 – Nota técnica 13. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/forum_bibliografias.asp (22 out 2003)

Bahia L, Viana ALd'A. Introdução. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação & saúde: evolução e perspectivas da assistência médica complementar. Rio de Janeiro: ANS; 2002.

Bahia L, Simmer E, Oliveira DC. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. Ciência e Saúde Coletiva 2004; 9(4): 921-29.

Biasoto Jr, G. Portabilidade: avaliação exploratória das principais potencialidades e dificuldades. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar; Montone J, Castro AJW Orgs. Regulação & Saúde: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004, v. 3 t2. p. 53-78.

Bobbio N. Teoria Geral da Política: a filosofia e as lições dos clássicos. Org.: Michelangelo Bovero. Rio de Janeiro: Editora Campus; 2000.

Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. Dicionário de Política. 5ª ed. Brasília / São Paulo: UNB / Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; 2000.

Boyer R. A teoria da regulação: uma análise crítica. São Paulo: Nobel; 1990.

Braga JCS. Dimensões sociais e econômicas do mercado de assistência suplementar. Texto base da 2ª. oficina de trabalho ANS. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/forum_bibliografias.asp (22 out 2003)

Brasil. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/> (02 outubro de 2003).

Brasil. Lei 9.656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Alterada pela MP 1.665 de 24 de junho de 1998. Disponível em <http://www.ans.gov.br> (02 outubro de 2003).

Brasil. Lei 9.656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Alterada pela MP 2.177-44 de 24 de agosto de 2001. Disponível em <http://www.ans.gov.br> (02 outubro de 2003).

Brasil. Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Alterada pela MP 2.177-44 de 24 de agosto de 2001. Disponível em <http://www.ans.gov.br> (02 outubro de 2003).

Brasil. Lei 10.185 de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde. Disponível em <http://www.ans.gov.br> (02 outubro de 2003).

Brasil. Medida Provisória 813/95 de 01 de janeiro de 1995. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/MP813.pdf> (02 outubro de 2003)

Brasil. Ministério da Administração e da Reforma do Estado. Plano diretor da reforma do aparelho do Estado. Brasília: MARE; 1995.

Brasil. Ministério da Administração e da Reforma do Estado. Agências executivas. Caderno 9. Brasília: MARE; 1997. Disponível em: <http://www.reformadagestaopublica.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno9.pdf> (02 outubro de 2003)

Brasil. Ministério da Administração e da Reforma do Estado. Os Avanços da Reforma na Administração Pública 1995-1998. Caderno 15. Brasília: MARE; 1998. Disponível em: <http://www.reformadagestaopublica.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno15.pdf> (02 outubro de 2003)

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS. Rio de Janeiro: ANS; 2006. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/Caderno_Ressarcimento_Junho_2006.pdf (15 de março de 2007).

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Informações sobre beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS; 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/dados%20do%20setor%20-%20março.pdf> (15 de março de 2007).

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos/. Dados eletrônicos. Rio de Janeiro: ANS; 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp> (20 de março de 2007)

Brasil. Ministério da Saúde. Fórum de Discussão do Setor de Saúde Suplementar. Resumo Executivo – Brasília 2003 – Recebido via e-mail da ANS em 2003

Brasil Resolução Normativa 29. Instituição da versão 2.0 do DIOPS de 3 de abril de 2003. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=382&id_original=0 (25 fevereiro de 2006)

Brasil. Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas e projeções da população brasileira. Brasília: IBGE; 2007. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/Estimativas_1980_2010/ (16 de abril de 2007)

Brasil. Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores do PIB. Brasília: IBGE; 2007. Disponível em : <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/pib/cntvolval4t06quadro8.shtm> (16 de abril de 2007).

Brasil. Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE - PNAD 2003. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/tab04.pdf> (02 outubro de 2003).

Brasil. Resolução Normativa 115. Aprova o Regimento Interno da Câmara de Saúde Suplementar – CSS de 3 de novembro de 2005. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=791&id_original=0 (25 fevereiro de 2006)

Bresser Pereira LC. A reforma do estado do anos 90: lógica e mecanismos de controle. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado; 1997. (Cadernos MARE da reforma do estado v. 1)

Bresser Pereira LC. Reforma administrativa do sistema de saúde. In: Brasil. Ministério da Administração e da Reforma do Estado. Introdução. A reforma administrativa do Sistema de Saúde. Brasília: MARE; 1995. p. 9-21 (Cadernos MARE da reforma do estado; c. 13).

Bresser Pereira LC. Reforma do Estado para a Cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. Brasília: Editora 34; 1998.

Bresser Pereira LC. Reflexões sobre a reforma gerencial brasileira de 1995. Rev do Serviço Público. 1999; 50(4): 5-30.

Campos AM, Pieratoni CR, Ávila JPC, Silva Jr DCS. Nota Técnica 5 - Bases para o desenvolvimento de um sistema para controle e avaliação da Agência de Saúde Suplementar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Modelos de regulação e análise do mercado brasileiro – Parte I. Rio de Janeiro: ANS; 2001.p. 92-112.

Campos AM, Santiago Jr D. Em busca de um sistema de avaliação da Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Brasil. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Saúde Suplementar; Regulação & Saúde: estrutura evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2002. v. 1. p.144-55. Disponível em: www.ans.gov.br/portal/upload/aans/publicacoes/livro_regulacao_e_saude.pdf - (acesso em: 22/10/2003).

Carbone CO. Seguridade social no Brasil – ficção ou realidade. São Paulo: Atlas; 1994.

Carneiro Jr N. O setor público não estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde. [tese] Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2002: p 29-57.

Carneiro Jr. N, Elias PEM. A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. RAP. 2003; 37(2):201-26.

Carroll AB, Buchholz AK. Business & society: ethics and stakeholders management. 5th ed. Cincinnati: South Western; 2000.

Cata Preta HLN. Analise da política de reajuste para os planos individuais e coletivos implementada pela ANS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Saúde Suplementar; MontoneJ, Castro. AJW Orgs. Regulação & Saúde: documentos

técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004, v. 3.

Cavalcanti CEG. Preço por faixa etária: impasses e alternativas de mudança. In: Fórum de debates sobre saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2003.

Cherchiglia ML, Dallari SG. A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. *Revista de Administração Pública* 1999; 33(5): 65-84

Cohn A. A reforma da Previdência Social – virando a página da história. *São Paulo em Perspectiva*. 1995; 9(4): 54-9.

Cohn A. previdência social e processo político no Brasil. São Paulo: Moderna; 1980.

Cohn A, Elias PEM. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 4ª. ed. São Paulo: Cortez / Cedec; 2001.

Cohen MM. Análise do modelo de fiscalização: a efetividade do atual padrão sancionador da ANS sobre a situação das operadoras. In: Fórum de debates sobre saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2003.

Conforto G. Descentralização e regulação da gestão de serviços públicos. *Revista de Administração Pública* 1998; 32(1): 27-40.

Cordeiro HA. As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal; 1984.

Corrales ME. La regulación en períodos de transición: el caso de los servicios de agua potable y saneamiento en América Latina. In: Barrionuevo A, Lahera EP. O que hay de nuevo en las regulaciones?: telecomunicaciones, electricidad y agua en la América Latina. Buenos Aires: CLAD/EUBA; 1998.

Corrales ME. Modernización de los servicios públicos por redes: eficiencia económica y solidaridad social. *Instruciones y Desarrollo*. 1999; 5. Disponível em: http://www.iigov.org/revista/?p=5_06

Costa NR. Política social e ajuste macroeconômico. *Caderno de Saúde Pública* 2002; 18 (Suplemento): 13-21.

Costa NR, Ribeiro JM, Silva PLB, Melo MA. Análise comparada do regime regulatório na infra-estrutura e no setor saúde. Nota técnica 4. Rio de Janeiro: ANS; 2000. Disponível: <http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/abrangenciaderegulacao.asp>

Costa NR, Ribeiro JM, Silva PLB, Melo MA. As agências de regulação independentes In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação & saúde: evolução e perspectivas da assistência médica complementar. Rio de Janeiro: ANS; 2002.

Costa NR, Ribeiro JM, Silva PLB, Melo MAM. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. *Revista de Administração Pública* 2001; 35(2) p 193-228.

Dain S, Quadros WL, Cavalcanti CE. A renúncia fiscal e a assistência médica suplementar. In: Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Saúde. Regulação & saúde: evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2002.

Di Giovanni G. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual . In: Oliveira MA, Org. Reforma do Estado & políticas de emprego no Brasil. Campinas: IE / Unicamp; 1998.

Duarte CMR. A assistência medica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico Unimed. In; Negri B, Giovanni. G. org. Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Unicamp; 2001. p. 363-93.

Elias PEM. Reforma ou contra-reforma na proteção social à saúde. *Lua Nova* 1997; (40/41): p 193-216.

Farias LO, Melamed C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2003; 8(2): 585-598

Ferlie E, Asburner L, Fitzgerald L, Pettigrew A. A nova administração publica em ação. Brasília: UNB/ ENAP; 1999.

Fiori JL. O cosmopolitismo de cócoras. *Educ Soc.* 2001; 22 (77): 11-27.

Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2003; 8(2): 521-35.

Gadelha CAG, Quental C, Fialho BC. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(1): 47-59.

Giovanella L, Ribeiro JM, Costa NR. Defesa dos consumidores e regulação dos planos de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde

Suplementar; Regulação & Saúde: estrutura evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2002. v. 1. p. 156-94.

Gray P. ed. Industry Structure and Regulation in Infrastructure: a Cross-Country Survey. Washington: The World Bank; 1996. PSD Occasional Paper nº 25.

Heimann LS et. al, coord. Desafios para a equidade em saúde na região metropolitana de São Paulo. In: Heimann LS, Ibanhes LC, Barboza R. O público e o privado na saúde. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 169-242.

Heber F, Fisher T. Regulação do Estado e reformas nas telecomunicação. RAP. 2000; 34(5): 143-63.

Ibañez N, Spinelli SP. Setor filantrópico: a experiência na operação de planos de saúde no Estado de São Paulo. In: Negri B, Viana ALD, org. O sistema único de saúde em dez anos de desafios. São Paulo: Sobravime, Cealag; 2002. p. 587-606

Jorge AO. Gestão de Tecnologias em Saúde – A Perspectiva da ANS 6º Seminário Internacional de Economia da Saúde Mogi das Cruzes, 2006.

Kliksberg B. Repensando el Estado para el desarrollo social; más allá de convencionalismos y dogmas. Revista del CLAD No. 8 (May. 1997)

Kumaranayake L. Effective regulation of private sector health service providers. [apresentado no World Bank Mediterranean Development Forum II, Marrocos, set 1998.

Labra ME. Política e saúde no Chile e Brasil. Contribuições para uma comparação. Ciência e Saúde Coletiva 2001; 6(2): 361-76.

Lahera E. Políticas de regulación. In: Barrionuevo A, Lahera EP. O que hay de nuevo en las regulaciones?: telecomunicaciones, electricidad y agua en la América Latina. Buenos Aires: CLAD/EUBA; 1998.

Laurell AC. La logica de la privatizacion em dalud. In: Elbenschutz C. org. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p.31-48.

Laurell AS. La política de salud em el contexto de lãs políticas sociales. In: IV Congresso Latino Americano de Ciências Sociales e Medicina. Anais. Cocoyoc. 1997.

Lechner N. Estado, mercado e desenvolvimento na América Latina. Lua Nova. 1993; 28-29: 237-48.

Lemieux V. Les politiques publiques et lês alliances d'acteurs. In: Lemieux V, Bergeron P, Bégin C, Bélanger G orgs. Le système de santé au Québec. Quebec: Université Laval; 2005. p. 119-43.

Lima CRM, Oliveira RMS. Prestadores de serviços no setor de saúde suplementar no Brasil Rio de Janeiro: ANS; 2003.

Londres. Ressarcimento ao SUS. Jornal do Brasil. 6/1/2005. Disponível em: <http://clipping.planejamento.gov.br/Noticias.asp?NOTCod=171171> (acesso em: 15/05/2005)

Machado CV. Contexto, atores, instituições: um estudo exploratório acerca das novas modalidades de gerência nos hospitais públicos do Município do Rio de Janeiro nos anos 90. [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1999: p 9-19.

Majone G. Regulating Europe. London: Routledge; 1996.

Marques RM. A proteção social e o mundo do trabalho. [tese] São Paulo (SP): Escola de Administração de Empresas de São Paulo FGV; 1996.

Medeiros M. A trajetória do welfare state no Brasil: o papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. Texto para discussão 852/01. Rio de Janeiro: Ipea; 2001. Disponível em: <http://www.ipea.gov/publicações> (22 out 2003).

Médici AC. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. Revista de Administração Pública 1992; 26(2): 79-115.

Melo RMB. Estudo econômico-financeiro da ANS para o equilíbrio da função de órgão regulador [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz; 2004.

Mészáros I. Para além do capital. São Paulo: Boitempo; 2002.

Moraes R. Estado, mercado e outras instituições reguladoras. Lua Nova. 2003; 58: 121-40.

Ocké Reis. CO. A reforma institucional do mercado de planos de saúde: uma proposta para a criação de benchmarks. Rio de Janeiro: Ipea; 2005. Texto para discussão nº 1075.

Ocké Reis. CO. Challenges of the private health plans regulation in Brazil. Rio de Janeiro: Ipea; 2004. Texto para discussão nº 1013.

Ocké Reis. CO. O estado e os planos de saúde no Brasil. Revista do Serviço Público. 2000; 51(1): 123-47.

Ocké Reis. CO, Andreazzi MFS, Silveira FG. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado?, Rio de Janeiro: Ipea; 2005. Texto para discussão 1094. Disponível em: www.ipea.gov.br (10/08/2005)

Paim JS. O pensamento do movimento sanitário: impasses e contradições atuais no marco da relação público-privado no SUS. In: Heimann LS, Ibanhes LC, Barboza R. O público e o privado na saúde. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 111-26

Peci A. Novo marco regulatório para o Brasil da pós-privatização: o papel das agências reguladoras em questão. Revista de Administração Pública 1999; 33(4): 121-35.

Pimenta CC. A reforma gerencial do Estado brasileiro no contexto das grandes tendências mundiais. Revista de Administração Pública 1998; 32(5)

Pó MV, Abrucio FL. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. Revista de Administração Pública 2006; 40(4): 679-98

Possas C. A articulação público-privado e o cuidado da saúde dos pobres: implicações das políticas de ajuste estrutural na América Latina. In: Eibenschutz C. editor. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996: 49-68

Ribeiro JM. Regulação e contratualização no setor saúde. In Negri B, Di Giovanni G. Brasil: radiografia da Saúde. Campinas: Unicamp; 2001.

Ribeiro JM, Costa NR, Silva PLB. Política de saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas. Interface Comunicação, Saúde e Educação 2000; 4(6) p 61-84.

Santos WG. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus; 1994.

Scheffer M. Os planos de saúde nos tribunais : uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas

assistenciais no Estado de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.

Scheffer M, Bahia L. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: lacunas e perspectivas da regulamentação. In: Heimann LS, Ibanhes LC, Barboza R. O público e o privado na saúde. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 127-68.

Selznick P. Focusing organization research on regulation. In: Noll RG ed. Regulatory Policy and the Social Sciences. Berkeley: University of California Press; 1985. p. 363-7.

Silva ER, Schwartzer H. Proteção social, aposentadorias, pensões e gênero no Brasil. Brasília: Ipea; 2002. Texto para discussão nº 934.

Soares LTR. Discussão final e conclusões: relações entre a crise econômica, políticas de ajuste, situação social e políticas sociais. In: Soares LTR. Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina. Rio de Janeiro: UFRJ; 1998. p. 337-54.

Souza RG, Bodstein RCA. Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2002; 7(3): 481-92.

Viana ALd'A. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: Canesqui AM (edit). Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Hucitec; 2000: p 113-133.

Viana ALd'A. Modelos de proteção e social e a regulação do mercado de saúde. Segundo bloco de palestras das ANS: Equalização de conhecimento. Relatório. Brasília: ANS; 2001. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/forum_bibliografias.asp

Viana ALd'A, Gerschman S, Ibañez N, Parada R. Nota técnica 1 - Mercantilização e governança na área da saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Modelos de regulação e análise do mercado brasileiro – Parte I: 2001. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/forum_bibliografias.asp

Vogel S. Freerer markets, more rules: regulatory reform in advanced industrial countries. Ithaca: Cornell University Press; 1992.

APÊNDICE A - Questionário – entrevista

1. Como a entidade que você representa se engajou na Câmara de Saúde Suplementar?
2. Quais são as expectativas da entidade com relação à regulação? E com relação ao desenho de regulação via agência para a saúde suplementar?
3. Qual é a opinião da entidade que você representa com relação a Câmara de Saúde Suplementar?
4. Como entidade classifica a atuação da ANS?
5. Baseado na sua experiência, como você analisa o processo de regulação da saúde? Existe alguma evolução? Em que sentido ou baseado em que?
6. Quais são os indicadores utilizados para medir a evolução do processo?
7. Quais são os pontos ainda pendentes na agenda de regulação?
8. Quais são as sugestões da entidade para aprimorar o processo?

APÊNDICE B - Posicionamento das Entidades

Agência Nacional de Saúde Suplementar

Agência Nacional de Saúde Suplementar (<http://www.ans.gov.br>)

Representada nas reuniões da Câmara de Saúde Suplementar, pelo seu presidente e pelo menos outro diretor na qualidade de secretário.

Autogestão

UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

<http://www.unidas.org.br>

Representante oficial do segmento de autogestão no Brasil, é uma entidade associativa, sem fins lucrativos, que atua em âmbito nacional, congregando 160 instituições, as quais respondem pela assistência à saúde de mais de 5 milhões de beneficiários. Sua missão é de promover o fortalecimento do segmento da autogestão em todo o território nacional, fomentando a excelência em gestão de saúde e a democratização do acesso a uma melhor qualidade de vida, contribuindo para o aperfeiçoamento do sistema de saúde do País. Seus objetivos incluem aprimorar a política de autogestão, com ênfase em ações de caráter preventivo; defender os interesses das filiadas; buscar relações justas com os prestadores de serviços de saúde; colaborar com o Governo e entidades ligadas à saúde, principalmente, em relação às regulamentações do setor; contribuir para o bom gerenciamento dos custos dos programas próprios de assistência à saúde das filiadas; estabelecer o contato entre as entidades ligadas à UNIDAS, através de assessoria técnica e operacional. Sólida e atuante desde o princípio, a UNIDAS foi criada em novembro de 2002 como resultado da fusão entre Abraspe - Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas - e Ciefas - Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde. Essa unificação de esforços fortaleceu o segmento de Autogestão e, como consequência, aumentou sua representatividade no País.

Compradores - Entidades de classe

Confederação Nacional do Comércio <http://www.cnc.com.br>

Fundada em 4 de setembro de 1945, a CNC é representante legal, máxima e legítima do empresariado comercial brasileiro e defensora intransigente da democracia e da economia de mercado. É uma entidade sindical e tem como objetivo orientar, coordenar, proteger e defender todas as atividades econômicas do Comércio, harmonizando-as com os superiores interesses do País. Suas atribuições incluem representar, no plano nacional, os direitos e interesses do Comércio brasileiro, eleger ou designar representantes do Comércio junto aos órgãos de jurisdição nacional, conciliar divergências e conflitos entre federações filiadas, celebrar convenções ou contratos coletivos de trabalho e prestar assistência em acordos coletivos nas localidades onde não haja sindicatos e/ou federações representativas de categoria econômica; e administrar o sistema Sesc/Senac. Seu ideário inclui a defesa do direito de propriedade, da livre iniciativa, da economia de mercado e do Estado Democrático de Direito, a defesa dos princípios de liberdade para exercer o Comércio, lealdade na concorrência e ética no desempenho da atividade profissional e a harmonia e solidariedade das categorias econômicas e o amplo entendimento com as categorias profissionais, visando à paz social.

Até 2002 o responsável pela representação da CNC na Câmara de Saúde Suplementar era o presidente do Sesc, porém naquele ano a CNC apontou o SINDHRIO - Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde do Município do Rio de Janeiro (www.sindhrio.org.br) como seu representante junto a CSS.

O SINDHRIO foi criado em 1996 para representar as instituições privadas de saúde do município do Rio de Janeiro, assegurando a existência de um sistema de saúde privado

eficiente, prestador de serviços de qualidade e economicamente viável, interagindo com todos os participantes do segmento.

Confederação Nacional da Indústria <http://www.cni.org.br>

Criada em 12 de agosto de 1938 como entidade máxima de representação do setor industrial brasileiro, coordena uma rede formada pelas 27 Federações de Indústria dos Estados e Distrito Federal - às quais estão filiados 1.016 sindicatos patronais - e administra o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), o Serviço Social da Indústria (SESI) e o Instituto Euvaldo Lodi (IEL). O Sistema Confederação Nacional da Indústria tem como missão exercer a representação da indústria brasileira de forma integrada com as Federações estaduais e articulada com as associações de âmbito nacional, promovendo e apoiando o desenvolvimento do País de forma sustentada e equilibrada nas suas dimensões econômico-social e espacial. Para alcançar sua meta, procura exercer a liderança do setor industrial como agente de transformação econômica e social do País, reconhecido pela sociedade, com atuação direcionada para a harmonia das relações do trabalho, fortalecimento do mercado interno, apoio à competitividade e maior inserção internacional da indústria. Seus dois principais objetivos são atuar na defesa dos interesses da indústria e prestar serviços. A formulação política das estratégias de atuação é desenvolvida por meio de amplo processo de consulta às Federações e Associações setoriais de indústria, na busca de soluções que contribuam para o desenvolvimento da indústria e fortalecimento da iniciativa privada.

Consumidores

Entidades de Defesa do Consumidor

Procon – São Paulo <http://www.procon.sp.gov.br>

A Fundação Procon é instituição vinculada à Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo, caracterizada, nos termos da legislação, por ser uma entidade com personalidade jurídica de direito público, dotada de autonomia técnica, administrativa e financeira. Tem dentre seus objetivos a recepção, análise e encaminhamento de reclamações de forma individual ou coletiva que são apresentadas pela população, bem como orientação aos consumidores acerca de seus direitos. Além do atendimento direto, a Fundação mantém fiscalização permanente, com o objetivo fazer cumprir as determinações da legislação relativa à defesa do consumidor. Oferece subsídios e acompanha ações judiciais coletivas propostas em nome da Fundação, e realiza estudos e acompanhamento de legislação nacional e internacional, bem como de decisões judiciais referentes ao tema. A Fundação desenvolve também programas educativos, estudos e pesquisas na área de defesa do consumidor; oferece suporte técnico para a implementação e operacionalização dos Procons Municipais Conveniados; realiza intercâmbio com entidades oficiais, organizações privadas, e outros órgãos envolvidos com a defesa do consumidor, inclusive internacionais.

É o ente público pioneiro na defesa do consumidor do Brasil sendo considerado sinônimo de respeito na proteção dos direitos do cidadão. Os frutos deste trabalho são colhidos a cada passo dado rumo ao equilíbrio e harmonização das relações de consumo, e à incessante busca, inclusive por meio dos serviços oferecidos pela instituição, para a melhoria da qualidade de vida da população.

Procon – São José dos Campos <http://www.procon.sp.gov.br>

O Procon de São José dos Campos é instituição vinculada à Prefeitura Municipal de São José dos Campos. É uma dos mais de 120 Procons municipais atuando no Estado de São Paulo

Associações de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde

PROTESTE (www.proteste.org.br)

A PROTESTE é uma entidade civil sem fins lucrativos, apartidária, independente de governos e de empresas, e tem como objetivo a defesa do consumidor no Brasil, é associada da ICRT - International Consumers Research and Testing, organismo independente, criado há mais de 30 anos para articular os testes e pesquisas do movimento de defesa dos consumidores em todo o mundo, contando hoje com associações filiadas em dezenas de países. Por conta deste vínculo, a Pro Teste tem acesso direto às informações, testes e experiências de diversas associações internacionais com quem coopera. A entidade pretende contribuir para a melhoria da qualidade de vida, pela participação ativa do consumidor na relação de consumo, facilitando inclusive seu acesso à Justiça.

ADUSEPS - Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde www.aduseps.org.br

Entidade sem fins lucrativos, fundada em 1996, conta atualmente com cerca de 3000 associados. Seu objetivo é conscientizar, educar e defender, inclusive em juízo, os interesses dos usuários dos serviços públicos e privados de saúde. Fiscaliza as políticas públicas e privadas de saúde e defende os interesses dos associados.

Cooperativas

UNIMED - Confederação Nacional das Cooperativas Médicas www.unimed.com.br

A primeira cooperativa médica surgiu em Santos em 1967. Além da preservação do caráter liberal da profissão médica, as cooperativas se diferenciam por não visar lucro e atuar com vistas ao resgate da ética e do papel social da Medicina.

O Complexo Empresarial Cooperativo Unimed é constituído por todas as Unimeds do país e diversas empresas criadas para oferecer suporte a elas, por meio de serviços desenvolvidos para agilizar e aperfeiçoar ainda mais o atendimento. O Sistema Unimed é composto por 386 cooperativas médicas, entre Singulares (Unimeds locais, que atuam no âmbito dos municípios), Federações (representação consolidada das singulares de um estado) e a própria Confederação Nacional. A Central Nacional Unimed é a operadora nacional dos planos de saúde Unimed. Foi fundada em 1998 para atender o novo cenário da Regulamentação dos Planos de Saúde (Lei 9656/98), visando oferecer produtos em total conformidade com a nova Lei e garantir a satisfação dos clientes no atendimento pela rede nacional Unimed.

A Unimed soma uma série de conquistas que garantem sua posição única no mercado. É a maior rede de assistência médica do país, com 98 mil médicos cooperados, 11,7 milhões de usuários e 25% do mercado de saúde brasileiro.

UNIODONTO – Coop. de Serviços Odontológicos : <http://www.uniodonto.com.br>

A Uniodonto é uma cooperativa de prestação de serviços odontológicos, fundada em Santos em 1972, tendo como filosofia o compromisso de eliminar intermediários na assistência odontológica, oferecendo um serviço de qualidade e com preços acessíveis, atuando pela constante redução nos custos do tratamento odontológico, para que mais pessoas tenham acesso aos consultórios. A grande característica do Sistema é garantir uma cobertura efetivamente nacional. O usuário da cooperativa que estiver viajando ou trabalhando fora é atendido em qualquer cidade do país que possua um profissional cooperado, sem burocracia. A Uniodonto lidera este segmento de mercado, seja pelo número de usuários ou pela diversidade dos planos que sempre oferece aos seus clientes, contando com 170 singulares (Uniodontos locais, que atuam no âmbito dos municípios), cerca de 20 mil cirurgiões dentistas cooperados e mais de um milhão de usuários.

Gestores públicos

Conselho Nacional de Saúde <http://conselho.saude.gov.br>

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo

CONASEMS – Cons. Nacional de Secr. Municipais de Saúde www.conasems.org.br

O CONASEMS, uma das instâncias gestoras colegiadas do SUS, nasceu a partir de um movimento social em prol da saúde pública e se legitimou como uma força política que assumiu a missão de agregar e de representar o conjunto de todas as secretarias municipais de saúde do país. Focou sua tarefa em promover e consolidar um novo modelo de gestão pública de saúde alicerçado em conceitos como “descentralização” e “municipalização”, direcionando seu trabalho para promover o acesso universal e equânime da população aos serviços de saúde e para garantir a integralidade destas ações – desde prevenção até a reabilitação. A estrutura de comando do CONASEMS é formada pela Assembléia Geral, que reúne todos os secretários municipais de saúde, entre cujas atribuições está a eleição da Diretoria Executiva, a qual comanda a atuação executiva da entidade.

CONASS – Cons. Nacional de Secretários Estaduais de Saúde www.conass.com.br

O CONASS é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público, e que congrega os Secretários e seus substitutos legais, enquanto gestores oficiais das Secretarias de Estado da Saúde, dos Estados e Distrito Federal. Criada em 1982 e com sede em Brasília, suas finalidades incluem funcionar como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações de seus membros; implementar os princípios e diretrizes Constitucionais e da legislação complementar, no desenvolvimento das ações e serviços de saúde; promover o pleno exercício das responsabilidades das Secretarias de Saúde, na política de saúde, junto aos órgãos do Governo Federal e Municipal, do poder legislativo e das entidades da sociedade; diligenciar no sentido de que as Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal participem da formulação e tomada de decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos Sistemas de Saúde nas Unidades Federadas, em conjunto com o Ministério da Saúde; assegurar às Secretarias Municipais de Saúde ou órgãos municipais equivalentes, através da direção do Conselho ou Associação de Secretários Municipais de Saúde de cada unidade federada, a participação em todas as decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos sistemas municipais ou intermunicipais de saúde; encaminhar aos órgãos competentes propostas para equacionar os problemas da área de saúde em todo território nacional; estimular e intercambiar experiências quanto ao funcionamento dos Conselhos de Saúde; promover estudos e propor soluções aos problemas relativos ao desenvolvimento da área da saúde; orientar e promover a realização de congressos, conferências, seminários e outros encontros tendentes ao aperfeiçoamento das atividades do setor saúde; manter intercâmbio com órgãos e entidades nacionais e estrangeiras de interesse para o setor saúde.

Governo

Ministério da Fazenda (www.fazenda.gov.br)

Ministério da Justiça (www.mj.gov.br)

Ministério da Previdência e Assistência Social (www.mpas.gov.br)

Ministério da Saúde (www.saude.gov.br)

Ministério do Trabalho e Emprego (www.mte.gov.br)

Operadores de Grupo

SINAMGE - Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo

www.abramge.com.br/internas.asp?secaonome=sinamge

Foi fundado em 1987, atua representando a categoria econômica da Medicina de Grupo (Patronal), no campo trabalhista, principalmente nas negociações coletivas de trabalho com os respectivos sindicatos de profissionais de saúde. Representa aproximadamente 300 empresas de medicina de grupo associadas. A diretriz básica que norteia as atividades é a de estabelecer um relacionamento harmonioso com a classe de trabalhadores da área da saúde, visando sempre um entendimento de alto nível, com negociações em regime de parceria.

SINOG – Sind. Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo www.sinog.com.br

O Sinog, fundado em 1996, é fruto de longo amadurecimento da categoria, formado para ser guia e defensor dos interesses dos grupos odontológicos associados, agente de crescimento, de padrões de qualidade, além de órgão político do setor. É a única entidade oficial a representar a categoria econômica, sobretudo nas negociações coletivas de trabalho, tendo em vista atuar como agente de crescimento e modernização do segmento, divulgar a relação custo/benefício dos planos de assistência odontológica, colaborar no contínuo desenvolvimento técnico-científico da atividade e de seus profissionais e manter relacionamento permanente com o mundo acadêmico de odontologia. A entidade congrega 135 empresas de odontologia de grupo como associadas, com planos específicos e características diferenciadas, distribuídas pelo país, atendendo a dois milhões de pessoas, com um faturamento anual da ordem de US\$ 240 milhões, em dados de 1997.

Prestadores de serviço

CNS – Conf. Nacional de Saúde, Hosp., Estabelec. e Serviços www.cns.org.br

A CNS - Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços, criada em 1994, é uma entidade sindical de terceiro grau, o mais elevado existente na legislação sindical. Com sede no DF, congrega atualmente 8 federações e 86 sindicatos de saúde em atividade no país, e representa todos os estabelecimentos de serviços de saúde - hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios de análises clínicas e patologia clínica, serviços de diagnóstico, imagem e fisioterapia, operadoras de planos de saúde, entre outros estabelecimentos do gênero. A CNS tem como principal objetivo zelar pelos direitos e interesses do segmento de saúde junto aos órgãos governamentais e políticos do país. Compete à entidade inclusive defender os interesses coletivos ou individuais da categoria no que se refere a questões judiciais, administrativas e trabalhistas. Pertence exclusivamente à CNS a representatividade constitucional e legal de todos os estabelecimentos de serviços de saúde no Brasil.

CMB - Conf Santas Casas de Misericórdia, Hosp e Ent Filantrópicas www.cmb.org.br

Fundada em 1963 como sociedade civil de direito privado, de âmbito nacional, sem finalidade lucrativa e apolítica, com sede em Brasília. É órgão de união, integração e de representação das Federações de Misericórdias constituídas nos respectivos Estados, bem como das Santas Casas, Entidades e Hospitais Benéficas. Seu objetivo é o de defesa, proteção, representação e assistência aos interesses sociais e econômicos das entidades confederadas e suas respectivas entidades federadas, propondo-se a colaborar com os poderes públicos e demais entidades e associações que tenham como objetivo a solidariedade humana, social e econômica. E neste sentido, propõe-se a proporcionar condições para o desenvolvimento técnico-científico da assistência médico-hospitalar às populações de baixa renda, coberta pelo Sistema Único de Saúde.

Somam, hoje, mais de duas mil e quinhentas Santas Casas em todo o território nacional. Responsáveis por cerca de 50% dos leitos hospitalares existentes no País, muitas vezes constituindo-se em Centros Regionais de Referência e Excelência Médica.

Federação Brasileira de Hospitais www.fbh.com.br

Fundada em 1965, é uma entidade associativa, sem fins lucrativos, única a ter como finalidade primordial a representação da rede hospitalar brasileira, composta por 6895 hospitais, sendo: 4561 hospitais privados (lucrativos e filantrópicos) 2334 hospitais públicos, com capacidade de instalada de 439.499 mil leitos que geram cerca de 1 milhão de empregos diretos. Sua Missão é Congregar os hospitais, estabelecendo diretrizes práticas e políticas que impliquem fortalecimento empresarial e otimização de resultados da rede hospitalar nacional.

Profissionais (Médicos, Enfermeiros e Dentistas)

Associação Médica Brasileira (www.amb.org.br)

A Associação Médica Brasileira é uma sociedade sem fins lucrativos, fundada em 26 de janeiro de 1951 e que congrega cerca de 250 mil médicos sócios em todo Brasil, defendendo os interesses da categoria no terreno científico, ético, social, econômico e cultural; contribuindo para a elaboração da política de saúde e aperfeiçoamento do sistema médico assistencial do País. A AMB busca a implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), da qual também participam o CFM e as Sociedades de Especialidade, assessorados pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe). Também em parceria com CFM, a AMB lançou campanha nacional contra os abusos cometidos por algumas empresas operadoras de planos e seguros-saúde. O principal objetivo foi mostrar à sociedade que, além dos aumentos abusivos, as operadoras estão descredenciando médicos e hospitais unilateralmente, restringindo e reduzindo valores de exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos. Além de fixar prazos mínimos entre consultas, colocando em risco a qualidade do atendimento e o Bem-estar dos usuários.

Conselho Federal de Medicina www.cfm.org.br

O Conselho Federal de Medicina, CFM, é um órgão que possui atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática médica. Criado em 1951, sua competência inicial reduzia-se ao registro profissional do médico e à aplicação de sanções do Código de Ética Médica, mas atualmente suas atribuições e o alcance das ações incluem também o exercício de um papel político, atuando na defesa da saúde da população e dos interesses da classe médica. O CFM considera a má prática médica, consubstanciada na medicina mercenária, burocratizada ou inepta uma inimiga da sociedade e da medicina.

Conselho Federal de Odontologia www.cfo.org.br

Criado pela Lei 4.324 de 14 de abril de 1964 e posteriormente instituído pelo Decreto 68.704 de 03 de junho de 1971. A sua principal finalidade é a supervisão da ética odontológica em todo o território nacional, cabendo zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente. A entidade possui cadastrados 205 mil cirurgiões dentistas e 78 mil técnicos ou auxiliares.

Conselho Federal de Enfermagem www.portalcofen.gov.br

A entidade representa as cerca de novecentas e vinte e quatro mil profissionais que atuam em cuidados de enfermagem, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares. O seu objetivo é de zelar pelo exercício da enfermagem em obediência às normas vigentes no País, com zelo e eficiência

Seguradoras

Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG www.fenaseg.org.br

A FENASEG, fundada em 25 de junho de 1951 e com sede no Rio de Janeiro, é uma associação sindical de grau superior, para fins de estudo, coordenação, proteção e representação legal das categorias econômicas do seguro privado e da capitalização. Congrega os oito sindicatos regionais de seguros privados, estabelecidos nos Estados da

Bahia, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo; e tem como afiliadas 130 empresas, sendo que 116 operam em Seguro e, destas, 37 operam também em Previdência Complementar Aberta, 14 operam em Capitalização e 9 em saúde, representando 98,6% do volume da arrecadação do mercado de seguros, previdência complementar aberta e de capitalização.

Trabalhadores

CUT - Central Única dos Trabalhadores <http://www.cut.org.br/>

A Central Única dos Trabalhadores (CUT) é uma organização sindical de massas em nível máximo, de caráter classista, autônomo e democrático, adepta da liberdade de organização e de expressão e guiada por preceitos de solidariedade, tanto no âmbito nacional, como internacional. A CUT foi fundada em 28 de agosto de 1983, sendo atualmente a maior central sindical da América Latina e a 5.^a maior do mundo, estando presente em todos os ramos de atividade econômica, contando com (dados de 2004) 3.326 - Entidades Filiadas e 7.468.855 e Trabalhadores Associados. Os compromissos da CUT incluem desenvolver, organizar e apoiar todas as ações que visem a conquista de melhores condições de vida e trabalho para o conjunto da classe trabalhadora, lutar pelo contrato coletivo de trabalho, nos níveis geral da classe trabalhadora e específico, por ramo de atividade profissional, por setores, etc., defender e lutar pela ampliação das liberdades democráticas como garantia dos direitos e conquistas dos trabalhadores e de suas organizações, construir a unidade da classe trabalhadora baseada na vontade, na consciência e na ação concreta, promover a solidariedade entre os trabalhadores, desenvolvendo e fortalecendo a consciência da classe, em nível nacional e internacional, defender o direito da organização nos locais de trabalho, independentemente das organizações sindicais, através das comissões unitárias, com o objetivo de representar o conjunto dos trabalhadores e dos seus interesses, lutar pela emancipação dos trabalhadores como obra dos próprios trabalhadores, tendo como perspectiva a construção da sociedade socialista. A CUT esteve presente em duas das vinte sete reuniões da CSS realizadas antes da indicação do SIMESP – Sindicato dos Médicos de São Paulo (<http://simesp.com.br>) como seu representante em 2002. foi fundado em 1929 e sua base territorial engloba grande parte do Estado de São Paulo. São, ao todo, 60 mil médicos representados. Seja nas negociações e disputas com sindicatos patronais em campanhas salariais; seja nas reivindicações junto às administrações públicas; seja na apuração de denúncias e nos processos contra irregularidades e abusos em hospitais e empresas de saúde, nossa missão é sempre a mesma: a luta pela saúde, a defesa dos direitos e da dignidade do profissional médico, e também a defesa da população que dele necessita. Por isso, o Simesp procura principalmente lutar pela humanização do trabalho médico e por condições salariais e de trabalho que garantam a autonomia profissional, sem submissão a interesses mercantis e políticos. Suas ações atuais incluem, a luta contra os Planos de Saúde por meio de campanhas, denúncias e representações judiciais diante dos abusos cometidos pelas Medicinas de Grupo contra a dignidade de médicos e usuários; a conscientização da população sobre tal problema.

Força Sindical www.fsindical.org.br

A Força Sindical é uma central sindical, fundada em 8 de março de 1991, representa, segundo dados de 1999 968 entidades associadas e 8.258.329 trabalhadores. O objetivo maior da Força Sindical é a qualidade de vida e o Bem-estar social. Esse objetivo nada modesto envolve várias questões, como a construção de um país mais justo, estabilidade e crescimento econômico, progresso científico e tecnológico, condições dignas de trabalho e, antes de tudo, condições institucionais para que tudo isso seja possível. A representação da Força Sindical esteve sob a responsabilidade do Sindicato Nacional dos Aposentados até 2004. Durante este período a Força foi representada em três das trinta e duas reuniões realizadas. Após 2004 o Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de São Paulo (<http://www.sinsaude.org.br>)

SDS - Social Democracia Sindical (<http://www.sds.org.br>)

A Social Democracia Sindical foi fundada em 1997, congregando mais de 650 sindicatos e associações. É uma associação civil, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, e tem por objetivo a conscientização, mobilização, integração, coordenação, defesa e representação dos direitos políticos, econômicos, sociais e humanos dos trabalhadores ativos e inativos que partilham os valores e fundamentos da Social Democracia, quando integrantes de categorias profissionais organizadas em sindicatos, organizações não governamentais e outras entidades para defesa dos interesses da população, representando nos limites da Lei e do presente estatuto, esses cidadãos. Seus princípios básicos são a consolidação de um Estado de Direito com democracia, liberdade, participação, justiça social e moralidade e combate a corrupção; organização dos trabalhadores e da sociedade de acordo com a prevalência do desenvolvimento humano e social sobre o econômico, do interesse coletivo sobre o individual e em conformidade com fundamentos da economia social de mercado; a coordenação das entidades associadas na defesa e representação dos interesses dos representados junto aos poderes constituídos, das entidades patronais e as empresas; a procura e implementação dos instrumentos e meios objetivando a transformação social do país através de um modelo de desenvolvimento econômico, político e social destinado a combater a pobreza, corrigir as desigualdades sociais e melhorar as condições de vida do conjunto da população brasileira; Implementar instrumentos que garantem o acesso das camadas excluídas da economia formal ao direito a assistência, seguridade social e as políticas públicas de emprego e renda. Prevalecendo o desenvolvimento humano e social sobre o econômico e o coletivo sobre o individual; a defesa de um modelo de Previdência Social Pública, digna, sem privilégios, com aposentadorias exclusivamente proporcionais às contribuições dos beneficiários, sejam eles do setor público ou privado; a defesa do princípio da Solidariedade Social e de uma política de Seguridade Social objetivando padrões efetivos de assistência e amparo aos necessitados e excluídos do mercado de trabalho; a defesa de um modelo de saúde pública, articulado e integrado nacionalmente, com instrumentos de controle da sociedade em seus diversos níveis de implementação;

Usuários

Entidades de Portadores de Deficiência e de Patologias Especiais

Associação Franco Basaglia (<http://www.ifb.org.br>)

Fundada em 1989, reúne usuários e profissionais em saúde mental, familiares e amigos. A Associação é um espaço de produção- invenção de práticas e projetos. Práticas voltadas a modificar micro-relações sociais, instituições, meio-ambiente. Projetos afirmativos geradores de movimento, de troca e encontro entre pessoas. Desenvolve atividades, c/o Clube do Basaglia, Núcleo Familiar, Projeto Moradia e Projeto Trabalho.

FARBRA - Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil **www.farbra.com.br**

A Farbra foi formada em 1996 e congrega cerca de 52 associações estaduais de representação de pacientes renais. Seu objetivo é o de garantir a qualidade de tratamento para os cerca de 100 mil pacientes renais, baseado no tripé: prevenção, diagnóstico precoce e tratamento integral do paciente, além de exercer o controle social através do incentivo à participação, do conhecimento de seus direitos e deveres.

APÊNDICE C - Posicionamento dos atores

Quadro 5.10 – De Autonomia a Controle Social – como se posicionam os

atores

PRESTADORES: essa regulamentação de plano de saúde ela já existiu há anos atrás. Era vinculada ao INPS, certo, então você já tinha um determinado setor do INPS, que fiscalizava os planos de saúde, verificava as exigências, ah a fiscalização econômica não tinha, mas tinha a fiscalização para avaliar a capacidade de atendimento, é depois acabou (...) e hoje será que eles já conseguem saber qual é realmente a capacidade que os convênios tem? Tem capacidade de atendimento para toda a população que atendem? Isso já existia no INPS, mas foi desmantelado (...)

PRESTADORES: voltando ao moribundo, ao INAMPS, tinha regularização de plano de saúde, se eu não me engano chamava homologar, acho que era isso, é que a previdência devolvia um dinheiro para a empresa que dava assistência pra seu funcionário, então o objetivo não era multar, o estímulo era dar prêmio pra ele, então ela [a empresa] dava serviço, gastava, mas era objetivo buscar esse quinhão, mas o quinhão não cobria o que ele tinha, mas era uma coisa que ajudava ele pagar, então ela se esforçava para poder homologar (...) e funcionou (...) tudo bem nós tivemos que regularizar nossa situação também para poder fazer parte daqueles serviços que atendiam planos regulamentados, homologados, eu acho que dessa maneira, o INAMPS tinha muito mais condições de saber a qualidade dos serviços que estavam sendo prestados (...)

MEDICINA DE GRUPO: a agência não foi ser criada para ser um apêndice do governo, mas sim para ser uma política de Estado, já que o mandato das várias diretorias não coincidem, então não deve ter tanta influência do Estado, e é o que está acontecendo ultimamente, o Ministério da Saúde influencia muito, o próprio Ministério da Fazenda também influencia, então ocasiona problemas sérios, como o caso das seguradoras não trabalharem mais na área de planos individuais, por impossibilidade econômica de o fazerem. (...)

TRABALHADORES: Primeiro nós entendemos até que o Sistema de Saúde no Brasil, devia seguir o que determina a Constituição Federal, que saúde é um dever do Estado e um direito do cidadão, a princípio nós defendemos o SUS, a implantação do SUS dentro da sua idéia original, principalmente na prestação universal de Serviço de Saúde para toda a população e isso sim é muito importante, mas apenas teoricamente, a gente sabe que na prática é difícil, então nós entendemos aí como a existência da Saúde Suplementar até como uma necessidade que não seja exatamente dessa relação capital aí, saúde, comércio, essa coisa.

TRABALHADORES: quanto ao desenho, não está completamente certo, eu acho que estão procurando acertar, mas dentro dessas forças, do desequilíbrio dessas forças na verdade sempre há um desvio de impressões e tudo mais. Primeiro eu acho importante ter já que estamos nesse mercado, acho importante ter essa agência reguladora. (...)

SEGURADORAS: [Pra você este desenho está correto? Faz sentido para o mercado ter uma agência reguladora e não um departamento, por exemplo?] o entrevistado preferiu não se posicionar quanto a esta questão.

SEGURADORAS: se você tem que regular o mercado, tem que regular toda a cadeia produtiva, então embora a lei 9.656 diga que regula o mercado de saúde suplementar, ela regula um dos setores do mercado, que são as operadoras, essa é uma grande falha da Lei 9.656 (...) agora quanto à forma da regulação, ela pode ter várias, eu não estou querendo dizer que ela tenha que regular o prestador também com relação ao controle de preços, não é isso que eu to dizendo, até porque esta regulação de controle de preços ela é absolutamente fora do contexto de qualquer regulação moderna, não deveria ser por aí.

PROFISSIONAIS: na época da discussão do projeto [da Lei 9.656] estava em curso já uma reforma do Estado, a reforma propunha órgãos reguladores, para essas questões de mercado que são mais complexas e tal já vinha acontecendo em outras áreas de serviço, então se discutiu, o próprio governo na época, que na área da saúde também caberia uma agência para ser o órgão regulador, que foi previsto na 9.656, logo depois veio uma medida provisória criando a agência ANS.

PROFISSIONAIS: no começo, eu acho que a gente tinha mais críticas e mais dúvidas sobre essa questão do órgão regulador se via agência, particularmente quem está lá é da saúde pública, os sanitaristas, como a gente vem da concepção do sistema único de saúde, nós entendíamos que este espaço regulatório deveria estar subordinado ao SUS, estar incluído dentro do espaço do sistema único, que seria uma secretaria, por exemplo, de saúde suplementar, mas dado que o tamanho desse segmento e a complexidade, acho que a agência passou a ser uma necessidade (...) por conta do volume de trabalho, exigências de norma, de atualização, de regras, de ter-se um órgão com um pouco mais autonomia também, para conseguir fazer desse espaço de mediação, porque são áreas de muito conflito.

PROFISSIONAIS: a agência ela se mostrou um instrumento, um órgão adequado, tem se mostrado, é óbvio que ela, todas as partes tinham uma expectativa que ela avançasse mais e mais rápido, se diz que a lenta, outros acham que ela regulamentou de maneira incorreta isso aquilo, mas estou dizendo enquanto instrumento, por que o SUS também, ele é tão pesado e exige tanto, que se não criasse uma estrutura mais profissional, pouco mais autônoma, ele ficaria sufocado no tamanho dos SUS.

PROFISSIONAIS: a suplementar, o ministério da saúde ele nunca tratou disso embora fosse obrigação constitucional dele tratar, e até a década de 90 isso ficou aí solto, com os problemas acumulando conflito, demanda judicial, quer dizer na verdade quem estava tentando regular o espaço era o judiciário, mediando conflitos, por isso que eu, eu, por exemplo, desde que foi criada a agência, em que pese as críticas que tinha tal, eu sempre eu sempre defendi, eu achava que era um momento que tinha que ter um instrumento, um órgão que tratasse dessa questão, porque também que a gente tava vendo, o judiciário não era o local mais adequado para resolver esses conflitos, para normatizar esta área, precisava de um espaço de pessoas da área, então acho que, nesse momento, com a saúde da forma como ela está estabelecida, a agência é um órgão importante e ainda é um órgão necessário, pode ser que no futuro não, mas digo nesse momento

PROFISSIONAIS: pode chegar num futuro que seja esvaziado de demanda, as coisas vão regulando se adequando, o mercado também se adequando às normas e até que chega num ponto que pode uma secretaria com o local no ministério da saúde seja suficiente para tratar desta área.

AUTOGESTÃO: Eu nunca estudei profundamente sobre desenho de agências reguladoras, mas acho que ela está cumprindo um papel importante, acho que inclusive a agência em pouco tempo ela conseguiu muito trabalho.

AUTOGESTÃO: não tenho dúvidas que melhorou, era um mercado selvagem todo dia ai tinha umas vítimas, se você imaginar por exemplo que os planos com limitação de internação principalmente de UTI, são uma aberração, porque eu vendo uma coisa que você só pode usar até aqui, ninguém sabe do risco, a pessoa não tem domínio, não é vontade de ninguém permanecer mais tempo na UTI, então se não fosse por outras razões e dar uma depurada no mercado, tirou os aventureiros, os charlatões, os vivaldinos, e já deu e veio moralizar minimamente a cobertura de assistência médica (...) acho que o rol de coberturas é importante porque deu essa disciplinada, as auto-gestões normalmente já atendiam além do rol, então não foi por ai que nós fomos sendo adaptados.

COOPERATIVA: veio a lei 9.661 que é a lei que cria a agência reguladora, a ANS, eu acho até que agência reguladora ela foi um meio termo, entre só ficar no ministério da saúde ou no ministério da fazenda, que ia ser uma coisa muito complicada, então com a agência, a

idéia que fosse uma agência vinculada ao ministério da saúde, porque as cooperativas não queriam que saúde fosse tratada como mercadoria comum, que é como as seguradoras vêm a saúde suplementar, pra eles é mercado pra ganhar dinheiro, e, as seguradoras que na verdade,

COMPRADORES: a agência nasceu com esse viés, por um contexto político, na minha visão, está certo, e por uma e também por influência de uma ideologia pública, o que em parte é compreensível porque era um setor sem história, quer dizer, é diferente dos outros processos de regulação, esse era um setor que num tinha história; então, é também compreensível (...) eu acho que a regulação, ela era absolutamente necessária, discussão, intensidade, foco.

COMPRADORES: em controle de preço eu não acredito, pra mim preço é mercado, em qualquer mercado, em qualquer atividade, mesmo em saúde, preço é mercado. Cobertura: a minha visão você já viu qual é, eu acho que um plano deveria ter a opção, talvez precise criar regras mínimas para não quebrar o atendimento do tipo você vai ter 15 dias de CTI mas dizer você vai ter atendimento pra essas patologias que você escolheu.

GESTORES: o Conselho não se debruça assim enquanto colegiado, nas deliberações, que a gente tem de posição formal, no Conselho, primeiro defendia a regulamentação, defendia que o Estado tinha que intervir, e depois defendia obviamente que devia haver um órgão regulador.

GESTORES: do ponto de vista do conselho o desenho não está correto, quando o desenho aposta na separação entre os dois sistemas, o Conselho sempre defendeu a aproximação da regulação em saúde suplementar com a regulação do SUS, com a ida de sanitaristas para a ANS nessa gestão, a expectativa era um pouco de que como você tem várias pessoas hoje na ANS que tiveram trajetória no SUS, a expectativa era essa (...) mas não aconteceu. Essa era digamos uma demanda do Conselho de que carece de uma maior aproximação.

CONSUMIDORES: isso, e realmente pensando em que nós teríamos algum espaço para avançar porque a lei não resolvia tudo e tem um espaço para um detalhamento que realmente não faz sentido ter uma lei, mas que seria feito por meio de resoluções, e o lado do usuário, a própria missão da agência, que está previsto na lei de criação da agência, é o interesse público, no final ela vai controlar, equilibrar as forças do mercado, mas no final o que se pretende é o bem comum, é o interesse público.

CONSUMIDORES: eu não tenho muito elementos para te responder isso, está, porque e eu tenho uma visão que é muito prática do que já não deu certo, então pensando, se tivesse uma agência funcionando corretamente, isso seria adequado ou seria melhor? Acho que eu não tenho elementos para te dizer isso, prefiro não opinar. Só uma questão: nós sempre discutimos esse afastamento completo do sistema público da discussão conjunta, é problemático, que nós sabemos que a coisa não é separada assim, que em algum nível se conversa o setor público com o setor privado, tem consequências, benefícios, tem uma série de relações que não permitiriam que essa discussão fosse feita separadamente, então nós sempre questionamos que o setor de saúde suplementar deveria estar vinculado ao Conselho Nacional de Saúde, essas discussões. Então, sem dúvida, esse seria o fórum mais adequado, mas talvez tenham alguns outros aspectos aí a serem desenvolvidos que eu não me sinto competente para tratar.

CONSUMIDORES: Uma diretriz, eu diria que ainda que se tivesse, uma porque o Conselho não tem muito conhecimento, pelo menos desenvolvido hoje nessa área, então talvez tivesse que ter algum aporte, algum pequeno grupo que fosse desenvolver e é um mercado gigante, então tem que ter uma atenção muito grande, não é assim tratar como qualquer coisa, de maneira nenhuma. Agora, se é num modelo de agência ou não, realmente num consigo te dizer.

USUÁRIOS: tenho que admitir que a estratégia dos tucanos foi uma estratégia muito inteligente, quer dizer, era preciso e era necessário, por um princípio constitucional, a

extensão do controle social para todas as atividades, por exemplo, na Agência Nacional da Vigilância Sanitária na questão da regulação dos planos, etc. e tal, do controle social não da regulação, então o quê que ocorre de uma maneira acho que muito substantiva, o governo cria a Agência, para você não poder, não ter a extensão da mesma forma de controle e a capacidade da sociedade civil entrar em setores estratégicos do governo, o governo entendeu que a vigilância sanitária, planos de saúde, no Conselho do Instituto do Câncer do Rio que é política de câncer, na questão da Fundação da FIOCRUZ, ele foi entendendo que se nós fossemos capazes de levar a efeito o princípio constitucional do conceito de controle social, as nossas conquistas seriam muito maiores,

USUÁRIOS: e aí o governo, muito estrategicamente, começou criar as agências em todos os níveis, no setor estratégico da economia, telefonia, etc, quer dizer, ele privatizou, mas estabeleceu o conceito da agência, que aí é correto, ele privatiza a atividade, mas ele mantém sob a gestão pública a regulação, porque aí não há que se falar em controle social, aí o princípio da regulação é correto; mas ele muito habilmente, o que ele fez, trouxe p'ra dentro da gestão da saúde, por quê? Porque constitucionalmente na gestão da saúde nós íamos aplicar o mesmo princípio que está dado no Conselho Nacional de Saúde, que é o conselho de controle social do SUS (...) Então acho que o governo aí foi muito hábil, eu acho que nós não fomos articulados o suficiente (...) então o quê que acontece, ele traz para dentro do Sistema Único de Saúde algo que vai contrário à sua lógica que é o princípio de regulação através das agências.

USUÁRIOS: isso teve que ser discutido, de uma maneira ou de outra, dentro do Conselho Nacional de Saúde, quer dizer, a criação disto, ele não teve, não pôde ignorar, ele tinha que passar a criação das agências reguladoras dentro do ministério pelo Conselho Nacional de Saúde.

USUÁRIOS: a agência tem um caráter normativo e orientador do sistema, mas em última instância a decisão acaba sendo do próprio governo, quer dizer, acho que esse é o conceito diferenciado de controle social para nós e de agência reguladora, e que na prática você faz a regulação do ponto de vista objetivo da aplicação do princípio normativo, de elaboração das normas ou da câmara negocial, quer dizer, a idéia de regulação nada diferente daquilo que nós inventamos (...) e na agência reguladora, ela tem muito da câmara negocial, ela tem um princípio a partir da negociação e se o governo aceita, se está todo mundo de acordo, ela estabelece um princípio normativo em função do consenso que se chegou, quando não se chega ao consenso o governo tem a prerrogativa de meter a caneta e pronto então pra nós isso não é controle social, é regulação mesmo.

AGÊNCIA: Eu acredito assim, tem na idéia da Reforma do Aparelho do Estado do governo Fernando Henrique, na medida em que ele resolve criar um ente novo, um ente diferente da administração direta do Estado, justamente para desanuiar o Estado, que estava passando por crise administrativa e fiscal, tirar, dentro de uma autonomia esse órgão financeira, administrativa e técnica, justamente para tirar da concepção do Estado enquanto Estado da administração direta, e colocando na administração indireta, com respaldo para olhar o mercado, porque estava na contrapartida esse Estado regulador, houveram as privatizações de empresas estatais, que eram concebidas como estatais, que estavam querendo se ampliar, e a entrada do capital estrangeiro para se modernizar, que obviamente que se ficasse na mão do Estado não conseguiriam, era necessário esta questão, hoje muito discutida do público e do privado, das parcerias, porque o Estado enquanto Estado não tem condições de arcar sozinho, é necessário que haja uma reciclagem enfim, e aí quando ele, eu acredito neste modelo de instituição administrativa, do órgão administrativo.

AGÊNCIA: a questão da ingerência política dessas agências, eu acredito que essas agências foram criadas como órgãos técnicos, lá na visão da Reforma do Aparelho do Estado, pra desanuiar o Estado e ela tem que ter técnicos, na primeira gestão desta agência, a concepção dessas 5 pessoas, todos eram técnicos da área, todos conheciam minimamente a sua área, obviamente eu não conhecia a área econômica, mas fui

aprendendo, e com características multidisciplinares, vamos dizer assim, então a agência foi implementada.

AGÊNCIA: o modelo certo eu não tenho dúvida, mas principalmente a ANS e algumas agências próximas, ela é ainda um modelo em construção, ela não foi a primeira opção do modelo, e eu acho que o modelo correto no sentido do espaço das agências reguladoras, eu sou um fã, um defensor do modelo de regulação, eu acho que ela tem uma capacidade de aí tendo passado por duas, acompanhando o trabalho das outras, posso dizer o quanto que ela tem de poder concreto de interferir naquele espaço econômico determinado para atuar, eu acho que é um modelo muito forte de organização do Estado, agora ele é ainda um modelo de construção, o modelo tem lacunas, do que se refletem na atuação da ANS, e o modelo tem distorções (...) e tem a posição do atual governo que ainda não se definiu em relação ao modelo de agência reguladora, então, e eu confio no modelo, acha que o modelo é um modelo positivo e importante de atuação do Estado.

AGÊNCIA: a ANS como as outras agências se ressentem do fato de serem um modelo de construção, ela tem lacunas na atuação dela que vem de problemas do modelo, de outro lado ela tem problemas na formulação do conceito da regulação que vem da não rediscussão da reforma sanitária, nós ultrapassamos o momento de discutir uma nova reforma sanitária (...) progressivamente foi se distanciando dos principais incentivadores da criação dela, quando você volta lá atrás, quem é que queria uma agência regulador na área de seguros e planos de saúde? O mercado, para segurar a concorrência predatória, só que o mercado queria uma agência nos moldes que o mercado queria, na verdade o mercado queria uma SUSEP, aplicada ao setor de saúde suplementar, e não foi isso que ele recebeu, e ele recebeu uma agência reguladora, e evidente que ao regular interferiu na concorrência predatória, mas que também passou a atuar fortemente em cima dos principais players desse mercado, então eles passaram um longo tempo mudando de idéia, resistindo ao processo de regulação, e só depois começaram a se ajustar, então você tem várias vertentes que começam a amadurecer.

AGÊNCIA: a criação da agência é um avanço importantíssimo para o usuário e para o setor de saúde como um todo, aliás eu diria que mais para o setor público do que para o setor privado, mas daí é um aprofundamento que precisa ser feito, agora a origem da agência é essa, é o mercado, mas ela desde o início se volta contra o principal incentivador e passa a ter claramente uma atuação de estado mesmo, e aí todos que tentaram se apropriar da posição da agência não tiveram sucesso, o mercado, os consumidores, e os prestadores são os atores que ficaram mais soltos, agência é um modelo positivo, não só na saúde como em outros setores, na saúde particularmente é, eu não tenho dúvida que a agência de saúde suplementar, ela daqui há 10 anos, ela deve ser por avaliação do vácuo, o contrário do senso do mundo jurídico, ela deve fazer a agenda do setor público, na reformulação da engenharia de gestão da área pública de saúde.

AGÊNCIA: eu vou te dar uma resposta pessoal, porque me pareceria maluco achar que a ANS se fosse inadequada, eu acho que desenho de agência de desse modelo brasileiro foi uma decisão dentro de determinados contexto e a ANS se adaptou a isso, não sei aí pessoalmente, se agência é o melhor desenho para trabalhar esse mercado, é importante lembrar que este mercado não tem as mesmas características dos demais mercados regulados da agência e não tem um produto bem definido, ele não tem competição bem definida, escala e uma história de regulação que permita trabalhar com parâmetros, a agência teve que inventar tudo isso, e não servia a experiência do SUS para isso, então essas características específicas do setor de saúde tornam regular esse mercado um pouco mais difícil do que regular outros setores, agora a agência como fato consumado, dentro da opção política da época, ela vem tentando se consolidar e se articular junto ao ministério, ela não poderia se comportar esquizofrenicamente se comportando a margem do ministério e de uma política maior, como se fosse um mundo à parte, essa maluquice era impossível, e ela não era completamente autônomas da discussão da política de saúde ela tem um papel, guardada autonomia de operação dela, ela tem o papel de dialogar com os setores que

nesse aspecto ela é adequada, que não vejo como o outra opção seria um departamento ministério como seria antigamente a, e eu acho que nessa condição ANS conseguiu se legitimar, ela não teve uma evolução de pouca legitimação, como tinha o órgão anterior.

GOVERNO: A agência ela trouxe um aspecto de incorporar atores novos ao processo de discussão da saúde suplementar, além de envolver a prestação de serviço, além de envolver todas as operadoras, a rede prestadora de serviços que estas operadoras vão contratar, trouxe em conjunto com os profissionais que estão envolvidos nesta discussão, amplia para a participação do Governo para além do Ministério da Saúde, então ela tem uma abrangência que ao meu ver ela traz, dada à especificidade da ação é uma agência que tem um papel extremamente relevante, distinto de outras em que ação governamental pudesse ser de forma mais direta, entretanto ainda há, a partir da criação da agência, um certo distanciamento do Ministério da Saúde da discussão do setor suplementar, participando mais intensamente agora com o envolvimento do Diretor Presidente da agência como membro deste colegiado, então há uma transformação para isto, existem alguns assuntos comuns, de interface com a agência, seja a qualidade da prestação de serviço, ou seja dos parâmetros que o governo tem interesse, então eu não vejo, e aí é avaliação minha, que a estrutura de departamento, com anteriormente, desse conta deste papel, nesta atual conjuntura de mercado e de estruturação do setor.

Quadro 5.12 – Público e Privado em saúde – Ressarcimento ao SUS

TRABALHADORES: Primeiro nós entendemos até que o Sistema de Saúde no Brasil devia seguir o que determina a Constituição Federal, que saúde é um dever do Estado, a prestação de serviço, é um dever do Estado certo e um direito do cidadão, um princípio nós defendemos o SUS, a implantação do SUS dentro da sua idéia original certo, principalmente na prestação Universal de Serviço de Saúde para toda a população e isso sim é muito importante, mas apenas teoricamente a gente sabe que na prática é difícil, então nós entendemos aí como a existência da Saúde Suplementar até como uma necessidade.

TRABALHADORES: Talvez. Mas ela não tem poder para isso. Aí tem acima dela o Ministério e a própria Política Pública, nessa área de subsídio, talvez a pesquisa, esses investimentos a essas novas tecnologias. Acho que aí não é só papel, a ANS não tem força disso, não tem orçamento para isso, eu concordo com você certo, até acho esses grandes hospitais de linha, agora mesmo recebemos a notícia que na questão de parceria pública ou privada, o Sírio Libanês está fazendo uma troca com a prefeitura na questão do atendimento, da construção, da passagem de tecnologia lá pro hospital Menino Jesus, onde vai atender parte do pessoal do SUS, isso é super importante, mas eu acho que a ANS não cabe isso não, até mesmo pela lei ela teria força pra estar sozinha nisso, é um conjunto de Política Pública do Governo Federal, do Ministério da Saúde etc.

PROFISSIONAIS: [a saúde suplementar] não pode estar fora do corpo do sistema único de saúde, nós não podemos ter marcos políticos diferenciados para o setor público e privado, porque não estamos falando da saúde das pessoas e ela é a mesma independente do status econômico, porque essa divisão entre suplementar e pública ela é artificial, ela faz um corte meramente econômico, porque do ponto de vista da política de saúde, ou de assistência à saúde é igual, a diferença é que um trata no hospital da prefeitura e o outro vai no Einstein, mas se você pega o protocolo de tratamento do câncer é absolutamente o mesmo, a política de doenças endêmicas, de sarampo, é a mesma, um vai numa clínica do Bairro diferenciado, numa clínica privada, pra tomar sua vacina, o e outro vai no posto de saúde não está tomando a mesma vacina, sobre a mesma política e para atingir o mesmo objetivo, então eu penso que a saúde suplementar quanto o objeto fim que é prestação de assistência à saúde das pessoas, ela tem que estar subordinada à política do sistema único de saúde, o que nós temos é uma divisão econômica, artificial, está artificial do ponto de vista econômico.

PROFISSIONAIS: [quanto ao lucro em saúde suplementar] pois é, esse sempre foi o debate, eu sempre disse para eles o seguinte: eu achava que a saúde muito complicado de fazer negócio, mas o Brasil permitiu isso, na hora que a constituição de 88 claramente deixou um espaço para o setor privado, é difícil, todo mundo que milita na saúde no setor privado vê o nível de conflito que tem e muitos países você vê inclusive em países de primeiro mundo, nos países ricos, por exemplo, isso não é uma questão de ser de direita de esquerda tal, muitos países ricos entendem essa questão ética e não deixam ter (...) Mas uma vez o Brasil entendendo que tem que ter, eu sempre discuto isso com o setor privado, lucrativo, que é o seguinte, que tem que entender o seguinte, ele está num espaço de concessão do estado, então o lucro tem que ser compatibilizado com a assistência à saúde, é diferente o setor privado puro que está, que ele privilegia o lucro mesmo, e aí ele vai trabalhar na lógica e o consumidor veda resposta pra isso, se ele tiver um bom produto e pago lucro daquele cara, se não tiver ele não paga, compra de outro, na saúde não pode ser assim, porque está dentro de um espaço de concessão do estado, como é a questão do transporte público, do transporte urbano, tem de estar compatibilizado o lucro com a qualidade da prestação do serviço, por tanto acho que se, o problema que eu ache que as vezes eles esquecem de compatibilizar esses dois princípios, eu não acho que seria impossível a coabitação, mas desde que ele entenda isso, que é um espaço concessionário para, ele certo então não é um espaço livre, que ele só tem de falar com consumidor, não, ele tem regras, normas, que ele tem que obedecer se ele quiser atuar naquele espaço e se ele quer ter lucro naquele espaço.

AUTOGESTÃO: eles falam em sistema único de saúde, mas eu vejo dois subsistemas, que tem algumas áreas de contato, principalmente dos prestadores de serviços, dos hospitais que atendem os dois, se vê a empresa é o maior cliente individual da BP, ele tem 60% de SUS e 40% de saúde suplementar, então eu acho que são dois subsistemas diferentes, não vou ser teórico de dizer não, é um sistema só, eu gostaria muito que o SUS de fato proporcionasse um estado de bem-estar social, mas estamos muito longe disso, e claro que a assistência suplementar acaba sendo uma casta, pra quem pode pagar uma assistência melhor, eu acho isso.

COOPERATIVAS: ai vem com esse negócio absurdo de ressarcimento ao SUS, o usuário vai ao hospital público, que pelo fato dele ter plano não perdeu o direito de cidadão, tem direito ao SUS, ai a operadora tem que pagar, mas, não é a operadora que está pagando, quem está pagando é ele, que aquilo ali está embutido no preço da mensalidade dele, ele está pagando por um atendimento que ele teve no SUS, então o que acaba acontecendo? Tudo isso vai lá pra conta, pro custo da saúde suplementar, então você tem como reduzir?

COOPERATIVAS: o governo só teria interesse de acabar com a saúde suplementar, se ele fosse louco, porque a partir do momento que acaba com a saúde suplementar vai tudo pro SUS, ai tem dinheiro pra bancar 180 milhões no SUS? Não tem, então quanto mais pessoas tiver na saúde suplementar, mais você está desafogando o sistema único de saúde, quer dizer o gasto publico em relação a isso daí (...)

COMPRADORES: [Você enxerga a saúde suplementar, como parte do SUS?] Completamente, mas eu não diria que vinculada ao SUS. Eu acho o seguinte: eu acho que na saúde suplementar, a questão da integralidade, por exemplo, que é a grande discussão, o que é o plano de saúde para mim? É o toca-fitas do carro, não é o carro, a hora que eu compro o toca-fitas do carro ele é o opcional que eu quis agregar ao direito que eu já tenho que é o carro está certo? Então eu quis fazer um plano de saúde porque eu quero ter um algo mais, mas eu não perco aquilo que eu tenho direito como cidadão. E o SUS me dá, em tese, integralidade, equidade, universalidade; então, para que o meu plano tem que me dar tudo? Eu tenho dificuldade de entender o porquê do ponto de vista lógico, eu não posso definir que plano que eu quero ter. Ao mesmo tempo, eu que sempre defendi a flexibilização, entendo que ela não vai funcionar nunca, não é estratégia para ser usada e ela não vai funcionar por que não temos cultura de respeitar contrato neste país. Então você vai aumentar o problema com a flexibilização.- assimetria de informação, com certeza

COMPRADORES: [Quer dizer, com flexibilização você não sabe exatamente o que está comprando?] Será que cabe ao governo dizer que você tem que ter tudo, sabe, se o fato se você está comprando X, você tem tudo pelo SUS. Se você definiu com pouco ou com muita informação que você quer isso ou aquilo, é uma decisão sua. O fato é que você vai pagar um preço para ter isso, você não pode pagar um preço para ter isso e exigir aquilo, esse é o erro, não é; e o momento que você pega ah, mas espera aí, eu contratei isso aqui só, eu não sabia que eu tinha uma doença. Você tem o SUS, você tem integralidade, você é um cidadão brasileiro, você não está atendido pela metade, essa é a minha visão... Eu sei que é uma visão que, se você conversar com alguma defesa do consumidor e médico, eu sou detonado

COMPRADORES: [mas você não falou que o SUS não funciona?] Então resolve o único em vez de criar obrigação sobre o privado, resolve o único. E aí vem o Ministério Público vai obrigar o hospital X a atender paciente da rede (..) ainda nesta interface público/privado, no Brasil inteiro tem havido, e isso não é isolado, ações de ministério público, legislativo estadual, federal, municipal, no sentido de obrigar a iniciativa privada a assumir obrigações do Estado.

COMPRADORES: o Rio de Janeiro vive isso: um deputado estadual criou um projeto de lei obrigando os hospitais privados a disponibilizarem dez por cento de sua capacidade instalada para pacientes da rede pública e a criar uma central de regulação - chega um paciente lá, não tem leito, eu, privado, tenho que direcionar senão eu sou multado. Isso é uma inversão de papéis, está intervindo no direito privado (...) em vez de buscar uma integração uma parceria público privada, como as organizações sociais em saúde aqui em São Paulo, isso é integração público-privado.

COMPRADORES: o ICMS que eu pago numa ressonância magnética é de 18% enquanto que de máquina de descascar fumo paga 4% de ICMS. Isso é uma outra discussão, da essencialidade do bem por uma desarticulação nossa como setor, mas é uma outra discussão; porque que não posso pegar aqueles 18% de um equipamento de milhões de dólares e pagar em serviços, tendo em vista que eu tenho custo fixo e aquela capacidade instalada - pra mim seria muito mais viável! Eu não posso fazer isso, politicamente não interessa porque você dá destino pro recurso e não interessa nesse país que você dê destino pro recurso, o ideal é jogar na panela que é mais fácil de sair.

GESTORES: uma das reivindicações do conselho é de trazer de alguma forma a discussão da saúde suplementar pro controle social de preferência aproximá-la do controle social instituído em torno do SUS porque o conselho sempre teve essa concepção de juntar de dizer que existe muito mais relação entre saúde suplementar e SUS do que se imagina e que a saúde suplementar tinha que ser o componente de uma política nacional de saúde então ela tinha que estar submetida a um controle da sociedade e ou pelo próprio conselho que obviamente teria que criar algum outro mecanismo que não ia ser só levar a pauta para o plenário com as reuniões tradicionais, porque o controle social não é uma comissão de saúde suplementar do conselho, então no início tinha essa: não tem que ter então um órgão próprio de controle social que foi aí que foi surgindo essa idéia da câmara de saúde suplementar (...) claro que não foi idéia do conselho, mas assim ela vem um pouco pra dar resposta aos anseios do conselho junto com as demais entidades que tem que ter um órgão no mínimo pra ouvir a opinião do setor da sociedade interessada.

GESTORES: há várias interfaces que não estão sendo tratadas e que só uma aproximação poderia tratar, a própria base de financiamento, os próprios equipamentos compartilhados entre os dois sistemas, toda essa discussão, da cobertura assistencial, então assim, e muito mais do ressarcimento ao SUS, que obviamente o ressarcimento ao SUS é o único quesito tema em ação, é que ele tem realmente tido a participação do Conselho, um pouco na discussão, na concepção, mas o conselho entende que é muito mais do que isso (...) você então tem a pauta do que o conselho entende como a pauta do que ele entende por saúde suplementar do ponto de vista dele, temas que passaram à margem da regulação, e que precisam ser encampados, a partir dessa integração.

GESTORES: Isso, o que acha que é necessário, aborda esses temas que seriam temas tem a ver com a relação público privado e que mereciam não só do órgão regulador, mas do próprio conselho uma atenção maior, que é um assunto não tratado, que é essa relação público privado, e eu não sei se o conselho consegue ir muito mais do que isso, o conselho não tem o acúmulo, não só de conhecimento, mas de know how e de políticas públicas, como não tem quadro, não tem pessoas que possam intervir de uma forma mais qualificada ou técnica na regulação, então, acho que o papel do conselho é justamente esse mesmo, é defender essa bandeira de que a saúde suplementar diz respeito a 40 milhões de brasileiros, mas não são esses 40, isso tem impacto no sistema de saúde em geral, e essa discussão inovadora do aporte de recursos públicos na saúde suplementar é bastante intrigante, e eu acho que por detrás dela mexe com que modelo de saúde nós teremos, enfim, você desmarcava um pouco essa concepção de que de um lado o SUS para os pobres e o outro tem plano de saúde para a classe média e remediada, então você tem conselho talvez como uma liderança que pensa discussão, que eu acho que é inovadora, e eu acho que ela precisa ser feita.

CONSUMIDORES: o ideal para os CONSUMIDORES está expresso numa cartilha que chama SUS PODE SER O SEU MELHOR PLANO DE SAÚDE, então o ideal, o que nós gostaríamos de ver lá na frente é um SUS competente, adequado, com condições de dar atendimento digno para todos os cidadãos, ficando operadoras de planos de saúde como uma opção muito mais ligada a prestadores de serviços, hospitais, a um padrão de conforto, e tendo essa garantia, nós achamos que se isso um dia acontecer, até o serviço das operadoras vai ser muito melhor, porque elas vão competir. Hoje elas acreditam, as pessoas buscam um plano com receio de precisar e ter de enfrentar uma fila absurda, de não ter atendimento adequado no SUS, então criaria até - entre aspas - uma certa concorrência, então isso é o ideal dos mundos, então, pensando, mas isso é um ... é assim, muito, muito, muito a longo prazo (...) é lógico que nós queremos é que esse mercado [privado] seja assim uma opção e não uma necessidade, nós queremos acreditar no SUS como um "plano de saúde" (...) no fundo a gente tem que trabalhar muito, exigir políticas públicas adequadas, comprometimento dos governantes para ter o SUS funcionando, e nesse sentido, essa relação de isenção fiscal do setor privado, é ruim para o SUS, então, pensando nesse grande plano, lógico que é uma coisa que não é real hoje, nós não estamos querendo fingir que está tudo bem no SUS, mas como perspectiva de longo prazo isso seria o adequado.

USUÁRIOS: É uma relação público-privada, aí sim, agora, dentro do público não dá, não dá para criar agência, por isso que o conceito do SUS na verdade essa é uma coisa esdrúxula, o Sistema Único de Saúde é um sistema de regulação da política de saúde, do suplementar e do complementar, né, quer dizer, no momento que você introduz no suplementar uma agência reguladora, não nos moldes do controle social, não tem caráter deliberativo, etc., etc. e tal, quer dizer, a gente fica meio aleijadinho, a gente fica meio manquinho.

AGÊNCIA: eu acredito no SUS, eu acredito que a constituição do jeito que ela foi feita, o Estado tem que garantir a assistência a saúde à toda a população, eu acredito nisso, eu acho que deve ser e luto para que seja o melhor possível o aperfeiçoamento disso, mas eu acho que esta constituição deu liberdade à iniciativa privada desse segmento, eu acho que pelos problemas que existem no setor público este segmento foi crescendo desordenadamente, como a gente percebe, por isso que teve que ser regulado, de alguma forma, agora, eu acredito que esses problemas todos, um acaba dependendo do outro, porque o SUS não consegue garantir essa assistência à saúde ela precisa da iniciativa privada, tanto que você pode ver nos hospitais privados, que a maioria deles tem leitos públicos, eu acho que deveriam ser dissociados, como é na educação, mas por uma ineficiência do estado ele acabou precisando, aí eu não sei, eu nunca parei para pensar esta questão nova da parceria público - privado, o Estado por suas ineficiências, neste momento a gente tem que acabar achando que é importante, o privado dar o apoio necessário ao público, mas eu acho que se você pensar de uma forma mais tradicional, não deveria ser assim, deveria ser completamente independente, e uma caba sendo dependente, porque se

you não tem acesso naquele seu plano, ai você precisa do publico, na questão da hemodiálise, nas questões de alta complexidade.

AGÊNCIA: se você pegar os planos da classe AA são assim, você não precisa da rede publica, eles vão te garantir, porque as tabelas são altas e você não vai precisar da rede publica, agora, esse aumento desse oferecimento pode ser muito oneroso, por isso que eles [operadoras] querem a sub-segmentação, que ai ele vende um planinho bem pequeno para o consumidor, que ele ganha, e o consumidor vai ter que usar pouquíssimas coisa da rede privada, e ele vai se utilizar do SUS, e esse governo percebeu isso claramente (...), então existe essa dúvida, tanto que é um sistema híbrido, o sistema de saúde do nosso país é híbrido, dois subsistemas, publico e o privado.

AGÊNCIA: [SUS e saúde suplementar] elas não são na verdade a mesma coisa, mas não é o foco da discussão (...) eu, num determinado momento construí um modelo que avaliação: porque as pessoas se esquecem o que você tem? você tem os hospitais, você tem a média complexidade, você tem os profissionais de saúde, ai você tem no setor suplementar e o setor público, aqui a grande promiscuidade da produção de saúde no Brasil que está aqui, não é se sistema financiador é público ou privado, o nosso problema está na linha de produção, na área hospitalar, grande parte da produção é privada, dos 7000 e tantos hospitais, e eu acho que 20% são públicos e o resto é privado, claro que tem setor privado não estatal as santas casas, mas são privadas, este privado presta serviço para os dois lados (...) então enquanto você não começar a discutir esta relação aqui, você não sai do imbróglio, por isso que desde o início sempre defendi a visão de sistema nacional de saúde, com setor público com setor privado na assistência, ambas regulados, então agência, do ponto de vista macro estratégico onde ela presta seu papel? ela levanta este debate, ela no mínimo suscita porque que o Brasil se dando um sistema de saúde que em tese é eminentemente público, predominante sobre o privado, o nosso nível de gasto público na saúde está no mesmo patamar dos EUA que é um sistema eminentemente privado, anos estamos a 45, 50% de gastos públicos sobre o gasto total de saúde negou que nós somos teoricamente públicos e eles são teoricamente privados. a ANS, ao levantar os dados, começa a descortinar o lado do imbricamento do mercado, não é à-toa que é onde é a agência tem menos poder de fogo é no prestador.

AGÊNCIA: o ressarcimento já deveria ter mudado, porque o ressarcimento e ele tinha uma lógica num momento e em cima de um raciocínio que ele ao final era inconstitucional, então o que você teve foi o ressarcimento ao contrário. A idéia inicial do ressarcimento era você se ressarcir pelo aquilo que você não cobre, não é pelo que você cobre, o que tava na cabeça da formulação do sistema era que o setor privado deveria ressarcir o setor público por aqueles serviços que ele não presta e que o setor público é obrigado a prestar, então ele captura o cidadão privado e aí quando precisa de uma cirurgia cardíaca, o cidadão privado cai no SUS, então o conceito sanitário era esse ressarcimento, que era inconstitucional (...) o ressarcimento, ele tinha mais validade na lógica do discurso, antes de você ter integralidade do plano de saúde quando o plano podia ser qualquer coisa o ressarcimento tinha mais força, e o que se queria com ele é uma outra coisa, então o ressarcimento é o que tem que ser revisto, ele é importante e ele é fundamental, e continua sendo, mas você está em um outro patamar, mais para o plano velho, porque o plano velho é obrigada a cobrir, e a empresa tem que ressarcir, tem que ressarcir por punição, se ela cobre vendeu e não dá o ressarcimento, só o que o SUS quer era outra coisa, o que conceitualmente está correto, mas legalmente nem é o que a lei diz nem é o que a lei podia dizer, é que fosse ressarcido o que não está coberto (...) então hoje eu nem sei o tamanho do passivo [do ressarcimento ao SUS], mas era um passivo fake, por conta das impugnações, etc etc (...) eu propus a transformação do ressarcimento numa espécie de componente da taxa de saúde suplementar, que montasse um fundo para atendimento do usuário do caso de emergência, você criaria mais operacionalidade, isso ainda não progrediu.

AGÊNCIA: a interpretação dada pela ANS [para saúde suplementar] é como parte do SUS. Tanto que hoje há um esforço muito grande de que a maioria das políticas nossas, principalmente no campo assistencial sejam articuladas com a própria organização do SUS.

AGÊNCIA: é mas é importante lembrar que o ressarcimento não é uma fonte de financiamento ao SUS, como as pessoas interpretam, mas é uma punição para as pessoas que usam indevidamente o SUS, tanto que é uma discussão muito louca, a questão da tabela, porque a tabela tão mais cara que as tabelas particulares, então é uma polêmica em torno disto, só que as pessoas encaram isso como algo normal, que basta pagar o SUS quando utilizar, só que a política da ANS não essa, a política da ANS é não ter ressarcimento, ou seja, que seja auto-suficiente assistência suplementar e que não utilize o SUS.

AGÊNCIA: isto para fazer toda cobertura sem depender do SUS. Por que hoje o SUS ainda paga um percentual bastante grande dos procedimentos de alto custo, lembrar que a maioria das cirurgias cardíacas, dos transplantes, dos altos custos são bancadas pelo SUS e não pelas operadoras.

AGÊNCIA: a idéia do TISS é trabalhar com troca de informações assistenciais o mais amplamente possível (...) A idéia é criar uma base que possa haver troca de informações e concretamente com isso, do ponto de vista governamental, trabalhar com a idéia de observação e do campo da saúde suplementar, observação no sentido de que dados, morbidade a comportamento assistência isto é o impacto das ações assistenciais, ou seja o que hoje é possível com o SUS, em termos de impacto, para a população brasileira, ser também mensurável dentro do setor suplementar. (...) A idéia de ter dados únicos [DataSUS e TISS], que possam ser juntados, existem municípios que possuem atendimento pelo sistema suplementar de grande, como é o caso de Niterói, em que 51% da população tem acesso à saúde suplementar, e a pergunta é como é que isso impacto a política assistencial daquele município, como é que ele contabiliza isto, como ele faz conta disto, ele não faz, a idéia de ter dados tanto de um como outro setor permite o gestor olhar o universo comum todo. (...) é uma idéia, no caso específico de Niterói há uma intenção de trabalhar com a universalidade, em que se possa ter uma qualidade igual ao que o sistema suplementar tem até porque o caso específico, lá, o sistema público e no sistema privado tem os mesmos problemas, como falta de vagas de UTI, determinados procedimentos que não se consegue com facilidade, então há uma demanda inclusive um modelo de assistência que está hoje em jogo, você tem um usuário de uma zona de tem poder aquisitivo maior, mas está preferindo ser atendido pelo sistema público, a cair no modelo assistencial oferecido pelo setor privado, embora ele pague e tenha direito a isso.

GOVERNO: o sistema nacional de saúde ele é..., pela própria definição da Constituição ele é aberto... para o público e o público pode ser complementado pelo privado, e ainda existe por decisão ou outra possibilidade ser suplementar, ou seja, não ser público necessariamente, então meu olhar sobre o sistema é que, em que pese a minha leitura da necessidade da característica pública, deste ser prevalente, dele ser relevante, não ao que se discutir quanto a isso, tem que caracterizar, mas o objetivo do ministério é em representar o sistema nacional, a característica que isto tem, as interfaces que o sistema, ou os usuários do sistema suplementar tem com a rede prestadora do SUS, considerando ainda que nós temos boa parte da prestação de serviços numa rede comum, privada comum que é relevante.

GOVERNO: eu concordo com a estratégia, por que em que pese o sistema estar estruturado para ser suplementar, ele é um sistema suplementar financiado por isenção fiscal e ao ser financiado pela isenção fiscal, eu tenho um conjunto de cidadãos que por uma situação sócio-econômica ele pode dispor, ou por que tem um emprego em empresa que provê isto [plano de saúde] ou que ele mesmo banca este sistema, mas que de forma geral ele tem a isenção fiscal na arrecadação de IR ou a renúncia fiscal que é feita para este usuário, então existe um componente que sempre deve ser considerado, em que pese esta estrutura, alguma forma de atendimento são prioritariamente feito pelo serviço público, como a grande

urgência, independente da condição se tenho ou não convênio, a grande urgência é feita pelo público, seguimento talvez não, também existe uma grande migração de usuários para o serviço público, por falta de cobertura ou por outras características, ou por outras circunstâncias do sistema suplementar para o público, principalmente na alta complexidade, diálise, transplante, que acabam se concentrando no serviço público, então aquilo que é um componente de grande utilização e que concorre com aquele usuário exclusivamente SUS é que eu acho que aí ele é relevante, carece a meu ver de ser rediscutido este papel, mas eu acho que ele é relevante.

Quadro 5.14 – Lógica da Participação - Origem

PRESTADORES: do jeito que as coisas estavam não poderia continuar, eu costumava brincar o seguinte, que tinha que ter alguma regulamentação, antes da Erundina na prefeitura de São Paulo, qualquer um alugava uma salinha no centro de São Paulo e abria um Plano de Saúde e vendia o Plano de Saúde, depois da Erundina não precisava mais da sala, bastava um caixotinho, e era assim mesmo, se vendia plano e nem sabia quem era, então alguém precisava por ordem nessa bagunça, precisava regulamentar, aí ficou, sei lá, 10 anos uma lei no congresso discutindo como ia ser regulamentado, muito bem, chegou-se a uma legislação possível em um grande acordo, aí veio um gênio, sabe tudo, por sinal economista, que lança no dia seguinte uma outra lei, querendo a lei perfeita, puseram eu vou para a perfeição, e aí ficamos 44 Medidas provisórias, 44 meses com mudanças na legislação, isso não vai dar certo, como que eles querem que dê certo? Não sei como vai ser a lei no mês seguinte, como que isso pode progredir, como vai dar certo, vamos ficar com uma, algo que seja, o possível no momento.

MEDICINA DE GRUPO: a entidade se engajou na câmara de saúde suplementar, por convite feito pela própria ANS já que a própria ANS criou a Câmara de Saúde Suplementar, a Abramge, no caso a Sinamge, que representa as entidades de medicina de grupo, foi convidada e vem participando das reuniões.

TRABALHADORES: este Sindicato que representa profissionais na área da Saúde na grande São Paulo, em grande parte do estado de São Paulo, alguns municípios, ela tem até como obrigação tá certo combinado, por uma prestação de serviço de saúde melhor para a população e como membro filiado da central da Força Sindical. Há um rodízio e desta vez esse rodízio recaiu sobre nós para indicarmos um representante dentro da CSS e esse representante provisoriamente sou eu, talvez aí pra mais um mandato de 1 ano, já tem 2 anos, deve ser 3 anos no máximo e por isso que nós já até nos sentimos a vontade de até participar da Câmara Setorial de Saúde (Suplementar de Saúde) e achamos importante essa participação.

TRABALHADORES: a Força Sindical como a mais importante Central Sindical do país, ela deve estar participando pelo menos ouvindo e falando quando for necessário, quando me der essa oportunidade, pra uma melhor regulação. Nós já entendemos que a regulação nesse aspecto tem sido todo esse aspecto, o SUS, etc, é necessário até agora o que nós não temos que criticar é que dentro dessa regulação, o que prevalece certo como mando geral, nós entendemos que são as operadoras e as seguradoras, certo, que prevalecem em mandar nessa Câmara, nessa Agência, é como se o galinheiro estivesse dominado certo pelas raposas, nós entendemos assim.

SEGURADORAS: a participação Fenaseg, ela é uma discussão da participação das seguradoras no mercado de operadoras de planos, a época da discussão do projeto de lei, não havia dúvida de que seguradoras integravam este mercado e eram até os produtos, vamos dizer assim, com maior visibilidade, e eram empresas que por sua vez já tinham regulação por conta da Susep, não só em relação à área econômico-financeira, como em relação ao seu produto, a Susep regulava as condições gerais de contrato, ela regulava nota técnica, ela regulava o preço mínimo, que é um controle através de nota técnica, justamente

para evitar que um produto seja mal precificado e, portanto, a frente possa não estar garantindo a continuidade daquela operação.

SEGURADORAS: [a Fenaseg participou da 1ª. a 9ª reuniões da CSS como membro efetivo e da 10ª à 19ª como convidado, retomando a condição de membro a partir da 20ª reunião] (...) num determinado momento, naquelas várias edições de medidas provisórias, vou dizer assim, que o governo, porque foi através de MP, entendeu que todas as empresas que operassem na área de saúde deveriam ser operadoras de planos privados de saúde, e aí neste conceito, não estava compreendido o seguro saúde.

SEGURADORAS: à época alguns entendiam que o seguro saúde era aquele seguro estrito senso, que é o que a gente chama de livre escolha, que dá então a oportunidade do segurado optar pelo prestador que lhe conviesse, e aí buscar o ressarcimento, aquela indenização junto à seguradora, alguns então pensavam que o seguro saúde deveria existir somente nesta concepção e que o seguro saúde então que estava sendo operado no mercado, à semelhança das demais operadoras, que é aquele com rede de prestadores externos, que o seguro que nós chamamos de rede referenciada, nas operadoras eles chamam de rede credenciada, é que esse seguro, que esse produto seria um plano de saúde, então tudo estrito senso, então que estas seguradoras deveriam se adaptar para operadora, então deveriam deixar de ser seguradora estrito senso, houve uma certa discussão no ambiente do poder executivo em relação a esta questão e algumas Medidas Provisórias induziram este entendimento, é que deixaram de contemplar o termo seguro saúde no seu texto legal, foi omitido, e depois ocorreu a lei 10.185 [que dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde], que foi fruto dessa intensa negociação e demonstração de que estas seguradoras, vamos dizer assim não poderia ser modificado dentro deste mercado, vem a lei 10.185 e equipara as seguradoras e operadoras e o seguro a plano de saúde, ela vai pra dentro da lei 9.656 então as seguradoras passam a compor, integrar este universo regulado, então a partir deste momento passa a contar com a participação deste setor na câmara de saúde suplementar.

SEGURADORAS: quer dizer nunca houve uma ausência completa até porque não se pode negar a realidade, as seguradoras elas na época já tinham uma participação até mais expressiva do que elas têm hoje, então não poderiam negar, cada uma destas seguradoras, principalmente as duas maiores tem 2 milhões de vidas, referenciam hospitais que são de ponta no país, então não poderiam negar esta realidade, assim, apesar das Medidas Provisórias terem uma certa fragilidade, o órgão regulador não poderia isolar completamente, até porque reconheceu que deveria integrar este sistema.

PROFISSIONAIS: em 93 o Conselho Federal fez uma resolução pequena até (...) que foi a primeira vez que teve uma tentativa de regular esta área de saúde suplementar, tratava da questão da relação médico – paciente – operadora, e na questão da autonomia médica, enquanto profissional ter liberdade para pedir os exames, então foi a primeira vez que algum órgão tentou fazer alguma regulação dentro deste espaço (...) porque naquela época, como não havia regulação nenhuma, cada empresa fazia uma regra, e faziam regras de cerceamento de utilização dos serviços, de cobertura, por conta que a incorporação tecnológica é muito grande, as coisas ficando muito caras, as empresas foram fazendo e cada uma do seu jeito, chegando às vezes a alguns absurdos, de cercear, exames sem autorização prévia, mesmo emergência.

PROFISSIONAIS: e isso também começou a acarretar desde a década de 80, por conta deste cerceamento [por parte dos planos], processos em cima do médico, já que a sociedade enxergava ele como a pessoa que negava o procedimento, que negava o cuidado ao paciente, bom, aí o Federal em 93, solta esta resolução, logo vieram os questionamentos da empresa em cima do Federal, que o Federal não era o ator com legitimidade dentro do Estado, embora ele fosse uma autarquia de tipo especial, não tinha legitimidade para regular este espaço que extrapolava o espaço da sua atuação profissional.

PROFISSIONAIS: a Abramge se não me engano entrou com uma liminar de segurança contra a resolução e no despacho o juiz concedeu a liminar dizendo que realmente não havia regulação, não havia legislação nenhuma nessas questões, que precisariam ser feitas normas, mas que extrapolavam o espaço dos CFM enquanto órgão regulador.

PROFISSIONAIS: na época o federal de medicina e os regionais entendemos que o nosso papel de qualquer forma era mais do que querer ser um regulador era provocar o debate na sociedade, e isso aconteceu tanto é que, 2 anos depois dessa resolução já haviam 10 projetos de lei tramitando no congresso e aí iniciou-se todo um processo de discussão na sociedade, ministério público, órgãos de defesa do consumidor foram assim, cinco anos de intenso debate na década de 90 sobre essa questão da regulação da saúde suplementar.

PROFISSIONAIS: e aí comecei a participar porque já vinha desde 93 já envolvida na medicina suplementar, em 95 comecei lógico estava na direção da federal, a participar intensamente nos debates no congresso que culminaram na aprovação da 9656.

AUTOGESTÃO: [quanto à participação] na verdade a gente tem que voltar um pouquinho na história da entidade, porque existiam duas entidades que representavam nacionalmente as autogestões, eram a Abraspe (Associação Brasileira de Serviços Próprios de Empresa) ligada ao setor privada e o Ciefas. (Comitê de Integração das Entidades de Assistências à Saúde) mais ligada ao setor público (...) havia um acordo que o Ciefas era titular porque tinha maior número de entidades e a Abraspe era suplente na Câmara de Saúde Suplementar (...) mas, sempre foi um anseio muito grande dos participantes da autogestão de unificar essas duas entidades (...) então a gente foi estratégico, trabalhou muito para que fundíssemos, em 2003, mas então finalmente somos uma só que é a Unidas.

AUTOGESTÃO: a participação vem desde o começo, se reconheceu na ANS o segmento da autogestão como importante, diferenciado, das demais, basicamente, principalmente por não ter objetivo de lucro, e acredito que a grande diferença das autogestões é que quase 100% dos casos elas não fazem restrições a doenças e lesões pré-existentes, pra mim é uma grande chaga do setor privado.

AUTOGESTÃO: [quanto ao universo de participantes] é fechado quanto ao público-alvo por questões legais, mas se está questionando esse fechamento (...) hoje, está dando até uma celeuma no mercado as possibilidades de atuação da GEAP, o próprio Firjan Saúde, os empresários criaram uma auto-gestão, multipatrocinada e todas as indústrias associadas vão poder participar, e isso está incomodado o mercado, tanto que na última reunião da Câmara de Saúde Suplementar, o representante da Fenaseg, pediu pra pautar isso, discutir auto-gestão multipatrocinada, e a agência pensa um pouco assim também, a autogestão tem grupo definido (...) se esse país é de fato um livre mercado, porque não deixar, aí o diretor da agência diz, mas você tem isenções, mas são pouquíssimas, cada vez menos, não temos tratamento tão diferenciado assim, talvez a gente não paga pis e confins sobre o faturamento, e imposto de renda sobre o resultado, porque a gente não tem finalidade lucrativa, de distribuir resultados das operações, então está havendo uma celeuma aí, porque o mercado não cresce, como ele só cresce pro lado, então fica essa briga aí.

COOPERATIVAS: antes da regulamentação dos planos de saúde, existiam vários projetos de lei sobre a matéria, aí foi criada uma comissão do ministério da saúde (...) que começou então a se discutir efetivamente a regulamentação (...) foi criada também uma comissão na Câmara dos Deputados, já com vistas a aprovar um projeto de lei que tramitava naquela casa, aí tive oportunidade de participar, pelo segmento de cooperativas, representando cerca de 10 milhões de usuários e 90 mil cooperados (...) nós fomos até contrários da forma que foi colocada, porque a regulamentação colocada, não só para produto, mas também para a operadoras, a gente tinha um receio (...) que fizessem com a gente a mesma coisa que fizeram com as seguradoras, aonde você deixaria de ser uma empresa de prestação de serviço e passaria a ser uma empresa financeira (...) na verdade quando a lei 9656 foi aprovada, se você pegar a redação original da lei, ela tinha mais ou menos um escopo neste sentido, aonde a parte da saúde suplementar no sentido de prestadora de serviço, produto e

tal, ficaria vinculada ao ministério da saúde, mas toda a parte das operadoras, no que se refere a garantias financeiras, e tal, ficaria vinculada ao ministério da fazenda, e conselho nacional de seguros privados e Susep, e o que aconteceu, é que teve uma disputa política, entre o ministro da fazenda (Malan), ministro da saúde (Serra), e no começo ali quando foi colocado desta forma, no dia seguinte da publicação da lei já teve uma medida provisória alterando vários dispositivos, e na sequência de medidas provisórias, acabou tendo um esvaziamento do ministério da fazenda, até que culminou um ano depois, que veio a lei 9661 que é a lei que cria a agencia reguladora, a ANS, eu acho até que agencia reguladora ela foi um meio termo, entre só ficar no ministério da saúde ou no ministério da fazenda, que ia ser uma coisa muito complicada, então com a agencia, a idéia que fosse uma agencia vinculada ao ministério da saúde, porque as cooperativas não queriam que saúde fosse tratada como mercadoria comum, que é como as seguradoras vêem a saúde suplementar, pra eles é mercado pra ganhar dinheiro.

COOPERATIVAS: as seguradoras foram quem mais defendeu a regulamentação, que eles entendiam que eles já eram regulamentados, e os outros segmentos não eram, então havia uma concorrência desleal com eles, eles que tinham que dar garantias, registrar produtos, nota técnica e as demais operadoras, medicina de grupo, não tinham que fazer nada disso, então eles achavam que era uma concorrência desleal (...) só que o tiro acabou saindo pela culatra, porque a ANS nos primeiros anos da agencia, ela represou os reajustes para todos os tipos de operadora, incluindo as próprias seguradoras (...) é que antes com a Susep, que era um órgão eminentemente técnico, a seguradora chegava lá e dizia preciso de um reajuste aqui de 30%, e a susep via que aquilo era realmente necessário e autorizava, na hora que chegou na agencia, isso ai não aconteceu, reajustes lineares para todo mundo, tirado, sei lá, de uma fórmula lá, que até agora ninguém explicou de forma convincente, como que se chegou àqueles primeiros reajustes que a agencia concebeu lá, autorizou, e o que aconteceu é que hoje, se você quiser comprar um plano de uma seguradora vai encontrar dificuldade pra achar, elas saíram praticamente dos planos de pessoas físicas.

COOPERATIVAS: basicamente as cooperativas, após a regulamentação, acabaram até crescendo, por que a cooperativa é um sistema de médicos, que entende que, independentemente da situação do mercado, vai continuar trabalhando (...) é um grupo que não vai sair, não tem jeito de ser excluído deste mercado (...) o médico só vai sair da saúde suplementar se o SUS estiver melhor, e se o SUS, o Estado, estiver pagando mais que a saúde suplementar, não faz sentido saúde suplementar.

COOPERATIVAS: voltando lá no inicio da regulamentação, o que acabou acontecendo, é que deste movimento principalmente das seguradoras, veio a regulamentação (...) foi comentado na época, que um dos objetivos da regulamentação que era para abrir para o capital externo investir na saúde suplementar no Brasil e que estas empresas só viriam para cá se tivesse um setor regulamentado (...) mas o que a experiência mostrou, que a hora que eles viram como é que era a saúde suplementar aqui no Brasil, praticamente não veio ninguém.

COMPRADORES: havia um médico lá, eu esqueço o nome... Albucassis, Não o conheço. Como é que nós entramos lá? Vou te contar a história. Eu presido o único sindicato patronal de saúde no Brasil, que não é ligado à Confederação Nacional de Saúde, que é uma entidade que tem assento na Câmara de Saúde Suplementar representando o prestador de serviço. E porquê que eu tenho assento na Câmara de Saúde Suplementar? Porque é o único sindicato aqui em baixo, de 62 sindicatos na Federação, de 27 federações; então, você imagina multiplicar isso, que tá ligado à área da saúde. Nós achamos que era interessante, pelo prestígio que a gente tem na Federação, na Confederação, que a gente ocupasse ali um espaço na Câmara de Saúde Suplementar. Eu brinco, e disse isso na primeira reunião que eu participei na Câmara de Saúde Suplementar, que nós éramos o penetra oficial, penetra porque ocupa o espaço do chapéu que deveria ser o do financiador, e oficial porque somos oficiais.

COMPRADORES: sou suplente mas eu vou a todas as reuniões e falo.(...) e a minha fala, e se eu tivesse amanhã sentado na FENASEG ou o que quer que seja, eu tenho uma dificuldade em ter uma visão que não seja a visão de cadeia produtiva; então, raramente, raramente falo de alguma coisa que seja específica do prestador e pra mim é muito clara.(...) saúde é uma atividade econômica, mas tem vidas envolvidas, e eu tenho muito claro, que o processo de regulação tem um objetivo, na minha visão, que é preservar os interesses do usuário, do consumidor.

COMPRADORES: eu divido o consumidor da saúde em dois, ele foi rachado com o advento das operadoras:- você tem hoje o consumidor que é o consumidor financiador, e você tem o consumidor usuário. São consumidores diferentes e isso cada vez mais é corporativo; ele tem ... o objetivo principal dele é custo e isso aqui é o consumidor usuário, que ele é o indivíduo, o ser humano fragilizado, cujo principal objetivo é acesso e bons serviços (...) então são ... e eu sempre tive claro que o papel da agência, dos hospitais, dos médicos, da indústria, eles existem como meios para atender aquele que o ... é o objetivo número um.

COMPRADORES: esse é o primeiro ponto. Uma outra regrinha que eu tenho pra mim em qualquer hipótese, é o que eu chamo de princípios. Eu tenho uma visão de tudo, fim e de princípios; quê que eu chamo de princípios nesse caso: é diálogo, é visão do todo, é a ética, é o respeito com contratos, é o respeito à iniciativa privada, enfim são ... são ... e eu me balizo, que dizer, eu quero atender aquele fim respeitando esses princípios; os meios pra mim se tornam menos importantes nesse caso. (...) Fiz essa introdução pra dizer que é ... é uma maneira, é uma situação atípica como representante da ... de uma ... de uma entidade da Câmara Suplementar por esse histórico, e eu acho que é uma visão diferente daquela visão que se vê nas reuniões da Câmara Suplementar, que na prática são reuniões de condomínio. Você já foi a uma reunião de condomínio? É igual, ou pior. Então, como a entidade que você representa se engajou? ela se engajou em algum momento, aí eu não conheço a história, quer dizer, eu não sei se o grupo que hoje são 35, se ele foi ampliado num determinado momento.

GESTORES: na verdade o conselho nacional de saúde é um órgão de controle social dedicado enfim com prerrogativa legal para acompanhar as políticas do sistema único de saúde, esse tema de saúde suplementar, dos planos privados, eles sempre foram um tema periférico, nunca foi um tema central, na pauta do conselho nacional de saúde, como também não foi do movimento sanitário (...) mas de qualquer forma, é um tema que sempre de alguma forma foi discutido, então conselho começou a acompanhar essa discussão mais ou menos, em 1995 em 96 que era um momento em que houve uma decisão política do governo, no caso do ministério da saúde, junto com outros ministérios, ministério da fazenda de que o executivo tinha que apresentar uma proposta de regulamentação, então o conselho entra muito em cima da discussão, da proposta que o executivo estava formulando, né então o conselho passou a discutir isso, quer dizer, bem antes da regulação em si e obviamente assim quem leva um pouco essa discussão pro o conselho e que chama a atenção do conselho de que ele tem que se ocupar disso é muito o movimento dos usuários e dos usuários não consumidores, os usuários principalmente as patologia organizadas em torno do SUS que tenha centro tradicional no conselho e é muito mais tradicionalmente excluídas do atendimento dos planos de saúde.

GESTORES: É um movimento de militância no SUS, mas que sempre se incomodou enfim por conta dos contratos pré-regulamentação que excluíram doenças crônicas como infecto-contagiosas, renais e de saúde mental, claro que aí impregnado já com aliança, com os médicos, que desde 1993 com aquela resolução do Conselho Federal de Medicina, que foi um marco importante, acredito que pra chamar a atenção da questão [uma tentativa de regular esta área de saúde suplementar, tratava da questão da relação médico – paciente - operadora, e na questão da autonomia médica] assim, desde 93 já havia na sociedade civil uma aliança política entre médicos, a defesa do consumidor, no caso os PROCONS e as entidades da defesa do consumidor não governamentais como IDEC e o Fórum de Patologias (que desde 93 já estavam discutindo mais a questão da exclusão focando na

amplitude das coberturas) e aí levam essa pauta pro Conselho que ela tem imediatamente um pouco da adesão dos outros profissionais e do próprio governo. Então o Conselho faz essa discussão durante o ano de 96 e um pouco de institucionaliza a discussão, aí desde então sempre é uma pauta que não tem amplitude das demais como financiamento, como as políticas públicas em geral, mas ela começa a ser discutida.

GESTORES: o conselho se engaja e apresenta uma proposta própria bastante diferente daquela pretendida pelo Governo - pretendia cobertura para todas as doenças, atendimento universal do médico – com sistema de livre-escolha, não havia diferenciação por faixa etária, então você tinha uma proposta que aglutinou e o Conselho ele passa a participar junto com esses outros atores da discussão, da tramitação no Congresso, aí o conselho tem uma atuação importante (...) aí a presença do conselho passa a ser institucional, mas ela sempre está carregada um pouco da tinta da origem do conselheiro (o conselheiro tem a fala de algum lugar).

GESTORES: Não, o conselho toma posições consensadas, votadas e deliberadas em torno daqueles que o compõem naquele momento, o conselho, até porque não podia ser diferente por lei, é plural ele tem os três segmentos, e é a posição do órgão colegiado do controle social, isso não se pode perder de vista em que pese o fato dessa posição ser a mesma de alguns segmentos, ela é uma posição tomada no colegiado, deliberada e legalmente instituída (...) o Conselho sempre foi estranho no ninho dessa discussão, então por mais que se tenha o peso de uma deliberação ou de uma posição de um órgão de controle social do SUS, você tem na origem desse debate a separação, o SUS é pra lá, é o sistema dos pobres, é a saúde suplementar é outra coisa (...) eu acho que o conselho foi importante na participação, mas na verdade o que quer dizer é que o conselho nunca era tanto ouvido, tanto respeitado quer dizer no sentido de que era mais um pra opinar junto e também estaria mentido, se dissesse que internamente havia também uma disposição pra colocar esse tema como tema prioritário, não é, o tamanho de pauta que tem não podia ser diferente.

GESTORES: você tem os dois lados, quer dizer o conselho não consegue se dedicar como se dedica a outros assuntos, se dedicar que eu digo não só deliberar mas impor a sua posição e por outro lado o fato é que o conselho participou de toda a tramitação da regulação.

GESTORES: uma das reivindicações do conselho é de trazer de alguma forma a discussão da saúde suplementar pro controle social de preferência aproximá-la do controle social instituído em torno do SUS porque o conselho sempre teve essa concepção de juntar de dizer que existe muito mais relação entre saúde suplementar e SUS do que se imagina e que a saúde suplementar tinha que ser o componente de uma política nacional de saúde então ela tinha que estar submetida a um controle da sociedade e ou pelo próprio conselho que obviamente teria que criar algum outro mecanismo que não ia ser só levar a pauta para o plenário com as reuniões tradicionais, porque o controle social não é uma comissão de saúde suplementar do conselho, então no início tinha essa: não tem que ter então um órgão próprio de controle social que foi aí que foi surgindo essa idéia da câmara de saúde suplementar (...) claro que não foi idéia do conselho, mas assim ela vem um pouco pra dar resposta aos anseios do conselho junto com as demais entidades que tem que ter um órgão no mínimo pra ouvir a opinião do setor da sociedade interessada.

GESTORES: [a Câmara de Saúde Suplementar como controle social veio do CNS] não ele veio, eu não te saber dizer como ele nasceu a câmara, o Conselho sempre defende aquele controle social paritário e deliberativo, se não tem isso, no mínimo tem que ouvir a sociedade, na verdade a câmara foi uma resposta não só para o conselho, eu repito porque é a defesa do consumidor sempre exigiu esse tipo de espaço, mas ela meio que assim, olha o controle social que nós estamos dando pra saúde suplementar então obviamente nasce com essa maquiagem de que a sociedade vai ser ouvida.

GESTORES: o conselho teve uma participação muito relevante em 2001, essa comissão que foi quando o conselho faz uma aliança com o congresso nacional, faz um simpósio, super

concorrido ele teve um impacto grande na época da medida provisória 43 - foi uma medida que foi derrubada porque ela instituiu uma subsegmentação de planos, médicos triadores, ela não foi pra frente, mas ela estava pra ser editada então esse momento político foi muito importante, aí Serra acabou cedendo, que foi um momento que o Conselho fez sem a ANS, essa discussão é nossa, é da sociedade, não pertence à ANS, aí o conselho ali inaugura uma certa autonomia nessa discussão, não que isso tenha valido muito, mas o suficiente para ter uma pauta própria, ter um poder de articulação própria, tem umas alianças próprias (...) e eu acho que o conselho fora da câmara, desse espaço, ele tem tido um papel importante de chamar eu acho que um segmento do movimento sindical, dos sindicatos que ficaram totalmente ausentes do processo de regulação – negócio esquizofrênico, já que quem mais demanda plano coletivo são os sindicato e ao mesmo tempo.

CONSUMIDORES: o IDEC tem um histórico de participação no desenvolvimento desse assunto que é muito anterior à criação da Agência, que o IDEC foi criado em 87, e uma das questões que naquela época já afligiam os consumidores eram os contratos de planos de saúde, na década de 90, 91 uma das primeiras ações judiciais do IDEC foi justamente pra discutir planos de saúde, cláusula contratual abusiva, e reajustes depois lá pra 94 com a URV, também tivemos várias, então o IDEC sempre acompanhou esse assunto. Como tinha muito problema e o Código de Defesa do Consumidor não dava muito conta, apesar de existir, prever regras que valiam, também se aplicavam ao setor, não se mostraram suficientes acho que até muito mais por uma falta de fiscalização e coibição dos abusos, mas enfim não estava sendo suficiente, e aí veio toda a discussão do processo de criação de uma lei específica p'ro setor, então o IDEC participou de todo esse processo junto com o PROCON, com as entidades dos usuários, com os médicos, CFM, CRM, AMB, e então acho que estava muito ligado a esse total envolvimento do IDEC com o assunto, então quando surgiu uma instância colegiada e consultiva, logo aconteceu, um dia depois da edição da lei, aí surgiu a possibilidade do IDEC participar também, ocupando um assento ali de associação de consumidor.

CONSUMIDORES: Isso, e realmente pensando em que nós teríamos algum espaço pra avançar porque a lei não resolvia tudo e tem um espaço pra um detalhamento que realmente não faz sentido ter uma lei, mas que seria feito por meio de resoluções, e o lado do usuário, a própria missão da agência, que tá previsto na lei de criação da agência, é o interesse público, no final ela vai controlar, equilibrar as forças do mercado mas no final o que se pretende é o bem comum, é o interesse público. Então nós acreditávamos que tinha uma margem de mexer em alguns pontos, detalhar alguns pontos de fora, pra tornar mais claro e mais adequada essa relação para, e aí eu tô falando mesmo pro lado do usuário, que é a parte mais fraca dessa relação. Então foi com esse intuito que o IDEC entendeu que seria correto participar dessa Câmara, o IDEC tem muita experiência de participação em atividades de representação, sejam em comissões em câmaras formais como em outras informais e o que nós vimos ali foi muito ruim mesmo em termos de avanço, não se avançava.

CONSUMIDORES: Até 2002, e nós contribuimos sempre com documentos, com consistência com base nas reclamações, e não em apenas um ou outro ponto, então não era uma coisa limitada - olha, queremos que os reajustes sejam limitados ou queremos que a cobertura seja ampla - não, era uma conta extremamente extensa, aliada com o PROCON, com o Fórum de Patologias, com o Conselho Nacional de Saúde, e nós não tínhamos sequer resposta, ali o espaço para o debate, o que deveria ser o espaço para um debate, não acontecia, as reuniões ... não sei se as atas refletem bem isso mas no máximo entidades de defesa do consumidor falavam, representantes dos prestadores de serviço falavam, operadoras falavam - não tanto - e acabou; a Agência não falava, em geral não falava sobre o assunto em discussão, então sequer nós conseguíamos avançar, eu já participei como representante do IDEC de algumas outras questões bastante delicadas, bastante polêmicas - transgênicos é uma delas - então participei da elaboração de uma resolução pra tratar de licenciamento ambiental de organismo geneticamente modificado, interesses de empresas

com o porte de Monsanto, de Novartis, de Avantis, e ali existia um debate muito acirrado mas nós conseguíamos discutir assuntos, discutir posições, discutir, um fala o outro ouve, depois fala depois briga.

CONSUMIDORES: Acontecia uma evolução, ou pelo menos ficava muito claro qual era o impasse de onde não haveria mais saída, e aí o governo tinha que se posicionar. Isso não acontecia ali, um falava alguma coisa, o outro falava outra coisa e depois a Agência levava aquilo e depois fazia o que bem entendia sem sequer colocar a posição dela p'ra discussão, então não era um espaço de discussão, ali era um absoluto faz-de-conta. Então, depois de insistir bastante em várias discussões, faixa etária, doença pré-existente, mobilidade de consumidor, não sei se posso passar alguns documentos de IDEC, PROCON, Fórum de Patologias, com essa lista de reivindicações que mostram assim, bastante, a amplitude da pauta mas isso não acontecia. Então realmente nós achamos que era perda de tempo, perda de tempo, não que o IDEC deixou de acompanhar o assunto, muito pelo contrário, ia acompanhar a atuação da Agência, muito pelo contrário o IDEC fez, acho que a partir de 2002 ou 2003, não sei se você conhece um trabalho de acompanhamento de regulação do Brasil com as várias agências, então pegando como que é o trabalho de transparência, de participação, de efetividade das ações, de fiscalização, de todas as agências.

USUÁRIOS: nós estamos na luta, quer dizer, os renais estão na luta desde 89, nós abrimos duas frentes de luta, quando - vou falar da regulação no geral pra você entender como a gente chegou lá, acho que é importante. Em 89 nós criamos uma associação em São Paulo chamada Associação Paulista dos Renais Crônicos, e o nosso objetivo básico, como a Neide participou, eu participei, e vários amigos tinham participado muito da luta pela constituinte, a nossa preocupação exatamente era regulamentar a luta pela regulamentação daquilo que tava garantido na Constituição, que era o princípio paritário e a idéia básica de regulação (...) Então a nossa preocupação é o seguinte: - olha, é a hora e a vez agora do controle social (...) é a idéia de introduzir um princípio conceitual da democracia participativa e não só do conceito de democracia representativa (...) ou seja, participar da gestão. Evidentemente, cada instância tem o seu espaço, o executivo é o executivo, legislativo legisla, agora ,o controle social participa da gestão e tem que organizar o seu espaço de gestão.

USUÁRIOS: esse foi um grande eixo. (...) A nível nacional, nós começamos a luta para a reconstituição do Conselho Nacional de Saúde nos mesmos moldes, que acontece exatamente entre 90 e 91. Então acho que esse foi um grande eixo, quer dizer, conceitualmente a nossa briga foi essa (...) Quando o Fernando Henrique começa, já no primeiro mandato, começou a se pensar além do Conselho Nacional de Saúde, que era de fato o único órgão na questão das políticas de saúde, plenamente instituído, constituído com uma trajetória, (...) você já tinha uma consolidação de uma certa estratégia, principalmente que eu num gosto do termo regulação, nós usamos o termo controle social mesmo, a regulação é um termo neo-liberal. Então eu vou te dizer porque na verdade a gente discorda da idéia de regulação: então começou-se a pensar exatamente na extensão dos mecanismos do controle social (...) e se criou o Conselho, quer dizer, portanto o Conselho Nacional de Saúde foi o pioneiro dentro de uma, digamos assim, de uma grande estratégia dos diferentes níveis da sociedade civil organizada de começar a organizar os seus passos, os seus espaços dentro do processo aí do controle social (...) e a nossa briga no sistema de saúde que é o sistema talvez que consiga abrigar, dentro da sua lógica, todos esses valores e todas essas estratégias.

USUÁRIOS: O Conselho Nacional de Saúde é um órgão de caráter deliberativo, isso tá garantido na Constituição, como todos os conselhos estaduais e municipais também tem caráter deliberativo, e ele é um elemento essencial de controles, quer dizer, não é de regulação, é de controle, nós nos transformamos num grande problema para o gestor público, e ainda não somos um problema p'ro gestor privado porque o SUS ainda não teve coragem o suficiente de estender a sua política de controle social para a iniciativa privada.

USUÁRIOS: para as atividade complementares de saúde, ainda elas não têm, principalmente aquelas que têm recurso público, por exemplo, pra hemodiálise nós não conseguimos até agora fazer um conselho gestor, quer dizer, ela é um serviço particular, contratado pra executar mas nós não conseguimos ainda emplacar por que não há interesse evidentemente, nem do governo e nem da clínica de diálise, você montar um conselho gestor, tá certo, aonde o paciente esteja presente pra fazer a regulação, vamos dizer assim, que na verdade é controle mesmo, não é regulação.

USUÁRIOS:tenho que admitir que a estratégia dos tucanos foi uma estratégia muito inteligente, quer dizer, era preciso e era necessário, por um princípio constitucional, a extensão do controle social pra todas as atividades, por exemplo, (...) na questão da regulação dos planos, etc. e tal, do controle social não da regulação, então o quê que ocorre de uma maneira acho que muito substantiva, o governo cria a Agência, tá certo, pra você não poder, não ter a extensão da mesma forma de controle e a capacidade da sociedade civil entrar em setores estratégicos do governo, o governo entendeu que a vigilância sanitária, planos de saúde, no Conselho do Instituto do Câncer do Rio que é política de câncer, na questão da Fundação da FIOCRUZ, tá certo, ele foi entendendo que se nós fossemos capazes de levar a efeito o princípio constitucional do conceito de controle social, as nossas conquistas seriam muito maiores.

USUÁRIOS: aí o governo, muito estrategicamente, começou criar as agências em todos os níveis, no setor estratégico da economia, telefonia, etc, quer dizer, ele privatizou, mas estabeleceu o conceito da agência, que aí é correto, ele privatiza a atividade, mas ele mantém sob a gestão pública a regulação, porque aí não há que se falar em controle social, aí o princípio da regulação é correto; mas ele muito habilmente, o que ele fez, trouxe pra dentro da gestão da saúde, porquê? Porque constitucionalmente na gestão da saúde nós íamos aplicar o mesmo princípio que está dado no Conselho Nacional de Saúde, que é o conselho de controle social do SUS (...) Então acho que o governo aí foi muito hábil, eu acho que nós não fomos articulados o suficiente (...) então o quê que acontece, ele traz pra dentro do Sistema Único de Saúde algo que vai contrário à sua lógica que é o princípio de regulação através das agências.

USUÁRIOS: Agora, isso teve que ser discutido, de uma maneira ou de outra, dentro do Conselho Nacional de Saúde, quer dizer, a criação disto, ele não teve, não pôde ignorar, ele tinha que passar a criação das agências reguladoras dentro do ministério pelo Conselho Nacional de Saúde.

USUÁRIOS: Então foi assim que a gente chegou, quer dizer a Neide é muito briguenta, né, na época se enfiou na comissão, e a Neide era de dar cotoveladas, se enfiar nas comissões, se enfiou na comissão, entrou e aí foi feita, na verdade, a distribuição das vagas, ficamos com uma, colocamos o pessoal da saúde mental que - aí na verdade tem um outra questão que é importante, pra você entender, ao longo desse processo, nós criamos, nós já tínhamos criado em São Paulo, em 95, um fórum estadual de patologias.

USUÁRIOS: aí nós criamos o fórum estadual e pra disputar as vagas no Conselho Nacional, nós criamos um fórum nacional de portadores de patologias e deficiências, e começamos a fazer um cadastro, de nível nacional, de todas as entidades de nível nacional de deficientes e de portadores de patologias, que se reúne, está certo, uma vez ao ano para discutir qual a estratégia das deficiências e das patologias junto ao Sistema Único de Saúde e escolher representação.

USUÁRIOS: na discussão também, como nós temos seis vagas de representantes das patologias e das deficiências - nós somos quatro, duas ficam com os deficientes quatro ficam com as patologias, mas nós sempre estabelecemos um titular e três suplentes porque nem todo mundo tem condição, aquela coisa toda, então quase todas as entidades tem um espaçozinho, quer dizer, só vão uma ou outra pra fora, aí a gente coloca num outro conselho, quer dizer, sempre se distribui, faz o rodízio, então como é que é a reunião do Conselho?, no mínimo quatro ou cinco entidades estão presentes na reunião do Conselho,

vai um ou outro suplente, então quatro, cinco, seis; então sempre se faz antes da reunião do Conselho Nacional de Saúde uma reuniãozinha, e aí a gente discutiu, eu tava inclusive nessa reunião, quer dizer, se discutiu: bom, quem precisa, quer dizer, quem na verdade hoje está numa situação extremamente precária e complicada do ponto de vista de ir pra Agência de Saúde Suplementar brigar pelos direitos de todo o mundo e em particular da sua respectiva patologia.

USUÁRIOS: Então a ida dos renais para o comitê inicial da Saúde Suplementar foi muito em razão dessa capacidade de briga que a gente tinha e da briga real, né, e da briga real que tava acontecendo. Na questão objetiva dos renais, as nossas clínicas de diálise, p'ra você entender um pouco, quer dizer, como o serviço é totalmente privatizado, quer dizer, hoje você já não tem mais diálise no setor público, são pouquíssimas as vagas (...) Os nossos nefrologistas, que também é uma grande corporação, muito forte, muito bem organizada (...) há todo um princípio de hierarquia, uma coisa muito bem estruturada, elas já estão organizadas junto às escolas, não é, e ela também está associada a transplante (...), Quase todos os transplantadores e donos de diálise também são grandes transplantadores na rede privada,... então essa coisa muito nebulosa e não é só o rim, fígado é a mesma coisa, coração é a mesma coisa, a córnea é a mesma coisa, etc (...) o dono da clínica ele fica extremamente dependente do poder público na definição da planilha de custos e aí que na verdade começa o jogo (...) aí ele [Jatene] pegou e abriu o espaço exatamente p'ras clínicas no sentido de elas pressionarem os planos de saúde p'ra começar a remunerar as clínicas para os pacientes, e aí o quê que os donos de clínica queriam?, que todo mundo que tivesse plano de saúde fosse forçado a usar o seu plano de saúde, então, essa discussão toda sobre a questão da relação governo-plano de saúde, ela de certa foi também acelerada pela questão dos renais, da nefrologia, e também pela questão dos transplantes, os transplantadores começaram a pressionar no sentido de tentar incluir o transplante, etc. e tal.

USUÁRIOS: vamos começar exatamente pela alta complexidade porque a partir daí nós começamos ver a lógica de como que as coisas funcionam, quer dizer, até onde as seguradoras e planos vão, até onde a conta fica p'ro setor público, quem é quem, como que faz, se tá havendo duplo pagamento, (...) mas começou-se exatamente um pouco por aí, quer dizer, como se montou a primeira metodologia, os planos acabaram cedendo, quer dizer, então você tem um mínimo de controle hoje, que na verdade eu não sei se funciona ... eu não sei o governo é capaz de impor aos planos essa regra, eu acho ainda eles furam, mas uma coisa que foi importante eu acho que dessa conquista toda foi o fato de que com as listagens na mão, ou seja, com a relação de todos os segurados, foi possível a gente ter uma imagem do percentual de quantas pessoas estão cobertas com seguro, no Brasil como um todo, o volume de recursos que isso movimenta, e aí, por incrível que pareça (...) nós chegamos à conclusão entre nós, de que os planos estavam pra se estourar todos, todos, todos, todos, todos, porque do ponto de vista atuarial não dava, quer dizer, você percebia o seguinte: - olha, estamos aqui nesse patamar, agora vamos fazer uma lógica atuarial e vamos jogar isso dez anos pra frente, é a mesma coisa que você pegar a previdência social, vai explodir, não segura, não segura, e aí por má gestão mesmo, eles tem dificuldades em gerir o sistema de saúde, muito complicados, são muito ruins de serviço, e deve ter muito desvio, quer dizer, deve ter caixa dois aos montes, etc. e tal.

USUÁRIOS: você faz a sua economia de escala, eu forneci a minha poupança e se eu tiver lá na frente uma cirurgia de câncer, você percebe, e tiver que ficar fazendo um trabalho de dois, três, quatro anos de uma terapia de câncer desde que eu já seja terminal, e o custo seja altíssimo, mas eu fiz a minha poupança, se você não fez escala, dentro da sua empresa e dentro da sua seguradora, o problema é teu, não é meu, eu contribuí. Mas daí os caras não queriam, evidentemente, e aí o governo abriu as pernas, quer dizer, aí nós ficamos sozinhos na luta. Aí realmente de fato se legitimou pra todos os planos em função e o governo ficou morrendo de medo, quer dizer, os caras ameaçaram; nessa reunião eu me lembro, que a Neide me ligou de lá, falando: os planos de saúde falaram que vão simplesmente fechar os planos e devolver e vão devolver tudo pro SUS, o governo tremeu, cara, quer dizer,

aparentemente há outras razões também (...) eles sempre ajudaram com muita grana em campanhas eleitorais, né, e aí o governo tremeu com a possibilidade de fato e aí concedeu.

USUÁRIOS: outra briga foi a tentativa de flexibilizar a migração de um plano pro outro, porque a proposta inicial que eles tinham e que já era uma regra estabelecida anteriormente, você saiu de um plano, você começava com outro é zero, estabelecia todos os princípios de carência. e nós defendíamos a idéia de poupança, quer dizer, se a pessoa está no sistema, vocês tem que ter uma câmara negocial entre vocês de compensação. Nós defendíamos a idéia da câmara de compensação inclusive das seguradoras para o público, e entre as seguradoras, cria-se uma câmara de compensação, você é dono do plano A, eu sou dono do plano B, o cidadão saiu do teu plano veio pra mim, tem que se criar um mecanismo de regulação de fazer compensação, olha, você fez tantos anos uma poupança aqui, uma parte dessa, de alguma maneira você tem que transferir pra lá. Os caras não queriam saber (...) e aí que se negociou alguns pontos, então tá bom, na migração de um plano pro outro nós diminuimos certa carências, então diminui de 6 meses pra isso, mantém-se parto, mantém-se tal coisa, mas não sei das quantas não pode, tal coisa pode; aí se ficou muito mais na discussão da migração de um plano pra outro em função da questão das carências, tá certo. Quer dizer, então o conceito básico que a gente deveria, que é um pouco a idéia da sensibilidade, da extensibilidade de direitos. É lógico, os caras não tão nem aí. Foi um pouco isso a luta.

AGÊNCIA: eles criaram primeiro as agencias de infra-estrutura por esta questão de privatização, ai num segundo momento criam a agencia Anvisa, que já era uma agencia de função social, saindo da esfera de infra-estrutura, mas eram órgãos que já existiam no Brasil, foi justamente para organizar minimamente, e tem uma função um pouco diferente, da concepção das outras agencias, ela tem um papel fiscalizador, de autorização, mas ele já existia, e ai O Ministro Jose Serra, que era o ministro da saúde nessa época, e as discussões no congresso bastante acirradas, quando ele assume o ministério da saúde, e ele participou enquanto senador acompanhava essas discussões lá no senado, e quando ele assume o ministério ele participa de uma audiência publica onde está na fase da regulamentação desse segmento, e ele assume um compromisso que era importante a haver uma legislação especifica para o segmento, só que essa legislação tinha problemas e ele assume o compromisso de aprovar essa lei do jeito que ela está e no dia seguinte o governo edita uma medida provisória porque há interesse publico, interesse social e relevância publica, e pra se adequar nas questões que estão ferindo o direito dos consumidores, então ele assumiu esse compromisso, as entidades de defesa do consumidor na época eu era presidente do Procon, estava presente e concordamos, ai vem a primeira medida provisória depois esse mecanismo foi sendo utilizado por 44 vezes, portanto a lei aprovada no congresso foi modificada 45 vezes, porque a última foi a 44 e a primeira não tinha essa numeração, era a 1665, e esse , esse ai, ai no ministério da saúde onde ele tinha acabado de chegar, olha, esse segmento é tão discutido, inclusive na imprensa, nos órgãos de defesa do consumidor, muito mais reclamava, porque na época eles eram os campeões de reclamações em todos os Procons.

AGÊNCIA: ai ele olha no ministério da saúde e não tinha um departamento que olhasse para este setor, então foi criado dentro da secretaria de assistentes da saúde, do ministério da saúde, o Desas, que era o departamento de assistência a saúde, que o Barroca foi ser o diretor, então começou a se dar esse entendimento, nisso ele já criava a Anvisa ai ele viu que era importante, que era um mercado que envolve 23 bilhões, tem o poder econômico , tem a possibilidade da entrada do capital estrangeiro, que a lei permitiu, então vamos também criar uma agencia para esse segmento, então a idéia surgiu ai, ai é criada a agencia, ai, isso eu acho que é bastante importante, que dentro do ministério não existia nenhum departamento que olhasse para a saúde privada, mesmo quando se criou o SUS, eles pensavam já na saúde privada, o artigo 199 parágrafo segundo ele fala ali da questão da iniciativa privada (...) ai ele , ai se pensa na criação da agencia, ai na hora que ele vai

conceber isso, quem vai dirigir essa agência, e aí ele olhou para quem estava ativo nessa área, e escolheu pessoas de áreas diferentes.

AGÊNCIA: os primeiros dois anos da agência que foi um período muito mais de conhecer o mercado ou seja realizar pesquisas e informações e uma certa avalanche de normas no sentido de dar o mínimo de um universo de normativos para esse mercado. O mercado que praticamente se desenvolveu ao longo de 40 anos sem nenhuma regulação então na realidade começou praticamente do marco zero. E assim se estabeleceu as normas básicas, então houve uma avalanche de normas nesse sentido, se você perceber que essa gestão de uns dois ou três anos para cá o volume de resoluções e atos normativos vem reduzindo, vai se tentando então aperfeiçoar o marco regulatório, trabalhando mais com questões específicas e as vezes revisões de normas daquela primeira época em que atualmente estão desatualizados.

GOVERNO: foi por conta do departamento que dirijo - departamento de regulação. Toda parte assistencial do SUS é regulado por esse departamento, o sistema de cadastros, o sistema de informação, como também a transferência de tetos para a prestação de serviço público e desde a criação da agência pelo menos deste governo o diretor desse departamento esteve presente, anteriormente era o fausto e agora sou eu. E tem um conjunto de interfaces, parte dos processos de ressarcimento passa pelo departamento para parecer e uma interface direta com a agência.

Quadro 5.16 – Representatividade – CSS: Constituição Fragmentada

PRESTADORES quanto ao número de atores (...) talvez tenha até demais, tem gente que está lá e não tem nada a ver (...) a gente quer fazer uma democracia, mas, no fundo no fundo, a câmara deixa de ter uma representatividade interessante (...) tem gente que não conhece o setor, não sabe como funciona e está lá, defendendo e discutindo coisas do setor e aí complica, fica difícil de você discutir com maior profundidade dentro da CSS.

PRESTADORES têm algumas representações que estão lá na CSS, e até agora não disseram a que vieram, você fica se perguntando, será que elas ficam aqui efetivamente pra representar os seus representados (...) ou então está lá por um título no currículo.

PRESTADORES: acho que poderia ter uma definição melhor [dos representantes] (...), a câmara virou uma grande assembléia se todo mundo for falar, na câmara, não teria nenhuma chance, tem muita gente, tem muitos representantes, então sei talvez valesse a pena escolher melhor, diminuir o número de representantes (...) mas aí é lei, então que é assim o seja, poderia ser melhor se o número de participantes fosse menor, acho que as reuniões seriam mais produtivas.

PRESTADORES: acho que a questão do usuário ela está confusa, na minha visão, alguém precisaria assumir a escolha dessa representação, e pra mim isso é muito claro, o Ministério da Justiça que tem uma diretoria de, como que se chama Diretoria de Defesa do Consumidor eu acho que este tem que ser um órgão que tem que estar lá representado (...) não temos uma definição clara de quem está e porque está.

PRESTADORES: o grupo ali deveria ser menor (...) vamos fazer câmaras técnicas, nas câmaras técnicas o assunto é mais bem discutido tecnicamente, por aí você pelo menos da nossa parte até tem mais tranquilidade de ficar falando de discutir, de discutir tecnicamente.

MEDICINA DE GRUPO: do processo geral de representatividade não é interesse de todas as áreas que isto seja, um interesse maior de preservação da saúde do cliente, também achamos que é fundamental, mas você também tem que ver ao mesmo tempo a saúde financeira das empresas, porque sem as empresas também não existe plano de saúde, saúde suplementar, então isso fica a desejar porque , tem uma pressão muito grande do ministério da saúde, dos ministérios, de Procons, só este tem 3 ou 4 cadeiras na câmara, é

tem representatividade do ministério público, do ministério da justiça, do ministério da fazenda, de órgãos inclusive de sociedades de patologias específicas, enfim, um sem número de cargos que está em desequilíbrio, então toda a tendência lá é no sentido de prejudicar o desempenho financeiro das operadoras, por mais que seja importante que se preserve a saúde do usuário, há necessidade de que haja equilíbrio econômico financeiro da atividade, sem isso não dá pra funcionar.

MEDICINA DE GRUPO: os membros da Câmara de Saúde Suplementar são qualificados, tem uma visão, tudo bem, é uma visão do lado deles evidentemente, mas são de capacidade intelectual boa.

TRABALHADORES: o que prevalece como mando geral, nós entendemos que são as operadoras e as seguradoras, certo, que prevalecem em mandar nessa Câmara, nessa Agência, é como se o galinheiro estivesse dominado pelas raposas.

TRABALHADORES: não existe maior participação do trabalhador, por que ele tem dificuldade sim, primeiro que o trabalhador é a absoluta minoria dentro dessa Câmara, participação maciça do pessoal das operadoras. Operadoras nós temos o que, umas dez espécies de operadoras. Nós temos a medicina de grupo, que tem um comando dentro, as seguradoras, as cooperativas, o pessoal do grupo de odontologia, e tudo isso é voto, trabalhador não, trabalhador nós temos as centrais sindicais que são duas que participam mais ativamente que é a Força Sindical que nunca tem faltado, a CUT às vezes falta, não comparece, mesmo porque lá o presidente [da ANS] é comandado, é uma pessoa ligada ao PT e nós nos vemos em minoria absoluta, o que talvez a gente vê uma boa participação lá são os órgãos dos consumidores, do PROCON, participam bem certo, tem uma boa participação e alguns outros grupos que defendem certos pacientes com determinadas patologias, isso é muito importante a participação desse pessoal. A gente tem até elogiado muito, então lá pra mim a participação de votação, ela termina sendo desproporcional ao trabalhador, deve-se ter lá 10% se muito, do Universo da participação da votação.

TRABALHADORES: quem domina, vou repetir, até em certo ponto, dentro das regras, não estou dizendo que é ilegal, pode ser que ilegítimo, eu até classifico isso, mas dentro das regras, quem tem maioria é que vai determinar certa condução dos trabalhos que pra mim são as operadoras e em especial as seguradoras e dentro das operadoras, o pessoal de medicina de grupo.

SEGURADORAS: eu acho que a democracia e a participação da sociedade se expressam via poder legislativo, acho que esta participação como Câmara é uma forma de aproximar um pouco do tema de saúde suplementar, mas se não houvesse a câmara, acho que a sociedade participaria da mesma forma, porque o poder legislativo é o poder onde a sociedade se manifesta.

SEGURADORAS: não acho que devesse ser de outra forma, acho que a câmara da forma que está é muito ampla, e aí é um dilema, porque ao mesmo tempo em que ela contempla ao máximo vários setores da sociedade, esse tamanho inviabiliza a efetividade, eu acho que isso acontece, mas eu acho que é importante.

SEGURADORAS: por um lado eu acho que qualquer processo deste, cada agente se coloca da forma que lhe é mais conveniente, então o poder público tem já uma atuação própria de governo quando está discutindo um assunto, por sua vez cada interlocutor tem a sua estratégia de atuação, isso eu to querendo dizer que a falta de transparência, eu acho que ela poderia e deveria ter mais transparência nos seus atos.

PROFISSIONAIS: como se dá o pólo de disputa da câmara? então, essa é uma questão interessante por exemplo que, os representantes profissionais não só médicos mas ali tem ... mas eu acho principalmente médicos, e ele sempre teve uma atuação de parceria com os institutos de defesa do consumidor, interessante essa relação médico-paciente é muito forte, ela se traduz inclusive nas instituições e , mesmo quando está institucionalmente, então dentro da câmara de saúde suplementar, a grosso modo, porque tinha questões que não,

essa composição não era feita assim de forma tão clara, mas via de regra era, de um lado, os profissionais médicos, defesa do consumidor, Procon, representantes de portadores de patologia, isso aquilo a que do outro lado, hospitais e planos de saúde, é interessante porque, pra mim, era uma surpresa também, porque não imaginei assim, que hospital e plano ficassem a se defendessem tantos interesses em comum.

PROFISSIONAIS: Mas como as questões que eram colocadas para a regulação, a grosso modo sempre acabavam constituindo esses dois lados assim, de um lado a operadora e os hospitais, do outro lado os médicos e os consumidores. Foi uma coisa que me surpreendeu, minha avaliação é que os hospitais com os médicos fariam uma dobradinha, por que historicamente, porque a história do desenvolvimento da profissão e do serviço hospitalar e é muito comum é muito empreitada, médico e hospital tal, mas você vê o quanto essa questão econômica é forte, pesa.

PROFISSIONAIS: por isso que eu achei que ele [o prestador] fosse se juntar mais com o profissional, porque ele não é exatamente regulado pela ANS, ele participa na interface que ele tem, imaginei que houvesse tanto conflito do hospital com operadora quanto médico tem, e ele tem por uma questão histórica, ligada a própria formação dele, às vezes o pessoal fala mas porque os médicos brigam tanto com a gente, e eu sempre digo olha, que o médico tem uma formação de essência liberal, qualquer instituição que for colocar regras tal, ele já vê como um o cerceamento, uma interferência indevida, porque a profissão médica, a espinha dorsal dela, de moral e ética sempre foi liberal.

AUTOGESTÃO: Acho que falta [mais] um ator aí, falta à indústria de tecnologia e ela está fora, e para mim, ela é a que mais está ganhando com o sistema de saúde e ela não está, ela deveria ser convidada pelo menos.

AUTOGESTÃO: [com relação a pouca participação dos trabalhadores na Câmara de Saúde Suplementar] eu não quero ser antipático, mas acho que os trabalhadores estão representados pelas autogestões, porque os trabalhadores são os financiadores da autogestão junto com as empresas, então quando não é são eles próprios sem patrocínio, então eu acho teórico falar que a CUT, a Força Sindical precisam participar deste debate, e o reflexo disso o interesse, ou melhor, o desinteresse demonstrado por eles ao longo desses 5 anos que eu tenho ido à câmara de saúde suplementar.

AUTOGESTÃO: [com relação a pouca participação do governo na Câmara de Saúde Suplementar] Mínima,... não entendo porque (...) o que eu vejo é um plenário meio vazio, a gente tentou mudar agora, não sei se você viu na última reunião, os consumidores queriam mudar, trocar o representante, eu acho que era um movimento para tentar tirar [uma das representações] (...). acho que foi uma pena o Idec ter saído, isso eu acho que foi uma pena.

AUTOGESTÃO: o Idec saiu porque não acreditava nos resultados da agência, não via evolução em nada, talvez porque estivesse com aquela expectativa, que a câmara fosse deliberativa, não vai ser deliberativo um fórum daqueles, é como os médicos, eles querem uma garantia de padrão mínimo de remuneração, isso não dá para tirar do mercado é padrão de oferta e procura, não adianta tirar do mercado esta relação é negocial, é individual, como a CBHPM, a gente até foi um dos primeiros a se expor e negociar uma nova forma de remuneração com os médicos, mas não adianta querer impor tabela goela abaixo, é um esquema econômico-financeiro.)

AUTOGESTÃO: [quanto aos prestadores] eles estão na câmara, mas não na lei, tem esse desequilíbrio, mas é próprio do setor, dos hospitais tem a CNS a FBH (...) dos médicos tem a CFM, tem o CNC era uma das lideranças hospitalares mais conseqüentes que temos aí.

COOPERATIVAS: [a CSS é consultiva e ignorada] até porque, tendo em vista de ser um grupo muito heterogêneo, então tem operadoras, consumidores, hospitais, então está todo mundo lá, a discussão é muito acalorada e o pessoal da diretoria [da ANS] não gosta muito de ficar ouvindo crítica, então eles preferem fazer as discussões antecipadamente, em

câmaras técnicas e aí leva na câmara de saúde suplementar já a coisas praticamente prontas, quando não é algo que já foi até deliberado pela diretoria colegiada.

COOPERATIVAS: a única coisa que a gente pede é de ser ouvido, pra gente poder contribuir, porque a maior parte dos diretores lá [da ANS] não conhecia o segmento, não sabia como funcionava a saúde suplementar, tudo bem, decida, mas antes ouça, ouça as implicações que isso aí vai ter, tudo mais, mas geralmente é assim, eles vão lá jogam uma coisa, e você tem que correr atrás pra mostrar os problemas que pode ter e tal.

COMPRADORES: são atores que têm interesses divergentes ainda que legítimos e absolutamente válidos, e eu também defendo pontualmente (...) mas independente de se defender interesses legítimos, existe, eu acho, em grande parte a falta de uma visão do todo (...) então o que dificulta muito, eu não sei se a própria dinâmica da reunião e aí é difícil de eu avaliar, porque ela acaba sendo grande, eu não sei se a necessidade das pessoas de falar para depois voltar e dizer “eu falei”, mas com certeza a gente percebe a falta, muita frequência sem valor e época. Tem gente que acha que eu estou errado, são raras as instituições que tem uma visão da parte que é alinhada com a visão do todo.

COMPRADORES: o que se tem nas reuniões da CSS, é na prática igual ou pior do que reuniões de condomínio.

COMPRADORES: a maioria das colocações que são feitas são operacionais. A CSS caiu no erro do mercado que é discutir a relação mascarando o óbvio operacional e pouco se tira dali de estratégico.

COMPRADORES: a gente procura sempre se posicionar nessa linha de vamos ajudar, viabilizar (...) Mas não é o que você vê com frequência, você vê bate-boca, você vê discussão de coisas absolutamente particulares (...) e aí fica ali naquele negócio e não anda.

COMPRADORES: eles [os atores da CSS] são ouvidos, mas a gente tem que entender qual é a limitação de uma câmara consultiva, não é uma câmara que decide (...) vou dar exemplos: há um ano e meio atrás, eu falei para a Agência que queria saber se, dentro do espírito de transparência, eles tem atingido o contrato de gestão. Porquê que eu disse isso? Porque eu observei que eles postergaram o prazo do contrato de gestão deles sem prestar contas daquilo; chegou dezembro, eles aumentaram as metas, mas não prestaram contas (...) e no ano seguinte estavam lá apresentando. Eu sei que eu incomodo, mas eu acho que eu faço para o bem, é o interesse público.

COMPRADORES: Quando eu virei e disse para eles [ANS] na reunião: eu acho que falta um plano de comunicação para que a gente explique para população o que é o plano de saúde, porque hoje existe um descasamento enorme entre a realidade e as expectativas; isso é criado pela ausência de um mecanismo que informe a eles, por ideologias pela imprensa, então eu acho que é obrigação da Agência como uma ação estratégica, da real dimensão do seu papel e do papel de cada um dos atores. (...) e a ANS contratou uma agência para fazer isto (...) Então, eu acho que eles escutam quem sabe falar algumas coisas também, não quer dizer que eles vão fazer, escutar a gente eles escutam

COMPRADORES: deixa eu fazer uma ressalva:- nunca tive dificuldade em ser recebido ou falar para as pessoas da Agência, muito pelo contrário, com essa diretoria mais fácil ainda, então escutar eles escutam, às vezes eles não têm consenso, a ideologia os impede de escutar de uma forma crítica aquilo que está sendo colocado, a mudança seria muito grande, embora eles pudessem vir a concordar ia ter um custo político muito grande, mas escutar eles escutam.

GESTORES: a primeira composição da câmara foi muito ruim, era majoritariamente formada por operadoras e governo imensa maioria aí depois num segundo momento que ela é um pouco mais ampliada, divide um pouco mais que é essa composição atual. Aí a Câmara começa a funcionar você tem no início esse movimento todo que foi criado na pré-regulamentação que era um movimento consistente e organizado. Era a aliança dos médicos

com os consumidores e com os usuários que tinham uma vocalização política maior então era quem conseguia aglutinar quem tinha espaço em mídia.

GESTORES: esse movimento, no começo ele ocupa a câmara de saúde suplementar, então essas mesmas pessoas, não só as mesmas entidades, elas fazem a fazer parte da saúde suplementar, então você tem o IDEC, o PROCON, o Conselho Nacional de Saúde, o Fórum de Patologias, o pessoal da saúde mental, enfim todos os atores e o resto dos outros também, o Arlindo Almeida [Abramge], os mesmos atores passam a atuar na câmara, e desde o início, quer dizer uma câmara consultiva absolutamente heterogênea, ela apenas fazia repetir os conflitos que todo mundo já conhecia, e se mostrou como é até hoje um espaço absolutamente figurativo, um espaço consultivo (...) que é obvio na hora que você coloca atores com expectativas tão contraditórias você vai ter sempre as opiniões divergentes e as decisões sempre a margem da câmara de saúde suplementar e ela foi cada vez mais se esvaziando.

GESTORES: [a CSS] vai se esvaziando junto com esse movimento que eu chamo a sociedade civil, ela vai perdendo forças também quer dizer na hora que você começa ter a regulamentação e que você começa dois primeiros anos da câmara você tem ainda toda aquela disposição, assim como as medidas provisórias, as resoluções do CONSU que alteraram a lei, quer dizer você tinha ainda todo um gás da sociedade civil. (...) Esse movimento tinha, em São Paulo, um fórum de acompanhamento da regulamentação e chegou a ter oitenta entidades filiadas (...) juntava não só médico, consumidor e usuário, mas também os profissionais de saúde, sindicatos, pra acompanharmos. Éramos na verdade os porta-vozes, então quando íamos para reunião da câmara íamos em bloco, com opinião desse fórum (...) enfim era importante essa articulação e isso depois vai diminuindo, a gente perde a paciência com o perfil e as utilidades e eficácias dessas reuniões e você tem uma saída importante do fórum, da câmara: IDEC oficializa a sua saída e o Conselho Nacional de Saúde delibera não mais participar como um membro e sim como observador (...) e aí a ANS passa a escolher representações (...) então você passa a ter uma câmara ainda mais ainda ornamental figurativa.

GESTORES: o CNS fez uma discussão, que não teve só haver com a Câmara, mas até por conta da ANVISA, quanto a proliferação de “espaços consultivos de controle social” então o conselho em um determinado momento deliberou de uma forma genérica que nesses espaços não pode ser um membro do espaço, ele podia ser um observador daquela discussão política específica para levar ao plenário o que era discutido e o plenário deliberar então não fazia sentido realmente um indicado pelo conselho ir lá e ter o direito a voz e voto como uma entidade da sociedade civil se o Conselho é um colegiado que supostamente representa toda a sociedade.

GESTORES: no Conselho não se colocou na pauta a relação público privada (...) o Conselho poderia contribuir mais com a regulação, com o processo da ANS, muito mais do que discutir o varejo da regulação, que basicamente é a pauta da Câmara e a ANS em cima dessa regulação fragmentada complexa, picada, a gente nunca coloca na discussão da Câmara as questões que o Conselho queria, que é principalmente a utilização de recursos públicos na saúde suplementar, vamos discutir que dinheiro é esse do SUS que a ANS está usando, quando que a ANS vai ter sustentabilidade suficiente pra não ter que depender mais dos recursos do tesouro, vamos discutir isenção e imposto de renda de pessoa física e jurídica, vamos discutir a compra de plano privado pra funcionalismo com dinheiro público.

GESTORES: nesta questão do controle social, do Conselho Nacional de Saúde, tem gente que está lá participando e não se envolveram, acho que isso é um dos preços que a gente está pagando hoje é de não ter tido, os gestores do SUS, a academia, e o movimento sindical, esses três segmentos foram totalmente omissos do processo, da regulamentação, com essa perspectiva de que SUS é SUS e plano é plano, desencontra, acho que hoje isso avançou muito, você tem vários núcleos da academia, com uma produção consistente, em que pese que uma boa parte é financiada pela ANS, mas o fato de que se voltou para a

academia e isso é muito bom, mas eu creio que é está pra com chamar de dizer que entendeu que a discussão não é só ali a discussão do varejo, da regulamentação.

GESTORES: a câmara é uma reunião esporádica, nem é mensal, uma reunião que acontece as 10 horas da manhã e vai um pouquinho depois do almoço, ela é quase que um convescote, ela é uma reunião absolutamente social, é uma reunião de informes, é uma reunião é, enfim, ela é mais para a ANS apresentar o que estão fazendo, prestar contas, com um grande filtro que ela vai ali em cima das frivolidades, das questões menos polêmicas, das questões mais tranqüilas da regulação, ela não tem tempo de aprofundar nada (...) isso é a primeira coisa, a segunda é que ela continua sendo composta por representantes dos segmentos então a qualificação, a bagagem a ideologia é da base, então você vai ter donos de operadoras, você vai ter representantes de consumidores de usuários, eu acho que houve um esvaziamento, eu acho que as entidades passaram, algumas a mandar quadros de segunda linha, outras desistiram, e a ANS para ocupar o espaço passou a convidar nominalmente, não há renovação, são as mesmas pessoas, ou as mesmas entidades sempre.

GESTORES: aí as entidades às vezes mandam segunda linha, não é menosprezar, mandam alguém lá pra representar, não necessariamente é o presidente daquela entidade, isso tá acontecendo um pouco nas representações de profissionais, por exemplo sindicais, então ela assim, quase ela deixou de ser, eu acho que ela está absolutamente desqualificada como um espaço de decisões.

GESTORES: enfim, porque a próprio desenho da composição, é perda de tempo, dá pra fazer social, ver as pessoas, e um pouco do que eu te disse o movimento arrefeceu, e que quase que diria que perdeu não sei se é a vontade, mas digamos que ficou difícil de acompanhar cada detalhe da regulação, as cartas meio que já foram colocadas das questões maiores, então você tem atuações hoje mobilizações em cima de alguma coisa, acho que de reajuste dos contratos antigos, então você tem as entidades de defesa do consumidores atuando, então o IDEC, o Idec tinha uma atuação super relevante, não vai mais na câmara há mais de 2 anos, se desligou oficialmente, então nossa contribuição tem sido muito mais relevante hoje em outros espaços que na câmara, seja no CNS, via comissão de saúde suplementar, do qual a ANS faz parte (...) enfim a própria sociedade civil tem seus mecanismos na câmara, pra mobilizar, o ministério público tem estado junto em algumas questões, tem sido assim.

CONSUMIDORES: Uma avaliação, e isso já foi feito três vezes, e tem resultados bastante interessantes, e aí dá para sentir como o trabalho da ANS é sempre um das menos qualificadas, tem menos pontuação, e mostra assim uma falta total de seriedade nessa parte de participação dos setores envolvidos, pelo menos ali, no espaço adequado que é a Câmara de Saúde Suplementar, espaço institucional criado para isso, isso não acontecia. Então o IDEC continua acompanhando mas não da forma como é proposta pela Agência porque nós achamos isso absolutamente faz-de-conta. (...) desnecessário, inútil, é inútil, o IDEC avalia que é inútil aquele espaço.

CONSUMIDORES: as discussões mal acontecem, imagine um vão que tem de um lado IDEC, PROCON, do outro lado as operadoras, os hospitais, enfim todos os atores envolvidos, não acontece discussão, estou dizendo de nível, lógico, um debate, não acontecia, aquilo mal acontecia.

CONSUMIDORES: Exatamente, é uma coisa assim bem pragmática, mesmo, não faz sentido o IDEC participar de uma coisa que não avança, que não mostrou nunca nenhum resultado, nenhum resultado positivo.

USUÁRIOS: isso foi um pouco o que a gente sempre defendeu, quer dizer, ela [a CSS] nasceu como uma extensão, assim, uma pequena extensão do CNS, quer dizer, a Câmara começou na verdade a partir de que todas essas agências elas deveriam ser expressões num nível abaixo do CNS. Eu acho o CNS ainda é o órgão regulador, ele é o órgão de controle social, e todas as decisões ali teriam que ser levadas, eu entenderia [a CSS] muito

mais como uma câmara técnica (...) a idéia é o seguinte, quer dizer, todos eles deveriam funcionar como uma câmara, você percebe, de trabalho sistemático, não seria uma comissão das comissões tradicionais que o CNS tem, quer dizer, a nossa idéia de pensar no sistema inclusive de atuação em rede, num projeto de caráter matricial, não aquela coisa hierárquica tradicional, todos eles deveriam funcionar como funcionam mas todos eles na verdade, quer dizer, o caráter deliberativo deles deveria estar dentro do Conselho, reportar ao CNS.

AGÊNCIA: foi feita a proposta de se mudar a representatividade dos órgãos de defesa do consumidor, porque não tem nenhuma regra, de como eles foram escolhidos, obviamente, num primeiro momento eles foram escolhidos de uma forma personalística (...) por participarem de toda discussão da regulamentação no Congresso (...) então não pode ser, porque os dirigentes passam, as instituições ficam então é muito importante que tenham regras claras (...) e eu achei super justo e democrático que haja uma alternância, não que caiba à agência definir, mas eles, entre eles definam seus representantes, como a Fenaseg, a Abramge, a CUT.

AGÊNCIA: do ponto de vista de representatividade é bem representativa sim, e funciona, eu acho que a Câmara poderia ser mais participante eu não sei ainda se é um problema de pauta que a ANS impõe a câmara, ou a condução para parte dos membros da Câmara, do pouco que tenho observado, não só a ANS tem explorado pouco o espaço de discussão representado pela Câmara, e a ANS reconhece isso por isso que existe um esforço grande este ano, para se levar grandes debates lá para dentro, mas por parte dos outros atores não há este tipo de cobrança, ainda acabam se comportando como demandas individuais daquela categoria ou daquela segmentos coisa muito específica que observando a Câmara como um grande conselho, e assim de alguma forma com mal comparando com outros conselhos de saúde, com outras entidades colegiadas, parece que ainda existe uma curva de aprendizagem dessa câmara, no sentido de qual seu papel, sua qualificação, qual a estratégia de cobrança.

GOVERNO: A participação, ela está vinculada à atividade do departamento que dirijo hoje, por conta das interfaces que tem assistência pública, a base dos sistemas que operamos, a agência tem um conjunto de sistemas de informação e que a partir de agora se tornam comuns, a base de cadastro, dos prestadores (CNES), então esta estrutura, a interface do uso dos dados de internação e ambulatorial para fazer o encontro de contas, através da revisão do outro instrumento que é a CIH, que isto é interessante para ver o movimento geral de internações ou o movimento geral desta análise, então sob esta perspectiva que eu tenho participado, os pontos que são levados a pauta, dependendo da natureza, eles são previamente discutidos, se tem alguma relevância, dentro deste colegiado. Tem um conjunto de pontos que são mais intrínsecos ao setor, em que a participação é mais como um membro da câmara que debate e participa, não há uma posição coordenada para sentar à mesa como uma representação do governo, a não ser estes pontos em que são vistos como estratégicos pelo governo, que quando são pautados, então há uma tentativa de organizar esta posição. No mais ela está vinculada a defesa do interesse do setor público, que este é um papel fundamental do Governo, numa câmara setorial ele precisa nortear a ação do setor público principalmente para aquilo que para os gestores é mais fundamental que é a questão do ressarcimento, que é uma questão frequentemente apresentado pelos gestores estaduais e gestores municipais.

Quadro 5.17 – Consultivo ou Deliberativo - Produtividade

PRESTADORES: no fundo, a câmara deixa de ter uma representatividade interessante (...) tem gente que não conhece o setor, não sabe como funciona (...) fica difícil de você discutir com maior profundidade dentro da câmara (...) e o que acontece, frequentemente nós estamos lá simplesmente para homologar o que já foi decidido frequentemente 99% das vezes (...) mesmo as resoluções das câmaras técnicas, não são levadas em consideração

(...) nós já chegamos a uma reunião para discutir um determinado assunto, durante 3 ou 4 horas de reunião e quando nós chegamos nos nossos postos de trabalho no dia seguinte já estava publicado no diário oficial (...) papel de palhaço, mas isso representa bastante daquilo que é a câmara, muitas vezes não adianta muita coisa participar.

PRESTADORES: A ANS não trata a CSS como uma assessoria (...) não, pelo contrário, eu já disse à entidade o que eu acho que está na hora de sair (...) por que nós não conseguimos quase nada lá, a não ser evitar uns absurdos (...) mas isso você pode fazer também na consulta pública.

PRESTADORES: tem tido poucas reuniões, algumas tem sido adiadas (...) dá a impressão que os motivos não são falta de tempo, mas sim não interessa fazer a reunião agora

MEDICINA DE GRUPO: nós achamos é que em primeiro lugar deveriam escutar mais as operadoras, certo, as próprias decisões da Câmara de Saúde Suplementar ser mais respeitadas, principalmente, no que diz respeito às Câmaras técnicas, que nunca são respeitadas, mesmo no que diz respeito a reajuste de preços, por exemplo (...) a CSS tem um caráter informativo somente, ele não tem um caráter executivo.

TRABALHADORES: acho que até tendo em vista essa maioria, esse controle tanto das operadoras de saúde em especial da medicina de grupo e das seguradoras, quanto de quem está lá na direção que é tudo na maioria petista. Apesar disto, a condução, ela é democrática, vamos admitir assim, dentro das forças de lá, então como nós não temos essa força deliberativa e só consultiva, dentro do possível são colocados o que acontece e às vezes ou na maioria das vezes somos vencidos, o conjunto de trabalhador é vencido porque com aquele voto que ele tem, ele vai ser sempre vencido, mas a mecânica é importante (...) as reuniões são seríssimas, são bem conduzidas, bem trabalhadas.

TRABALHADORES: nós denunciemos, nós protestamos lá na agência de saúde, mas como você mesmo disse, nós somos um órgão consultivo e não deliberativo. Isso ficou lá apenas escrito, ninguém tomou nenhuma providência.

TRABALHADORES: depois até mesmo por ser maioria lá dentro as operadoras, dentro dessa composição, para nós injusta, ilegítima e desequilibrada, nós somos lá dentro do galinheiro, nós somos o galinheiro lá dentro as raposas, então nós achamos isso errado de qualquer forma esse conselho deveria ser repensado, deveria estar se pensando no caráter deliberativo dele e numa composição mais legítima dentro dessa conceito.

TRABALHADORES: por isso e por outras coisas esse desvio um pouquinho apesar não ser distante a boa intenção da ANS, mas o inferno está cheio de boas intenções, é uma atuação que precisa melhorar muito, ouvir mais o conselho, não sei se dando um caráter talvez deliberativo ou não, mas não adianta só escrever.

TRABALHADORES: [na próxima reunião] vamos falar, estamos preparando relatórios, levando, criticando, colocando, o importante é que eles até colocam lá na ata, se você ver as últimas atas, você vai ver críticas e muitas críticas eles colocam, mas também não resolve, eu acho que entra por um ouvido e sai pelo outro, mesmo porque nós somos meramente consultivo.

SEGURADORAS: eu vejo também que quando a Câmara reclama que não é ouvida, ela não apresenta posições vamos dizer assim consistentes, ela não tem documentos parrudos, ela não tem técnica para apresentar, ela vai lê e esperneia, muito político, eu não vejo posições mesmo de defesa de pontos de vista, documentado, eu acho que deveria ter mais técnica.

SEGURADORAS: uma falha a agência não fazer audiência pública, coisa que tem a sua, ela estaria condicionada a fazê-lo, nunca fez, acho que a própria consulta, a consulta pública não se dá para todos os normativos, o que também é uma falha, e não nem a câmara consultiva cobra este tipo de atitude.

PROFISSIONAIS: criada a ANS, ela teve um ano de muito debate assim, porque nós, os órgãos de defesa do consumidor e os órgãos profissionais, defendíamos um único fórum, o

conselho [CNS], além de ter a agência, sua área executiva tal, nós defendiam os um único fórum que fosse deliberativo (...) mas depois o governo acabou não concordando e aí criou o outro fórum, aí esse deliberativo, que é o CONSU, que é o conselho constituído pelos ministros que no final, com o presidente da ANS, batem o martelo sobre as determinadas políticas regulatórias. (...) e ficou nesses dois aí constituiu-se a câmara de saúde suplementar com todos os atores envolvidos nessa área, a sociedade prestadores de serviço, médicos, hospitais e as operadoras, com caráter consultivo.

AUTOGESTÃO: o papel da câmara ser consultiva isso frustra a gente, a gente não vê resultado concreto, então, mas talvez seja indevido querer ter uma expectativa de resultado concreto mas, pelo menos serve para que a gente ausculte o mercado, quando a gente se manifesta lá, imagino que os legisladores, os diretores da agência que emitem os comunicados, resoluções normativas, estão sabendo o que a gente pensa (...) e o fato também de submeter, de ter essa prática de consulta pública, eu acho que é uma forma de democratizar e é valorizada assim, os assuntos que transitam lá, sempre possível a priori, qualificação o TISS, assuntos que estão bastante discutidos lá.

AUTOGESTÃO: o [representante dos consumidores] saiu [da CSS] porque não acreditava nos resultados da agência, não via evolução em nada, talvez porque estivesse com aquela expectativa, que a câmara fosse deliberativa, não vai ser deliberativo um fórum daqueles.

COOPERATIVAS: as questões mais polêmicas da regulamentação, mais importantes, não foram discutidas na câmara, meu presidente fala que aquilo é o muro das lamentações, pessoal vai lá pra chorar, reclamar, tudo mais, por quê? Porque na verdade quando eles [ANS] levam alguma coisa para discutir, eles já decidiram, então, deixa de ser uma câmara consultiva, que passa a ser um órgão comunicativo, você vai lá para fazer a comunicação de algo que já foi deliberado, pouquíssimas vezes se levou pra lá, se discutiu.

COOPERATIVAS: [no caso da Qualificação] a CSS só foi ouvida depois, primeiro foram eles lá e fizeram. Soltou-se que ia fazer a qualificação dessa forma, daí você vai você mostra as inconsistências e tudo mais, aí eles acabaram entendendo e aí quando saiu no final, saiu de uma forma mais responsável, que a forma inicial que foi colocado é uma forma bastante irresponsável de colocar.

COOPERATIVAS: [a CSS é consultiva e ignorada] até porque, tendo em vista de ser um grupo muito heterogêneo (...) se a agência tivesse ouvido antes ela não teria cometido os erros (...) mas ninguém quer tirar o poder de a agência decidir.

COMPRADORES: o objetivo da Câmara é que ela seja consultiva à ANS, a gente procura dar idéias, fazer comentários que construam, que sejam voltados para uma visão do todo, para uma visão estratégica; todos os nossos comentários (...) a gente procura sempre se posicionar e sempre nessa linha de vamos ajudar, viabilizar, nessa linha que foi colocado.

COMPRADORES: eles [os atores da CSS] são ouvidos, mas a gente tem que entender qual é a limitação de uma câmara consultiva, não é uma câmara que decide.

GESTORES: o Conselho [CNS] sempre defende aquele controle social paritário e deliberativo, se não tem isso, no mínimo tem que ouvir a sociedade, na verdade a câmara foi uma resposta não só para o Conselho, eu repito porque a defesa do consumidor sempre exigiu esse tipo de espaço, mas ela [a ANS] meio que assim, olha o controle social que nós estamos dando pra saúde suplementar, então obviamente nasce com essa maquiagem de que a sociedade vai ser ouvida.

GESTORES: os mesmos atores passam a atuar na câmara, e desde o início, quer dizer uma câmara consultiva absolutamente heterogênea, ela apenas fazia repetir os conflitos que todo mundo já conhecia, e se mostrou como é até hoje um espaço absolutamente figurativo, um espaço consultivo e que é feito quase pra justificar, pra dizer que há uma participação da sociedade, todas as decisões que impactaram na regulamentação passaram a margem da câmara de saúde suplementar ou foram superficialmente debatida pra se colher as opiniões divergentes que é obvio na hora que você coloca atores com expectativas tão contraditórias

você vai ter sempre as opiniões divergentes e as decisões sempre a margem da câmara de saúde suplementar e ela foi cada vez mais se esvaziando (...)

GESTORES: [a Câmara de Saúde Suplementar] ela é um espaço pra eventualmente dar uma opinião, pra ficar sabendo um pouco do que a ANS está fazendo, mas assim, já está manjado que as decisões não são tomadas ali (...) então não vão passar por ali decisões que impactam, elas são tomadas centralizadamente pela diretoria colegiada da ANS, que vai ali ouvir, tenta buscar, se desdobra em algumas câmaras técnicas, que uma ou outra tem algum resultado, até porque numa reunião esporádica de algumas horas não dá para deliberar, então, grupos de trabalho que vão trabalhar algumas questões, e é isso, não tem nenhum poder deliberativo, ela não é paritária na composição, e acho que hoje é um espaço absolutamente inócuo, desprovido de enfim de todo potencial que poderia ter de contribuição na regulamentação.

CONSUMIDORES: Até 2002, e nós contribuimos sempre com documentos, com consistência com base nas reclamações, e não em apenas um ou outro ponto, então não era uma coisa limitada - olha, queremos que os reajustes sejam limitados ou queremos que a cobertura seja ampla - não, era uma pauta extremamente extensa (...) e nós não tínhamos sequer resposta, ali o espaço que deveria ser para um debate, não acontecia, as reuniões ... não sei se as atas refletem bem isso mas, no máximo entidades de defesa do consumidor falavam, representantes dos prestadores de serviço falavam, operadoras falavam (não tanto) e acabou; a Agência não falava, em geral não falava sobre o assunto em discussão, então sequer nós conseguíamos avançar.

CONSUMIDORES: não era um espaço de discussão, ali era um absoluto faz-de-conta (...) Então, depois de insistir bastante em várias discussões (...) realmente nós achamos que era perda de tempo (...) não que os CONSUMIDORES deixaram de acompanhar o assunto, muito pelo contrário eles fizeram, acho que a partir de 2002 ou 2003, um trabalho de acompanhamento de regulação do Brasil com as várias agências, então pegando como que é o trabalho de transparência, de participação, de efetividade das ações, de fiscalização, de todas as agências.

CONSUMIDORES: a CSS nem consultiva é, os modelos adequados mostram que tem que ser deliberativo, o governo tem uma posição preponderante, claro que tem, mas tem que ser um espaço deliberativo (...) aquilo não é um modelo realmente de participação, nem para deliberação de forma nenhuma, mas, mesmo como um fórum consultivo aquilo não funciona.

CONSUMIDORES: as discussões mal acontecem, imagine um vão que tem de um lado os consumidores, do outro lado as operadoras, os hospitais, enfim todos os atores envolvidos, não acontece discussão, alguma coisa mostra que ... discussão tô dizendo assim de nível, lógico, um debate, não acontecia, aquilo mal acontecia.

USUÁRIOS: isso foi um pouco o que a gente sempre defendeu, quer dizer, ela [a CSS] nasceu como uma extensão, assim, uma pequena extensão do CNS, quer dizer, a Câmara começou na verdade a partir de que todas essas agências elas deveriam ser expressões num nível abaixo do CNS. Eu acho o CNS ainda é o órgão regulador, ele é o órgão de controle social, e todas as decisões ali teriam que ser levadas, eu entenderia [a CSS] muito mais como uma câmara técnica (...) a idéia é o seguinte, quer dizer, todos eles deveriam funcionar como uma câmara, você percebe, de trabalho sistemático, não seria uma comissão das comissões tradicionais que o CNS tem, quer dizer, a nossa idéia de pensar no sistema inclusive de atuação em rede, num projeto de caráter matricial, não aquela coisa hierárquica tradicional, todos eles deveriam funcionar como funcionam mas todos eles na verdade, quer dizer, o caráter deliberativo deles deveria estar dentro do Conselho, reportar ao CNS.

USUÁRIOS: eu tenho que admitir que a estratégia dos tucanos foi muito inteligente, quer dizer, era preciso, por um princípio constitucional, a extensão do controle social para todas as atividades (...) para vigilância, controle de planos de saúde (...) então o governo cria a agência para não ter a extensão da mesma forma de controle e a capacidade da sociedade civil entrar em setores estratégicos do governo (...) ele foi entendendo que se nós fossemos

capazes de levar a efeito o princípio constitucional do conceito de controle social, as nossas conquistas seriam muito maiores (...) aí o governo, muito estrategicamente, começou criar as agências em todos os níveis.

AGÊNCIA: A Câmara de Saúde Suplementar ela foi criada com a lei 9656, para ser um órgão deliberativo e na medida provisória [MP 1.665/98] ela virou um conselho consultivo, e nós naquele momento, colocamos a boca no trombone, como? Ai hoje oito anos depois, naquela época eu era representante, hoje eu percebi que foi ótimo ser consultivo, senão as minorias, os órgãos de defesa do consumidor iam perder sempre se fosse órgão deliberativo, foi melhor ela ser consultiva, depois também a representação das entidades de patologias, de consumidor foi aumentada.

AGÊNCIA: a Câmara poderia ser mais participante eu não sei ainda se é um problema de pauta que a ANS impõe a câmara, ou a condução por parte dos membros da Câmara, do pouco que tenho observado, não só a ANS tem explorado pouco o espaço de discussão representado pela Câmara, e a ANS reconhece isso por isso que existe um esforço grande este ano, para se levar grandes debates lá para dentro, mas por parte dos outros atores não há este tipo de cobrança (...) a Câmara se torna como um grande conselho, e assim de alguma forma com mal comparando com outros conselhos de saúde, com outras entidades colegiadas, parece que ainda existe uma curva de aprendizagem dessa câmara, no sentido de qual seu papel, sua qualificação, qual a estratégia de cobrança, qual a estratégia de controle social, qual estratégia de negociação se dá nesse tipo de instrumento, que eu acho que ainda não amadurecimento de todos os atores de usar esse espaço como um espaço de formulação, de avaliação de políticas, ainda é acanhada essa utilização.

AGÊNCIA: A ANS pensa que existe a possibilidade de controle social via a câmara, mas a câmara tem sido usado mais como uma câmara de discussão de políticas de negociação do que com controle pela sociedade, porque se não a representação popular é ínfima é pequena.

GOVERNO: A CSS tem um papel específico e a representação da CNS, neste caso, preferencialmente dos usuários, por que o CNS é paritário. Por outro lado o CNS se faz representar também pelos órgãos de defesa do consumidor que já estão lá representados.

Quadro 6.3 - Velocidade do processo – poderia ser acelerado

PRESTADORES: Não sei como vai ser a lei no mês seguinte, como que isso pode progredir, como vai dar certo, vamos ficar com uma (lei), algo que seja, o possível no momento e vamos dar um prazo pra que isso aconteça em 5 anos, vamos construir, ah não dá tempo, como não dá tempo? Não dá se exigir tudo agora, as empresas vão falir, não tem condições, os dados não vão ser corretos, a legislação não vai ser boa, enfim, essa sempre foi a posição dos prestadores, porque que eu não posso ter um prazo? (...) as empresas tem que ter reserva, as empresas tem que ter isso, tem que ter aquilo (...) quanto maior fossem as garantias que os planos de saúde tivessem que dar seria melhor (para os prestadores), é uma garantia a mais (...) gente teria que ser favorável, mas também nós tínhamos que entender que estávamos matando a galinha, espera um pouquinho, não vai dar certo, porque não era possível dar 5 anos para que as empresas estruturassem suas reservas, elas tem reserva hoje? Não, não tem e o prazo já acabou pra elas terem reserva, já se passaram 6 anos, então se tivesse feito devagarzinho, devagarzinho chegava lá (...) Outros aspectos da própria legislação, que os planos antigos tem se transformar em plano novo, tudo bem, mas vamos dar prazo - não tem que ser até o final do ano, e está tudo da mesma forma.

PRESTADORES: o discurso da ANS é sempre na defesa do consumidor, não é, só que eu acho que apesar do discurso ser este não estão conseguindo, não acho que o usuário esteja protegido, é eu acho que ele estaria mais bem protegido se a coisa fosse feita realmente mais lentamente, de forma mais planejada, que fosse ao longo do tempo, isto não é só da

agência, é um vício brasileiro, algumas coisas nós queremos planejar, as coisas perfeitas, a gente consegue bolar uma forma perfeita, quer chegar lá de imediato e não dá, isso é quase que impossível, tem que ter um planejamento, um caminho a ser seguido pra chegar lá.

MEDICINA DE GRUPO: não fui sequer consultado, o TISS que é algo que é absolutamente necessário para a atividade (...) ela [a ANS] trouxe uma lei de cima para baixo, ela misturou um sistema americano com um europeu e trouxe para que as empresas aplicassem em um prazo de um ano, neste processo vai haver grandes dificuldades, por que a agência não tem qualquer ação, punitiva ou mesmo regulatória sobre os prestadores, sobre os hospitais e médicos, então ela só tem ação sobre as operadoras, fica faltando um pedaço, então nós estamos em reuniões com os hospitais e tal e nós precisamos fazer muito neste sentido, nós precisamos mostrar para a agência o que deve ser feito e o que é possível de ser feito para que este processo caminhe melhor.

SEGURADORAS: A regulação, ela iniciou de uma forma contemplando, vamos dizer assim, com menos ônus, as demais operadoras, vis a vis mercado de seguradoras, embora a regulação tivesse trazido as regras prudenciais para este mercado de saúde (...) ela trouxe estabelecendo diferenças entre as empresas, o que se olhar do ponto de vista de concorrência, isto provoca uma distorção, porém o mercado não era regulado, e o das seguradoras já era um mercado constituído, a legislação por sua vez não fez uma mudança de paradigma com relação a essa assistência suplementar ela garantiu a permanência das empresas que até então operavam no mercado, então se entendeu que num primeiro momento a regulação não poderia vir num momento só trazendo todas as exigências que o mercado de seguradoras já detinha.

SEGURADORAS: isso foi objeto de uma câmara técnica a discussão dessas regras de constituição de garantias, dentro de um consenso, então foi estimado um prazo de seis anos para este deferimento para a constituição das garantias e que ao longo destes seis anos o órgão regulador poderia ter uma visão consciente, mais fidedigna do que estaria ocorrendo neste mercado, e aí sim refletir e estabelecer regras que pudessem garantir a concorrência saudável dentro deste mercado. O que nós observamos hoje? Que 6 anos já estão por se esgotar, essa evolução da aplicação destes normativos não aconteceu da forma que a regulação previa, a própria regulação está se afastando esta exigência, deste compromisso.

PROFISSIONAIS: eu diria que agência ela se mostrou um instrumento, um órgão adequado, tem se mostrado, é óbvio que ela, todas as partes tinham uma expectativa que ela avançasse mais e mais rápido, se diz que é lenta.

COOPERATIVAS: outra coisa que faltou um pouco de sensibilidade também, em alguns momentos eu até diria que a agência teve essa sensibilidade e em outros não, que é questão da transição, você não sai de um mundo que não era regulamentado e passa para um regulamentado, da noite para o dia, e essa foi uma grande falha da regulamentação, porque vinha lei e já queria regulamentar tudo, produto, a operadora, você não consegue fazer isso daí da noite para o dia.

COOPERATIVAS: mesmo assim gente teve que se adaptar a tudo ao mesmo tempo, então é a questão do produto, é a questão de garantias financeiras, de registro, de contrato, você tem que fazer um monte de coisa ao mesmo tempo, se a regulamentação ela viesse de forma assim paulatina, assim, olha, no primeiro momento nos 2 anos, a parte de produto vai ter que ficar adequada, certo, nos outros 2 anos, você vai ter que se adequar na parte de prestadores, quando a gente tiver tudo redondinho isso daqui, agora vamos chegar e regulamentar a sua questão de operadora, de garantias financeiras e tudo o mais, a partir do momento que a legislação não abriu isso daí, a agência se viu na obrigação de fazer tudo aquilo que a legislação determina, certo, determinava lá, isso acabou complicando.

CONSUMIDORES: Também não caminha bem, nosso entendimento não caminha bem, do lado do usuário pouco se tem feito, se pegar a longa pauta de reivindicação, o que a Agência regulou não foi de uma maneira satisfatória - aí eu tô colocando mesmo como o IDEC, avaliação do ponto de vista dos consumidores. É um processo muito lento, muitas coisas

que poderiam ser feitas como contratualização entre profissionais, entre prestadores e operadora, isso demorou quantos anos pra sair.

AGÊNCIA: [quanto a velocidade do processo – rápida ou lenta] ambos têm razão. Ambos estão olhando sob seu umbigo, e a regulação em algumas horas poderia ter sido mais rápida talvez, mas morosa de forma alguma, ela em algum momento poderia ter sido mais rápida em relação alguma outra coisa, mas ela poderia ter sido mais rápida no discurso do mundo real, porque no mundo real embora você esteja falando de um mercado altamente concentrado e, na verdade você tem 50 operadoras com 50% dos usuários, você continua tendo isso, você já tinha isso desde o começo, a mas você conseguir garantir a efetividade da regulação em todos os players não é tão simples assim, então cada ação, e você tem que o tempo todo o órgão, aonde tem a grande mudança, e esse foi o debate, acho que nós tivemos umas áreas, o próprio sistema de defesa do consumidor, e eu acho que sistema jamais absorveu isso, era o peso da responsabilidade que é ser regulador, não estou dizendo que um Procon não tem peso, agora onde a decisão está toda fixada no colegiado dela, você sabe o que você votar num colegiado numa intervenção, você indisponibilizar bens de sócios, de administradores, isso não é um, não é uma coisa que você faz, a lei não tem instâncias administrativas, são cinco diretores votando em cima de pareceres técnicos, e agindo numa realidade que é muito pesado, você não pode correr o risco de descredibilizar a ação da agência, então uma discussão que nós tínhamos, por exemplo em relação assim, não adianta fazer a regra perfeita e não ter capacidade de implantar a regra (...) o cartão de desconto talvez seja um dos maiores exemplos, fomos por aproximações sucessiva da regulação, foram 3, 4 ou 5 resoluções apertando o cerco em torno dele, a lei não deixava claro a proibição do cartão de desconto (...) então você tem uma visão de que a agência, porque nós temos a memória, que aí é o embate do modelo de agência reguladora, que o nosso modelo não é um modelo português, mas é o modelo latino do direito positivo, a agência intrinsecamente ela vem do modelo do direito consuetudinário e não do modelo de direito positivo, aqui é papel, eu baixo portaria, eu baixo portaria e vou lá para a imprensa (...) você vai, você pune, você multa, você tem uma efetividade, por outro lado a legislação é um macro, não se adapta e isso (...) um dos embates fortes que a gente tinha dentro da agência era acelerar a fiscalização que é um papel de fazer mais rápido, que ela (fiscalização) tinha razão por um lado que seria um rito legal, e o rito legal é absurdo, porque assim o rito legal exige, eu tenho uma agência, eu acho que hoje eu tenho 1500, 1800 operadoras registradas, é diferente de quando eu dou a multa sei lá, de trânsito, uma multa de fiscalização, a eu não sei quem é, eu dou direito de defesa, se você for no diário oficial tá lá, são 1500 atores, todos eles com ligação on line com a agência, transitando dados por Internet, por que o rito, eu não consigo fazer com que a legislação geral reconheça o e-mail como forma de notificação (...) a dificuldade que nós temos no modelo agência é você ir trazendo a especialização para a agência, então ela é cobrada a ter uma atuação que ela tem dificuldade de fazer andar porque ela está colocada num contexto jurídico e institucional que não é o do modelo da agência (...) porque a nossa visão é essa, como que um órgão administrativo pode tomar uma decisão restritiva, punitiva, restritiva de direito, só quem restringe os direitos é a lei, então nós temos aquela visão do direito coletivo, papel, papel, papel, os dois lados querem se prevalecer disso, um para fazer manchete, o outro para não ter efetividade, então o órgão regulador que agia nesse meio ele ia se construindo, não é modelagem perfeita.

Quadro 6.5 – Impacto do Judiciário – Interferência na Regulação

PRESTADORES: ao querer interferir nos contratos antigos estamos protegendo o beneficiário e o usuário? Tem seguramente usuário perdendo plano de saúde porque deixou de pagar e legalmente o plano pode deixar de atender e acabou, pode até ser que ele consiga o atendimento se for individualmente na justiça, que as ações tão ai tão correndo, o usuário vai perder a maior parte, então o dia que ele ganhar ele já não vai poder usufruir, por que são os usuários que não são tão jovens, digamos assim, é da minha faixa etária pra

cima, então a impressão que fica é que não querem resolver (...) talvez tenha um interesse político que as coisas não se resolvam, não fiquem claras que sistema é esse.

PRESTADORES: não acho que o judiciário está interferindo, eu acho que é a agência querendo fazer as coisas sem cumprir, sem estar de acordo com a lei realmente, na realidade o judiciário não interferiu, eles não foram de graça, eles foram porque foram chamados, eles foram provocados pelas entidades privadas, ó, tão mexendo no meu negócio, isso tá certo? Pode fazer desse jeito? Acho que ele tem que dar a opinião dele, tem que dizer o que está certo e o que está errado, só que tá demorando muito pra dizer, tá demorando porque não tá totalmente legal o que está sendo feito.

PRESTADORES: nessa questão da ANS eu acho que o grande problema é esse, então até no próprio judiciário, eu acho que existe uma falta de conhecimento do sistema de saúde, todo o sistema de saúde pouco conhecido, até por nós mesmos.

MEDICINA DE GRUPO: os planos de saúde tiveram uma dimensão exagerada, não tem uma estratificação de atendimento, por exemplo, de planos, com isso ficam planos indefinidos, então muitas vezes eles são surpreendidos com as novas tecnologias, novos procedimentos, e as vezes procedimentos que não constam no rol de procedimentos que são obrigatórios, eles são obrigados de serem feitos por ordem de decisões de liminares do poder judiciário, e o poder judiciário decide que vai fazer um transplante de fígado, quando ele não consta nas obrigações só transplante de rim e córnea que são obrigatórios, você é obrigado a fazer sob pena de ser preso, e as vezes essas decisões, quase sempre essas decisões são tomadas de primeira instância, e depois você pode até ganhar num tribunal superior, mas aí você não tem como cobrar do usuário porque ele não tem condições financeiras para pagar, essas despesas.

SEGURADORAS: O outro lado é, sem dúvida, não ter regulação para a incorporação tecnológica, e a política modelagem do produto, de garantir cobertura ampla, irrestrita, esse conceito que permeia a, vamos dizer assim, o entendimento da população, do judiciário, do ministério público, em conjunto com essa tecnologia que o mundo está alcançando, é explosivo para um país que tenha a renda que nós temos.

PROFISSIONAIS: até a década de 90 isso ficou aí solto, com os problemas acumulando conflito, demanda judicial, quer dizer na verdade quem estava tentando regular o espaço era o judiciário, mediando conflitos, por isso que eu, por exemplo, desde que foi criada a agência, em que pese as críticas que tinha tal, eu sempre defendi, eu achava que era um momento que tinha que ter um instrumento, um órgão que tratasse dessa questão, porque também que a gente estava vendo, o judiciário não era o local mais adequado para resolver esses conflitos, para normatizar esta área, precisava de um espaço de pessoas da área.

PROFISSIONAIS: havíamos aprovado um prazo de migração dos contratos com essa nova legislação (...) e não sei porque a defesa do consumidor que num determinado momento fez uma outra releitura, dizendo, ela foi mais para uma posição eu diria mais legalista, então de que não, de que tá nos antigos tem direito de permanecer nos antigos, eu não da mesma maneira na mesma lógica, que eu falo uma questão de princípio de lógica minha e considerava incoerente essa posição, mas eles colocaram que os pacientes acabariam ganhando no judiciário e tal, se beneficiando do contrato antigo, agora, eu na época ainda fiz a crítica o consumidor pode até ir no juiz para garantir que ele fique com o contrato antigo, mas eu tenho certeza que ele vai no dia-a-dia apresentar, ter demanda para o contrato novo, foi dito e feito, a história mostrou isso tanto é que a defesa do consumidor depois fizeram reflexão sobre isso, tinha um monte de demanda judicial desse pessoal que ficou no contrato antigo, exigindo direitos que estavam nos contratos novos.

COOPERATIVAS: tomando o paralelo na questão em debate hoje lá no Supremo Tribunal Federal, com os bancos discutindo se eles estariam sujeitos ao código de defesa do consumidor ou não, se o STF disser que não precisa definir critério de reajuste, no que se refere às aplicações, e tal, e que isso não se sujeita ao código de defesa do consumidor, porque se trata de uma situação específica, que deve ser regulada pelo Banco Central, então

se for por aí, quer dizer, as seguradoras que estão vinculadas à ANS, no caso das outras seguradoras que estão vinculadas à Susep, então também estariam fora do código de defesa do consumidor, então as operadoras dos planos de saúde que já estão na ANS estariam fora do código de defesa do consumidor, e aí seriam relações contratuais, eu acho que o que está faltando um pouco aí, o fato de ter um órgão regulador não quer dizer que não haja uma relação de consumo, certo, são duas coisas totalmente distintas, é óbvio que o código de defesa do consumidor a partir do momento em que você tem uma regulamentação, ele tem que ser interpretado de acordo com essa regulamentação, se a resolução da ANS diz que o limite da cobertura é isso daqui e eu faço aquilo, e tem isso no meu contrato, enfim, essa cláusula contratual não pode ser considerada abusiva de acordo com o código de defesa do consumidor, se a legislação está dizendo que a cobertura é essa e não aquela, são duas coisas que se somam e não que são coisas distintas do ponto de vista regulatório, agora, além dessa questão aqui desse manicômio legal, dessa postura da ANS, que às vezes funciona como órgão de defesa do consumidor e não como uma agência reguladora, você não vê o Banco Central, como órgão regulador, defendendo o correntista, não ele regulamenta a atividade, a outra questão que eu acho que a agência, a regulamentação, aí não é a agência, a regulamentação, ela retrocedeu, no sentido das coberturas assistenciais, de não permitir por exemplo a sub-segmentação.

COMPRADORES: a flexibilização defendida pela ABRAMGE, eu acho que do ponto de vista lógico e objetivo está perfeito, só que não funciona no Brasil, é um tiro no pé, nós não temos cultura, o judiciário não respeita contrato; (...) tem um promotor do Ministério Público no Rio, me mandou um e-mail perguntando: e o que acontece quando o contrato fere a lei? Mas o contrato está ferindo que lei? (...) estão discutindo o princípio da dignidade humana e este princípio da dignidade humana vai matar o mercado. Então a cultura, a judicialização da saúde no Brasil pede que a gente discuta essas questões que são objetivas, porque se traz uma subjetividade, aí o mercado vai pra cucuia (...) não entendem que consumidor sem mercado não existe (...) ao mesmo tempo que eu defendo essas coisas, eu sugeri um trabalho muito grande de comunicação, de conscientização, acho que é um caminho, não é rápido.

CONSUMIDORES: o contrato estabelece uma regra que está prevista na lei de planos de saúde, mas que pelo código de defesa do consumidor nós teríamos uma outra leitura. Acho que é isso que, daqui alguns anos, a gente vai ver como que o judiciário vai resolver porque os casos envolvendo análise de contrato, validade de contrato, cláusula contratual com base na lei nova, a gente ainda não tem muito estudo sobre isso (...) o que nós temos, nós fizemos um trabalho sobre decisões judiciais de planos de saúde, o TJ de São Paulo e do Rio de Janeiro e ali a gente vê como o judiciário nem abordam se é contrato novo ou se é contrato antigo, discute-se o direito à saúde, as questões mais principiológicas, mas pegando Constituição Federal, Código de Defesa do Consumidor, muito nessa linha, então não dá ainda para gente ter essa avaliação.

CONSUMIDORES: É, então tem assim, mas não dá pra saber mesmo como que o judiciário está analisando, muito menos como vai firmar uma posição desse assunto.

CONSUMIDORES: Assim como as resoluções deveriam estar afinadas com todo o ordenamento jurídico, que facilitaria a uma interpretação, assim, harmônica.

CONSUMIDORES: e tem mesmo, tem um monte de aberração nessa resolução, caso de urgência/emergência é ilegal, imoral, é tudo.

USUÁRIOS: do ponto de vista da regulação isso está funcionando [relação operadora usuário] ontem mesmo, pouco antes de você me ligar, uma menina representante da AIDS no Fórum Estadual de Patologias, a mãe entrou em diálise, não tendo, eles não sabiam onde pôr, etc. e tal, não sei qual o plano de saúde dela do Rio, tava já fazendo diálise que não vão cobrir, não vão cobrir, aí tava aquele furduncio, como é que é, como é que não é, já liguei pro nosso do Rio pra ver como que era e como que deixava de ser, quer dizer, aí já tem a metodologia, o pessoal da AIDS, ela é advogada exatamente do Fórum de AIDS, conhece o

riscado, falou:- não, ela vai continuar fazendo lá como se fosse pagar, eu entro na justiça direto, apresento as contas lá.

AGÊNCIA: tem que avaliar as empresas, porque eu acho que numa relação de consumo é uma relação entre consumidor e fornecedor, ela se conscientizam disso, e elas dão as informações adequadas, porque eles só chegam aos órgãos de defesa do consumidor e do poder judiciário, quando há um gap nessa relação e cabe a essas empresas, e aí nessa análise desses 6 anos de regulação, eu sou uma pessoa que acredito positivamente nisso, eu acho que há o que comemorar, porque como eu estive antes lá no órgão de defesa do consumidor, que eram campeões, eu vejo avanço, eu não consigo achar que não foi positiva a criação desta agência, foi sim, muito positiva, tem problemas? Tem sim, precisam ser aperfeiçoados? Tem, tem que ser reformulado? Tem que vir gente nova? Até muitas pessoas me perguntaram, cê não tá chateada de sair? Não, cargo público a gente não tem que olhar para nós, tem que olhar pra coletividade para fora, prestar um serviço adequado e de qualidade.

GOVERNO: Tem várias frentes nesta disputa, uma é da representação dos órgãos de defesa do consumidor, que atuam no Judiciário tentando, determinar que as coberturas e os valores de reajuste sejam de forma diferenciada, tem ações que são movidas pelas representações das operadoras quanto a não divulgação dos dados da qualificação, então é um setor que possui um conjunto de ações judiciais de vários interesses, sendo mediadas, e por hora, o Judiciário e o conjunto de ações não tem interferido no papel regulador, na medida em que a agência conseguiu encaminhar um projeto de lei que propõe mudanças, tem as resoluções da ANS, que salvo engano, nenhuma sofreu questionamento judicial, que merecesse revisão, então o papel regulador é cumprido apesar de medidas cautelares, que eventualmente retardam, mas não interferem no papel que ela tem.

Quadro 6.7 – Viabilidade Econômica – Metodologia para Reajuste

PRESTADORES: a ANS tem que verificar isso sim. A ANS deve ainda, por ocasião de análise de reajuste às operadoras, exigir das mesmas informações sobre índice de reajustes médios dados aos prestadores. (...) não concordamos com esse tipo de cálculo que está sendo feito atualmente. Se tem que haver uma autorização de reajuste, eu acho que essa autorização do cálculo de reajuste tem que levar em conta sim as diferenças de custos ocorridas durante aquele ano (...) e o valor de reajuste pode ser exatamente igual para todas (...) A tecnologia na área da saúde não elimina o que veio para baixo, ninguém deixou de fazer raio “X”, por isso faz ressonância magnética, os raios “X” continuam sendo feitos e têm que ser feitos.

MEDICINA DE GRUPO: somos contrários a qualquer índice unificado de reajuste, como o IPCA (...) desde 2000 temos uma defasagem de 30% entre os reajustes autorizados pela ANS e o IGP-M. Os custos das operadoras estão pressionados não apenas pela incorporação incessante de novas tecnologias em diagnósticos e exames, pelo aumento dos preços de medicamentos, pelo envelhecimento da população e pelo impacto de decisões judiciais.

TRABALHADORES: na questão dos reajustes também não fomos ouvidos, pra você ter uma idéia, A Força Sindical se juntou com a OAB São Paulo (o Paulinho e o Urso) e eu levei uma proposta, apresentei uma proposta, apoiamos a proposta da OAB São Paulo e não fomos ouvido, o que é lamentável.

TRABALHADORES: a primeira coisa é que as operadoras de saúde não sejam tão gananciosas em busca do lucro, ela vê a saúde simplesmente como um comércio, que a medicina é cara, principalmente com essa alta tecnologia, mas o governo e as próprias entidades têm que estudar um meio de baratear porque se não vão ter pra quem vender.

SEGURADORAS: esta regulação de controle de preços ela é absolutamente fora do contexto de qualquer regulação moderna, não deveria ser por aí (...) de jeito nenhum, tem

outras tantas ações dentro da relação de mercado que deveriam ser reguladas, preço é uma consequência.

PROFISSIONAIS: na verdade ele veio com uma coisa meio artificial, nessa questão de regular porque a gente teve um espaço muito grande de debates sobre isso, se era papel da agência, que uma vez entrando não sai mais porque a pressão que ela regule (...) o medo da inflação era uma coisa muito grande, por conta da questão do real, e por conta do histórico do Brasil, da década de 80 do início de 90 (...) essa preocupação particularmente da saúde, que ela tem uma inflação acima das demais, então se fez a opção de intervir (...) porque, com Brasil totalmente dependente da importação da tecnologia na área da saúde, ele não conseguia regular, com a política econômica, e aí por isso que eu acho que o governo na época fez a opção de intervir (...) e ainda é uma questão complexa, você vê que é uma tensão, você vê que o mercado agora está todo tenso (...) e sempre é um momento obviamente de muito conflito, e aí esse conflito todo mês de maio é público dentro do Brasil, entre operadora de um lado e consumidor do outro.

PROFISSIONAIS: um parâmetro que você vai utilizar pra aplicar reajuste, tudo que você for buscar eu acho que você vai achar inadequado (...) uma das questões que eu acho (...) precisaria ANS avançar, é na questão do modelo de assistência, porque o Brasil, tem um modelo de assistência à saúde muito apoiado na tecnologia (...) não é um problema só da ANS, porque ele se espelha no SUS (...) o que está colocado dentro do problema da assistência do modelo econômico de remuneração e também veio do setor público do INAMPS, que era para pagar todo procedimento, hoje os planos ficam sufocados, então, tem problemas que não estão no escopo só da ANS, porque com essa mudança toda de política do sistema de saúde com certeza isso naturalmente vai ter um impacto dentro do modelo de saúde suplementar.

PROFISSIONAIS: qualquer parâmetro que você pega hoje de reajuste sempre vai ser ruim ou pro lado do consumidor ou pro lado do operador, porque se não mudar o modelo de assistência você não vai ter um espaço regulatório adequado de parâmetros de remuneração, está vinculada uma questão a outra, o Brasil vai ter que fazer isso, tanto no setor público quanto no privado por conta do envelhecimento da população e é um segmento que mais demanda cuidado consumo de saúde, é portanto o custo está e vai ficar cada vez mais alto.

AUTOGESTÃO: uma questão problemática é o controle de reajuste, certa vez eu perguntei para um diretor da Fenaseg o que ele achava de eu fazer uma proposta de a agência liberava o preço, mas as operadoras não poderiam alegar mais doenças pré-existentes, você tá louco, e o risco adverso e ele não topou, eu acho que seria legal, porque é um dos poucos preços controlados no país, a gente justificativa pra isso, mercado imperfeito, trabalhos excelentes, já li um pouco sobre isso, mas que eu acho que a questão do controle talvez seja a questão mais polêmica, eu acredito que os planos, os bens administrados, ainda ganhem muito dinheiro.

AUTOGESTÃO: [existem restrições a reajuste?] não, mesmo nosso plano coletivo por adesão, que tem um individual chamado assim, é que tem que informar a agência, mas não se submete, o 11,75% não nos enquadra, então manda uma nota técnica autoral porque, porque funciona como uma espécie de condomínio, se tem um desequilíbrio, estou fazendo um reajuste, e ninguém vai sacar esse dinheiro para si, no máximo vai ficar nas reservas do plano, Alguns beneficiários que não sabem nos denunciam por que vai ter um reajuste maior, aí a gente vai lá explica.

COOPERATIVAS: um outro problema que eu vejo negativo da agência, é que qual é o grande argumento para a regulamentação? É que as empresas não tinham um cálculo técnico para precificar os produtos, chegava um plano e falava vou cobrar X reais, e deveria ter uma precificação, nota técnica, cálculo atuarial tudo isso, só que os reajustes que a ANS concedeu, foi tudo também na base do chute, porque o ministério da fazenda vem e fala não

pode dar um reajuste acima de tantos, a inflação e tal, então aquilo que era para ser técnico deixou de ser técnico, e passou a ser político.

COOPERATIVAS: o dispositivo que tem na própria lei da regulamentação, o artigo 16 da lei diz assim, dos contratos regulamentos e condições gerais dos produtos (...) devem constar dispositivos que indiquem com clareza (...) os critérios de reajuste (...) ai vamos imaginar que lá atrás, que eu fiz meu primeiro contrato novo, olha vou colocar aqui (...) que meu contrato é reajustado pelo IGPM e vou correr o risco de que se a medicina subir acima do IGPM, ou vai subir abaixo do IGPM, então coloquei aquilo no contrato (...) a ANS, no mês que o IGPM deu 30%, disse de jeito nenhum, autorizou reajuste de 11%, na hora que o IGPM deu 1% não, no contrato aqui diz que reajuste é de 1% que é o IGPM, então é aquilo que a própria legislação determina e você cumpre, às vezes a agência vem, por questões políticas, diz que você não pode chegar e aplicar aquilo, então, então toda a vez que eu perguntava disso aqui, falava não então manda o contrato pra lá, só que nunca vem autorizado.

COOPERATIVAS: Não existe milagre, tem até uma frase que fala assim: saúde ela não tem preço, mas ela tem custo, certo, e infelizmente cada vez mais o custo é maior, certo, porque a tecnologia e a medicina ela hoje a tecnologia está ai é cada vez mais caro (...) o custo da medicina vai aumentando cada vez mais e se custa mais, na ponta o usuário vai ter que pagar essa conta (...)Tudo isso vai lá pra conta, pro custo da saúde suplementar, então você tem como reduzir?

COOPERATIVAS: Hoje toda operadora trabalha nessa redução de custos (...) tem um custo que você tem como reduzir que é o de hospitalais (...) ai você vai negocia, tem taxa de toda natureza e hoje você tem que estar atento nas auditorias (...) outra coisa, o avanço tecnológico, também impactando bastante, outra coisa, desperdício, o cara vai lá consulta, ai o médico vai lá receita alguma coisa pra ele e pede exame, verto, ai ele toma o remédio passou a dor, fez o exame, até porque no dia seguinte já fez o exame, mas uma semana depois que o exame já ta pronto, ele não ta sentindo mais nada, certo, ele não vai buscar o exame, só que a operadora pagou por aquele exame, ai 30 dias depois, 40 dias depois, vem o problema de novo, porque aquele remédio que o medico deu ....

COOPERATIVAS: as operadoras estão investindo na medicina preventiva, no sentido de que sai mais barato para a operadora se a pessoa for lá vai pegar o exame, depois faz o diagnóstico correto do que tem, vai tomar o remédio adequado e não vai ter mais o problema, a conscientização também do usuário de em relação ao seu tratamento.

COMPRADORES: Se ele [operadora] não pode aumentar o preço de forma que esse aumento de preço represente aumento de custo dele, ele vai buscar margem aqui. E esse foi o efeito da cadeia. A preocupação é a seguinte: e se esse cara resolve buscar margem aqui?, como é que ele busca?, deixando a qualidade do serviço, e aí a agência não terá atingido o seu objetivo principal que é acesso, e eu acho, garantir acesso e garantir serviços de qualidade. Aí, a gente cairia no pior cenário possível na situação do SUS. (...) Você tem um direito escrito, documentado, constitucional, mas ele não é exercido saúde direito de todos e dever do estado. É óbvio que tem níveis de excelência no SUS e tal, mas há muito ainda que evoluir. Então, quê que adiantaria a gente ter aqui um longo leque de direitos, controle sobre preços e aqui na ponta, na hora que você precisa, você não consegue entrar num hospital ou você é ... você é mal atendido, a gente repetiria o mesmo processo.

GESTORES: O nosso sistema de saúde é comprovadamente é de custos crescentes, tendo em vista incorporação tecnológica e não é por incompetência dos atores. (...) Na área da saúde, o mínimo que a agência que cuida do setor tem que fazer é reconhecer o custo e repô-lo (...) ela conhece a situação das empresas (...). Não é só nas operadoras de saúde; o hospital privado hoje, sem melhorar a competência, fecha, quem não melhorar a competência hoje fecha.

CONSUMIDORES: a falta de transparência então como se compõem os custos, a idéia mesmo assim que estava previsto em vários contratos, ou mesmo antes da lei, é que os custos administrativos eram incorporados no reajuste, então não eram só os custos médico-

hospitalares (...) e se há uma má administração quem vai pagar o pato é o consumidor. A Agência se voltou para esse assunto (...) criando um mecanismo que era, para essa pequena parcela, para estabelecer o reajuste anual para essa pequena parcela, ela se valia num primeiro momento, no primeiro ano foi com base em índices, uma cesta de índices oficiais, depois porque, lógico, ela surgindo não tinha como criar toda uma metodologia, e dizia que ia criar essa metodologia com GV ou alguma outra instituição com competência para isso, mas isso nunca aconteceu e a partir do segundo ano ela começou a se basear nos custos, nos percentuais de reajuste dos planos coletivos, e é assim desde então (...) E aí não tem só reajuste anual, tem aumento por sinistralidade, e aí, com essa distorção que está acontecendo na prática de coletivização dos planos é um outro problema que estaria relacionado a reajustes porque contratos essencialmente individuais estão passando a ser tratados como coletivos e sem nenhum acompanhamento da Agência (...) A Agência firmou termos de compromisso com algumas operadoras que permitem que os reajustes, para essas operadoras, sejam feitos, para contratos antigos e que não tinham previsão de reajuste (...) esses termos de compromisso permitem claramente, está escrito com todas as palavras, que para essas operadoras - são cinco - que o reajuste seja estabelecido com base nos custos médico-hospitalares; então quer dizer é um tratamento diferenciado (...) a Agência está também na mão porque acho que nunca colheu dados suficientes, nunca abriu para discussão, nunca chamou uma instituição para ver: é isso, num é isso, no mínimo, no mínimo a atuação da Agência está sendo de muita incompetência para tratar desse assunto.

CONSUMIDORES: a gente não sabe qual é a verdade, a gente não tem esses dados, não tem a GV, não tem a FIPE (...) quem entende deveria ser chamado para discutir e para mostrar para sociedade (...) se realmente os dados fossem demonstrados, certamente a sociedade não se ressentiria de ter que pagar mais do que o percentual de inflação, poderia não gostar, claro, ninguém gosta de pagar mais, mas iria entender que isso é necessário para manter, só que nós não acreditamos nisso porque isso não é mostrado para gente, porque não é mostrado, se é isso porquê que não é mostrado?

CONSUMIDORES: neste ano, por exemplo, essas cinco operadoras vão ter quase, três vezes o percentual do IPCA, de quatro e quarenta e pouco vão ter onze e cinquenta, por aí.

USUÁRIOS: aí vamos com FIPE, ou seja, eles são espertos, se tiveram dinheiro para contratar o FIPE é porque eles não tão perdendo dinheiro, fizeram uma exposição, tudo bem; aí o que fizemos nós? Jogamos com a contradição, quer dizer, todo mundo faz nós também vamos fazer política! (...) eu só estou te dando um exemplo para ver como que é possível se chegar a um razoável, nós nunca fomos contrários à saúde suplementar ou complementar, de forma alguma, evidentemente o Estado nunca se viabilizou e nunca estabeleceu uma estratégia de ser o monopólio estatal da saúde (...) e a gente fica nesta de quanto custa quanto não custa, e a qualidade do sistema cai, porque você não tem um controle social efetivo dentro da clínica (...) você não consegue estabelecer o padrão de consumo (...) você não consegue ter parâmetros efetivos daquilo que está acontecendo no dia a dia (...) Então este é um primeiro problema, entre o usuário e o serviço que é contratado, quer dizer, a nossa questão é a qualidade do tratamento, agora a qualidade do tratamento também passa pela remuneração deles.

AGÊNCIA: A questão dos reajustes, na medida em que a agência recebe todas as informações da análise daqueles contratos pelas operadoras e aonde há uma negociação entre as partes [planos coletivos], a gente entende que seria interessante, onde há uma negociação, e que fosse feita dessa forma, agora, a forma a ser linear para todos os segmentos, que é um mercado muito desigual, onde tem as seguradoras as medicinas de grupo, as auto-gestões, diferenças muito grandes estruturais e endêmicas, foi necessário criar no início alguma metodologia, se optou por essa que era uma forma que nos entendíamos que era mais democrática e transparente, só que é muito desigual por essas diferenças do setor, e aí a idéia era de se criar um índice (...) um índice próprio para esse segmento, então a agência contratou a FGV para se desenvolver isso, mas até hoje, não sei porque, não se conseguiu construir um índice próprio para esse segmento, (...) para o

reajuste deste ano, provavelmente a mesma metodologia será utilizada (...) porque não tem como inovar (...) a gente tem que lembrar que a ANS foi criada há 6 anos, onde o mercado era completamente livre e sem nenhum controle, então hoje, minimamente tem

AGÊNCIA: tinha essa contratação com a FGV, do desenvolvimento de um índice próprio, o que eu defendo, eu acho que .. sempre se discutiu se esse índice seria regionalizado, além das diferenças do segmento tem as diferenças regionais (...) então agora eu entendo que quando este mercado tiver minimamente organizado, será uma outra fase para discutir a desregulação, mas tem que haver uma organização (...) [um exemplo:] a questão das mensalidades escolares, e como a formula que foi determinada através de uma medida provisória que depois virou uma lei, esse mercado se tranquilizou, porque houve uma regra, e a situação fica mais calma, e eu sempre entendi que teria que se construir uma situação uma para perdurar no tempo, agora.

AGÊNCIA: em relação também a questão dos contratos antigos, que a gente também criou uma fórmula para assinatura desses termos de compromisso, também defendi, porque era uma formula que foi construída para aquele mundo antigo, também é muito desigual, também porque a gente tem que partir do pressuposto que os contratos novos são livres no numero de entrada no mercado, então eles fazem lá um calculo de posição, e o problema dos antigos é que eles foram criados sem nenhuma regulamentação e o índice de sinistralidade com os avanços tecnológicos, com a expectativa de aumento da vida desses consumidores dá um desequilíbrio muito grande, então se definiu uma regra igual para todas e clara (...) é uma cesta, uma comparação de dois anos, dos custos hospitalares, consultas e exames, e eles tem que apresentar, eles tem que ter um auditor pra fazer essas contas, pra mostrar pra agência, e ai a agência vai ver se está correto ou não esse calculo, então eu acho que está havendo um monitoramento dos contratos, existe uma formula clara, quando não há um índice previsto nos contratos.

GOVERNO: o objetivo é que o conjunto de ações de regulação dê sustentabilidade para este mercado. Aqueles que por opção da empresa ou por conta de acordos coletivos, ou ainda por opção própria, ele tem a garantia de que a empresa lhe dará o retorno. O objetivo do governo neste caso é o de preservação do direito.

Quadro 6.9 – Viabilidade Econômica – Crescimento e Sustentabilidade

MEDICINA DE GRUPO: o mercado na realidade decresceu. Havia um cadastro incompleto e que depois foi sendo completado, e, além disso a agência está somando atualmente os planos de saúde e os planos odontológicos que já existiam embutidos nos planos de saúde, então os números da agência que indicam crescimento, na realidade houve um decréscimo de pessoas atendidas.

TRABALHADORES: as operadoras de saúde não sejam tão gananciosas em busca do lucro, ela vê a saúde simplesmente como um comércio, está certo que a medicina é cara, principalmente com essa alta tecnologia, mas o governo e as próprias entidades têm que estudar um meio de baratear porque se não vão ter pra quem vender.

SEGURADORAS: o esforço do órgão [ANS] deveria estar concentrado em fomento, hoje têm alguns trabalhos que estão em andamento - programa de securitização de recebíveis de operadoras, eu acho que é uma demonstração de que este trabalho tem que ser desenvolvido (...), mas eu acho que este é o começo e tem que ser até mais agressivo nestes estudos, eu acho que toda energia e capacidade do órgão regulador deveria estar dirigido para isto.

SEGURADORAS: desde do inicio, o governo disse que não colocaria recurso público nessa operação de saúde, mas isto tem que ser revisto, deveria haver pelo menos uma disposição disso ser contemplado. Agora de que forma poderia haver recursos públicos, é essa a

missão da agência, de forma a permitir um desenvolvimento dessa saúde suplementar, a agência não está preocupada com isso, está mais preocupada em regular o produto em si.

AUTOGESTÃO: a agência, especialmente nesta gestão do Fausto, que era indicado por Humberto Costa (...) eles não entendiam a ANS como agência de fomento, eles quase que diziam que toleravam essa fatia, são todos oriundos do SUS, eles são idealizadores do SUS, há alguns que defendem a tese que o setor privado atrasa a luta por um sistema melhor no país, enquanto a classe média está sendo atendida, fica o pobre sem capacidade de reivindicação, sujeito a um sistema de segunda categoria (...) a agência deveria estimular, porque nenhum setor se estabiliza, ou ele cresce ou ele perece, retrocede.

AUTOGESTÃO: esta estatística está errada (...) vocês estão falando que tem 38 milhões de pessoas e aí, porque os 4 milhões que tem odontologia, certamente tem assistência médica, aí eles começaram a dividir agora, mas mesmo assim está errado, porque auto-gestões, pelo menos um terço delas, oferece cobertura odontológica, como elas não tem CNPJ distinto, então elas não estão nesta estatística de odontologia (...) então está errado este dado, tanto que fala, o Arlindo fala que caiu 6 milhões de beneficiários, não é verdade, a agência ainda está fazendo o cadastro, agora que está começando a dar pra ver.

AUTOGESTÃO: achava errado aquele esforço de adaptar os planos, se focar nos individuais, não tem milagre, tem um planinho que ainda paga 85 reais, não tem toda cobertura, mas se você migrar para nova cobertura paga 300 reais, que vai prejudicar o consumidor (...) o mesmo acontece com o Estatuto do Idoso.

AUTOGESTÃO: nossa perspectiva de futuro vai estar muito relacionada à nossa capacidade de pagamento, e eu acho que o atual modelo de assistência à saúde não sobrevive, é desigual na oferta e no acesso aos recursos, perdulário na utilização dos recursos médicos e injusto, nós não temos dinheiro para pagar esse modelo de medicina baseado em especialidades, laissez faire total entre os beneficiários e a rede, eu defendo um sistema de acesso regulado e hierarquizado.

COOPERATIVAS: eu vejo que da forma que está indo a saúde suplementar a tendência vai ser as seguradoras saírem desse mercado, porque elas não vão ter margem, porque foi se o tempo que esse era um mercado lucrativo.

COOPERATIVAS: [o não desenvolvimento do mercado] eu acho que isso em parte é culpa da regulação por duas razões: após o plano real acabou aquele negocio de ganho financeiro (...) isso não tem nada a ver com a regulamentação, foi o plano real e as operadoras sentiram essa questão (...) a partir do momento que a agência veio e por alguns anos uns 4, 5 anos limitou o reajuste das operadoras, isso deu mais uma enxugada (...) esse represamento dos reajustes em 4 anos, isso daí sem duvida, vai refletir por vários anos, porque você não consegue recuperar isso daí numa tacada só, o que agência está fazendo, ela tá cedendo reajustes agora acima da inflação e vai fazer isso por mais 3, 4 anos, para você chegar e recuperar.

COMPRADORES: eu defenderia o fomento desse segmento, porque toda atividade econômica precisa crescer senão ela morre e ainda, se você crescer, você desonera o SUS. O incentivo econômico, o incentivo fiscal que nós como cadeia temos, é de três bilhões de reais, tá. Se nós não existíssemos, o SUS ia gastar aquilo que nós gastamos, mas nada como se fosse tão eficiente como.

COMPRADORES: aqui tem um espaço muito grande, eu acho, pra estimular crescimento; sem necessariamente ter de enfrentar as perdas de receita. Tem um programa que a ANS iniciou e não acabou, que era montar com o BNDES uma carteira de desconto de recebíveis - Essa é uma forma de viabilizar, não é?

GESTORES: A ANS durante muito em cima daquela, dessa regulação fragmentada complexa, picada, agente nunca se coloca na discussão da câmara as questões que o conselho queria, que é principalmente a utilização de recursos públicos na saúde suplementar, né vamos discutir que dinheiro é esse do SUS que a ANS tá usando, quando

que a ANS vai ter sustentabilidade suficiente pra não ter que depender mais dos recursos do tesouro, vamos discutir isenção e imposto de renda de pessoa física e jurídica, vamos discutir a compra de plano privado pra funcionalismo com dinheiro público.

CONSUMIDORES: o ideal - que nós gostaríamos de ver é um SUS competente, adequado, com condições de dar atendimento digno para todos os cidadãos, ficando operadoras de planos de saúde como uma opção muito mais ligada a um padrão de conforto, a prestadores de serviços, hospitais (...) se isso um dia acontecer, até o serviço das operadoras vai ser muito melhor, porque elas vão competir. Hoje as pessoas buscam um plano com receio de ter de enfrentar uma fila absurda, de não ter atendimento adequado no SUS, então nesse momento, crescer ou não o mercado não é o ponto, a gente está falando de concorrência, se não tem concorrência p'ra gente faz diferença (...) mas, essa perspectiva de SUS junto, é lógico que queremos que esse mercado seja uma opção (...) no fundo a gente tem que trabalhar muito, exigir políticas públicas adequadas, comprometimento dos governantes para ter o SUS funcionando, e, nesse sentido essa relação de isenção fiscal do setor privado é ruim para o SUS.

AGÊNCIA: a rigor a agência, tinha que estar incentivando cada vez mais a concorrência no setor para permitir a mobilidade do usuário, que se defendesse do aumento, mas isso no entanto é anátema política, se for para ver, ninguém conseguiu abrir essa discussão, mas é o que mais faz sucesso, só que a ação concreta da agência, ela mesmo com as mudanças que né, e críticas até que eu faço em relação à ação da agência, do ponto de vista técnico de atuação dela, não elimina o fato de que ela continua sedimentando discussões importantes que são de fundo, que tem menos visibilidade, mas são elas que interessam, na minha avaliação.

AGÊNCIA: eu não consigo imaginar uma agência reguladora que tenha como papel matar o mercado está regulando (...), então indiretamente ela tem que ser uma indutora da sustentabilidade do mercado, então ela tem que agir nos instrumentos de sustentabilidade do mercado, o fato de hoje você não ter que sustentabilidade nos planos individuais e familiares é terrível, vai começar a ter um mercado que vai mudar para uma outra.

AGÊNCIA: esse é o debate que tem que se enfrentado, você tem que começar a discutir abertamente a regulação dos planos de uma outra maneira, não é reduzir a abrangência da cobertura, mas rediscutir as formas dessa cobertura, para que o usuário tenha condição de comparação de preços e possa ir para redes de atendimento mais adequadas, a agência hoje tem condição de fazer isso (...) eu acho que aí o fomento tinha que ser, teria que se dar talvez usando e outras áreas e incentivando outros modelos, a agência agora recentemente reconheceu e deu o registro a primeira autogestão multi-patrocinada (...) é um modelo muito promissor porque ele pode trazer uma parte daquele pequeno empresário, que micro, médio e pequeno empresário que não consegue ter massa para negociar preços e acaba ficando fora do mercado o entrando no mercado praticamente como um usuário individual e aí ele entra quase que para ele e não entra no coletivo dos empregados dele, (...) isso, e sai da regulação normal, só sai da regulação de preços e não tem nenhuma vantagem do ganho de escala, experiências com um multi-patrocinada elas dão escala, e aí elas trazem ao conceito da desregulamentação do coletivo, dando o ganho que dá o coletivo (...) eu digo que aí você fomenta crescer fora dos 35, 40 milhões, não adianta você ficar girando ali dentro (...) e daí a regulação, acho que a regulação em saúde tem que ter a mesma preocupação, óbvio com cuidado em quem está regulando o produto de assistência à saúde, mas ela tem que ter a mesma visão de expansão que ela tem outras áreas, até aceitar a discussão de novos produtos, que expandam desde que eles não rompam a atenção integral e outras questões a questão colocadas, como você tem hoje na telefonia, que são mercados que estão o tempo todo buscando novas formas de atendimento, eu volto aí a questão da mobilidade e da questão da conectividade, questão, você teria que estar hoje, se você hoje, esse mercado 95% dos usuários são das cidades com mais de 200.000 habitantes, então essa concentração não é só das empresas, mas na localização geográfica e de acesso a redes modernas, não há porque não estar com isso informatizado, e aí você

poderia discutir coisas como mobilidade, coisas como reciprocidade, que faria talvez esse mercado expandir com redução de preços, a mesma coisa o auxílio medicamento, ao invés de investir num acréscimo do odontológico, eu investiria na criação da assistência farmacêutica brasileira, como um componente do plano de saúde, como nós criamos as operadoras de planos odontológico no bolo, eu acho que seria muito mais importante para o mercado você trazer a indústria farmacêutica, o Brasil é um dos poucos países que tem uma indústria farmacêutica organizada no nível que ela é, no setor privado, então você traria um ganho no produto saúde, na verdade uma melhoria na saúde, na condição de saúde das pessoas, que é o objetivo central e, ao mesmo tempo, você faria crescer a movimentação desse mercado, e provavelmente expandiria, você iria trazendo novos componentes em relação...

AGÊNCIA: [quanto a fomento] eu acho que sim, quer dizer que na medida que há uma contradição no Brasil que a idéia da saúde como direito e o mercado da saúde, é uma contradição que é colocada o tempo todo, num momento em que apenas uma pequena parcela da população tem direito a adquirir planos. É preciso lembrar que apenas 25% da população trabalha com medicina suplementar e desses 25% 70% são emprego dependentes, quer dizer que não era a economia própria que compra esse plano (...) são as empresas e é um item trabalho, então nessa perspectiva há uma tensão muito grande na idéia de universalizar o sistema de saúde, publicizar e ainda resistir de forma ainda residual e esse mercado. Aí é uma opinião muito pessoal acho que esse mercado tem um tamanho finito e não se expande muito, agora existem especialistas que acreditam que dependendo da evolução do sistema de saúde público brasileiro, esse mercado novamente entra. Não há na pauta da ANS uma política de incentivar o crescimento desse mercado, que quer dizer que deliberadamente não estarão sendo criados novos incentivos para serem aplicados ao planos de saúde. Agora o que a política maior de saúde vai fazer que arraste segmentos para esse mercado não podemos prever.

GOVERNO: O Ministério da Saúde trabalha com a perspectiva da construção e consolidação do sistema público de saúde e com sustentabilidade financeira e equilibrado. O Governo não pretende interferir no mercado, nem estimulá-lo, nem restringi-lo, o objetivo é que o conjunto de ações de regulação dê sustentabilidade para este mercado. (...) O objetivo do governo neste caso é o de preservação do direito e não induzir ao aumento da cobertura, nem interferir. Seguramente com a estruturação do sistema público de saúde o objetivo é que as pessoas não precisem lançar mão do sistema suplementar, então em que pese o governo não estimular a sua retração, o governo tenta trabalhar no sistema público de saúde no sentido que dê conta de toda a demanda da população brasileira e aí este equilíbrio entre o setor público equacionado atendendo todos os princípios e diretrizes que o SUS tem ele pode ser um demarcador, um marcador deste equilíbrio que venha a ser colocado, enquanto a definição constitucional esta possibilidade o governo não atuará restringindo ou estimulando, mas quer pela atuação da ANS e pelas normas instituídas, que este seja um mercado estável, sustentável e que garanta o direito das pessoas que fazem a opção, algumas vezes econômica, por este produto, esta é fundamentalmente a ação e que vai ser trabalhada.

Quadro 7.3 – Avaliação – Infra-estrutura como Ponto de Tensão

PRESTADORES: esse é um outro problema da própria ANS, quem veio pra trabalhar na ANS, a maior parte das pessoas que vieram trabalhar na ANS não tem conhecimento do sistema de saúde (...) não entendem de hospital (...) o raciocínio vale pra ANS.

PRESTADORES: [falando sobre TISS] teoricamente, está colocado no site da ANS dizendo que está disponibilizado um software pra você fazer isso, pra você fazer a integração, não sei, é se vai funcionar, segundo eles estava em teste, mas que estava testado e estava para ser publicado, então passei para o pessoal de informática para fazer uma análise do que dá

pra fazer (...) Isto foi discutido com os planos de saúde? Dá pra este sistema conversar com o seu? Eu não tenho conhecimento se foi feito e que tenha sido discutido com outros prestadores de serviço, não se eles viram o que os planos de saúde precisam, o que os prestadores precisam, cada um tem as suas necessidades, a ANS viu isso? Nós fizemos chegar à ANS, ao seu conhecimento, um trabalho deste tipo, onde participaram os representantes dos prestadores, dos planos de saúde, onde a gente sugeria um formato de publicação e transferência de dados, isso daria perfeitamente pra ser utilizado.

MEDICINA DE GRUPO: inicialmente ela teve dificuldades, os elementos que foram lá colocados não eram do mercado, então eles tiveram dificuldade de se adaptar às atividades da medicina suplementar, então com isto houve muitas idas e vindas nas resoluções, além de muitas alterações na Lei, a Lei quando ela foi feita, foi seguida de medidas provisórias – 44 MP – então a cada mês mudava alguma coisa na Lei (...) tem dificultado a ação das operadoras em geral, por desconhecimento da burocracia interna das operadoras, então por vezes são exigidas coisas, que para se cumprir, é algo impossível (...) tem que haver uma simplificação.

MEDICINA DE GRUPO: agora a agência também tem suas dificuldades, ela tem que ter um campo de informática muito bem feito, às vezes não está funcionando bem, mas enfim, é uma agência ainda em formação, é a agência mais nova que tem, então é compreensível que tenha muitas dificuldades.

MEDICINA DE GRUPO: a burocracia da ANS tem dificultado a operação das operadoras em geral, por desconhecimento da burocracia interna das operadoras, então por vezes são exigidas coisas, que para se cumprir, é algo impossível, quando se pede que haja um cadastro exigindo determinados dados das pessoas, isto pode causar um transtorno tremendo, é que as vezes tem operadoras com um milhão de usuários, então muitas vezes se define que os usuários tem que ser avisados de uma determinada coisa, então você vai mandar uma correspondência para um milhão de pessoas, são coisas incompatíveis com a atividade privada, tem que haver uma simplificação.

PROFISSIONAIS: o lado econômico da regulação] hipertrofiou muito e os outros setores começaram a bater e queixar (...) mas como a ANS estava se constituindo numa agência com poucos funcionários, não tinha um quadro técnico conformado, eles não tinham pernas para fazer tudo, então eles optaram primeiro por regular mais essa.

AUTOGESTÃO: começaram a se comunicar por internet com as empresas, ressarcimento ao SUS, processos muito burocratizados, muito trabalho, exigiam da gente uma estrutura para atender a agência.

AUTOGESTÃO: Talvez, um dos reflexos [da mudança dos quadros da ANS] seja esse, uma maior burocratização dos processos, fluxos muito elastecidos em termos de prazo, tem 60 dias pra te responder, tudo muito, principalmente a diretoria de produtos, é complicado.

AUTOGESTÃO: O TISS está começando, estão querendo fixar prazo, mas não é tão simples assim, os processos dela [ANS] são muito burocratizados no que se refere à autorização de novos produtos, é muito burocratizado, demoradíssimo, a [Empresa] levou um ano para registrar um plano de assistência que já tínhamos (...) para incluirmos odontologia levou um ano (...) e também uma atuação muito baseada na letra da lei, ao invés do espírito da lei (...) nós temos na [Empresa], no estatuto os objetivos sociais, prestação de serviço de saúde médico-hospitalar, e o item b, oferecer auxílio funerário (...) a ANS queria que tirasse isso do objeto social, nos confundindo com essas empresas que prestam assistência de saúde, que horror! (...) é um benefício que ofereço há 62 anos, vou precisar mudar isso? (...) eu acho que ainda que seja uma ansiedade do órgão regulador, de querer, os quadros da agência ainda não estão maduros, agora que ela fez concurso, tem uma molecada muito ansiosa por atuar, corrigir.

AUTOGESTÃO: ainda que seja uma ansiedade do órgão regulador, de querer, os quadros da agência ainda não estão maduros, agora que ela fez concurso, tem uma molecada muito ansiosa por autuar, corrigir.

COOPERATIVAS: vai ter um reflexo a curto e médio prazo, é o seguinte, os funcionários da ANS eles eram todos contratados e a partir do ano passado passou a ter concurso, então o que acontece agora, nós estamos tendo uma renovação de praticamente 70% 80% dos quadros, porque tem os cargos de gerente, que podem ser contratados como cargo de confiança (...) então veja só, o pessoal que nos está fiscalizando, o pessoal que estava nos regulamentando prestou o concurso da agência e foi reprovado no concurso, então muitos deles prestaram o concurso, e era o pessoal que estava nos autuando e dizendo como a gente deveria fazer (...) este pessoal quando entrou eles não sabiam absolutamente nada, eles aprenderam a regulação com a gente.

COOPERATIVAS: Não estou fazendo uma avaliação nem positiva nem negativa, que eu estou falando só é o seguinte, que pelo menos tem pessoas lá [na agência] que já conhecem o segmento, então você fala de cooperativa, eles sabem o que é uma cooperativa, como funciona a cooperativa, uma medicina de grupo, eles sabem quais são os principais problemas (...) agora esse pessoal que está entrando agora, a gente vai ter que explicar pra eles tudo de novo, certo, e vamos dizer assim, o carro está andando, esse que é o problema, quer dizer, é chegar trocar o motor, ou arrumar o motor, com o carro andando.

COOPERATIVAS: isso é um crédito que eu sempre dei para a ANS, enquanto as outras agências quando elas foram criadas, já existia um departamento do governo sobre a matéria (...) elas já nasceram com know how, a nossa não, saiu do zero, então eles aprenderam com a gente, que estávamos no mercado e a tendência é a longo-prazo é a inteligência estar lá, porque vão ter as informações de todo segmento, que nós temos no máximo do nosso, mas não da totalidade e quem tem a informação tem a inteligência, a longo-prazo sem dúvida nenhuma isso vai acabar acontecendo.

USUÁRIOS: a regulação, ela está funcionando legal, quer dizer, as regras estão mais ou menos claras, eu acho que as regras ainda são muito pouco favoráveis ao usuário, ela dá muito mais facilidades aos operadores, e nesse aspecto está funcionando legal, eu acho que como regulação, desse aspecto ela está legal; tem uma outra briguinha aqui, uma outra coisa mais difícil, mas você entra na Agência, meu caro, em 24 horas você tem resposta, independente também quem entra, se é uma entidade mais ou menos forte.

AGÊNCIA: é um modelo de sucesso com problemas, eu acho que tem ser aperfeiçoado, tem muitos gargalos e inclusive a questão dos recursos humanos, que nos treinamos durante 6 anos funcionários que estão indo embora e estão chegando neste momento funcionários novos, sem um memória e sem uma questão ... é uma situação bastante complexa, mas eu espero que de certo em termos estruturais.

AGÊNCIA: Ai eu vejo uma outra questão, que eu fiquei bastante preocupada, é que o concurso que foi elaborado para a agência nacional de saúde ele foi elaborado de uma tal forma, que os funcionários que estavam lá não conseguiram passar, porque ele foi focado para a saúde pública (...) que os meninos que entraram tem uma formação sanitarista, não da saúde privada (...) o exame ter sido feito daquela forma, e os funcionários não conseguiram passar, e também coisas que caíram que a pessoa não precisaria daquele conhecimento, então também tem aquele problema, então as pessoas que estão lá vão ter que treinar essas pessoas pra suprir essas deficiências, eu espero que de certo.

Quadro 7.5 – Avaliação 5 Agências – Integração Interna

MEDICINA DE GRUPO: tem muito de varias tipos de diretoria especializadas, 5 diretorias, e a gente até diz que são 5 diretorias são praticamente 5 agências, porque cada um tem um tipo de pensamento, que cada um deles procura fazer dentro da sua área, pedindo projetos,

e isso complica a vida das operadoras, porque as operadoras as vezes não tem, principalmente as pequenas e médias, tem uma dificuldade grande de manter um quadro de funcionários é que preencha a todas essas expectativas.

MEDICINA DE GRUPO: já fizemos até propostas para que as diretorias da ANS tivessem um tipo de uma reunião e fizessem um tipo de um processo entre eles no sentido de um entendimento melhor entre as várias diretorias para que flua melhor e que muitas informações que são pedidas duplamente ou triplamente, se concentrem num dado só.

TRABALHADORES: não temos observação interna disso porque a gente só conhece eles [a ANS e suas Diretorias] lá na reunião, nós na platéia e eles lá na cadeira lá, lá nós não temos isso não. Pelo o que eu sei, há uma coesão sim.

SEGURADORAS: [quanto a falta de integração das Diretorias da ANS] ... olha, eu diria que sim, até a hoje tem atuado assim, independentemente.

SEGURADORAS: quando você fala do presidente, na agência, o presidente não é nomeado como presidente, isto faz diferença em relação às outras agências reguladoras, ele é nomeado como diretor, e entre os diretores se escolhe o presidente, isso demonstra que esta agência tem um caráter realmente dos 5 diretores, da decisão ser uma decisão colegiada.

SEGURADORAS: o fato de cada pessoa ficar a frente de uma diretoria e imprimir o seu tom, eu acho que qualquer modelo, do ponto de vista estrutural, estaria sujeito a isso, isso só é inibindo quando? Quando você tem políticas claras, e você tem transparência das decisões, e você tem um autonomia do órgão, aí eu acho que você consegue isso, e exatamente aí que são as falhas nessa agência, até por ser uma agência nova.

SEGURADORAS: a agência não sucedeu órgão regulador nenhum, ela é mais nova de todas, nova não só do ponto de vista institucional, operacional e do mercado, por isso eu to minimizando estas deficiências, vamos dizer assim que se verificam, então eu acho sim, que cada diretor imprime a sua experiência dentro de cada diretoria, agora isso, insisto, a gente só consegue assumir essa proporção de se enxergar uma isoladamente das outras, porque faltam políticas claras, talvez a origem disso seja a ausência de políticas na área de saúde suplementar.

PROFISSIONAIS: isso daí ficou famoso [5 agências], eu não entendo por que isso aconteceu dentro da ANS, não é só da gestão atual na anterior também tinha a mesma coisa, aliás começou na anterior, é parece um negócio meio assim, e já é divorciado, a sensação que passa entre as pessoas, eu realmente não consigo entender porque que a agência tem essa dinâmica infeliz, delicada (...) você tem indicações muito partidários (...) mas eles estavam vindo com lógicas outras as vezes, na escolha das pessoas, como tem que ser sabatinado, ungido pelo congresso, eles vêm, engraçado eles vêm com uma outra postura para dentro da agência, que seria um espaço muito mais técnico, concorda?

AUTOGESTÃO: eles mesmos [agência] reconhecem e eles mesmos costumam dizer, são 5 agências, cada uma olhando para um lado, eu já tive duas diretorias diferentes olhando o mesmo contrato meu e levantando pontos diferentes, a de fiscalização e a de produtos, e elas não se conversaram, então eu acredito que é um amadurecimento da atuação dela, parar de olhar bobagem.

COOPERATIVAS: nós tivemos um período, onde vinha olha tem que entregar o DIOPS, aí você vai lá mandava, depois tem que entregar também o SIB, aí às vezes uma informação que você mandava pra uma diretoria, a outra diretoria pedia de uma forma um pouco diferente, então isso daí também, por isso que eu te falei, que se a agência tivesse tido tempo ela poderia fazer isso daí de uma vez só, certo, mas não, aí um pede aqui, outro pede ali, outro pede lá, e aí cada vez que isso acontece, que você tem que mexer no sistema, são milhões e milhões que você gasta.

COMPRADORES: Você não consegue enxergar a coordenação da ANS, entre todas as suas diretorias, não existe, não existe, são cinco áreas distantes. Minha impressão é que são cinco áreas que não há um pensamento coletivo lá dentro, não há.

COMPRADORES: [5 agências em uma?] Eu não sei se haveria cinco mas eu não vejo uma, eu não vejo uma. Eu vejo a diretoria de operadoras com uma visão de mundo real e vejo outras diretorias com uma visão ideológica e vejo assim uma falta de consenso entre eles.

GESTORES: tem uma outra infinidade de problemas, que demonstram que a ANS ela ainda carece de mostrar a que veio, e aí uma avaliação pessoal minha acho que também são várias agências dentro de uma, uma agência que sequer tem um sistema único de informação, e grave, mais recentemente uma agência com uma composição que serviu como espaço para correligionário, espaço para barganhas políticas, então uma composição bastante difícil.

CONSUMIDORES: acho que tem essa divisão, mas poderia até ser interessante se houvesse um diálogo, mas isso é uma coisa muito interna assim que eu não sei como funciona; eu acho que a parte de consumidor, de fiscalização, tal, ficava um pouco mais afastada, falando sozinho.

CONSUMIDORES: consenso, e se não existe consenso, a Agência tem que saber que a missão dela é zelar ali pelo interesse público, acima de tudo, se tivesse isso bem claro acho que seria um bom começo.

AGÊNCIA: por isso que a agência foi concebida... dizem isso, e na prática ocorreu, e acaba ainda ocorrendo um pouco isso, é que são 5 agências numa só.

AGÊNCIA: posso ser muito sincero, eles têm razão, mas não sei se isso, é uma visão permanente do início da agência acho que houve um esforço para construir uma interação de informações.

AGÊNCIA: a idéia de um órgão colegiado garante diversidade de opinião, mas isto não implica que não se trabalhem alguns consensos, porque senão ele não anda, entra no desenvolvimento ANS, principalmente nos primeiros tempos houve uma certa fragmentação de decisão, era até possível você ter posicionamentos diferentes entre uma diretoria outra, o esforço dessa gestão atual foi diminuir esse a idéia é trabalhar mais com projeto inter-diretorias, projeto de qualificação bom exemplo disso, um dos primeiros projetos entre diretorias, onde todas as diretorias sentaram para discutir todo o projeto e vem bancando isso deve forma, todos os desdobramentos que ocorreram no projeto (...) pois não existem mais ações isoladas de uma diretoria, há uma tendência de que tudo isso seja articulado (...)

AGÊNCIA: é importante lembrar que as pessoas têm imagens de retrato e que não tem as vezes a avaliação de processo, então a são vítimas de processos equivocados e ficam com aquela imagem que só vai se consertar com tempo (...) uma das metas desse programa é também terminar com essa coisa, ou seja a idéia de fixar padrões de qualidade da própria ANS e no funcionamento dela, que evitem duplicação, que evitem contradições e outras maluquices, como essa tal esquizofrenia que estava me referindo, e eu acho que temos avançado muito nisso, se você começar a perceber que hoje tem sido cada vez menos freqüentes esses atos desencontrados, e quando eles têm aparecido, rapidamente tem se corrido para acertar.

Quadro 7.7 – Avaliação Legal – Excesso Normativo

PRESTADORES: em 2003, a ANS resolveu fazer 3 seminários [Fórum de Saúde Suplementar] (...) então, nós do [prestadores] colocamos essas preocupações, e nós questionamos se ao invés de tocar o fórum, as resoluções do fórum, naquela primeira etapa, se nós não podíamos todos juntos, irmos ao Supremo Tribunal Federal e pedir para que ela julgasse a ação de inconstitucionalidade, porque os PRESTADORES entendiam que

estávamos trabalhando com uma área pantanosa (...) fomos voto vencido (...) e aí fez-se a primeira etapa, a segunda e entre a segunda e a terceira etapas, o STF, parcialmente julgou a liminar, acabou tudo, aí não para aí tivemos que fazer a terceira e criar a quarta etapa (...) e nós continuamos no pantanoso tanto é que pode ou não pode reajustar? O reajuste que a ANS autorizou para os planos antigos vale ou não vale?

PRESTADORES: não tem problema ser agência (...) o problema é a legalização disso tudo que está demorado, não está completamente legalizada, minha visão, acho que falta, estão fazendo algumas coisas que eu acho que... não é que são ilegais, não está para mim claro a lei é válida, acho que algumas coisas que são duvidosas, tanto que o STF não quer por a mão, não quer julgar, se quisesse julgaria e resolveria o problema, é difícil julgar porque tem algumas coisas que estão sendo feitas que não pode fazer (...) óbvio que não é à toa, claro que tem algum problema sério, e o problema sério é isso, estão fazendo coisas ilegais, pelo menos inconstitucionais.

MEDICINA DE GRUPO: ela (a legislação) peca por excesso em alguns lugares, no meu caso em processos que às vezes não pertencem à atividade principal da operadora, em processos colaterais, em processos burocráticos, que ela tem muito burocracia.

PROFISSIONAIS: a regulamentação da ANS, ela teve um primeiro momento de definições assim mais macros, que precisavam mesmo, que era o plano de saúde, qual a sua extensão de cobertura, o que é o plano referência básico mínima, o que tem que se oferecer no mercado, depois se avançou.

PROFISSIONAIS: passado esse espaço de regular o que é o plano o que esse plano tem que ter, quais as coberturas tal e tal, ANS ela se derivou para uma, que era necessário, mas acho que ficou muito hipertrofiado nessa área, ela derivou para detalhes da regulação do equilíbrio financeiro da empresa, que é o que o pessoal se queixa, é exigência demais regulou demais, hipertrofiou demais.

COOPERATIVAS: a saúde suplementar hoje, se você perguntar como ela está, eu acho que ela não está bem não e tem algumas razões, em primeiro lugar, pega esse livrinho aí [Regulamentação dos Planos de Saúde – Unimed 452 páginas] (...) você tenta entender, eu que estou acompanhando desde o início este segmento, eu não consigo mais armazenar na minha cabeça tudo que tem em relação à saúde suplementar, aí fico imaginando um usuário, se ele quiser saber quais são os seus direitos, em relação à saúde suplementar, aí tem a lei 9.656, tem a lei 9.961, tem resoluções do CONSU, aí tem as resoluções da ANS [RDC, RD, RN, RO] e a ANS não parece nem um pouco interessada de esclarecer nitidamente quais são os direitos do usuário (...) antes da agência, tinha uma cartilha com os principais direitos do usuário, depois da agência nunca mais teve uma cartilha ou um trabalho, para efetivamente elucidar o usuário.

COOPERATIVAS: na última reunião da saúde suplementar, inclusive, eu fiz uma sugestão, de que se fizesse uma “consolidação da regulamentação” de todas essas normas, e cada assunto tem uma resolução diferente, às vezes tem um mesmo assunto, que está sendo tratado por 3, 4, 5, 6 resoluções, certo, diferentes, aí a minha sugestão é que da mesma forma que tem regulamento do imposto de renda, que é um regulamento com 1900 e uns tantos artigos num só, se a pessoa quiser saber tal assunto vai no regulamento, e encontra ali (...) como na consolidação dos direitos do trabalho, que é a CLT, que antes existiam várias leis tratando da legislação trabalhista, que então que vamos consolidar isso numa única lei, então já até passou da hora, da ANS fazer isso daí, uma consolidação de todas essas resoluções aí, que tratam da regulação.

COOPERATIVAS: [Consolidar indica que a regulamentação está sólida, isto é correto? Não. Eu digo que passou da hora pelo seguinte, porque não dá mais para um usuário saber dos seus direitos com esse “manicômio legal” que nós temos então se quero saber o que tem sobre doença pré-existente, você iria encontrar as várias resoluções tratando disso, se você quer saber de cobertura, a questão de contrato novo, de contrato antigo, enfim, e hoje eu

acho que a agência já teria maturidade pra chegar e consolidar essa informação, esse eu acho que é um problema.

COOPERATIVAS: há uma excessiva quantidade de normas, não precisava de tudo isso aí, poderia ser uma coisa bem mais simples, eu acho que vai precisar tirar essa overdose de legislação e ter uma coisa mais enxuta mais simples.

CONSUMIDORES: lógico que o poder dessas operadoras é imenso e isso se mostra bem na própria lei, nós não achamos a lei adequada, tem uma série de questões, ela legitima alguns abusos que já aconteciam e que o judiciário entendia que eram abusos, agora a lei diz não (...) o que acontece com relação a contrato versus código de defesa do consumidor? Então aplica-se para os contratos novos a lei de planos de saúde, subsidiariamente, porque a lei não trata, aplica-se o Código de Defesa do Consumidor (CDC). (...) tem uma corrente de estudiosos, que entendem que se houver algum conflito entre essas duas leis, aplica-se o CDC, porque ele é uma lei principiológica estabelece princípios que valem para todas as relações de consumo. É com esta corrente que se identificam os Consumidores, mas existe uma outra corrente que é predominante que entende que uma lei posterior e que trata especificamente de um assunto prevalece. (...) acho que é isso que, daqui alguns anos, a gente vai ver como que o judiciário vai resolver porque os casos envolvendo análise de contrato, validade de contrato, cláusula contratual com base na lei nova.

CONSUMIDORES: Porque para uma operadora séria fica difícil, fica também difícil, se aquelas que querem abusar se valem dessa confusão e da falta, da omissão absoluta da Agência, por outro lado uma operadora séria tem dificuldade, tem dificuldade de cumprir aquilo, de entender, cumprir, e depois, sabendo que amanhã pode já ter mudado uma regra.

AGÊNCIA: é muito difícil, porque é uma legislação complexa (...) eu acho que minimamente eu sou uma pessoa que conheço um pouco este setor, eu estou lidando com ele há muitos anos, eu tinha dificuldade de compreensão (...) é um tema muito complexo, as pessoas que estão ali estão estudando, agora imagina pro consumidor, então é necessário que tenha canais de esclarecimento, mas também eu acho que tem avaliar as empresas, porque eu acho que numa relação de consumo é uma relação entre consumidor e fornecedor, ela se conscientizem disso, e elas dêem as informações adequadas, porque eles só chegam aos órgãos de defesa do consumidor e do poder judiciário, quando há um gap nessa relação e cabe a essas empresas.

Quadro 7.9 – Avaliação Geral – ANS na Visão dos Atores

PRESTADORES: existe uma falta de conhecimento do sistema de saúde, todo o sistema de saúde pouco conhecido, até por nós mesmos.

PRESTADORES: está é uma questão qual o limite da regulação? Então para quem está dentro, a primeira visão é que não tem limite (...) isto é inconstitucional, eu posso dizer das coisas que vou exigir que um tenha (...) então eu vou fiscalizar o prestador de serviço? E o que faz a Anvisa? (...) isso tem que ser resolvido nesta própria questão da TISS (...) então o que é informação? Qual a importância desta informação na saúde suplementar? Mas é na saúde suplementar ou na saúde? Então eu estou montando um sistema pra saúde suplementar pra então integrar ele ao SUS, mas existe um sistema no SUS, então pega o sistema do SUS vamos ampliar um pouco, porque vou fazer da saúde suplementar pra depois integrar, quem tem que integrar?

PRESTADORES: nessa discussão quanto à abrangência do campo de regulação, fica difícil estabelecer o que cabe à ANS e à ANVISA (...) eu me preocupo muito quando o governo vai regular, porque é mais um órgão para meter o bedelho na iniciativa privada como um todo (...) acho que tinha que ter condições dele realmente avaliar o que interessa ou não o que ela vai incorporar [tecnologia] (...) acho que cabe à academia, não cabe a um órgão específico (...) sou contra até por princípios, um órgão pra ver aprovação de nova tecnologia.

MEDICINA DE GRUPO: o desempenho da ANS, eu consideraria como um desempenho razoável, ela teve uma missão muito difícil, regulamentar um mercado muito desordenado inicialmente, então ela teve dificuldades, os elementos que foram lá colocados não eram do mercado, então eles tiveram dificuldade de se adaptar às atividades da medicina suplementar, então com isto houve muitas idas e vindas nas resoluções, além de muitas alterações na Lei, a Lei quando ela foi feita, foi seguida de medidas provisórias – 45 MP – então a cada mês mudava alguma coisa na Lei, então era realmente complicado.

MEDICINA DE GRUPO: A agência de uma maneira geral ela conseguiu sanear o mercado, até demais, até cortou na carne, em vez de tirar o excesso, ela fez uma, uma limpeza muito grande e ainda está fazendo (...) tem um grande número de empresas que não estão conseguindo se adequar às exigências deste registro definitivo (...) Ela cumpriu o seu papel, mas, tem dificultado a ação das operadoras em geral, por desconhecimento da burocracia interna das operadoras, então por vezes são exigidas coisas, que para se cumprir, é algo impossível (...) tem que haver uma simplificação.

MEDICINA DE GRUPO: é uma agência ainda em formação, é a agência mais nova que tem, então é compreensível que tenha muitas dificuldades.

TRABALHADORES: estão procurando acertar, mas dentro dessas forças, do desequilíbrio dessas forças na verdade sempre há um desvio certo de impressões e tudo mais. Primeiro eu acho importante ter já que estamos nesse mercado, acho importante ter essa agência reguladora.

TRABALHADORES: [ANS atinge sua missão?] Não em 100%, repetindo, há ainda uma falta de estar atendendo os anseios de dois importantes atores dentro desse teatro aí que seriam os usuários e os trabalhadores. Os trabalhadores e os usuários são os últimos, a saber, e não tem força lá dentro [da CSS] porque talvez de um universo lá de 80 votos tem no máximo 20%. Em qualquer votação seríamos derrotados.

SEGURADORAS: a regulação tem dois focos, um é o de buscar dar garantia contratual aos consumidores, visando esse interesse contratual do consumidor, e outro é garantir do ponto de vista da solvência das empresas, de que o mercado possa garantir (...) a continuidade deste produto ao longo do tempo, do ponto de vista econômico-financeiro, concorrencial, do mercado.

SEGURADORAS: A regulação, ela iniciou (...) com menos ônus para as demais operadoras, vis a vis mercado de seguradoras, embora a regulação tivesse trazido as regras prudenciais para este mercado de saúde (...) o que se olhar do ponto de vista de concorrência provoca uma distorção, porém o mercado não era regulado, as seguradoras já eram um mercado constituído. A legislação por sua vez não fez uma mudança de paradigma (...) ela manteve as empresas (...) que até então operavam no mercado, então se entendeu que num primeiro momento a regulação não poderia vir num momento só trazendo todas as exigências que o mercado de seguradoras já detinha.

SEGURADORAS: para as regras de constituição de garantias, dentro de um consenso, foi estimado um prazo de seis anos para este diferimento onde o órgão regulador poderia ter uma visão mais consciente e fidedigna do que estaria ocorrendo neste mercado, e aí estabelecer regras que pudessem garantir a concorrência saudável dentro deste mercado. O que nós observamos hoje? Que seis anos já estão por se esgotar e essa evolução da aplicação destes normativos não aconteceu da forma que a regulação previa. A própria regulação está se afastando esta exigência, deste compromisso original dela, e isso pode se observar com uma norma, que é uma que substitui, aquela empresa que tiver plano de prevenção, programa de prevenção, ela terá como benefício diferir com relação aos ativos garantidores.

SEGURADORAS: [este diferimento] é importante à gente olhar para isso, porque pode parecer que é apenas um detalhe da regulação, mas não é, a constituição das garantias ela se dá de uma forma gráfica, de você colocar no seu balanço aquela provisão e na forma

material objetiva que é o ativo que está garantindo aquela provisão, então estes ativos, eles são intensamente regulados no mercado financeiro e no mercado das seguradoras, porque um ativo podre não garante nada.

SEGURADORAS: [no segmento suplementar] tem uma certa discrepância, porque os imóveis próprios ainda que tenham por objeto finalidade de saúde são aceitos como ativo garantidor, então é uma certa incoerência você ter seu hospital garantindo a sua operação, porque se sua operação vai mal, aquele hospital precisar ser liquidado, é aí que a operação pára mesmo, então mas isso também, isso tudo são fragilidades que a regulação apresenta, mas que são superáveis ao longo do exercício e da maturação desta regulação.

SEGURADORAS: tem coisas mais básicas como é deste normativo, que fica expressa uma troca de coisas que não se correspondem, não é, um programa de prevenção não tem absolutamente nada a ver com ativo garantidor, então portanto estas operações continuam frágeis (...) [e não é possível afirmar] nem teoricamente [que o programa de prevenção reduza a sinistralidade], porque no curto prazo está demonstrado que não cabe, e no médio prazo não há demonstração de sucesso, esse é o grande problema dos programas de prevenção.

SEGURADORAS: faltam políticas claras, talvez a origem disso seja a ausência de políticas na área de saúde suplementar e quem fixa políticas na área de saúde suplementar não é o ministério da saúde, é o CONSU, que não se reúne, esta pra mim é a grande falha, quer dizer, a concepção do CONSU que ficou uma coisa meio assim esquecida, pra mim esse é o grande ponto da regulação, aonde mostra que todas as áreas de governo deveriam estar mobilizadas, interessadas e responsabilizadas pela saúde suplementar, (...) então estes ministérios [justiça, fazenda, saúde, trabalho e previdência] deveriam fixar uma política que direcionasse o trabalho da agência, e hoje não é isso que acontece, aquelas primeiras resoluções do CONSU se pode ver que não eram resoluções poli... diretrizes, na verdade aquilo foi uma forma de ter uma regulação, na ausência de ter um órgão regulador.

PROFISSIONAIS: [a regulação] tem críticas por parte principalmente dos profissionais de saúde e do consumidor, que não deveria segmentar, por exemplo, permitirem se oferecer plano só ambulatorial ou só hospitalar, porque a gente acha que essa divisão ela é artificial, ela é e acaba dando condições para muitos conflitos que já vinham antes, porque este espaço entre ambulatorio e hospital é muito tênue, depende da gravidade do problema de saúde, pois é então, o corpo humano não consegue entender, ele não consegue obedecer a essa lógica econômica.

PROFISSIONAIS: na época fui crítica essa segmentação e ainda sou. Eu acho que do ponto de assistência à saúde, não dá para você fazer uma divisão dessa forma, enfim ANS na época entendeu que mesmo assim deveria dar oportunidade para os mercados dos planos de saúde (...) eu acho uma lógica muito econômica, porque vamos pegar o plano de saúde ambulatorial, é complicado porque sobrecarregam o SUS, já que as pessoas usam ambulatoriamente o plano e aí na hora de internar ele vai para o hospital público, do ponto de vista de assistência é muito ruim, fragmentado.

PROFISSIONAIS: passado esse espaço de regular o que é o plano, o que ele tem, quais as coberturas, etc. a ANS ela se derivou para uma, que era necessário, mas acho que ficou muito hipertrofiado nessa área, ela derivou para detalhes da regulação do equilíbrio financeiro da empresa, que é o que o pessoal se queixa, é exigência demais regulou demais, hipertrofiou demais, que eu acho que era um pouco o perfil do gestor (...) que vinha de uma área econômica, então estava no escopo da preocupação dele, não acho que não fosse correto e legítima essa preocupação, até sim porque uma das coisas problemáticas que se tinha no mercado, era operadora chegar e falar quebrei e tchau, e ficava carteira ali e todo mundo ali sem nenhuma garantia solto, então a ANS teve um primeiro momento de muita preocupação na regulação disso daí.

PROFISSIONAIS: hipertrofiou muito e os outros setores começaram a se queixar, porque assistência em si ficou num segundo plano, mas como a ANS estava se constituindo numa

agência com poucos funcionários, não tinha um quadro técnico conformado, eles não tinham pernas para fazer tudo, então eles optaram primeiro por regular mais essa, depois os outros começaram a pressionar muito na questão da assistência que precisava regular, e aí começou mais tardiamente essa questão da assistência, então nós estamos há muito tempo discutindo equilíbrio atuarial de empresa, questão dos contratos novos antigos, que também foi outra área de muita polêmica, para a sociedade.

PROFISSIONAIS: eu discordava de fazer esses planos segmentados (...) é outra vez outras questões interferindo no ponto central que eu acho que a gente tinha que ter como centro e norte, qual seria o Norte? Tudo tinha que confluir numa boa assistência, se você fica fragmentando isso para atender interesses ou legais, contratuais, direitos contratuais ou de lógica econômica de serviço ambulatorio hospital e tal e tal, quer dizer, muito esforço sem conseguir atingir o objetivo fim que é uma melhor qualidade da assistência.

PROFISSIONAIS: ele veio com uma coisa meio artificial, nessa questão de regular preço, porque a gente teve um espaço muito grande de debates sobre isso, se era papel da agência, que uma vez entrando não sai mais porque a pressão que ela regule (...) o medo da inflação (...) particularmente da saúde, que ela tem uma inflação acima das demais, então se fez a opção de intervir (...) com Brasil totalmente dependente da importação da tecnologia na área da saúde, ele não conseguia regular, com a política econômica, por isso que eu acho que o governo na época fez a opção de intervir (...) e ainda é uma questão complexa (...) o momento pré reajuste, é obviamente de muito conflito.

PROFISSIONAIS: [o envelhecimento da população] (...) ele vai aumentar o custo, sem dúvida, agora é um segmento da população hoje importantíssimo, que não dá mais para se desconhecer e precisava também precisava ter um mínimo de regulação nessa área [o Estatuto do Idoso].

PROFISSIONAIS: com o aumento da população de idosos esse setor está ficando cada vez mais caro (...) tem que se pensar também na modificação do modelo (...) muito gasto excessivo, de procedimento, de cuidado que não é necessário (...) você tem um modelo de assistência, ele é desperdício que vai ter que se reformulado tanto no sistema único quanto no suplementar, as operadoras já tem discutido isso, mesmo com a própria ANS.

PROFISSIONAIS: da regulamentação, desses anos todos, se você me perguntar qual é a avaliação que você tem, se está boa ou se tem críticas, eu tenho críticas assim eu acho que em algumas coisas se desceu em detalhamentos que não são necessários, você regular demais, você cria problema e não uma solução (...) regular grandes pontos, não entrar tanto nos detalhes pequenos, porque o Brasil é muito grande, é muito complexo, uma operadora da região sudeste é diferente de uma operadora do nordeste (...) na minha concepção, eu acho que faltou ter feito todo o marco conceitual de princípios éticos, que era aquele campo, o espaço regulatório, para aí entrar nos detalhamentos, começou entrar nesses detalhes e aí se perdeu um pouco (...) aí tinha que ter eu acho que o feito eu acho que demarcado campo conceitual, ético, antes, para fazer talvez uma regulação mais harmônica.

AUTOGESTÃO: ela [agência] está cumprindo um papel importante, acho que inclusive a agência em pouco tempo ela conseguiu muito trabalho (...), acho até que eles abriram muitas frentes, mexeram em muitos vespeiros, acho que uma questão problemática é o controle de reajuste (...) porque é um dos poucos preços controlados no país, mesmo considerando a justificativa de mercado imperfeito (...) mas que acho que a questão do controle talvez seja a questão mais polêmica, eu acredito que os planos, os bens administrados, ainda ganhem muito dinheiro (...) acho que o rol de coberturas é importante porque deu essa disciplinada.

AUTOGESTÃO: a agência entrou forte, na definição do rol, (...) começaram a se comunicar por internet com as empresas, ressarcimento ao SUS, processos muito burocratizados, muito trabalho, exigiam da gente uma estrutura para atender a agência, isso é um lado, por outro lado, as próprias exigências da lei, depurando o mercado, os pequeninhos não vão conseguir sobreviver (...) na nossa leitura já está ocorrendo uma oligopolização, poderia citar seguradoras que já existe há muito tempo duas maiores, com 90% das vidas (...) imagino

que isto deva estar acontecendo quietinho, uma concentração como aconteceu com o mercado financeiro, grandes conglomerados, escala, porque as margens vão ficando menores, isso por conta do risco da saúde.

AUTOGESTÃO [quanto a avaliação geral da agência] eu classifico bem, mas eu tenho mais críticas (...) rigor excessivo, com quem não está tendo problema (...), apesar disto, a atuação da agência é mais positiva que negativa.

AUTOGESTÃO: a 1ª [gestão da ANS] sem dúvida nenhuma, produziu muito mais, esta daí ficou muito tempo patinando, não tem grandes projetos novos, só o TISS, o Qualificação, qualificação com várias críticas [de vários atores] (...) então são esses dois projetos só, mas a primeira foi muito mais operosa, porque até tinha tudo pra fazer, a agência diferentemente de outras, como Anvisa já herdou estrutura, a ANS começou do zero, mas eles foram muito operosos, achei que fizeram milagre [na 1ª gestão].

AUTOGESTÃO: Ela [Diretora de Fiscalização da ANS] sempre se posicionou como consumerista, mesmo na câmara, eu acho que atrapalha, eu acho que um diretor de agência não pode se declarar em princípio em favor de um segmento (...) acho que tem que entender que a agência tem que ser igual juiz de futebol, quando é percebido é porque não foi bom, ela tem que ensinar equilíbrio na relação entre os vários atores.

AUTOGESTÃO: a agência prioriza muito pauta negativa na mídia, 118 operadoras não conseguiram registro, mas 1800 conseguiram (...) eles tem ansiedade de mídia, eles precisam de mídia, e isso é ruim (...) e apesar desta exploração negativa, tem muitas pessoas que não conhecem a existência, apesar de toda essa vontade de ir para a mídia.

AUTOGESTÃO: [ainda com relação a futuro] (...) muita gente fala em câmara arbitral, da ANS, talvez fosse interessante, (...) nesta linha estamos trabalhando com a ANS em busca de uma nova RN para as autogestões, em que assumimos o compromisso de não ter exceção para lesão pré-existente, estando dispostos a constituir reserva, isso é defesa do nosso sistema, então, reservas (...) eu acho que é uma área que a agência vai ter que atuar (...) você sabe que mesmo as empresas de medicina de grupo estão muito mal provisionadas em termos de reserva, a RN 77, já exige muito pouco e muita gente dá como reserva – o seu hospital, não se trata de uma reserva de verdade, então eu acho que a agência vai ter que olhar mais essa higidez econômica mesmo do setor, eu acho que a gente pode ter umas baixas importantes.

AUTOGESTÃO: gostaria que não fosse tão limitada a possibilidade de atuação das autogestões como o caso da GEAP (...) agora porque a Firjan resolveu fazer uma autogestão? Porque ela não está satisfeita com as alternativas que o mercado oferece para ela (...) os próprios empresários capitalistas, industriais, acham que o que tem aí não está bom, eu consigo fazer melhor, pois é, isso na era da quarterização, as pessoas não gostam muito de desviar seu objetivo, mas eles deram um jeito na associação deles, fizeram uma alternativas pra todo mundo que estava insatisfeito.

COOPERATIVAS: [o objetivo da agência não era desvincular?] É, isso daí o objetivo das agências reguladoras era esse, mas a partir do momento que quem indica é o presidente da república, você acha que no Brasil é diferente? (...) Não desvinculou nada, então as outras agências também, o PT está no governo, o PT vai no mercado buscar técnicos tal e eu me lembro que quando foi indicado o diretor da agência, porque ele era vamos dizer assim vinculado a um determinado segmento de operadora, porque já teria trabalhado em uma das operadoras, caíram matando em cima dele no senado, tal, mas isso daí deveria ser o normal, quer dizer, se você vai trabalhar numa agência reguladora e esse agência reguladora tem que ter técnico, o técnico não está fora, ele tem que estar dentro daquele mercado, se ele está dentro daquele mercado, obviamente ele está trabalhando em empresas daquele mercado, certo, não teria como ser diferente, o anormal seria você trazer alguém de fora, que nunca tenha atuado naquele segmento.

COOPERATIVAS: o que eu chamo de manicômio legal, essa regulamentação, isso precisa ser simplificado, além de ser simplificado, a agência precisa ter uma posição mais de órgão regulador do que de órgão de defesa do consumidor, órgão de defesa do consumidor é Procon, a agência é um órgão regulador, então quando a gente for acionada em relação a determinada questão, se o usuário não tem direito ela tem que lá e dizer que ele não tem direito, com toda repercussão negativa que isso possa ter na mídia, mas isso as vezes a gente não vê, recua porque fica com medo da repercussão.

COOPERATIVAS: o governo só teria interesse de acabar com a saúde suplementar, se ele fosse louco, porque a partir do momento que acaba com a saúde suplementar vai tudo pro SUS, aí tem dinheiro pra bancar 180 milhões no SUS? Não tem, então quanto mais pessoas tiver na saúde suplementar, mais você está desafogando o sistema único de saúde, quer dizer o gasto publico em relação a isso daí.

COOPERATIVAS: quiseram fazer aquele negócio lá da qualificação, como se você chegar e falar assim: nós vamos avaliar a operadora e mostrar para o mercado como é que ela está, isto daí é um desastre, seria a mesma coisa que o Banco Central dissesse assim, anualmente nós vamos fazer uma avaliação e vamos soltar um ranking dos bancos, dos melhores e dos piores, o que ia acontecer com aqueles que aparecem como piores? (...) a partir do momento que um órgão regulador passa um descrédito de uma determinada instituição, é muito melhor liquidá-la.

COOPERATIVAS: o processo regulatório na saúde suplementar ele vai funcionar exatamente dessa forma, tem aí um monte de resoluções que não iam dar em nada, que erraram e tal, mas aí o segmento que conhece a saúde suplementar (...) tem que chegar lá e falar não, olha, está errado, isso tem que ser assim (...) e no fim vai ficar uma coisa palatável.

COOPERATIVAS: [quanto a avaliação] eu não diria nem 100% positiva nem 100% negativa (...) quais são os aspectos positivos da regulamentação? A regulamentação retirou do mercado aqueles estelionatários que existiam no mercado (...) então realmente limpou o mercado (...), isso daí sem duvida nenhuma foi um ponto positivo.

COOPERATIVAS: faltou um pouco de sensibilidade (...) é a questão da transição, você não sai de um mundo que não era regulamentado e passa para um regulamentado, da noite para o dia, e essa foi uma grande falha da regulamentação, porque vinha lei e já queria regulamentar tudo, produto, a operadora, você não consegue fazer isso daí da noite para o dia (...) se a regulamentação ela viesse de forma assim paulatina, assim, olha, no primeiro momento nos 2 anos, a parte de produto vai ter que ficar adequada, certo, nos outros 2 anos, você vai ter que se adequar na parte de prestadores, quando a gente tiver tudo redondinho isso daqui, agora vamos chegar e regulamentar a sua questão de operadora (...)a partir do momento que a legislação não abriu isso daí, a agência se viu na obrigação de fazer tudo aquilo que a legislação determina, isso acabou complicando.

COOPERATIVAS: a agência precisa melhorar é a questão de acharem muitas vezes que uma informação que eles pedem para a gente, que ela nasce assim de um toque de magia, hoje às vezes cada informação adicional que a agência pede, significa você ter que alterar todo o seu sistema de informações, significa tecnologia e tal, isso daí custa caro e leva tempo.

COOPERATIVAS: há uma excessiva quantidade de normas, não precisava de tudo isso aí, poderia ser uma coisa bem mais simples, eu acho que vai precisar tirar essa overdose de legislação e ter uma coisa mais enxuta mais simples, eu acho que a agência ultimamente tem feito isso, mas não está sendo, vamos dizer assim mais orientativa, do que repressiva.

COOPERATIVAS: num saldo final, eu diria que a regulamentação é inevitável, ela veio de uma forma truculenta e como acontece muitas vezes no Brasil, pega joga e depois vai aparando as arestas, só que é um setor bastante sensível pra fazer isso daí que o governo está acostumado a fazer em muitos segmentos, mas eu acho que no futuro o que vai acabar acontecendo é isso daí, se apara cada vez mais essas arestas.

COOPERATIVAS: nos vamos ter um enxugamento do mercado, hoje o próprio pessoal da agência fala isso daí, que vai ser realmente um mercado para poucos, eu só espero, que com esse enxugamento de numero de operadoras, a gente não tenha um enxugamento de numero de usuários, porque ai vira um circulo vicioso, porque você diminui aqui, você congestionna mais o SUS, ai o SUS cada vez trabalha pior.

COOPERATIVAS: o processo regulatório ele é irreversível, não dá pra você conceber agora que vai voltar o que era antes seria mesma coisa de eu imaginar que vou revogar o código de defesa do consumidor, e que não vai ter mais nenhuma legislação de defesa do consumidor (...) e a regulação veio para ficar.

COMPRADORES: regular a saúde suplementar é absolutamente fundamental na minha ótica, eu acho que é uma atividade única, particular, de valor e cunho com altas, altas dosagens emocionais, complexa, e que não pode ficar, na minha ótica, à mercê de regras de mercado. Eu acho que é uma atividade que dependendo de onde você esteja no elo da cadeia, ela deve funcionar mais em função de regras de mercado e em outros aspectos, um pouco mais regulamentada (...) é como que eu vejo a cadeia produtiva da saúde (...) vejo com quatro atores, e teve alguém que uma vez chamou de moeda de quatro lados, que eu não sei quem foi: o financiador, a operadora, o prestador e o usuário.

COMPRADORES: o foco da ANS deveria ter sido o seguinte: regular muito, regulamentar pouco. O que eu chamo de regular: garantir que a operadora tenha condição econômica de entregar o que vende (...) então, eu acho que ela [a ANS] deveria ter começado primeiro com essa visão de que ela precisaria trazer um equilíbrio entre os atores da cadeia e sem perder de vista o fim para o qual ela e todos os atores foram criados e ela não fez isso. Ela começou olhando para um elo e regulamentando, em vez de regular o todo, com o paciente como fim.

COMPRADORES: ela [ANS] regulamentou a parte com o financiador como foco. Quando ela fez isso, ela criou contrato padrão, ela criou controle de preço, ela criou a discussão de coberturas. Então, já se trouxe para o início do processo uma discussão ideológica, altamente contaminada por uma ideologia do setor de saúde pública, eu acho, e também trouxe uma visão contaminada por interesses políticos da época.

COMPRADORES: em todas as reuniões na ANS eu dizia o seguinte:- Olha, é preciso que a gente construa pontes entre um presente insustentável e o futuro possível. Nós não estamos construindo essas pontes, nós estamos tirando o oxigênio que seria a sobrevivência para mudança de uma cultura (...) Vamos fazer o dever de casa, eu também não estou querendo dizer que os atores irão se conscientizar de um dia para o outro que precisam ser mais eficientes (...) eu questiono a intensidade com que as coisas foram feitas.

COMPRADORES: a agência começa lentamente com o Fausto também e as coisas não acontecem isoladamente (...) O TISS é uma, é hora que ela faz seminário de prevenção e promoção, e promoção que ela tem feito vários, é hora que a agência se propõe a discutir políticas de incorporação tecnológica, esse é o papel da ANVISA a hora que ela cria uma qualificação a gente pode discutir a metodologia, mas eu acho que a idéia é muito boa.

COMPRADORES: uma das coisas que eu critico a agência é que cria a norma, a norma não é cumprida, pega e adia o prazo, ela fez isso com reserva técnica, fez isso com contratualização e acabou de fazer isso agora com cadastro definitivo (...) e pelo que eu escutei aqui, fazendo isso com o TISS e com o seu próprio contrato de gestão. (...) então esse estilo aqui é um estilo titubeante (...) o fato de você ter programas de prevenção, promoção de saúde, não quer dizer necessariamente ser mais viável economicamente; depende se você for eficiente nesses programas de prevenção e não apenas a existência de programas de prevenção.

COMPRADORES: a agência, lentamente, ela entendeu que ela tem a obrigação de regular, ela deveria, na minha ótica, apenas regulamentar seletivamente, e eu vou usar uma frase que o Alfredo disse que é a minha visão de agência:- ela deveria regulamentar aquilo que venha trazer uma moralização para as relações (..) nesse sentido a contratualização me

pareceu um aspecto interessante porque a relação de forças é absolutamente desigual (...) não é definir preço, como é que eu vou reajustar, mas moralizar um pouco aquilo que chega a ser às vezes promíscuo (...) segundo, aquilo que contribua para desenvolvimento do sistema de informação no todo, aquilo que contribua para a padronização, porque se você não padronizar você não produz nenhum tipo de informação e ações que possam contribuir (...) qual é a epidemiologia da saúde suplementar? Ninguém sabe.

COMPRADORES: o fato é que essa diretoria começa a ter ações que eu acho que estão mais alinhadas com o que deveria ser, na minha visão e ela não é melhor nem pior, certa ou errada, que deveria ser o papel de uma agência reguladora na área da saúde.

COMPRADORES: O papel dela [ANS] deveria ser primeiro preservar o usuário em primeiro lugar, o segundo de estimular o investimento, respeitando os contratos e terceiro, na minha ótica, é fomento (...) é como se ela [a ANS] tivesse entendendo que ela precisa mudar um pouco o foco. Só que está refém de estratégias passadas, politizadas, então é a opção do controle de preços para mim enfim é uma referência politizada e a cobertura do jeito que está é uma estratégia, é a nação influenciada por uma ideologia de saúde pública.

COMPRADORES: [E a sua avaliação quanto a ANS] Melhorou, vem melhorando, vem melhorando, tem que recuperar tempo perdido (...) se você fosse me perguntar uma nota: 5, 6, não mais do que isso (...) uma coisa que eu acho que falta é ter uma total transparência de por a realidade econômica do setor e garantir o equilíbrio econômico da cadeia ou contribuir para o equilíbrio da cadeia.

COMPRADORES: Com estas divulgações de notícias que parecem indicar que o mercado está crescendo e está mais sadio, mas usa dados discutíveis ou não aprofunda a base para tirar conclusões, aí você bota até a opinião pública contra os atores. Vamos trabalhar em cima dos fatos verdadeiros, não daquilo que a gente gostaria que fosse.

COMPRADORES: A Agência tem papel fundamental, acho que a existência da Agência pra regular uma atividade como a saúde, pela complexidade dessa atividade, pela parte de especificidade dessa atividade, é absolutamente fundamental. Sou a favor de regulação dessa cadeia, mas intensidade e foco são os pontos de discussão.

COMPRADORES: essa diretoria atual é muito melhor do que a anterior, são contextos diferentes, mas ela escuta mais, está começando até plantar sementinha. A pergunta que eu faço é a seguinte: essa sementinha que está sendo plantada hoje, essas aqui, vão gerar frutos em tempo suficientes de não matar de fome aqueles que tão aí dependendo daquela semente.

COMPRADORES: muito do que eu critiquei da ANS, ela está amarrada por uma lei que não foi feita por ela. Mudar a lei é fundamental para ela atingir os objetivos que eu acho que ela tem que atingir (...) ela [a ANS] é refém de uma lei. Segundo, eu acho que ela precisa continuar no caminho e estimular ainda mais essas ações que começam a ser voltadas pro usuário final, ações voltadas pra qualidade da prestação de serviços (...) Terceiro, vamos ter uma noção clara de qual é a realidade econômica desse sistema (...) acho que isso é papel da Agência, essa é de estimular, a Agência deveria ser o grande agente de transformação da mentalidade dos atores. Como é que ela faz isso? Ela faz isso com ações de comunicação, ela faz isso mostrando dados, números, fatos, ela faz isso estimulando o diálogo, e integração entre as partes.

GESTORES: o Conselho não se debruça assim enquanto colegiado, nas deliberações, que a gente tem de posição formal, no Conselho, primeiro defendia a regulamentação, defendia que o Estado tinha que intervir, e depois defendia obviamente que devia haver um órgão regulador, é que quanto a isso, que a ANS é importante, relevante, agora não tenha dúvida de que o conselho ao longo da existência da legislação, de 2000 pra cá da ANS, ele tem constantemente apontado os equívocos que a ANS, do ponto de vista do conselho, tem cometido na regulação, então, assim, isso é cíclico, o conselho não consegue acompanhar passo a passo a regulação, mas em vários momentos o conselho se posiciona dizendo que

enfim, eu acho que o conselho reconhece a ANS, mas ao mesmo tempo defende que tem que haver uma aproximação entre as duas instancias.

CONSUMIDORES: uma avaliação [dos Consumidores] isso já foi feito três vezes, e tem resultados bastante interessantes, e dá para sentir como o trabalho da ANS é sempre um dos menos qualificados, tem menos pontuação, e mostra assim uma falta total de seriedade em termos de participação dos setores envolvidos, pelo menos ali, no espaço adequado que é a Câmara de Saúde Suplementar, espaço institucional criado para isso, isso não acontecia. (...) então os consumidores continuam acompanhando, mas não da forma como é proposta pela Agência, porque nós achamos isso absolutamente faz-de-conta.

CONSUMIDORES: a regulação também não caminha bem (...) do lado do usuário pouco se tem feito, se pegar a longa pauta de reivindicação (...) o que a Agência regulou não foi de uma maneira satisfatória na avaliação dos consumidores. E é um processo muito lento, muitas coisas que poderiam ser feitas como contratualização entre profissionais, entre prestadores e operadora, isso demorou quantos anos para sair.

CONSUMIDORES: tem algumas coisas muito pequenas, mas, que fazem a diferença no dia-a-dia do usuário que não acontecem ou que demoram muito para acontecer (...) não é só o foco econômico-financeiro, que é importante sem dúvida, mesmo para o usuário, sem dúvida, isso é importante, precisa ser acompanhado (...) mas até nesse ponto que é o único ou o principal, do ponto de vista de atenção, de foco da Agência e nem isso funciona direito? (...) Como que a Interclínicas quebra? (...) com a Agência ali, fazendo algum acompanhamento (...) é lógico, a Agência não tem como garantir tudo, mas se quebra, como que a Agência avisa isso depois que já foi (...) eu entendo, tem um lado que se avisa, se ela faz um alerta para os consumidores antes, todo mundo sai, mas eu acho que não dá para deixar o consumidor nessa situação tão desavisado (...) e depois continua, vai para Saúde ABC, o quê que acontece agora vai para outra! Quer dizer, que cuidado é esse com esse aspecto econômico-financeiro, isso não é sério, isso não é correto.

CONSUMIDORES: tem que estabelecer prioridades, eles têm lógico que o poder de fazer isso, a institucionalidade para definir isso, mas nem isso é bem feito, e esse caso é emblemático e não tem nenhuma transparência em dados disponíveis, eles não têm segurança (...) não têm domínio nem sobre essa parte.

CONSUMIDORES: Um outro problema da regulação que mostra, assim bem claramente, o escopo da atuação da ANS mesmo nessa questão é só para contratos individuais (...) o foco é minúsculo, a lei não estabelece isso. (...) sem dúvida, isso deveria ser prioritário (...) É uma visão tão burra que acontece o seguinte: eles só acompanharam contratos individuais e familiares, então as empresas não oferecem mais (...) só o coletivo que existe hoje, só três pessoas formam um contrato coletivo, então, quer dizer, a Agência não imaginou isso de antemão, pensando em mercado? (...) Por exemplo, coisas pequenas, mas que poderiam já ter alguns resultados, caracterizar um contrato coletivo, quantas pessoas caracterizam um contrato coletivo?

CONSUMIDORES: Ela tinha que estar regulando isso, quer dizer, foi uma atuação que resultou num problema seríssimo, hoje três pessoas formam um contrato coletivo (...) grandes operadoras estão oferecendo só contratos coletivos dessa forma, pode ter o reajuste livre e pode ter rescisão unilateral de contrato. E a Agência não está atuando para dizer assim: três pessoas não é contrato, isso é um desvirtuamento, é um desrespeito à finalidade da lei que é proteger, não existe atuação nenhuma, séria, nem nessa parte que a Agência colocou como prioritária.

CONSUMIDORES: é falta de vontade política mesmo, porque pela lei a ANS tem competência para isso, tanto que, durante muito tempo a ANS sequer fiscalizava os contratos (...) somente mediante denúncia (...) hoje ela começou a fazer isso.

CONSUMIDORES: [avaliação geral da ANS] Muito ruim. Eu acho que a melhor forma de te dar essa resposta assim bem fundamentada são esses relatórios [de avaliação de agências]

porque ali tem uma avaliação de cada agência com base em critérios pré-estabelecidos que valem para todos, então não pegamos nada específico da ANS ou da ANATEL (...) eu acho que isso é a melhor forma de você ter elementos concretos, mas a avaliação dos consumidores é muito ruim, mesmo em comparação com outras.

CONSUMIDORES: uma das nossas bandeiras é transparência, hoje as operadoras falam de custos que nós não sabemos, pode ser um blefe, se é verdade mesmo; e se for verdade mesmo, os consumidores vão ter que ser muito mais complacentes até, condescendentes com a situação, bom não é interessante que quebre, então vamos ....

CONSUMIDORES: nem sei se eu consigo dizer que evoluiu, sabe, nós criamos novas confusões, nós pensando em agência, modelo, novas complicações, mil detalhamentos que causam mais confusão ainda para os consumidores, que dão margem de os consumidores que não tem condições de acompanhar trezentas resoluções, mudanças da lei, dão margem a um desrespeito ainda maior dessas regras que nem são adequadas.

USUÁRIOS: essas questões deveriam ser questões das políticas estratégicas do Ministério, está no plano nacional de saúde, esses conceitos deviam está mais claros, essas estratégias mais claras, o volume de recursos, as captações, então, todas aquelas outras (...), para o usuário esse nível de regulação eu acho que é uma boa, acho que é uma boa, está funcionando legal, e eu acho que pelo menos é um espaço a mais que a gente conseguiu conquistar, você percebe, acho que todo mundo que tem ido ao sistema tem se sentido confortável, atendido.

USUÁRIOS: [a ANS atinge sua missão – defesa do interesse público?] Não, acho que não acho que nem ela nem a ANVISA atingem, quer dizer, eu vou voltar ao meu elemento conceitual: o fato de você pagar plano de saúde ele não pressupõe que o fato de você ter uma relação particular com uma entidade, uma empresa privada, ela não pressupõe que essa relação particular ela não esteja inserido numa responsabilidade pública, a responsabilidade social e pública do sistema, que ela não seja uma coisa pública (...) não estou dizendo o seguinte: olha nós queremos regular o lucro do cidadão, agora não pode ser uma exorbitância, quer dizer, ele não pode ganhar um lucro exorbitante e lhe dar um serviço de qualidade duvidosa, está certo.

USUÁRIOS: Ou não cobrir ou não dar especificidade de direitos, ou a garantia da universalidade que o sistema público tem, quer dizer é um princípio isonômico, se o sistema público é universal, o outro também tem que ser. Há um princípio de equidade e isonomia aí que tem que ser dado, por que o outro se reserva a escolher clientes e escolher prestação de serviços se o outro é universal. Quer dizer, então aquilo que você não fornece aqui, você vai buscar lá naquele gratuito?(...) aqui as coisas não são claras assim. Então eu acho que ele não funciona por essa razão.

USUÁRIOS: na Saúde Suplementar, esta capacidade pública não ficou incorporada, quer dizer, então quando o Ministro toma a decisão ele toma acima do que é a ANS, ele toma uma decisão política acima da ANS, porque a ANS não trouxe para dentro de si esta responsabilidade, quer dizer mais do que regulador, ela não trouxe para si de intervir num plano (...) vai lá e intervém, bloqueia os bens, faz auditoria nas contas e faz cumprir. Aí o quê que acontece?, você lá facilita a compra de um pelo outro (...) como se estivesse mercadejando gado, quer dizer, era hora naquele momento de você falar não (...) o plano faliu, e agora, você percebe, e é o tipo da discussão que a nossa agência não quer saber, então do ponto de vista de regulação da relação contratual da prestação de serviços em função das regras estabelecidas ela funciona legal, agora, que ela defende o interesse público ... porque ela parte do conceito que no momento que você fez um contrato privado é uma relação privada, e não é verdade, esse que eu acho o lado perverso tanto da ANVISA como da ANS, é uma relação pública, é uma obrigação pública.

USUÁRIOS: vocês não podem tratar o conveniado de uma seguradora, de um plano de saúde, como um cidadão diferenciado, ele é a mesma coisa, quer dizer, ele continua tendo o direito universal à saúde no sistema público, ele continua sendo usuário, está certo, ele pode

não estar usando o sistema público, mas ele está no Sistema Único de Saúde que é regulado pelo SUS, que é o sistema mesmo; agora, de qualquer maneira você não pode tratá-lo como um cidadão que fez um negócio por fora, não, não fez um negócio por fora, ele fez o negócio que essa é uma opção dele.

AGÊNCIA: nesse modelo, porque eu acredito nos avanços que houveram nesses anos, e eu acho que se não tivesse sido desta forma, a gente não conseguiria chegar aonde a gente chegou, por mais críticas que a gente tenha recebido, eu acho que é um modelo que não é fechado, que deve ser aperfeiçoado, não só no aspecto da legislação, mas no aspecto técnico, como no aspecto estrutural mesmo, na questão dos técnicos, na questão da contratação dos técnicos, recursos humanos, tem que ser aperfeiçoado.

AGÊNCIA: eu fico um pouco temerosa [quanto ao futuro do modelo], no atual, governo, primeiro quando ele assume o governo diz que vai acabar com as agências, depois se percebe que elas eram importantes, aí se recua, mas aí a gente começa a perceber nesses 3 anos que começa a haver uma interferência do Estado direto, da administração direta, sobre essas agências (...) e eu acho que está havendo um certo descaso em relação a essas agências, primeiro, a nomeação dos diretores, esses cargos vagos por mais de 3 meses (...), eu acho isso uma temeridade (...) outra coisa é a nomeação de dirigentes sem nenhuma formação técnica, e isso também aconteceu na ANS (...) e um terceiro assunto, troca de barganha política, então eu acho uma temeridade o que está ocorrendo, cabe à sociedade civil reivindicar (...) eu acho que se tem que dar uma força e se aperfeiçoar esse modelo, e não acabar com ele.

AGÊNCIA: há o que comemorar, porque os planos de saúde eram campeões de reclamações nos órgãos de defesa do consumidor antes da regulação e hoje não mais, então eu vejo avanço, eu não consigo achar que não foi positiva a criação desta agência, foi sim, muito positiva, tem problemas? Tem sim, precisam ser aperfeiçoados? Tem, tem que ser reformulado? Tem, tem que vir gente nova?

AGÊNCIA esse modelo de agência reguladora bastante democrático, porque as decisões são por maioria, cada um tem a sua opinião, e as decisões são democráticas, é difícil chegar num consenso? É difícil, mas é democrático, eu publicamente tinha que aceitar as coisas que eu não acreditava, mas eu minimamente tinha que tentar fazer com que eles enxergassem meu ponto de vista, o que acho que muitas vezes eu não consegui.

AGÊNCIA: É um modelo de sucesso com problemas, eu acho que tem que ser aperfeiçoado, tem muitos gargalos e inclusive a questão dos recursos humanos.

AGÊNCIA: [quanto ao foco de regulação ser centrado na relação usuário x operadora] não é limitado porque conforma o restante do mercado, agora você vê no momento o que a legislação passou a exigir a atenção integral à saúde, você aumentou o mix de compra no mercado isso indiretamente está agindo na própria regulação, ela regula esta relação, e ela está avançando nisso (...) a gênese do processo, a grande demanda social pela criação da agência foi de serviço dos consumidores, a demanda política real efetiva articulada do congresso era muito mais do mercado (...) a pressão social vinha da demanda dos consumidores em cima do que? Do descalabro que era a ação de saúde, você tinha um gap, você tinha uma dívida social da regulação pública em relação a saúde que teve que se dar conta (...) num primeiro momento agência era vista como um grande órgão de defesa do consumidor, quando ela começou a mostrar que não era, você começa ter problemas, dos dois lados, aí o consumidor que ataca, aí você tem que ir equilibrando.

AGÊNCIA: a ANS é uma das poucas que não tinha histórico, ela não tinha conhecimento público apropriado (...) mas hoje você tem um dado você localiza, hoje você sabe que a cidade de São Paulo tem 6 milhões de pessoas com planos de saúde entre novos e velhos, isto já deveria estar impactando no planejamento da saúde pública da cidade embora não impacte, hoje você começa a construir um papel, talvez a parte visível da regulação seja essa coisa, porque me lembro no meu período de agência, o que mais fazia sucesso para o bem ou para o mal era quando a gente anunciava o reajuste, que é uma excrescência, a

agência está lá se metendo no reajuste é uma excrescência da história, você não podia deixar um mercado como esse e com origem desse você não podia deixar de exercer uma parte de regulação, mas do ponto de vista do conceito esta definição do aumento do preço é uma excrescência.

AGÊNCIA: a rigor a agência tinha que estar incentivando cada vez mais a concorrência no setor para permitir a mobilidade do usuário, que se defendesse do aumento, mas isso no entanto é anátema política (...) só que a ação concreta da agência, ela mesmo com as mudanças que e críticas até que eu faço em relação à ação da agência, do ponto de vista técnico de atuação dela, não elimina o fato de que ela continua sedimentando discussões importantes que são de fundo, que tem menos visibilidade, mas são elas que interessam, na minha avaliação.

AGÊNCIA: [a ANS defende o interesse público] a não ser que você não ache que essa parte da relação do usuário seja parte do interesse público, eu acho que é, a minha visão é que a regulação do setor acaba sendo um pouco maior do que isso, o então esse interesse é colocado de uma forma, e aí eu acho que nós perdemos tempo com esse debate que houve esse recuo que houve das agências reguladoras, quando elas passam por seu verdadeiro teste, o fim do governo que criou a agência e o início de um outro governo, então o tempo que se perdeu e que se continua perdendo e ele é muito ruim para a consolidação da, mas mesmo assim o espaço que a agência, e não só essa, que as outras têm construído era importante, deve ser preservado, não tenho dúvida disso.

AGÊNCIA: [equilibrar o jogo de forças dos atores] É não é uma tarefa fácil, porque todos esses atores tenham objetivos específicos e as vezes antagônicos, eles disputam apesar de não haver uma disputa de espaço no mercado, no caso das autogestões elas brigam por sua própria sobrevivência num mercado que tende a ser acumular a concentrar esforços em torno de grandes operadoras isto é uma tendência deste mercado, como de todos os outros mercados e é nesse aspecto as autogestões têm algumas vantagens em algumas desvantagens, vantagens no sentido de que eles conseguem fazer uma operação mais barato, consegue trabalhar com políticas de bem-estar políticas de prevenção, com mais facilidade do que as outras operadoras (...) como é o caso da prevenção e promoção que apontava para um outro modelo, a idéia de gastar numa determinada direção para que se possa economizar adiante, então o tal custo operacional inicial vai ser diluído num curso total assistencial.

AGÊNCIA: [investir em prevenção e reduzir sinistralidade ...] É a idéia essa, só que o mercado pensa muito curto prazo, trabalha com a idéia de imediato, é um mercado que vive muito em crise, crise na relação com o prestadores, crise com o envelhecimento da população, então crise com uma série de questões que oscila a disponibilidade econômica do mercado, então óbvio que uma legislação que tende a exigir determinados investimentos, que podem ser recuperados mais adiante é sempre vista com preocupação.

AGÊNCIA: a concentração da oferta é uma constatação. Quanto mais exigências se fazem: de hígidez financeira, de atuar bem no campo operacional, no campo de assistência à saúde, você vai concentrando essas capacidades em operadoras que tenham capacidade econômica de operar isso, então a tendência das menores é acabarem sendo engolidas nesse processo. Agora a ANS não deseja isso até porque o risco de oligopólio é muito grande e, assim há uma tendência da ANS entrar diluindo e fortalecendo determinados segmentos, por exemplo autogestão para contrabalançar essa tendência ou a idéia de fusão de várias entidades pequenas que possam trabalhar de maneira articulada, a fim de diluir custos. Tem sido propostas hoje várias formas de organização para enfrentar essa questão das demandas da regulação, mas a tendência continua sendo essa de concentração.

AGÊNCIA: a idéia do TISS é trabalhar com troca de informações assistenciais com mais amplamente possível, tanto ter uma certa padronização de dados que facilite operacionalmente a prestação de contas dos prestadores as operadoras quanto troca de formações entre os vários entes, hoje existem vários sistemas de informações espalhados

que não se comunicam entre si. A idéia é criar uma base que possa haver troca de informações e concretamente com isso, do ponto de vista governamental, trabalhar com a observação no sentido de que dados, morbidade a comportamento assistência, isto é, o impacto das ações assistenciais, ou seja, o que hoje é possível com o SUS, em termos de impacto, para a população brasileira, ser também mensurável dentro do setor suplementar. A idéia de ter dados únicos, que possam ser consolidados (...) juntados, existem municípios que possuem atendimento pelo sistema suplementar de grande, como é o caso de Niterói, em que 51% da população tem acesso à saúde suplementar, e a pergunta é como é que isso impacto a política assistencial daquele município?

AGÊNCIA: a ANS ainda é pouco visível, é importante lembrar que para quem ANS tem que ser visível, na realidade é um quarto da população brasileira que precisa dela e do ponto de vista desse um quarto, se você for pegar as estatísticas de quem hoje consegue enxergar a ANS, que está contida nesse um quarto, subiu de 3% para 25% que conhecem a ANS hoje, mais como um órgão público regulador para um país como um todo ainda há uma deficiência dessa visão, a agência é recente (...) a população que os dois ou três anos para cá vem tendo acesso ao conhecimento da ANS por via contrária, por exemplo quando aconteceu o reajuste abusivo dos planos de saúde a dois anos atrás deu um barulho e que parou em toda a imprensa, então o salto de conhecimento sobre a ANS está se verificando nesses períodos de crise.

AGÊNCIA: A ANS está mais preocupada, porque a justamente esse grupo o mais frágil de dessa balança é o que tem menos informação, menos poder de articulação, que sofre mais com as negociações unilaterais, então esse é o segmento prioritário para a atuação de proteção da ANS ao usuário. ANS observa o campo de contratos coletivos com muita atenção até porque todas as políticas são baseadas neste universo, da possibilidade reajuste, de mudança no modelo assis-tencial, então é óbvio que a ANS tem uma política de observação, agora há uma tendência da ANS de ter menos nesse campo até porque tem um processo de auto-regulação mais competente (...) ANS tem prestado atenção, que a idéia de a venda de planos individuais sobre o valor de coletivos, isto ainda é uma coisa nebulosa, é individual ou é coletivo como é que vai vigorar isso, no olhar das ANS é uma espécie de burla que as empresas estão fazendo para não serem submetidas aos limites dos reajustes de planos individuais, e trabalharem com a perspectiva de plano coletivo sem a perspectiva de normatização, mas a ANS e está de olho nisso.

AGÊNCIA: tem sido, de um tempo para cá próprio da ANS eu acho que o CONSU papel importante no início da ANS, a idéia do marco regulatório, a idéia da ANS, atualmente a figura do CONSU tem sido mais simbólica, até porque ANS tem sido formuladora de seus normativos, não recebe mais do CONSU as diretrizes, as diretrizes de foram fixadas anteriormente e a ANS ganhou grande autonomia neste sentido, portanto hoje a maioria das opções políticas, são opções autônomas da agência, é óbvio que ela tem a capacidade de análise do contexto em que ela esta, ela não toma decisões em separado, mas ela tem capacidade autônoma de fazer isso.

AGÊNCIA: [audiência pública] ANS tem sentido uma discussão muito intensa quanto à retomada desses instrumentos, retomada porque eles estão previstos em lei, só que pouquíssimas vezes foram utilizadas, então hoje existe uma tendência da ANS que regula começar a investir e audiência pública e consulta pública, submetendo regulamentos à consulta pública. ANS entende que poderia haver melhor produtividade com a utilização desse mecanismo, porém a importante entender que existem situações que não permitem tal processo.

AGÊNCIA: como eu estou avaliando a agência dentro do período, observando de fora e de dentro, eu acho que houve uma evolução da ANS dentro do ponto de vista institucional, a ANS saiu de um sistema recém-criada, sem quadro funcional, sem conhecimento acumulado, para uma situação hoje em que ela tem conhecimento, hoje mais de 80% da informação sobre o mercado está dentro da ANS, foi produzida pela própria ANS, com um

quadro funcional que se estabilizou com o próprio concurso público (...) então há uma mudança de qualidade e a atuação da ANS visível, então o que se discute é a qualificação de processos, qualificação das próprias regras.

GOVERNO: a estrutura do governo, particularmente no Ministério da Saúde, envolve uma estrutura colegiada composta pela secretarias do ministério e que fazem parte os diretores-presidentes dessas duas agências reguladoras (ANS e ANVISA) e do presidente da Fiocruz, então os pontos que são considerados relevantes para discussão com impacto na política de saúde, elas são debatidas nesse campo, nesse colegiado, e as posições do governo são expressas (...) então quando o assunto é pautado pela agência, em que pese sua autonomia, aqueles assuntos mais relevantes, estruturantes, eles passam por uma discussão do governo, e o governo ainda não, tem neste momento através da atual direção da agência essa relação muito próxima sem que, natural, por indicação, trabalhado mais com a perspectiva de que é, de produzir sustentabilidade para esse sistema, o governo tem insistido muito mais nesse momento nessas pesquisas na forma como a ANS tem trabalhado à análise de todas as operadoras, sua capacidade de cumprir efetivamente seu papel, em que pese o governo direcionar investimento fundamental no setor público, admitir que o setor privado, suplementar neste caso, tem grande importância, grande cobertura e com usuário, uma cadeia econômica bastante relevante então a proteção a estes ativos é um dos objetivos fundamentais do governo, por isso as ações da agência sustentadas por esta ideia.

GOVERNO: [caso MINC – ANATEL] não consigo avaliar, como eu tenho a experiência da participação da agência, onde os temas relevantes, em que pese a autonomia da agência, eles são debatidos anteriormente pelo MS, que é o regulador do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em que através da agência, ela passa a trabalhar com um componente do SNS, então é sempre pauta relevante do MS, que até poderia ser mais incisivo nesta discussão, sem, contudo, interferir no papel regulador que foi concedido através da agência (...) não teve nenhum ponto de discussão dentro da saúde suplementar em que o MS, que ele não tivesse conhecimento total, informações suficientes para tomar sua participação na agência e que a agência não pudesse ter segurança dos encaminhamentos que faria não se tornando conflito com a posição de governo, então eu acho que isto tem muito mais a ver com o papel e interação das políticas públicas que vem sendo colocadas, falando de políticas públicas de saúde para um segmento com a cobertura de planos privado, mas estamos falando no SNS (...) no caso específico da saúde, esta característica de ter, olhar o sistema como um todo, fragmentando, facilita esta interlocução e os pontos que eventualmente mesmo que polêmicos e polemizados internamente a equipe do MS, ele tem esta característica de ter tido uma discussão prévia, ter uma apresentação, a metodologia de avaliação que propôs a ANS foi apresentada e este colegiado e o ministro concordaram com a aplicação desta metodologia, então não há nenhum conflito na lógica de construção interna ao setor, uma vez que por conta desta possibilidade, eventualmente a característica destas agências de ela ter um mandato e este mandato ou por algum motivo fazer a transição para um novo governo ela pode gerar dificuldades ou conflitos, na ANS mesmo quando da mudança de governo o antigo diretor presidente mesmo, conflito houveram, mas não de tamanha intensidade que pudesse ser caracterizado, e neste momento a atual direção da agência e o MS tem conseguido manter este equilíbrio, até por que o atual diretor presidente saiu da equipe de governo e está lá por indicação do presidente, então tem uma identificação maior e tem um objetivo de equilíbrio do sistema muito mais consistente. Os temas relevantes eles tem uma discussão prévia ou no mínimo as informações foram recebidas antes de ter uma discussão na câmara.

GOVERNO: [quanto a demora na reposição de cargos vagos na ANS] os diretores tem além de uma indicação, passam por um processo de avaliação sabatina no senado, e necessariamente estes nomes são de uma composição, é preciso então construir um nome que viabilize o equilíbrio interno da agência, com o interesse do setor, interesse do governo e este nome acaba sendo uma disputa efetiva e é uma característica que não vejo que vá se modificar (...) entendo que tenha um prejuízo, por que o acúmulo da direção por um outro

órgão, ou uma ação que alguém que substitua o diretor, pode modificar o colegiado que a agência constitui e este colegiado vai deliberar, em tese aquilo que o diretor presidente vai acatar ou não. Então um período muito prolongado sem um diretor efetivo, eu entendo que causa prejuízo, mas como isto está condicionado a meu ver, pode até ser uma avaliação imprecisa, mas os requisitos de conhecimento, experiência no setor e amarração política, são itens que acabam por atrasar a substituição do diretor.

GOVERNO: O MS fez neste governo, um conjunto de ações de planejamento e priorização e cada órgão atuou dentro de seu setor fazendo seu planejamento e definindo quais são as ações específicas que vão estar fazendo, no caso da saúde suplementar, a ANS apresentou um plano para discussão junto ao comitê de ações. Não é o contrato de gestão, que tem um outro caráter, toda agência reguladora tem um contrato junto a seu ministério responsável, que define pontos de avaliação que o ministério vai cobrar naquele período. Se expressam no contrato de gestão nas metas que pretendem ser colocadas que eram distintas anteriormente, uma coisa era o planejamento e as ações das políticas não estavam contempladas, por exemplo no contrato de gestão. A organização do sistema do MS pressupõe um conjunto de ações de organização, que as agências também manifestaram o que faria – isto é: estabilidade do quadro de pessoal, das ações regulatórias, etc., daquilo que a sua estrutura estaria sendo viabilizada, neste sentido, não foi uma determinação do ministério, os pontos que a agência teria, porém ela segue uma posição de planejamento geral do MS, garantindo que o processo regulatório do sistema como um todo, observados os dois papéis que as agências tem, preservada a sua autonomia e aí elas apresentam um plano de ação a este colegiado e por enquanto ela vem seguindo exatamente aquilo a que se propôs.

Quadro 7.11 – Avaliação Sucessos e Lacunas - Consolidado

PRESTADORES: quanto a lacunas, fundamentalmente assim, sem definir detalhes, a regulação deveria ter uma regulamentação, a qualidade da prestação de serviço, qual o plano? Está sendo dado aquilo que está prometido? Isso não está sendo visto, isso é uma questão. E a outra questão é de ter garantias para o usuário que está comprando um plano pra usar no futuro, é de receber alguma coisa no futuro, ou seja, se tem reserva, se tem condições econômico-financeiras suficientes (...) ao mesmo tempo garante que o prestador de serviço também vai receber, é isso, ela faz mal e porcamente, (...) para a questão econômica, estava feito era só copiar as seguradoras já tinham uma fiscalização da SUSEP (...) eu acho que a SUSEP está fazendo o papel dela direitinho, poderia se copiar esse modelo? (...) E a questão da assistência, que eu acho que também a ANS não está conseguindo fazer a avaliação, ela soltou uma qualificação de operadoras que através de alguns indicadores, que são discutíveis, já que não considera as dificuldades relativas ao porte e ao tipo da operadora (...) então vamos ser coerentes, então alguém tem que dizer pra ele, ó esse plano aí te dá tudo, mas ele não tem capacidade pra dar tudo, e dá pra saber, mas a ANS não sabe, ou pelo menos faz de conta que não sabe, tem planos no mercado sendo vendidos, que já passou por fiscalização e que não dá assistência.

PRESTADORES: quanto ao sistema de qualificação, então você pega esses indicadores, são realmente as características pra poder verificar uma boa qualidade? (...) olha chama todos os participantes do setor, procure não impor, você precisa ser aceito, está tudo escrito lá como é que tem que fazer, e volto a repetir os PRESTADORES não foram convidados a participar de mesa de discussão, foram convidados a participar em mesa de apresentação do TISS e nos estados em que era aberta a pergunta, então fazíamos perguntas.

PRESTADORES: o grande problema é esse (...) acho que existe uma falta de conhecimento do sistema de saúde, todo o sistema de saúde pouco conhecido, até por nós mesmos.

PRESTADORES: é uma questão qual o limite da regulação? Então para quem está dentro, a primeira visão é que não tem limite (...) isto é inconstitucional, eu posso dizer das coisas que

vou exigir que um tenha (...) então eu vou fiscalizar o prestador de serviço? E o que faz a Anvisa? (...) isso tem que ser resolvido nesta própria questão da TISS (...) então o que é informação? Qual a importância desta informação na saúde suplementar? Mas é na saúde suplementar ou na saúde? Então eu estou montando um sistema pra saúde suplementar pra então integrar ele ao SUS, mas existe um sistema no SUS, então pega o sistema do SUS vamos ampliar um pouco, porque vou fazer da saúde suplementar pra depois integrar, quem tem que integrar?

PRESTADORES: minhas sugestões para a melhoria do processo têm como ponto de partida: onde nós queremos chegar? Vou desenhar uma regulação como ela deveria ser, ouvindo todos os atores, vai dar? Não vai dar? Agrada a todos? É pra ouvir quais são as preocupações de todos (...) acho que é realmente ouvir os atores, acho que essa diretoria que eles já conseguem está lá, já ouviu mais do que no começo, mas não é só ouvir, tem que ouvir e pegar as sugestões, tudo bem vamos mesmo ouvir as sugestões e vamos lá no dia-a-dia (...) também acho que deveria ter menos representantes na CSS, a câmara virou uma grande assembléia.

MEDICINA DE GRUPO: a agência de uma maneira geral ela conseguiu sanear o mercado, até demais, até cortou na carne, em vez de tirar o excesso, ela fez uma, uma limpeza muito grande, ela ainda está fazendo e ainda vai agora fazer, tem um grande número de empresas que não estão conseguindo se adequar às exigências deste registro definitivo, que está sendo exigido agora, e então, nesta área, ela cumpriu o seu papel.

MEDICINA DE GRUPO: ela tem dificultado a ação das operadoras em geral por desconhecimento da burocracia interna das operadoras, então por vezes são exigidas coisas, que para se cumprir, é algo impossível, quando se pede que haja um cadastro ou coisa exigindo determinados dados das pessoas, isto pode causar um transtorno tremendo.

MEDICINA DE GRUPO: neste processo (TISS) vai haver grandes dificuldades, por que a agência não tem qualquer ação, punitiva ou mesmo regulatória sobre os prestadores, sobre os hospitais e médicos, então ela só tem ação sobre as operadoras, fica faltando um pedaço, então nós estamos em reuniões com os hospitais e tal e nós precisamos fazer muito neste sentido, nós precisamos mostrar para a agência o que deve ser feito e o que é possível de ser feito para que este processo caminhe melhor.

MEDICINA DE GRUPO: [quanto à inclusão dos prestadores no espaço de regulação] normalmente a intervenção do Estado em qualquer atividade econômica é desastrosa, muitas vezes ela é bem intencionada, mas na maior parte das vezes ela é desastrosa, então o ideal é que estes setores se ajustem, então tanto os hospitais, quanto as operadoras e os médicos, precisariam fazer um ajustamento, uma conversa uma negociação de tal maneira que isto seja viável, não pode partir da agência Nacional de Saúde determinado tipo de imposição, mesmo por que, repetindo aqui, ela só tem autoridade mesmo sobre as operadoras e não sobre os prestadores.

MEDICINA DE GRUPO: em primeiro lugar deveriam escutar mais as operadoras, as próprias decisões da CSS ser mais respeitadas, principalmente, no que diz respeito às Câmaras técnicas (...) os processos deveriam ser mais transparentes também e ter uma influência menor do governo, a agência não foi criada para ser um apêndice do governo, mas sim para ser uma política de Estado (...) o que está acontecendo ultimamente, o Ministério da Saúde influencia muito, o próprio Ministério da Fazenda também influencia, então ocasiona problemas sérios, como o caso das seguradoras não trabalharem mais na área de planos individuais, por impossibilidade econômica de o fazerem.

TRABALHADORES: quanto a avanços no processo de regulação, é necessário sim e nesse aspecto até que a ANS está fazendo um bom trabalho certo, recentemente ela elaborou aqui uma qualificação da saúde suplementar (...) com critérios de atenção à saúde, estrutura e operação, a questão econômica, financeira, a satisfação do beneficiário etc, então ela fez uma medição (...) a única coisa que nós achamos errado, que quando ela fez esta avaliação, ela atribuiu notas pra cada uma como essa classificação aí em hotel 5 estrelas, 4 estrelas, 3

estrelas e essas notas a pedido das operadoras não foram divulgadas para o grande público (...) porque a ANS escondeu essa pesquisa do grande público, até mesmo da CSS (...) tirando não divulgação dos resultados, nós achamos que está agindo corretamente, a ANS, buscando cada vez mais critérios pra uma boa regulação, mas ela peca por não ouvir a minoria e a minoria principal que é o usuário e o trabalhador.

TRABALHADORES: não está certo, precisa corrigir muita coisa. Tenho dois exemplos aqui. O primeiro exemplo é essa questão aí de intervenção na ANS em determinada operadora de saúde. A intervenção (...) é feita sem o critério que atenda a todos os atores, por exemplo, o trabalhador da saúde, o próprio consumidor e o usuário daquele plano de saúde (...) nos casos da Unimed São Paulo da Interclínicas, isso é um absurdo, para mim faltou habilidade pra ANS estar trabalhando nessas intervenções. O que ela fez foi deixar milhares de usuários sem nenhum tipo de atendimento, principalmente o usuário idoso, aquele que ninguém quer e também trabalhadores, profissionais da saúde que de repente se viram sem emprego, sem direitos trabalhistas nenhum (...) Acho que deveria ter uma regulação melhor dentro da Agência Nacional de Saúde e inclusive ouvindo seus atores envolvidos, trabalhador, o usuário, etc.

TRABALHADORES: o segundo exemplo vem agora, a medicina de grupo, fala num plano de saúde light, fit, pelo amor de Deus, isso é um absurdo e você só pode ficar doente de 2 ou 3 ou 4 especialidades que esse plano fit ou light certo cubra o restante, você não pode ficar doente, isso é um absurdo, então por isso e por outras coisas esse desvio um pouquinho apesar não ser distante a boa intenção da ANS, mas o inferno está cheio de boas intenções, é uma atuação que precisa melhorar muito, ouvir mais o conselho [Câmara de Saúde Suplementar], não sei se dando um caráter talvez deliberativo ou não (...) a ANS não aceita, logo de princípio e no fim será que ela vai aceitar ou não, é uma questão do reajuste dos planos pós lei 9656, então houve uma proposta das próprias operadoras em reajustar desse jeito, aí a ANS disse que não aceitou aí no final aceitou.

TRABALHADORES: as operadoras de saúde não sejam tão gananciosas em busca do lucro, ela vê a saúde simplesmente como um comércio, está certo que a medicina, você que é do ramo sabe disso, a medicina é cara, principalmente com essa alta tecnologia que agora veio, a medicina veio ficando cara, mas o governo e as próprias entidades têm que estudar um meio de baratear porque se não não vão ter pra quem vender.

TRABALHADORES: deveria ter uma regulação melhor dentro da Agência Nacional de Saúde e inclusive ouvindo seus atores envolvidos, trabalhador, o usuário, etc. aí não, aí só se ouviu uma ou duas partes e o resto apenas se comunica, olha estamos comunicando e acabou, isso pra nós foi medonho, foi muito ruim, isso deixou um grupo de pessoas tanto usuários como trabalhadores ao léu, sem um tipo de proteção.

SEGURADORAS: e o produto em si [plano de saúde] eu diria que ele tem um estágio razoável de desenho, e sempre teve um estágio razoável de desenho, tanto que o mercado cresceu, a saúde no Brasil cresceu a custa destes planos de saúde do mecanismo de financiamento, então o problema não estava no desenho destes planos, por mais que houvesse algumas cláusulas abusivas, consideradas abusivas, eu acho que esse tipo de regulação se faz por caso a caso, contratos abusivos.

SEGURADORAS: o desenho [do plano] não estava inadequado (...) o desenho contempla um desenho, uma referencia, é positivo, parametriza, dá informação ao consumidor, dá base de comparação, mas daí a desenhar um produto, a contemplar todas as doenças, a fazer uma serie de coisas eu acho que não foi adequado, não em termos, vamos dizer assim, de um ideal de um plano de saúde, de assistência à saúde, mas sim não foi adequada à nossa realidade, a renda desta população, à perspectiva de desenvolvimento econômico que o país tem.

SEGURADORAS: não foi adequado [ampliar a cobertura] e a demonstração está aí, está se vivendo uma crise avassaladora, aonde a qualidade tem caído, e quando eu falo de qualidade é naquele nível de excelência que tinha nos planos de saúde, hoje não se tem.

Agora, planos que eram mais básicos, mais rasteiros que tratavam com prestadores menos qualificados, estes, sem dúvida, melhoraram muito, mas em termos gerais está se perdendo em qualidade, tá se achatando, se nivelando por baixo.

SEGURADORAS: o consumidor, olhando individualmente para ele, ele está melhor assistido, eu acho que a regulação trouxe efetivamente ganhos em termos de regulação assistencial, trouxe ganhos por trazer esta regulação prudencial para este mercado de operadoras, eu acho que são ganhos significativos, pro consumidor principalmente e pra própria regulação em si, só pra vir para um ambiente regulado já é um ganho incomensurável.

SEGURADORAS: e as perdas, o produto está sendo achatado, está sendo nivelado por baixo, muito por conta da política de reajuste adotada pelos vários governos, ela já vem desde o tempo em que a Susep controlava as seguradoras, passa pelos planos econômicos que o país viveu, e, vamos dizer assim, pelo fato que o reajuste ser controlado pela agência, impediu que pudesse ter havido acomodações nestes níveis, então cristalizou uma distorção ao longo do tempo, e isso é um lado do problema.

SEGURADORAS: O outro lado é, sem dúvida, não ter regulação para a incorporação tecnológica, e a política modelagem do produto, de garantir cobertura ampla, irrestrita, esse conceito que permeia a, vamos dizer assim, o entendimento da população, do judiciário, do ministério público, em conjunto com essa tecnologia que o mundo está alcançando, é explosivo para um país que tenha a renda que nós temos.

SEGURADORAS: transparência nos seus atos é coisa que não está tendo no nível legal, esse próprio programa de qualificação não foi submetido à consulta pública, ele não é normativo, mas é um ato da agência que tem um alcance muito grande (...) discordo do modelo, discordo dos indicadores, da estrutura, mas como meta eu entendo que seja positiva

SEGURADORAS: eu vejo que uma falha a agência não fazer audiência pública, coisa que tem a sua, ela estaria condicionada a fazê-lo, nunca fez, acho que a própria consulta, a consulta pública não se dá para todos os normativos, o que também é uma falha, e não nem a câmara consultiva cobra este tipo de atitude.

SEGURADORAS: [a ausência de regulação sobre prestador] (...) esta é uma grande falha da regulação.

SEGURADORAS: faltam políticas claras, talvez a origem disso seja a ausência de políticas na área de saúde suplementar (...) esta pra mim é a grande falha.

PROFISSIONAIS: eu diria que agência ela se mostrou um instrumento, um órgão adequado, tem se mostrado, é óbvio que ela, todas as partes tinham uma expectativa que ela avançasse mais e mais rápido, se diz que a lenta, outros acham que ela regulamentou de maneira incorreta isso aquilo, mas estou dizendo enquanto instrumento, por que o SUS também, ele é tão pesado e exige tanto, que se não criasse uma estrutura mais profissional, pouco mais autônoma, ele ficaria sufocado no tamanho dos SUS.

PROFISSIONAIS: Na hora que você tenha acesso a essa informação, que muitas operadoras não tem governabilidade (...) ela depende da prestadora de serviço, tanto para ter acesso ao dado, e tem uma coisa mais grave ainda, a qualidade desses dados que ela não tem como controlar, então, por isso que eu acho que tinha que escolher um conjunto mais enxuto, trabalhar essa questão da qualidade, a cadeia, o processo transmissão da informação.

PROFISSIONAIS: precisaria a ANS avançar, é na questão do modelo de assistência, porque o Brasil tem um modelo de assistência à saúde muito apoiado na tecnologia, exames horrores de exames para fazer diagnósticos, aí eu acho que não é um problema só da ANS, pôr a culpa na ANS ou sobre os planos de saúde é um absurdo, porque todos eles se espelham no SUS (...) o problema que está colocado dentro do problema da assistência do modelo econômico de remuneração e também veio do setor público do INAMPS, que era para pagar todo procedimento, hoje os planos ficam sufocados, então, tem problemas que

não está no escopo só da ANS, porque com essa mudança toda de política do sistema de saúde com certeza isso naturalmente vai ter um impacto dentro do modelo de saúde suplementar.

PROFISSIONAIS: qualquer parâmetro que você pega hoje de reajuste sempre vai ser ruim (...) porque se não mudar o modelo de assistência você não vai ter um espaço regulatório adequado de parâmetros de remuneração, está vinculada uma questão a outra.

PROFISSIONAIS: duas coisas que precisam ser repensadas, é a forma de escolha dos diretores, e eu acho que melhor no meu modo de ver, que sempre vai ter política do governo, isso daí a não tem jeito, o presidente da ANS sendo indicado pelo presidente da república, lógico indica se ele e constitui-se a equipe técnica.

PROFISSIONAIS: regular grandes pontos, não entrar tanto nos detalhes pequenos, porque o Brasil é muito grande, é muito complexo, uma operadora da região sudeste é diferente de uma operadora do nordeste (...) na minha concepção, eu acho que faltou ter feito todo o marco conceitual de princípios éticos, que era aquele campo, o espaço regulatório, para aí entrar nos detalhamentos, começou entrar nesses detalhes e aí se perdeu um pouco (...) eu acho que tinha que ter demarcado campo conceitual, ético, antes, para fazer talvez uma regulação mais harmônica.

AUTOGESTÃO: não tenho dúvidas que melhorou, era um mercado selvagem todo dia aí tinha umas vítimas, se você imaginar, por exemplo, que os planos com limitação de internação principalmente de UTI, são uma aberração, porque eu vendo uma coisa que você só pode usar até aqui, ninguém sabe do risco, a pessoa não tem domínio, não é vontade de ninguém permanecer mais tempo na UTI, então se não fosse por outras razões e dar uma depurada no mercado, tirou os aventureiros, os charlatões, os vivaldinos, e já deu e veio moralizar minimamente a cobertura de assistência médica (...) acho que o rol de coberturas é importante porque deu essa disciplinada, as auto-gestões normalmente já atendiam além do rol, então não foi por aí que nós fomos sendo adaptados.

AUTOGESTÃO: o rol de coberturas é importante porque deu essa disciplinada, as auto-gestões normalmente já atendiam além do rol (...) aliás, na agência isso é uma falha, ao informar planos antigos, dá impressão que estes planos estão oferecendo coberturas reduzidas(...) já que as auto-gestões normalmente já atendiam além do rol.

AUTOGESTÃO: A grande falha da lei, que ela não inclui no escopo da atuação da agência os prestadores de serviço, então há absurdos, de eu ter que pagar uma multa, por descredenciar um hospital que não quer convenio comigo (...) e ela não tem nenhuma ascendência sobre os prestadores, e a gente acha que deveria ter também, o TISS mesmo, eles querem uma qualificação da saúde suplementar, querem que informem a taxa de mortalidade, mas quem tem isso é hospital.

AUTOGESTÃO: [regular prestadores] não diria regular preço, diria regular a relação, por exemplo, você pode ter um problema com a operadora, chegar e falar assim você tem um contrato com aviso prévio de 60 dias e falar que por esse preço eu não quero mais (...) agora os médicos, sobretudo as associações médicas (...) chegam e falam: não atendo mais e atendem só mediante recibo, e isto prejudica demais a população e a agência não pode fazer nada para garantir (...) por outro lado, a agência está atuando em cima das Unimed que criaram a figura da Unimilitância em seus estatutos, limitando a atuação do médico da Unimed em concorrentes, isso é inconstitucional, isso é abuso do poder econômico, isso é concorrência desleal (...) aí ANS viu isso no estatuto e mandou tirar, é um grande lance da atuação, porque isso é uma imperfeição do mercado, nesse sentido eu falo de intervenção, não de preço.

AUTOGESTÃO: todo mundo já identificou esta lacuna na lei [a falta do prestador] (...), mas há mais para melhorar, principalmente, acho que isto vem com o amadurecimento destes novos funcionários da agência, e das atuais chefias, a agência vai ser sempre sensível às influências políticas (...) também quanto a integração de atuação, são eles mesmos

reconhecem e eles mesmos costumam dizer, são 5 agências, cada uma olhando para um lado (...)então eu acredito que é um amadurecimento da atuação dela, parar de olhar bobagem.

AUTOGESTÃO: falta [mais] um ator aí, falta a indústria de tecnologia e ela está fora, e para mim, ela é a que mais está ganhando com o sistema de saúde e ela não está, ela deveria ser convidada pelo menos.

AUTOGESTÃO: eles não entendiam a ANS como agência de fomento, eles quase que diziam que toleravam essa fatia [suplementar] (...) eu acho isso ruim, que se existe, a constituição admite [saúde suplementar], a agência deveria estimular, porque nenhum setor se estabiliza, ou ele cresce ou ele perece, retrocede, retrocede (...)eu acho que empobrece muito, quando a agência fala que não é de fomento, eu acho que seria outra mudança que eu gostaria que acontecesse, que fosse aprimorada da regulação.

COOPERATIVAS: a regulamentação tem aspectos positivos, e tem aspectos negativos, quais são os aspectos positivos da regulamentação? A regulamentação retirou do mercado aqueles estelionatários que existiam no mercado, a pessoa que chegava numa cidade, montava uma empresa de mil reais de capital certo, fazia uns folders bonitos pra vender plano de saúde, saia vendendo plano de saúde, com coberturas, com carência, que podia ter de um ano e tal, a pessoa ficava pagando e quando a pessoa ia realmente usar, cadê a empresa? Tinha sumido e ela estava lá em outra cidade, então isso realmente limpou o mercado.

COOPERATIVAS: se você perguntar pra mim hoje eu vejo que da forma que está indo a saúde suplementar a tendência vai ser as seguradoras saírem desse mercado, porque elas não vão ter margem pra ganhar dinheiro (...), que algumas já estão até saindo, as medicinas de grupo tem alguma vinculação com a saúde, que tem hospitais e tal, essas continuam, as medicinas de grupo que são eminentemente só financeiras eu acho que também saem do mercado, porque foi se o tempo que esse era um mercado, vamos dizer assim lucrativo, hoje eu posso dizer com conhecimento de causa, não é um mercado lucrativo no sentido, vou ter um capital e vou investir aqui pra ganhar dinheiro nesse mercado, hoje, existe essa perspectiva pra ninguém.

COOPERATIVAS: Um outro ponto positivo da regulamentação, está lá, mas eles não conseguiram passar para o usuário, que era você ter uma lei que diga exatamente seus direitos e obrigações (...) outra questão que eu acho que seria positiva da regulamentação, mas não atingiu esse objetivo, é exatamente de você ter produtos, onde o consumidor pudesse falar assim, quando estou adquirindo um plano ambulatorial eu tenho direito a isso, isso e isso, quando eu tenho um plano hospitalar, eu tenho direito a isso, isso e isso, entendeu só que essa over-dose de regulamentação não tornou isso daí possível.

COOPERATIVAS: é porque a agência hoje não esclarece, então ela não vai lá pro consumidor e vai dizer para ele olha, mesmo você comprando um plano hospitalar, que a lei obriga, tão somente transplante de rim e de córnea, transplante de coração não tem cobertura (...) tem também a questão das órteses e próteses aí, enfim, o stent é uma órtese? A Agência deveria chegar e esclarecer, e dar qual o entendimento dela, só que isso, depois que surge o problema, a ANS demora 2 anos pra firmar uma posição, e uma agência reguladora não pode demorar tudo isso, então eu acho que está faltando uma elucidação maior, que eu me referi à consolidação, de você ter uma regulamentação única, e tudo isso tivesse lá esclarecido, até porque, a partir do momento que a agência diz que isso daí tem que ter cobertura, eu tenho que precificar.

COOPERATIVAS: um outro problema que eu vejo negativo da agência, é que qual é o grande argumento para vir a regulamentação? É que as empresas não tinham um cálculo técnico para precificar os produtos (...) chegava um plano e falava vou cobrar X reais, e deveria ter uma precificação, nota técnica, cálculo atuarial tudo isso, só que os reajustes que a ANS concedeu, foi tudo também na base do chute, porque o ministério da fazenda vem e

fala não pode dar um reajuste acima de tantos, a inflação e tal, então aquilo que era para ser técnico deixou de ser técnico, e passou a ser político.

COOPERATIVAS: a questão de pontos positivos e pontos negativos, os pontos positivos, hoje pelo menos você tem a agência, que tem informações do segmento de saúde suplementar, que antes ninguém tinha, a gente tem das cooperativas, Abramge tem da medicina de grupo, a Fenaseg tem das seguradoras, mas você não tinha um quadro do segmento de saúde suplementar no Brasil e hoje a ANS tem.

COOPERATIVAS: hoje uma empresa ela fala assim eu quero dar um plano de saúde para os meus funcionários, mas não tenho condições de dar um plano Top, ou ela dá aquilo que a legislação permite, ou ela não pode dar absolutamente nada, então se hoje uma empresa ela fala assim eu não consigo dar um plano que cubra consultas e exames, e um mínimo de plano ambulatorial, mas eu queria dar só consulta, exame sabe depois tem aqui SUS que funciona bem, mas a consulta, eu quero dar um plano só de consultas, porque o mínimo que é um plano ambulatorial, tem que ter consultas e exames, se ela quiser dar um plano hospitalar, olha as questões de alto risco, por exemplo uma cirurgia cardíaca, e tal, eu não quero porque aí vai ficar muito caro, também não pode, certo então ou dá tudo aquilo, ou não dá absolutamente nada, então eu acho que isso daí foi um retrocesso principalmente em relação ao plano empresarial.

COMPRADORES: em todas as reuniões na ANS eu dizia o seguinte:- Olha, é preciso que a gente construa pontes entre um presente insustentável e o futuro possível. Nós não estamos construindo essas pontes, nós estamos tirando o oxigênio que seria a sobrevivência para mudança de uma cultura (...) Vamos fazer o dever de casa, eu também não estou querendo dizer que os atores irão se conscientizar de um dia para o outro que precisam ser mais eficientes (...) eu questiono a intensidade com que as coisas foram feitas.

COMPRADORES: a regulamentação aí eu acho que ela é válida naquilo que envolve moralização, naquilo que envolve definição técnica, naquilo que envolve sistema de informações, naquilo que envolve epidemiologia; eu acho que isso é importante porquê?, porque dificilmente os atores vão se juntar para fazer isso.

COMPRADORES: as operadoras deveriam ser um pouco como secretarias de saúde, muito mais do que apenas olhar a economia, acho que a economia para elas virá da boa assistência e não a economia pela economia, tanto é que não veio até hoje.

COMPRADORES: minha crítica [aos programas de prevenção da ANS] aqui não é nem às ações de divulgação dessa intervenção, etc., não é isso, é como se isso fosse tenho problemas logo tenho melhor situação econômica e preciso minhas reservas técnicas, mas a própria a prevenção vai me gerar uma solidez econômica maior. Eu acho que é um pouco misturar as coisas e às vezes acho que é isso porque ela [ANS] percebe o que foi feito lá atrás não vai ser cumprido jamais, independentemente de ela mudar sua própria estratégia ou dela ser muito firme e dizer:- “Vou fechar a operadora”. O que foi fechado? Apenas quem não mandou cadastro.

COMPRADORES: falta é ter uma total transparência de por a realidade econômica do setor e garantir o equilíbrio econômico da cadeia ou contribuir para o equilíbrio da cadeia.

COMPRADORES: [A ANS vai atingir sua missão?] ela pode vir a chegar. Exemplificadamente, você tem um avião que pega uma direção mas você não tem um painel de instrumentos completo pra saber se você tá chegando lá ou não. Ela está criando mais indicadores no painel para poder chegar lá? Acho que está. Ela vai chegar lá a tempo?

COMPRADORES: O que tem que ser feito? A primeira coisa que eu faria seria entender a realidade econômica de fato, não aquela que eu quero mostrar (...) Segundo, eu defenderia o fomento desse segmento, porque todo setor, toda atividade econômica precisa crescer senão ela morre e ainda, se você crescer, você desonera o SUS. O incentivo econômico, o incentivo fiscal que nós como cadeia temos, é de três bilhões de reais. Se nós não

existíssemos, o SUS ia gastar aquilo que nós gastamos, mas nada como se fosse tão eficiente como.

COMPRADORES: a gente mistura pelo fato do SUS não funcionar com obrigação de que a saúde privada tem que dar tudo; o risco SUS é o que eu penso, porque não pode ter? Porque hábito de vida não pode ser levado em consideração na hora que você precificar plano? Eu defendo isso há anos, seguro de vida faz isso, gente, seguro de vida. Porque não? Estou falando de hábitos de vida, eu não estou falando de questões congênitas, genéticas; hábitos de vida – eu escolhi fumar, eu escolhi ser sedentário, eu escolhi ser obeso, eu escolhi ser advogado (...) Deveria poder escolher a melhor cobertura ou permitir a precificação diferenciada por conta das escolhas feitas.

GESTORES: eu acredito no conceito também, eu compartilho do diagnóstico e das considerações feitas pela CPI dos Planos de Saúde em relação à atuação da ANS (...) eu acho que um dos pontos de vista da CPI com a qual o CNS comunga é em relação à atuação na ANS, basicamente chama a atenção de assuntos não regulados, como por exemplo a relação com os prestadores, a relação com o SUS, a aponta problemas mesmo de das próprias regras em vigor, e a edição de regras que hoje pioraram a questão de exclusão de coberturas (...) essa própria situação de é uma agência que trata basicamente de 30% do mercado, uma vez que os planos coletivos não recebem da regulação da agência a mesma atenção, ou a atenção à altura da dimensão que é este segmento, que é como se esse segmento não tivesse problemas, então isso é uma situação séria, como pode uma agência pra regular 20% do mercado? Toda essa tentativa frustrada de não conseguir adequar os contratos antigos, é um grande problema, em que pese a migração da adaptação (...) como se pode a esta altura conviver com atos tão excludentes tão cheios de problemas para o consumidor, que a agência se mostrou neste ponto inoperante e ineficaz, a performance arrecadatória péssima da agência, não só com relação às multas aplicadas em cima de infração, mas também ressarcimento ao SUS, fato que não se viabilizou (...) tem uma outra infinidade de problemas, que demonstram que a ANS ela ainda carece de mostrar a que veio, e aí uma avaliação pessoal minha acho que também são várias agências dentro de uma, uma agência que sequer tem um sistema único de informação, e grave, mais recentemente uma agência com uma composição que serviu como espaço para correligionário, espaço para barganhas políticas, então uma composição bastante difícil.

CONSUMIDORES: falta transparência (...) o que eu posso dizer, tentando ver alguma coisa de positivo, eu acho que em algum nível, muito longe do que nós achamos adequado, existe algum acompanhamento, tem um pouco mais de dados desse setor. Acho que ainda é muito insuficiente e isso não é disponibilizado, então é muito grave, é muito ruim; mas pensando assim, se antes não tinha nenhuma vaga noção de quantas operadoras atuam no país, eu acho que existe alguns dados, um pouco mais de dados, mas isso não é bem aproveitado, porque o que a Agência faz com esses dados, nem disponibiliza e nem atua adequadamente.

CONSUMIDORES: algumas questões que não eram tratadas, então mobilidade do consumidor como uma coisa muito forte, muito importante porque hoje a Agência é tão preocupada com a situação econômico/financeira, com o mercado, com o equilíbrio, com a parte financeira e não pensa em concorrência de mercado, não existe concorrência, quer dizer, como que pode se pensar numa evolução, num mercado, só ficar olhando para o mercado, operadoras assim como mercado, e não pensar numa possibilidade de viabilizar concorrência é uma coisa muito incompreensível. Então tinha algumas pautas assim: tinha questão de contratualização, questão de descredenciamento, algumas regras para descredenciamento, então tem muitas lacunas.

USUÁRIOS: Nesse aspecto, ela [a agência] está funcionando legal, quer dizer, as regras estão mais ou menos claras, eu acho que as regras ainda são muito pouco favoráveis ao usuário, ela dá muito mais facilidades aos operadores (...) eu acho que como regulação ela está nesse aspecto ela está legal; tem uma outra briguinha aqui, uma outra coisa mais

difícil, mas você entra na Agência, meu caro, em 24 horas você tem resposta, independente de quem entra, se é uma entidade mais ou menos forte (...) quer dizer, nesse aspecto e acho que esse papel é importante, acho que tem que ter, acho que isso tem que funcionar, fazer as regras valerem (...) Acho que do ponto de vista conceitual mais amplo não, porque eu acho que inclusive não seria ela mesmo que devia fazer.

AGÊNCIA: na questão da proteção do consumidor, o que fere a proteção do consumidor (...) outro ponto, é o aperfeiçoamento dessa legislação do ponto de vista técnico, porque quando houve o fórum de saúde suplementar e a CPI, nós nos reunimos os 5 diretores e começamos a discutir os pontos que gostaríamos que fossem aperfeiçoados, no que se refere a questões assistenciais, financeiros e do modelo mesmo, mas isso, por mil razões se perdeu essa discussão, eu acho que é importantíssimo que neste momento volte essa discussão (...) então eu acho que tem que haver um consenso e uma maturidade dos atores envolvidos estarem novamente discutindo, porque é um mercado em que todos os stakeholders, como se diz estão muito insatisfeitos.

AGÊNCIA: ainda que a gente ouça em relação aos Consumidores que estas são ainda as questões mais reclamadas, elas não são, porque os serviços públicos ultrapassaram, e você pode pegar números absolutos, a gente verifica que caiu muito depois da regulamentação e com a criação da agência, eles não querem olhar pra isso, eles querem continuar batendo, mas em números absolutos, a gente tem como demonstrar isso.

AGÊNCIA: tem alguns pontinhos na lei propriamente dita, que ferem o Código de Defesa do Consumidor, e na regulamentação elaborada pela ANS tem vários pontos que ferem o CDC (...) exemplo: a não entrega de contrato para o consumidor coletivo, ele só tem que dar só para o contratante, ele não dá para os consumidores (..) na regulamentação inúmeros pontos, a institucionalização de revisão técnica - não pode haver alteração unilateral do contrato, é um instituto que é previsto na regulamentação para quando as empresas tiverem problemas econômico-financeiros esses problemas de alguma forma sejam repassados pros consumidores, e esse direito não se dá ao consumidor que quando ela tem lucro ela não passa os bônus para os consumidores? Esses pontos são negativos e devem ser aperfeiçoados, a questão do reajuste na lei ainda, dos reajustes dos planos coletivos, a ANS não tem como determinar o índice dos planos coletivos, somente dos planos individuais, então estas questões no que se refere ao problema do CDC.

AGÊNCIA: Nas questões econômico-financeiras, o que a gente sabe que não deu muito certo, até hoje não se conseguiu foi a questão da alienação destas carteiras, quando a empresa não tem condições de estar no mercado, fracassam os leilões, é porque não há interesse, é porque o segmento muito complexo, porque na hora que uma empresa quebra, só sobram justamente as pessoas doentes e idosos, então não há interesse pela compra destas carteiras, então mecanismos que devem ser aperfeiçoados.

AGÊNCIA: há mais avanços do que problemas (...) a questão do recém-nascido, a questão de não limitação da internação, consultas, exames, isto é importantíssimo, porque antigamente os contratos tinham estas limitações, a prática da definição das faixas etárias percentual, entre a maior e a menor ser 6 vezes, antigamente chegava a 30 vezes, enfim, era livre (...) com a criação da agência, os índices diminuíram nos órgãos de defesa do consumidor.

AGÊNCIA: Nessas discussões que a gente estava fazendo do aperfeiçoamento, acho que houve consenso dos 5 diretores da época, dos prestadores não entrarem, já que a agência mal dava conta de 2 mil operadoras, quanto mais a gente ia dar conta de 10 mil prestadores (...) eu acho que a relação operadora – prestador é uma relação que eles conseguem dialogar, prestador é alguém que ele é vulnerável nessa relação, mas é menos vulnerável que o consumidor (...), nós defendemos a questão da contratualização dos prestadores, mas não regulação (...) mas eu acho que as informações que os hospitais devem nos dar, eles devem nos dar, inclusive há uma sanção para isso, na medida em que eles tem que dar

essas informações, porque é importante para o segmento, que a gente está regulando este segmento, mas a gente regular, eu pessoalmente sou contra, acho que não é necessário.

AGÊNCIA: a questão do futuro de estar desregulando, só há necessidade de regulação onde haja falha de mercado, e na medida em que ela for resolvida, vai se desregulando, isso não é pra hoje, ou para amanhã, mas ela num prazo com certeza.

AGÊNCIA: [incorporação tecnológica] Olha, é outro problema pertinente esta análise, é muito difícil neste momento ainda, porque é um mercado que é muito desigual e cresceu de uma forma completamente diferenciada, então por exemplo, pra ter este equilíbrio ele tem que estar minimamente organizado, ele tem que estar de acordo com as regras vigentes, e ele tem que ter lucro, porque num regime capitalista, agora ele tem que ter a consciência de que quando ele tiver prejuízo, ou o lucro, ele não pode repassar para o consumidor.

AGÊNCIA: (...) eu acho assim, que tem que comemorar não só na questão da agência, da legislação, mas também do comportamento destas empresas [operadoras] (...) eu percebo que elas estão preocupadas, e agora principalmente na questão dos termos de compromisso, a gente percebe que mesmo as que não assinaram, estão preocupadas, elas estão vendo, que se elas não respeitarem, o judiciário está aí para contradizê-las (...) esta havendo uma melhora, eu vejo claramente isso, eu não tenho dúvidas de que tem que haver um aperfeiçoamento.

AGÊNCIA: [sobre a regulação do prestador] não, não regula por que não está na legislação, então o próximo passo do processo de discussão da regulação é começar a agir no prestador de serviços por via indireta, o que nós fizemos? (...) Nós começamos a exigir a contratualização, a regulação privada aonde eu dava regras gerais com alguma proteção, mas até os sistemas de informação tiveram uma maturação complicada, porque eu não tinha como exigir do hospital, do laboratório, a agência exigia da operadora que exigia do seu prestador (...) e esse papel duplicado do prestador você, esse jogo, é feito com muita habilidade, aqui tem um poder pequeno de regulação, todos os enfrentamentos aqui foram difíceis, mais do que das operadoras.

AGÊNCIA: O grande desafio, a grande agenda a ser cumprida é a da conectividade da obrigação da conectividade, esse é um pape que eu tenho cobrado da atual agência, a agência por exemplo, ela entrou numa discussão de melhoria de qualidade que é excelente, tem todo um papel, mas essa da conectividade obrigatória acho que avançou menos do que poderia (...) são 35 milhões de usuários, eu tem que garantir a discussão da conectividade tem que estar num outro lugar.

AGÊNCIA: nós tínhamos que estar avançando muito mais começando a induzir o mercado, então as lacunas, assim pontuando rapidamente, você tem a lacuna da conectividade, que tinha que estar muito mais apertada do que está hoje, você tem a lacuna da mobilidade, a mobilidade só discutiu, nós tínhamos que ter sido mais ousados na criação de um portabilidade, o termo técnico formal não é portabilidade, mas na realidade estou falando de uma portabilidade, e nós tínhamos que ter avançado na assistência farmacêutica, esses são três campos da regulação que já deveriam estar mais avançados do que estão, o que não significa que não houve avanço, houve, mas esses são campos onde a regulação poderia estar mais acelerada.

AGÊNCIA: o sucesso: hoje você tem conhecimento do sistema de regulação, na base da regulação, qual é o conhecimento, então hoje teria como avançar na regulação mais específica, hoje você conhece as operadoras, os prestadores, os usuários, então você trouxe isso para um ambiente onde a informação está disponível e você de alguma forma transforma essa informação em regulação, segundo, você um criou um patamar, você saiu da discussão jurídica do atendimento ao consumidor, você reconheceu o direito do consumidor à uma atenção integral e deu isso como uma realidade do mercado, (...) isso encareceu a média? Encareceu, mas tende a reduzir a médio prazo e você tem que ter outras ações, você acabou com a selvageria, a selvageria real como prática sistemática (...) você criou um arcabouço regulatório que progressivamente além de estar protegendo o

usuário de plano privado de assistência à saúde, está dando regulação de qualidade econômico-financeira ao mercado produtor e ao mercado organizador do sistema, ele ao mesmo tempo está pautando o SUS, progressivamente ele está pautando o SUS, porque ele começa a levantar questões, em que o discurso sanitário está sendo apropriado pelo setor privado, o discurso da atenção básica, da promoção, da prevenção, isso está sendo apropriado pela iniciativa privada através das obrigações do setor de regulação (...) então agora você começa a entrar no ganho de qualidade do setor, as operadoras começam a se preocupar em fazer prevenção, a fazer conta, que fornecer o medicamento pode ser mais barato lá na frente (...) esta pauta é uma pauta que começa a interferir no público, e em algum momento vão ter que se cruzar, e o Ministério da Saúde foge dessa discussão, foge da discussão dos prestadores, mas só não estou falando só do ministério deste governo, estou falando do ministério institucionalmente ele se afasta da discussão, mais ele mais dia menos dia vai ter que entrar, o rol de procedimentos mais dia menos dia vai para o SUS, porque dizer que o SUS é integral e universal é um contra-senso.

AGÊNCIA: [lacunas] a questão do monitoramento do econômico financeiro ainda tem a precariedade, a uma discussão ainda sobre portabilidade, a idéia de migração de carteiras, mais as diferenças entre planos não permite isso então a idéia de fazer uma certa equiparação entre planos para permitir isso é o desafio para ANS, e a adequação do marco regulatório propriamente dito, a idéia do que pode, a idéia de alcançar o prestador, que as vezes a idéia do prestador às vezes não, o prestador gosta da ANS com a ANS pode ser uma mão na negociação com as operadoras e mas de ser chamada a responsabilidade, então essas são algumas lacunas que esta se tentando discutir dentro desse aspecto.

AGÊNCIA: a ANS começa a discutir com o ministério e outras entidades a questão da incorporação tecnológica, a isso vai incomodar esse setor, a idéia de discutir o modelo assistencial, idéia de se discutir abusos da tecnologia, é um campo que ainda estamos de engatinhando mais é um campo em que a ANS pretende atuar sobre até porque ela tem um impacto enorme, ainda que não seja um campo da ANS, mas ANS é atingida por essa questão, por isso está num esforço conjunto com a Anvisa e com o MS, numa discussão para trabalhar com políticas de incorporação tecnológica.

GOVERNO: tenho poucos instrumentos para avaliar o histórico da agência, posso avaliar o período desta participação, tem um componente que é fortemente marcado pela atual direção, que é de buscar a estabilidade do setor e sua sustentabilidade, é neste campo entendo que o desempenho é relevante e tem buscado interagir, buscado mecanismos através das normatizações, através dos instrumentos regulatórios, criar condições para que as empresas, as operadoras tenham de fato capacidade de garantir a prestação de serviços que os usuários ou vão buscar através de planos de saúde, então eu acho isto extremamente relevante (...) um dos aspectos que sustenta isto que eu acho extremamente relevante é a metodologia de avaliação que ela fez com o setor [qualificação] que vem acompanhando o setor através de indicadores não somente econômicos, mas também de parâmetros assistenciais de qualidade da atenção prestada por estas operadoras (...) então um aspecto que eu acho extremamente relevante, tem dados e alguns indicadores, que mostram que esta mudança de enfoque da avaliação, ou seja também pela sustentabilidade, mas também pela qualidade da assistência prestada eu considero um grande avanço e isto obviamente trás um conjunto de situações que vão sendo tensionadas por este processo, dada a característica, por exemplo na câmara da composição, deste processo de avaliação, ele conflita com os interesses das operadoras, com os da rede prestadora, com o dos profissionais, então é um conjunto de interesses cuja mediação, ou seja, a atuação da agência que o faz, tem uma grande dificuldade de conciliar, porque são interesses econômicos distintos e envolvimento de um ponto da avaliação que ela coloca que é a qualidade da assistência, então eu acho que este é um ponto extremamente positivo, desde a agência na mudança do perfil da regulamentação, da revisão da lei e de todos os processos que ainda estão em discussão, por que há questões no Supremo, mas eu avalio como positivo este componente que passou a avaliar associadamente à sustentabilidade

econômica, a interface da qualidade assistencial, que é onde se aproxima da relação com a assistência pública, e assim tenta se trabalhar alguns indicadores que sejam comuns aos dois sistemas.

GOVERNO: A oportunidade, que como membro da câmara e não do setor, eu avalio que existem alguns componentes deste processo que falta uma decisão a ser tomada que é, feita uma grande avaliação de dois anos deste processo de qualificação, como divulgar tais dados, e este é uma grande conflito inclusive com uma ação no Supremo que parece que a agência já superou e pode divulgar tais dados, o momento, a oportunidade e a forma de fazer esta divulgação por que ela tem um caráter, além de estabelecer um padrão de empresa, uma forma de orientar o usuário sobre a característica desta ou daquela empresa, facilitar a sua opção por uma operadora ou outra, quando desta possibilidade, então da avaliação agora é como fazer a sociedade perceber a contribuição de fato, isto é desafio, mesmo por que o governo ainda não sabe ao certo o mecanismo de fazer, tem a decisão de fazer, mas o tempo e a forma de fazer ainda não está tomada, isto é o diferencial da atuação regulatória, avaliação feita, como a sociedade interpreta a avaliação de um setor de economia e que tem uma interface com assistência tão relevante.