

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Ivo Aurelio Lima Junior

Regulação assistencial da saúde suplementar no Brasil: contexto, características e propostas de mudança

Rio de Janeiro

2021

Ivo Aurelio Lima Junior

Regulação assistencial da saúde suplementar no Brasil: contexto, características e propostas de mudança

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

Orientadora: Profa. Dra. Cristiani Vieira Machado.

Coorientadora: Profa. Dra. Sheyla Maria Lemos Lima.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Government regulation of private health insurance care model in Brazil: context, characteristics and proposals for change.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

L732r Lima Junior, Ivo Aurelio.
Regulação assistencial da saúde suplementar no Brasil: contexto, características e propostas de mudança / Ivo Aurelio Lima Junior. — 2021.
163 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientadora: Cristiani Vieira Machado.
Coorientadora: Sheyla Maria Lemos Lima.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Parcerias Público-Privadas. 2. Saúde Suplementar. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Regulação e Fiscalização em Saúde. 5. Brasil.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.104250981

Ivo Aurelio Lima Junior

Regulação assistencial da saúde suplementar no Brasil: contexto, características e propostas de mudança

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

Aprovada em: 30 de novembro de 2021.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Cecília de Sá Campello Faveret
Agência Nacional de Saúde Suplementar

Prof. Dr. Fausto Pereira dos Santos
Fundação Oswaldo Cruz - Minas Gerais

Profa. Dra. Luciana Dias de Lima
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof. Dr. Assis Mafort
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Profa. Dra. Sheyla Maria Lemos Lima (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Profa. Dra. Cristiani Vieira Machado (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2021

Em memória de todos os brasileiros e brasileiras que perderam a vida na pandemia de covid-19, sobretudo, dos profissionais de saúde. Jamais serão esquecidos!

Dedico esta tese à minha família, amigos e amigas e a todos que persistem na produção científica brasileira em tempos tão sombrios.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pela presença e apoio incondicionais em todos os momentos e, especialmente, à minha mãe por ser a grande inspiração para a carreira e prática docente que tenho construído.

À Laiz, minha companheira de vida, e nossa amada Simone, por todo o estímulo, carinho, cuidado e suporte durante a elaboração desta tese. O sucesso é o nosso destino!

Ao meu sogro, Cláudio Carneiro, pela crítica e minuciosa revisão desta tese.

Aos amigos e amigas, em especial, Lídia, Marina, Everson, Camille, Rebeca e Gabi, solidários em todos os momentos.

Aos resilientes “lanterninhas” do doutorado, Silvana, Natália, Gilney, Sebastián, Aline, Léo, Denize e Gabriela, nossos encontros presenciais e virtuais foram fundamentais para que eu pudesse concluir esta tese.

Às professoras Cristiani Vieira Machado e Sheyla Maria Lemos Lima pela amorosidade e enorme empenho em me orientar ao longo de todo o processo da pesquisa.

Ao Professor Fausto dos Santos pela valiosa contribuição na definição do objeto de pesquisa desta tese e compromisso com a construção de uma agenda positiva para saúde suplementar na relação com o SUS por meio da regulação assistencial.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/Fiocruz.

Aos trabalhadores e trabalhadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em especial, à Ana Faveret.

Vivo, tomo partido. Por isso odeio quem não o faz, odeio os indiferentes (Gramsci, 2020: 33).

RESUMO

Nas últimas décadas, houve mudanças nas relações entre Estado, mercados e a sociedade, que repercutiram nos sistemas de saúde dos diferentes países, incluindo a ampliação do setor privado na provisão de serviços sociais. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) coexiste e interage com um mercado de planos e seguros privados de saúde segmentado e dinâmico, que já vinha se expandindo há décadas, subsidiado pelo Estado e sob escassa regulação estatal. A partir do final dos anos 1990 se registram alterações mais expressivas no marco regulatório do setor. A regulação assistencial é uma das dimensões da regulação estatal que têm importância para a cobertura, o acesso, o escopo e a qualidade da atenção aos beneficiários de planos e seguros de saúde, além de implicações para o SUS. O estudo teve o objetivo geral de analisar o contexto, as características e as propostas de mudanças para a regulação assistencial do setor de saúde suplementar brasileiro no período entre 2000 e 2018. A pesquisa utilizou fontes secundárias, com destaque para documentos oficiais e publicações das empresas do setor, revisão bibliográfica e análise de dados secundários. Observou-se que a Lei 9.656 de 1998 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar em 2000 conferiram uma nova institucionalidade para a regulação do setor nas décadas seguintes. A análise da trajetória da regulação assistencial pela ANS revelou continuidades importantes, registrando-se esforços de preservar as estratégias implementadas e propor novas iniciativas. As principais estratégias de regulação assistencial do período foram: a definição e ampliações sucessivas do rol de procedimentos e eventos em saúde; a definição de regras sobre a segmentação assistencial dos planos; iniciativas de promoção da saúde, prevenção de doenças e qualificação da assistência. Durante o período, diferentes atores buscaram influenciar as políticas referentes ao setor, com tensões entre propostas de expansão ou de redução da regulação estatal. A análise de projetos legislativos apresentados mostrou que, apesar dos interesses em disputa, não houve ruptura com o modelo de regulação baseado na Lei 9.656 e na atuação da ANS, com predomínio de mudanças incrementais. A proposta de planos de saúde de baixo custo pelo Ministério da Saúde em 2017-2018 representou uma ameaça, ainda que não tenha se concretizado. Porém, a manutenção de fortes subsídios estatais, as mudanças legais sobre o capital estrangeiro na saúde, o crescimento e o dinamismo do setor, alertam que as estratégias do empresariado têm sido bem sucedidas e que persistem desafios na regulação estatal dos mercados em saúde para que o SUS se consolide como um sistema universal, e a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Palavras-chave: Relações público-privadas em saúde, Saúde Suplementar, Sistema Único de Saúde/SUS, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Regulação assistencial.

ABSTRACT

In recent decades, there have been changes in the relationship between the State, markets, and society, which had repercussions on the health systems of different countries, including the expansion of the private sector in the provision of social services. In Brazil, the Sistema Único de Saúde (SUS) coexists and interacts with a segmented and dynamic private health insurance market, which has been expanding for decades, subsidized by the State and under scarce regulation. From the end of the 1990s onwards, more expressive changes were registered in the regulatory framework. Healthcare regulation is one of the dimensions of State regulation that are important for coverage, access, scope, and quality of care for clients of health insurance companies, in addition to implications for the SUS. The study had the general objective of analyzing the context, characteristics, and proposals for changes to the care regulation of the Brazilian private health insurance in the period between 2000 and 2018. The research was based on secondary sources, with emphasis on the analysis of official documents and publications of companies, in addition to a literature review and secondary data analysis. It was observed that Law 9.656 of 1998 and the creation of the Agência Nacional de Saúde Suplementar in 2000 provided a new institutional framework for the regulation of the market in the following decades. The analysis of the trajectory of care regulation by the ANS revealed important continuities, registering efforts to preserve the implemented strategies and propose new initiatives. The main care regulation strategies in the period were: the definition and successive expansion of the list of health procedures and events; the definition of rules on the assistance segmentation; Health Promotion, disease prevention and care qualification initiatives. During the period, different actors sought to influence policies related to the sector, with tensions between proposals for expansion or reduction of State regulation. The analysis of legislative projects presented showed that, despite the interests in dispute, there was no rupture with the regulatory model based on Law 9,656 and on the performance of the ANS, with a predominance of incremental changes. The proposal for low-cost health plans by the Ministry of Health in 2017-2018 represented a threat, although it did not materialize. However, the maintenance of strong state subsidies, legal changes on foreign capital in health, the growth and dynamism of the sector, warn that business strategies have been successful and that challenges persist in the state regulation of health markets so that the SUS is consolidated as a universal system, and health as a right for all and a duty of the State.

Keywords: Public-Private Relations, Supplementary Private Health Insurance, Brazilian Health System (SUS), ANS, Care Model Regulation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abramge	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AMB	Associação Médica Brasileira
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
Anatel	Agência Nacional de Telecomunicações
Aneel	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAMSS	Câmara de Saúde Suplementar
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAS	Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID-10	Código Internacional de Doenças
CNSaúde Serviços	Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
Desas	Departamento de Saúde Suplementar

DICOL	Diretoria Colegiada da ANS
Dides	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
Difis	Diretoria de Fiscalização
Diges	Diretoria de Gestão
Diope	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
Dipro	Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EUA	Estados Unidos da América
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
Fenasaúde	Federação Nacional de Saúde Suplementar
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GT	Grupo de Trabalho
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MARE	Ministério da Administração federal e Reforma do Estado
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
NIP	Notificação de Intermediação Preliminar

OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PL	Projeto de Lei
PPA	Plano de Pronta-Ação
PQO	Programa de Qualificação das Operadoras
Procon	Grupo Executivo de Proteção ao Consumidor
QPAP	Programa da Qualidade e Participação na Administração Pública
Qualiss	Programa de Monitoramento da Qualidade Assistencial
RDC	Resoluções da Diretoria Colegiada
RN	Resoluções Normativas
Sicon	Sistema de Informações do Congresso Nacional
SIP	Sistema de Informação de Produtos
SNDC	Sistema Nacional de Defesa do Consumidor
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
Susep	Superintendência de Seguros Privados
TISS	Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar
Unidas	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UNIMED	Confederação Nacional das Cooperativas Médicas

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1. Número de operadoras de saúde ativas por modalidade e período de registro na ANS. Brasil, 2019.....	37
Gráfico 2. Operadoras de planos de saúde em atividade no Brasil, 2000-2020.....	38
Gráfico 3. Distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica por operadoras.	39
Gráfico 4. Beneficiários dos planos de assistência médica por modalidade. Brasil, 2020.	42
Gráfico 5. Distribuição das operadoras de planos privados de saúde por região da sede. Brasil, 2021.	43
Gráfico 6. Número das operadoras de planos privados de saúde por UF da sede. Brasil, 2020.	43
Gráfico 7. Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano. Brasil, 2000 – 2020.	44
Gráfico 8. Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (2000-2021).	45
Gráfico 9. Evolução do número de beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano. Brasil, 2000-2021.	46
Gráfico 10. Taxa de cobertura dos planos privados de assistência à saúde por unidades da federação. Brasil, 2000-2021.	47
Gráfico 11. Distribuição percentual de reclamações por tema da demanda (Brasil - janeiro-setembro/2019 e janeiro-setembro/2020)	47
Quadro 1. Atuação da ANS por gestão de diretores presidentes, de 2000 a 2018.	87
Quadro 2. Principais normativas relacionadas ao rol de procedimentos e eventos em saúde e seus objetos.	93
Quadro 3. Principais normativas relacionadas à segmentação e seus objetos.	96
Quadro 4. Principais leis e normas relacionadas a iniciativas de promoção à saúde, prevenção das doenças e qualificação da assistência prestada.	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Operadoras de planos privados de saúde em atividade no Brasil (2020).	35
Tabela 2. Receitas e despesas de todas as operadoras, por tipo. Brasil, 2º. trimestre de 2010 - 2º. trimestre de 2021.....	40
Tabela 3.Receitas e despesas, por tipo, segundo a modalidade da operadora. Brasil, 2020.	41
Tabela 4.Demandas NIP assistenciais e Índice de Resolutividade (Brasil - 2009-2020).48	
Tabela 5.IDSS por porte da operadora de planos de saúde para o ano base de 2017 (ANS, 2018).	101
Tabela 6.IDSS das dez maiores operadoras de planos de saúde para o ano base de 2017 (ANS, 2018).....	101
Tabela 7.Proposições sobre planos de saúde aprovadas no período entre 2000 e 2018.112	

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO E CAMINHOS DA PESQUISA. .	24
2.1. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	24
2.2 EIXOS DE ANÁLISE E TÉCNICAS DE PESQUISA	32
3. CARACTERIZAÇÃO E PANORAMA DO SETOR DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR NO BRASIL.....	35
3.1 OPERADORAS E PLANOS	35
3.2 BENEFICIÁRIOS	44
4. A ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR NO PAÍS: TRAJETÓRIA E PRIMEIRAS TENTATIVAS DE REGULAÇÃO.....	49
4.1 O CONTEXTO DE FORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR NO BRASIL.....	49
4.2 ANTECEDENTES DA REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR NO BRASIL.....	56
5. A CONSTRUÇÃO DA INSTITUCIONALIDADE REGULATÓRIA: A LEI DOS PLANOS DE SAÚDE DE 1998 E A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).....	61
5.1 A LEI 9.656 DE 1998 – LEI DOS PLANOS DE SAÚDE	61
5.2 O CONTEXTO DE CRIAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)	64
5.3 A CONFIGURAÇÃO DA ANS E SUA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL.....	69
6. A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL PELA ANS (2000-2018)	76
6.1 MOMENTOS DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR SEGUNDO AS GESTÕES DA ANS.....	76
6.1.1 2000-2003: Estruturação inicial da Agência e as bases para regulação assistencial.	76

6.1.2 2004-2010: Fortalecimento dos sanitaristas na ANS e a ênfase na regulação para transformação do modelo de assistência à saúde.....	77
6.1.3 2010-2012: Mudanças na configuração política da agência e manutenção do direcionamento mais geral das ações regulatórias.	80
6.1.4 2013-2014: Mudanças na diretoria colegiada e aprimoramento de medidas anteriores de regulação assistencial.	83
6.1.5 2015-2017: Um novo arranjo para o jogo político da ANS e continuidades na regulação assistencial.	84
6.2 PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	92
6.2.1 Rol de procedimentos e eventos em saúde e cobertura assistencial.....	92
6.2.2 Segmentação Assistencial.....	96
6.2.3 Iniciativas de promoção à saúde, prevenção das doenças e qualificação da assistência	98
7. PROPOSTAS DE REFORMAS NA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR: INICIATIVAS DO LEGISLATIVO E DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	105
7.1 ATORES ENVOLVIDOS NA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E SUAS PRINCIPAIS DEMANDAS	106
7.1.1 Atores estatais	106
7.1.2 Atores não-estatais.....	108
7.2 INICIATIVAS LEGISLATIVAS PARA MUDANÇAS NA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	111
7.3 A PROPOSTA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CRIAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE ACESSÍVEL.....	115
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
REFERÊNCIAS	123

APÊNDICE A - Principais propostas de alteração do marco regulatório da saúde suplementar em tramitação no congresso nacional (2000-2018).....	130
--	------------

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, ocorreram transformações nas sociedades e economias globais capazes de produzir novos riscos sociais a que os indivíduos e grupos são submetidos conforme a organização da vida social que experienciam. Mudanças no mercado de trabalho, demografia e composição das famílias interagiram para conformar uma situação que evidencia as dificuldades do Estado de bem-estar, idealizado para responder a um conjunto distinto de riscos, agir de maneira adequada diante destas novas necessidades (Kerstenetzky, 2016).

As mudanças na estrutura social foram acompanhadas por modificações nas relações entre Estado, mercado e sociedade com repercussões importantes para a relação entre Estado e cidadania. Uma das principais foi a incorporação de mecanismos de mercado no setor público, que passou a incluir serviços financiados direta ou indiretamente pelo Estado, mas providos por organizações privadas. Ainda que haja diferenças significativas entre os países, a presença do setor privado nas atividades públicas tem se ampliado, sobretudo, na prestação de serviços sociais com o respaldo dos Estados e estímulo de organismos internacionais como Banco Interamericano do Desenvolvimento, Banco Mundial e Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (Grau, 2013).

Além disso, como resposta à crise capitalista de produção ocorrida entre as décadas de 1970 e 1980, os mercados estadunidenses passaram a enxergar possibilidades de lucro na exploração dos fundos públicos (*tax pools*) que financiam os serviços prestados às populações por sistemas de saúde e seguridade social. Desta maneira, a abertura dos serviços de saúde ao livre comércio passa a compor um movimento global em que se torna mais uma *commodity* negociável com o mínimo de regulamentações ou restrições impostas por governos, cuja expansão depende da abertura de novos mercados ainda controlados pelo setor público: o europeu, de alguns países asiáticos e latino-americanos (Filippon, 2015).

Cada vez mais as configurações dos sistemas de saúde têm se afastado dos modelos classicamente estabelecidos: sistema nacional de saúde, seguro social e liberal. Em alguma medida, todos apresentam elementos privados e estatais combinados conforme o processo histórico e social de sua construção (Saltman, 2003). Para melhor compreensão sobre a inserção

dos seguros privados nos sistemas de saúde, a OCDE desenvolveu um sistema de classificação que os conceitua em suplementar, substitutivo, complementar ou primário de acordo com sua cobertura de serviços (Santos et al, 2008).

O seguro privado do tipo suplementar é caracterizado pela duplicação de cobertura em relação aos serviços oferecidos por sistemas públicos universais ou seguros sociais compulsórios e está presente em países como Portugal, Espanha, Reino Unido e Itália. O seguro pode ser considerado substitutivo quando existe a necessidade de os indivíduos optarem pela cobertura pública ou privada. Esta modalidade está presente na Alemanha, Holanda, Bélgica e Chile (Santos et al, 2008).

Na França, os seguros têm a finalidade de garantir copagamentos por serviços parcialmente cobertos pelo sistema de saúde. Assim, quando tem o objetivo de adicionar itens cobertos parcialmente ou não cobertos pelo sistema estatutário, o seguro privado pode ser caracterizado como complementar. Em países como os Estados Unidos da América, onde o seguro privado é a principal forma de cobertura populacional, este é considerado primário (Santos et al, 2008).

Em um contexto em que os riscos sociais decorrentes das transformações sociais e econômicas do capitalismo pós-industrial sobrepõem-se àqueles associados ao subdesenvolvimento, a maioria dos países latino-americanos tem empregado com diferentes intensidades mecanismos de mercado para a provisão de serviços públicos em setores fundamentais para a cidadania social, como educação e saúde. São exemplos a adoção de um sistema de vouchers para a educação primária ainda na década de 1980 pelo Chile e o sistema de saúde colombiano que, inspirado no pluralismo estruturado, estabelece participação público-privada no asseguramento e provisão de serviços de saúde em um mercado regulado onde a população se afilia às Empresas Promotoras de Salud (Grau, 2013; ISAGS, 2012; Kerstenetzky, 2016).

Na América Latina, predominam sistemas de saúde segmentados e fragmentados que convivem com sistemas de seguro social inspirados no modelo bismarckiano. Fogem à regra Brasil, Costa Rica e Cuba que optaram pelo direito universal à saúde. Contudo, no Brasil, o

sistema público coexiste com um poderoso mercado de serviços privados de saúde, tendo como uma de suas principais características a segmentação (Bahia & Scheffer, 2012; ISAGS, 2012).

A segmentação do sistema de saúde brasileiro começa nas décadas de 1930 e 1940, durante a era Vargas, com a implementação dos seguros sociais compulsórios constituídos pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Na década de 1970, o regime militar consolida a lógica privatizante com grandes incentivos à constituição de um mercado de saúde no País. A partir daí, o setor privado se desenvolveu e ampliou sua influência nas definições do Estado brasileiro sobre a política de saúde no intuito de assegurar um mercado para atuação das empresas deste setor (Bahia & Scheffer, 2012; Werneck, 2015).

No contexto de unificação e centralização da Previdência Social estreitaram-se ainda mais os laços existentes entre a tecnoburocracia previdenciária e empresários da saúde. O resultado disso foi a paulatina transferência da assistência médico-hospitalar dos beneficiários da Previdência para entes privados por meio de convênios celebrados entre empresas e prestadores de serviços médico-hospitalares com estagnação da rede própria estatal. Os convênios-empresa se expandiram nas capitais do País mais dinâmicas economicamente, sobretudo Rio de Janeiro e São Paulo. Este período também foi marcado pela diversificação dos arranjos para organização da prática médica a partir da consolidação da medicina de grupo e cooperativas médicas que se modernizaram e ampliaram suas bases empresariais (Cordeiro, 1984; Oliveira e Teixeira, 1985; Braga & Paula, 2018).

A crise política do “milagre econômico” e a situação de caos sanitário no campo e na periferia das grandes cidades produziu uma crise de legitimidade do governo autoritário que recorreu à expansão da cobertura previdenciária a novos grupos da sociedade como estratégia para resgatá-la. Neste período, cresceram os gastos previdenciários com serviços médicos e ambulatoriais decorrentes de pagamentos a hospitais e empresas de pré-pagamento. O que se seguiu foi a crise fiscal do sistema previdenciário e a realização de reformas para corrigir algumas disfuncionalidades do modelo sem criar empecilhos à sua expansão (Cordeiro, 1984; Oliveira e Teixeira, 1985; Braga & Paula, 2018).

Na década de 1970, chegaram ao mercado brasileiro empresas médicas de pré-pagamento estrangeiras associadas a companhias de seguro-saúde privado que deram início à internacionalização e à financeirização do setor. Além disso, constituíram-se duas modalidades de relacionamento entre empresas de pré-pagamento e o setor hospitalar. Em uma delas, as empresas médicas de pré-pagamento garantiam a hospitais, serviços de exames complementares e especializados um fluxo contínuo de pacientes. Na outra modalidade, estas empresas eram vinculadas aos próprios hospitais (Cordeiro, 1984; Oliveira e Teixeira, 1985).

Ao final da década de 1970, o processo de reabertura em curso no País permitiu aos trabalhadores e outros atores aliçados do processo de gestão das instituições previdenciárias ampliarem suas possibilidades de enfrentamento da hegemonia exercida pelas empresas médicas e indústrias nas definições sobre a política de saúde em curso. O movimento da reforma sanitária brasileira é resultado deste contexto de reemergência da luta organizada dos trabalhadores pela redemocratização do País e excedia os limites setoriais, ao defender um projeto de sociedade que atribuía à saúde um papel civilizatório (Monteiro, 2018).

A reforma sanitária brasileira contribuiu decisivamente para a transformação do sistema de saúde, anteriormente constituído nos moldes do seguro social, em um sistema nacional de saúde público, universal, integral e gratuito que ganhou forma na 8a. Conferência Nacional de Saúde de 1986 e foi estabelecido pela Constituição Federal de 1988. Todavia, desde o início de sua institucionalização, o Sistema Único de Saúde passou a coexistir e, sobretudo, concorrer com um setor privado robusto e fortemente subsidiado pelo setor público.

Assim, a partir da década de 1980, a política de saúde brasileira passa a ter um percurso marcado pela contradição existente entre a lógica universalizante do SUS que, apesar de subfinanciado historicamente, estabelece-se enquanto um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Por outro lado, o setor de saúde suplementar que já contava com aproximadamente 15 milhões de beneficiários no início da década de 1980, continuou a se expandir nas décadas subsequentes de implantação do SUS sob subsídios e incentivos do Estado tais como: isenções de impostos a hospitais privados credenciados por operadoras de planos de saúde, financiamento de planos privados aos servidores públicos de órgãos estatais, deduções de pessoas físicas e jurídicas no imposto de renda e o não ressarcimento dos valores referentes

a atendimentos realizados no SUS a beneficiários de planos de saúde (Menicucci, 2007; Baird, 2020).

Cabe ressaltar que o setor de saúde suplementar, desde os convênios-empresas, tem sua expansão fortemente alicerçada na adesão de empresas e trabalhadores a este modelo de assistência à saúde. Os planos individuais correspondem a cerca de 18% dos contratos de planos de saúde e têm tido sua comercialização limitada pelas operadoras devido ao maior controle da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre este tipo de plano expresso, principalmente, nas regras para os reajustes de preços e proibição da rescisão unilateral dos contratos (Scheffer e Bahia, 2010).

A partir da década de 1990, a ampliação da cobertura populacional pelo SUS por meio da Estratégia Saúde da Família foi acompanhada, em grande medida, pela manutenção do modelo de compra de serviços hospitalares, especializados e diagnósticos de prestadores privados credenciados. Isto garantiu ao setor privado de serviços de saúde um importante espaço de atuação e expõe a maneira segundo a qual o sistema de saúde tem se estruturado sobre os alicerces de modelos assistenciais anteriores ao conservar a lógica de privilégio a produtores privados que os caracterizava (Bahia, 1999; Menicucci, 2007).

A regulação estatal sobre a saúde suplementar é tardia e só começa a se institucionalizar de forma mais expressiva no final dos anos 1990, com a promulgação da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9656, de 1998) e a criação da ANS (por meio da Lei 9661, de 2000). Nas décadas seguintes, observam-se avanços e limites na regulação estatal sobre o setor de assistência médica suplementar, em um cenário permeado por diferentes interesses e projetos políticos para o setor saúde.

Em meados da década de 2010, em um contexto marcado pela crise econômica, transformações no cenário político do País e mudanças na dinâmica empresarial do segmento dos planos e seguros de saúde, observa-se uma intensificação dos movimentos e das propostas de desregulamentação do setor por parte de agentes privados, membros de governos e parlamentares.

Na atualidade, ainda que o SUS mantenha características de sistemas nacionais de saúde universais e integrados, convive com um setor privado vigoroso, representado pelo segmento da assistência médica suplementar e pelos altos gastos das famílias por desembolso direto, principalmente no que concerne a consultas com especialistas e medicamentos. Neste sentido, configura-se um sistema de saúde segmentado e marcado por imbricações paradoxais com os diferentes arranjos do segmento privado. Isto contribui de maneira importante para a reprodução das iniquidades existentes na sociedade brasileira expressas nas diferenças da assistência à saúde obtida conforme a renda, inserção no mundo do trabalho ou raça (Ocké-Reis, 2012; Monteiro, 2018).

A segmentação do sistema de saúde associada ao seu crônico subfinanciamento demanda soluções que extrapolam o debate setorial e apontam para a necessidade do resgate de valores sociais mais solidários. Todavia, a eleição em 2018 de um governo de extrema direita, com propostas de aprofundamento da agenda neoliberal pautada pela desregulamentação dos mercados, indica possíveis constrangimentos à consolidação de políticas universalizantes como o SUS e maior permeabilidade a propostas que privilegiam os interesses de empresas e entidades representantes do setor de saúde suplementar.

Neste contexto, é importante lançar um olhar sobre a regulação pública do setor de saúde suplementar, em especial, para a regulação assistencial que se caracteriza por ser a dimensão mais próxima do cotidiano de operação deste setor e por refletir o contexto, contradições e disputas historicamente existentes entre os sujeitos do processo de construção da política de saúde brasileira.

Diante do anteriormente exposto convém perguntar:

- Qual a configuração atual do setor de saúde suplementar brasileiro?
- Como se deu a trajetória do setor de saúde suplementar e suas tentativas de regulação pelo Estado?
- Quais são as principais características e estratégias vigentes de regulação assistencial do setor de saúde suplementar?

- Quais são os atores envolvidos e principais propostas de reformas para a regulação assistencial do setor?

A realização deste estudo se justifica pelo movimento global de transformação das relações entre Estado, sociedade e mercado com repercussões para a gestão pública e o direito à saúde e pelo cenário de ampliação da influência do setor privado de serviços de saúde nas definições sobre a política de saúde no Brasil observada na última década. Outro aspecto importante é o conjunto de transformações ocorridas nesse setor que aponta, no cenário brasileiro, para uma maior concentração dos mercados pela ampliação da participação de empresas estrangeiras e fundos de investimentos. Além disso, o surgimento e a expansão de novas modalidades de assistência médica privada influenciam a dinâmica do setor e produzem pressões por mudanças no marco regulatório e na regulação assistencial realizadas pela ANS.

A escolha do recorte temporal para a realização do estudo, entre 2000 e 2018, busca compreender a atuação da ANS na regulação assistencial desde o seu surgimento, seu desenvolvimento nas décadas seguintes e os movimentos e propostas de mudança mais recentes no arcabouço regulatório favorecidos por transformações no cenário político nacional, na própria dinâmica do setor, entre outros fatores explorados na pesquisa.

Assim, o objetivo geral do estudo foi analisar o contexto, as características e as propostas de mudanças para a regulação assistencial do setor de saúde suplementar brasileiro no período entre 2000 e 2018.

Os objetivos específicos foram: situar a trajetória do setor de saúde suplementar brasileiro e as tentativas de regulação pelo Estado; caracterizar o setor de saúde suplementar no Brasil em sua configuração atual; descrever os momentos e as estratégias de regulação assistencial da saúde suplementar no período; identificar e analisar as principais propostas de reformas da regulação assistencial; discutir as repercussões e desafios das relações entre Estado e setor suplementar para o sistema de saúde brasileiro.

O desenvolvimento da pesquisa se baseou principalmente em fontes secundárias, com destaque para a análise de documentos governamentais oficiais e publicações das empresas do setor de saúde suplementar, além de revisão bibliográfica e análise de dados secundários.

Complementarmente, foram consultados materiais de seminários, palestras, pronunciamentos públicos de atores relevantes e artigos da mídia sobre o tema.

Além desta introdução, a tese compreende mais 7 capítulos. O capítulo 1, inicialmente, situa teoricamente o tema a partir de revisão da literatura, explicitando as definições e os procedimentos metodológicos adotados no estudo. O capítulo 2 traz um breve panorama da evolução da saúde suplementar no período estudado segundo indicadores selecionados, visando a caracterizar o setor que é objeto do estudo. O capítulo 3 descreve de forma sucinta a trajetória do setor de saúde suplementar no Brasil e as primeiras iniciativas de regulação estatal, anteriores ao período do estudo.

Os capítulos 4 a 6 reúnem os resultados da pesquisa empírica. O capítulo 4 apresenta o movimento de construção de uma institucionalidade regulatória sobre o setor, por meio da Lei 9656 de 1998 e da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A atuação da ANS de 2000 a 2018 na regulação assistencial, por sua vez, é explorada no capítulo 5, organizado em dois itens: o primeiro deles apresenta uma periodização da atuação da ANS organizada a partir dos mandatos de diretores da agência, que tiveram diferenças entre si; e o segundo item destaca as principais estratégias para regulação assistencial implementadas pela ANS no período estudado, identificando elementos de continuidade e mudanças incrementais ao longo do tempo. Já o capítulo 6 mapeia alguns atores do setor e enfoca as propostas de mudanças no marco regulatório setorial, mapeando iniciativas legislativas e uma proposta recente do Executivo de constituição de “planos acessíveis de saúde”, defendida por um dos ministros da Saúde do período.

Por fim, nas Considerações Finais são apontados as principais contribuições e limites do estudo, bem como se sugerem novas questões a serem exploradas em pesquisas futuras e se destacam os desafios a serem enfrentados na regulação da saúde suplementar no Brasil, tendo em vista a necessidade de fortalecimento do SUS e da saúde como direito de cidadania.

2. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO E CAMINHOS DA PESQUISA.

2.1. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Em “A grande transformação”, livro clássico do pensamento social do século XX, Karl Polanyi anuncia o “fim da civilização” do século XIX a partir das mudanças produzidas pelo mercado nas distintas dimensões da vida social. Para o autor, as relações de mercado não são naturais. Apesar de estarem presentes em outros momentos históricos da humanidade, decorrem da intervenção do Estado moderno e da expansão do comércio internacional na medida em que este se sobrepôs aos mercados locais (Polanyi, 1980).

Todavia, o mercado é um sistema de trocas que produz um tipo de relação livre por não depender de coerção exercida pelo Estado por meio da política para se reproduzir. Desta maneira, com o avanço do capitalismo industrial, o mercado “autorregulado” se impôs ao demandar a mercantilização da terra, do trabalho e da moeda, fundamentais ao seu desenvolvimento. É neste contexto que ocorre o descolamento institucional entre sociedade e mercado, pelo fato deste último passar a protagonizar a conformação das relações sociais. Isto deu origem à sociedade de mercado, a primeira da humanidade baseada em fundamentos econômicos. Cabe ressaltar a importância das teorias liberais na produção de uma crença inabalável nos mercados autorreguláveis para configuração deste quadro (Polanyi, 1980).

A organização da sociedade a partir de valores econômicos é desastrosa pois

(...) a ideia de um mercado que se regula a si mesmo era uma ideia puramente utópica. Uma instituição como esta não poderia existir de forma duradoura sem aniquilar a substância humana e a natureza da sociedade, sem destruir ao homem e sem transformar seu ecossistema em um deserto (Polanyi, 1980:59)

Segundo Braga (2017), a destruição da substância da sociedade pela mercantilização desenfreada é o núcleo da análise realizada por Karl Polanyi. Esta natureza destrutiva da autorregulação do mercado desencadeou, no período entreguerras europeu, sucessivas crises econômicas, sofrimento humano e reviravoltas políticas concretizadas em fenômenos que tiveram suas formas sociais de regulação investigadas por Polanyi em sua obra: o fascismo europeu, o socialismo soviético e o *New Deal* estadunidense. Todavia, para Braga (2017), o declínio do fordismo na década de 1970 e o fortalecimento do ideário neoliberal, no período histórico seguinte, fragilizaram os mecanismos de proteção das sociedades contra a

autorregulação do mercado e desencadearam um novo momento de mercantilização com aumento das desigualdades entre as classes sociais e insegurança econômica por todo o mundo.

A contribuição do pensamento de Polanyi para esta pesquisa reside na necessidade de produzir reflexões acerca da mercantilização dos direitos sociais nas sociedades de mercado e o “contramovimento”, representado pela sociedade e suas instituições, na resistência a este processo, que pode ter expressão nas disputas pela orientação da regulação assistencial realizada pelo Estado brasileiro sobre o setor de saúde suplementar. Porém, é necessário considerar a dinâmica das relações entre Estado e mercados em cada contexto, visto que os Estados Nacionais foram e são importantes na organização e sustentação dos mercados no capitalismo contemporâneo.

Para compreender a estruturação e a atuação da ANS é necessário situá-la como parte do quadro normativo e institucional que emergiu das reformas empreendidas no Estado brasileiro durante a década de 1990. Este conjunto de reformas ocorreu em um contexto mundial de fortalecimento da racionalidade neoliberal, que foi capaz de produzir mudanças profundas não só na atuação estatal, mas também no conjunto das relações sociais e subjetividades. Assim, além das ideias de Polanyi sobre a sociedade de mercado, foram importantes para a estruturação desta pesquisa as reflexões de autores como Dardot e Laval (2016) sobre o neoliberalismo e mudanças nas práticas de governo abordadas a seguir.

O neoliberalismo tem sido usualmente interpretado como ideologia que produz uma política econômica em defesa do mercado enquanto realidade de equilíbrio e crescimento naturais onde intervenções estatais são prejudiciais. Contudo, este diagnóstico mais estreito pode comprometer a interpretação de suas repercussões para as distintas dimensões da vida social e, por consequência, fragilizar a eficácia política das estratégias de enfrentamento dos seus efeitos para a humanidade e as condições de vida no planeta.

Assim, buscando ampliar a compreensão sobre o neoliberalismo e seus efeitos, Dardot e Laval (2016) propõem na obra “A nova razão do mundo” uma análise política da racionalidade governamental neoliberal e das suas formas de intervenção estatal específicas

originadas na década de 1930 e consolidadas nas últimas décadas do século XX, a partir de diversos eventos com repercussões globais.

Para os autores, o neoliberalismo não é a mera continuidade ou desdobramento do liberalismo clássico. É um sistema normativo constituído por discursos, práticas e dispositivos que determinam uma ação governamental própria ao neoliberalismo, baseada na extensão da lógica da concorrência e da empresa a todas as relações sociais e esferas da vida. Trata-se da compreensão do capitalismo atual como produto histórico e norma geral da vida social (Dardot e Laval, 2016).

Analisar o neoliberalismo a partir desta perspectiva permite a contraposição às visões superficiais que o identificam como a retirada do Estado em benefício do mercado. Ao contrário, foram antes os Estados, por meio de um conjunto de políticas, os responsáveis pela introdução da lógica da concorrência e do modelo de empresa na economia, na sociedade, em suas próprias instituições e normatividade. Neste sentido, não há retirada do Estado, mas mudanças na orientação do mesmo sob uma nova lógica normativa produtora de discursos, práticas e dispositivos governamentais comprometidos com a produção de situações de mercado e indivíduos ajustados a elas.

Segundo Dardot e Laval (2016), isto atesta a pertinência das reflexões de Polanyi sobre a atuação do Estado em benefício do mercado moderno. Um exemplo concreto é a recorrência de políticas estatais que reduzem a proteção social com o objetivo de promover a concorrência entre os cidadãos e que refletem o contexto de concorrência global e regional a que os próprios países estão submetidos. Além disso, contribui para a explicação da permanência destas políticas independentemente da orientação política dos governos da direita à esquerda.

Assim, a reflexão política sobre o neoliberalismo possibilita compreender que é a mesma lógica normativa que orienta, de maneira transversal, as relações de poder e os modos de governar nos diferentes níveis e espaços da vida econômica, política e social. Cabe ressaltar que esta lógica foi instituída nas distintas realidades por métodos particulares adequados às circunstâncias locais, correlações de forças e momentos históricos. Desta maneira, a lógica de

mercado se transformou em um princípio político geral que orienta reformas nas dimensões da vida política, social e econômica (Dardot e Laval, 2016).

As crises econômicas da década de 1970 foram eventos históricos importantes para o fortalecimento desta racionalidade governamental. Durante seu decurso, as críticas à atuação estatal numa perspectiva intervencionista correspondente aos Estados de bem-estar social e desenvolvimentistas ganharam força nas sociedades. Naquele cenário, os mercados ampliaram sua influência sobre as políticas econômicas, o que contribuiu para o fortalecimento do movimento de desregulamentação e globalização financeira.

Na década de 1980, ganhou importância na agenda política a ideia de que deveriam ser promovidas reformas no Estado e administração pública como parte da resposta às crises econômica e fiscal. Os resultados deste processo foram as privatizações, concessões e novas formas de regulação dos mercados que reduziram o papel do Estado na produção de bens e prestação de serviços, mas ampliaram o seu poder normativo.

Naquele contexto, outras formas de intervenção estatal foram substituídas pela regulação, defendida como a melhor maneira para garantir maiores níveis de eficiência aos serviços públicos. Esta concepção norteou transformações institucionais e elaboração de modelos gerenciais para a atuação do Estado em diversos setores e influenciou a criação de agências reguladoras especializadas e independentes dos ministérios de governos centrais. Cabe ressaltar a importância de agências multilaterais e empresas internacionais de consultoria na difusão deste modelo que, durante a década de 1990, passou a ser adotado como padrão regulatório por vários países europeus e latino-americanos (Menicucci, 2007).

O termo regulação é utilizado em diversas áreas do conhecimento e, por este motivo, apresenta caráter polissêmico. Na área da saúde, tem sido atribuído ao conjunto ampliado de instrumentos utilizados, sobretudo pelo Estado, para conformação e direcionamento da assistência à saúde prestada. Entre os mecanismos regulatórios, pode-se destacar a regulamentação estatal por meio de atos normativos como leis, portarias e resoluções. Assim, nesta pesquisa foi adotado o pressuposto de que a regulação compreende a regulamentação e

que, a partir da análise desta última, será possível avaliar a atuação da ANS quanto às questões assistenciais do setor de saúde suplementar.

Nos marcos do capitalismo financeiro, a existência de regras regulatórias estáveis é uma característica necessária à atração de investimentos e faz parte do processo de liberalização das economias. Nesse sentido, a existência de agências reguladoras independentes e a obediência pelos diferentes atores dos setores regulados às regras por elas estabelecidas são percebidas como um sinal de credibilidade pelos investidores (Menicucci, 2007; Baird, 2020).

A maior eficiência creditada às agências na ação regulatória por aqueles que defendem este arranjo é resultado de sua flexibilidade, altos níveis de especialização e autonomia para tomar decisões. Outras características das agências reguladoras são o maior comprometimento com definições de longo prazo e a maior resistência às pressões políticas e econômicas em matérias que exigiriam decisões técnicas. Ambas são consequências da independência que possuem em relação aos ministérios de governos centrais e lhes possibilita maior estabilidade diante das descontinuidades comuns às mudanças de governos em ambientes democráticos (Menicucci, 2007; Baird, 2020).

Em que pese a defesa da possibilidade de conciliação entre a independência e a autonomia das agências reguladoras e a proteção do interesse público, há riscos deste insulamento burocrático promover dificuldades ao processo democrático, pois são agentes públicos não eleitos os responsáveis pela tomada de decisões com efeitos para a coletividade. Todavia, há instrumentos de controle, como os contratos de gestão, que podem ser utilizados para estabelecer um direcionamento para atuação da agência de forma a minimizar este risco. Nestes contratos, podem ser previstas condições de funcionamento das agências reguladoras com a definição de diretrizes, metas e outros mecanismos que possibilitem a participação mais ativa dos atores interessados no processo regulatório (Pó e Abrucchio, 2006).

Nas políticas regulatórias, a elaboração das regras é o principal dispositivo de governança estatal para o setor regulado e, por este motivo, torna-se objeto de disputas políticas. Deste modo, as agências reguladoras que são responsáveis pela normatização, revisão e

fiscalização de seu cumprimento internalizam os embates entre antigos e novos atores políticos interessados pelo direcionamento do processo regulatório.

Entre os atores que emergiram deste modelo de intervenção estatal destacam-se os especialistas e reguladores, dada a necessidade e legitimidade de conhecimentos específicos para a realização das diferentes etapas das políticas regulatórias. Outro grupo que ganhou relevância é o de instituições de defesa dos direitos dos consumidores. Por fim, é importante salientar a importância do Judiciário como instância de análise e validação das normativas elaboradas pelas agências reguladoras e no arbítrio dos conflitos entre estas, órgãos governamentais, agentes do mercado e consumidores (Menicucci, 2007; Baird, 2020).

Para efeito desta pesquisa serão considerados atores do processo regulatório os indivíduos, grupos e organizações, governamentais ou não, que exercem influência direta ou indireta nos processos das políticas de regulação assistencial de saúde suplementar. Estes atores constituem uma rede extremamente diversificada e se comportam defendendo interesses muitas vezes conflitantes (Santos, 2006; Bahia & Scheffer, 2010; Baird, 2020).

Segundo Bahia & Scheffer (2010), é necessário reconhecer as arenas onde os diferentes atores agem para o entendimento do processo e da natureza assumida pela regulação da saúde suplementar no Brasil. Neste sentido, destacam-se entre as principais as arenas econômica, governamental, social e médica, que são dinâmicas e permitem a interação entre elas em suas interseções.

Para Bahia & Scheffer (2010), a regulação dos planos de saúde é produto de interesses e objetivos conflitantes, além da dificuldade de promover consensos entre os atores participantes de um processo em que houve conectividade limitada entre eles. Por este motivo, o marco regulatório resultante apresenta problemas estruturais que têm motivado a edição de medidas provisórias, a formulação de resoluções pela ANS e a judicialização de diversas questões, refletindo a instabilidade, conflituosidade e impasses do setor. Além disso, o pouco protagonismo de atores importantes, tais como lideranças da reforma sanitária e representantes de centrais sindicais, dificulta uma percepção mais integral da saúde suplementar e sua integração com o sistema público de saúde.

Outra concepção que norteou a pesquisa foi a de que o Estado de Bem-estar social e as políticas sociais são resultantes das contradições inerentes ao Estado capitalista e não apenas reflexo de seu comprometimento com a burguesia ou respostas automáticas às necessidades sociais.

Autores como Offe (1984) apontam que isto permite considerar ambos como instrumentos que, por um lado, respondem aos interesses dos capitalistas ao assegurarem a exploração e reprodução do capital por meio da extração de mais-valia, por outro, refletem as lutas políticas dos trabalhadores organizados. Desta maneira, é possível obter uma compreensão dinâmica das políticas sociais e do Estado de Bem-estar social nos marcos do capitalismo ao inseri-los no contexto da luta de classes.

Além das concepções anteriormente expostas, foram consideradas na pesquisa as contribuições teóricas de literaturas relacionadas ao institucionalismo histórico e análise de políticas de saúde, no intuito de produzir reflexões relacionadas à política de regulação da saúde suplementar e seu conteúdo, o contexto em que está inserida, o papel dos atores, sua posição na estrutura de poder e a dinâmica de mudanças ou continuidade nas políticas. Contudo, apesar de destacar alguns atores envolvidos, o detalhamento do processo político que envolve a regulação da saúde suplementar é um dos limites deste estudo. As análises realizadas nesta tese estão situadas no plano do contexto, da institucionalidade e dos atos normativos produzidos.

Ao atuar no nível das teorias intermediárias, o institucionalismo histórico tem como uma de suas principais contribuições a construção de pontes teóricas que permitem a integração entre análises centradas no papel do Estado e nas funções que exerce e aquelas que enfatizam a sociedade. Isto se dá a partir de observações dos arranjos institucionais que estruturam as relações entre os dois e as grandes teorias capazes de reconhecerem padrões transnacionais e situações nacionais específicas relacionadas às continuidades e variações de políticas ao longo do tempo. Outra contribuição teórica desta vertente do institucionalismo é a possibilidade de explorar a relação entre atores políticos como objetos e agentes da história (Thelen & Steinmo, 1992).

As instituições, que são o núcleo desta abordagem, definem-se como organizações formais ou regras e procedimentos informais que estruturam condutas. São resultantes das estratégias, conflitos políticos e tomadas de decisões dos atores e organizações e, quando analisadas a partir da perspectiva do institucionalismo histórico, têm papel fundamental na conformação e refreamento de estratégias políticas (Thelen & Steinmo, 1992).

Também é importante salientar o relevo conferido por este tipo de análise à maneira desigual segundo a qual as instituições repartem o poder entre os grupos sociais e seus interesses e, por consequência, às desigualdades no acesso aos processos decisórios. Assim, ao institucionalismo histórico, interessa reconhecer os perdedores e vencedores nas distintas situações da realidade examinadas.

A estrutura analítica proposta nesta pesquisa considera a importância do conteúdo da política de regulação estatal da saúde suplementar, seus processos de formulação e as maneiras segundo as quais o poder é distribuído e utilizado por atores e organizações, neste contexto particular, para compreender suas interações e a influência que exercem. Neste sentido, as formulações de Busy, Mays e Walt (2012) serão úteis pois, a partir de um modelo de análise que incorpora as noções de contexto, processo e atores, colaboram para sistematizar o conjunto complexo de interrelações de que as políticas de saúde são resultantes e para demonstrar como e por que mudam, ou não, ao longo do tempo.

Para Viana e Elias (2007), houve nas últimas décadas um processo que produziu, por um lado, a desmercantilização do acesso à saúde e, por outro, a mercantilização de sua oferta e provisão. O primeiro originou os modernos sistemas de proteção social à saúde pautados pelo ideário desta como direito social garantido pelo Estado em decorrência da coletivização do risco social de adoecer. O segundo conformou um robusto complexo médico e industrial de que o segmento de saúde suplementar faz parte. Os resultados deste processo são perceptíveis no sistema de saúde brasileiro em que público e privado convivem e estabeleceram relações complexas e contraditórias. A regulação estatal da saúde suplementar expressa estas relações e teve seu contexto, características e propostas em disputa analisados nesta pesquisa.

2.2 EIXOS DE ANÁLISE E TÉCNICAS DE PESQUISA

A pesquisa foi orientada pelos seguintes eixos de análise:

- Configuração do segmento de planos e seguros privados de saúde no Brasil: informações referentes à estrutura e à operação deste setor, dinâmica do mercado, número e caracterização demográfica de beneficiários, receitas das operadoras, tipos de planos de saúde oferecidos, rol de procedimentos, coberturas assistenciais etc.;
- Trajetória e características da regulação assistencial do segmento saúde suplementar: identificação e caracterização dos momentos, principais estratégias e mudanças ocorridas na regulação da saúde suplementar brasileira no recorte temporal escolhido para este estudo (2000-2018);
- Propostas de reformas na regulação assistencial da saúde suplementar no período: mapeamento das principais propostas de reforma nas regras de regulação assistencial do setor, bem como identificação de alguns atores envolvidos.

O estudo empregou diversas técnicas de pesquisa, com utilização de fontes secundárias. Houve destaque para a revisão bibliográfica, análise documental e análise de dados secundários. A revisão bibliográfica foi realizada a partir de buscas em bases como Pubmed, Web of Science, Lilacs e Scielo, sobre os temas: regulação estatal em saúde, setor privado em saúde, assistência médica suplementar, saúde suplementar e outros termos, além de buscas em livros sobre o tema.

As fontes secundárias foram documentos e dados administrativos com acesso irrestrito produzidos pelo Estado e instituições privadas no recorte temporal estabelecido para o estudo. A análise documental enfatizou documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar (planos, atos normativos, relatórios, balanços e materiais disponíveis nos respectivos sites institucionais), pelo Legislativo (Projetos de Lei e legislação), pelas operadoras de planos de saúde e instituições representantes do empresariado deste setor (relatórios, balanços, sites institucionais) e por organizações da sociedade civil, principalmente aquelas que atuam em defesa do consumidor. Também foram utilizadas, em caráter complementar, matérias veiculadas na mídia pelos principais jornais relacionadas ao tema. Cabe destacar a importância, para as análises realizadas nesta tese, dos dezenove

relatórios anuais de gestão da ANS produzidos no período, das Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) e Resoluções Normativas (RN) vigentes que totalizam 205 atos normativos.

As informações obtidas a partir destes documentos foram organizadas de acordo com os eixos de análise e contribuíram para a compreensão do fenômeno abordado. A análise de dados secundários para a caracterização do setor de saúde suplementar foi feita a partir de bases de dados oficiais, com destaque para aqueles disponíveis no site da ANS (<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor>) e outros de acesso irrestrito produzidos pelo Ministério da Saúde, Legislativo, organizações privadas e entidades de defesa dos consumidores.

Os dados utilizados para caracterização da saúde suplementar foram obtidos a partir de consultas ao Tabnet ANS e consolidados na pesquisa intitulada “Relações público-privadas nos sistemas de saúde da América Latina: dinâmicas, características e implicações para as desigualdades em saúde” da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

Para análise das propostas legislativas em tramitação no Congresso Nacional durante o recorte temporal estabelecido para esta pesquisa (2000-2018), foi solicitada à Câmara dos Deputados a relação de todas as proposições referentes a planos de saúde em tramitação entre 2000 e 2018, por meio do pedido nº. 210125-000047. Ao todo, foram recebidas 316 propostas, entre Projetos de Lei (PL) e Propostas de Emenda Constitucional (PEC). O conjunto destes documentos passou por uma etapa inicial de seleção que consistiu na leitura de sua ementa. Em seguida, foram separados aqueles que continham propostas de alteração da regulação assistencial da saúde suplementar e procedeu-se a leitura de seu inteiro teor. Por fim, as propostas foram analisadas e caracterizadas quanto ao objeto assistencial que visavam a transformar (Ver apêndice 1).

Quanto às proposições aprovadas entre 2000 e 2018, foi realizada uma consulta ao Sistema de Informações do Congresso Nacional (Sicon) com base na legislação federal utilizando o argumento de busca “Plano de Saúde”. A partir deste procedimento foi possível recuperar 77 resultados, dos quais foram excluídos aqueles que não tratavam do tema da saúde

suplementar e reedições. Após isto, restaram as nove leis analisadas no capítulo 6 desta tese. Por fim, para o exame da proposta de Planos Acessíveis, foram analisados documentos oficiais produzidos pela ANS e Ministério da Saúde, sendo o Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis (ANS, 2017) o principal destes.

Inicialmente, havia a previsão da realização de dez entrevistas com informantes-chaves do setor de saúde suplementar cujo critério de inclusão seria o envolvimento com o tema sem, contudo, ocuparem cargos no momento de sua realização. Nestas entrevistas seria utilizado um roteiro semiestruturado com perguntas relativas à regulação assistencial. Assim, o projeto preliminar desta tese foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz, onde obteve aprovação por meio do parecer N.º 3.805.938 em janeiro de 2020. Todavia, em decorrência da pandemia de covid-19 e seus desdobramentos, esta etapa da pesquisa foi cancelada. Desta maneira, não foi possível aprofundar as análises sobre os processos políticos que envolvem a regulação da saúde suplementar e referentes ao posicionamento dos atores envolvidos nele, configurando-se assim como um dos limites para realização deste estudo.

3. CARACTERIZAÇÃO E PANORAMA DO SETOR DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR NO BRASIL

Este capítulo tem como objetivo principal caracterizar o setor de saúde suplementar brasileiro para contribuir com as análises sobre as mudanças pelas quais tem passado e suas repercussões para a assistência à saúde prestada aos beneficiários. Para tanto, está dividido em duas seções. A primeira trata das operadoras de planos de saúde e as principais transformações ocorridas no mercado no recorte temporal estabelecido para este estudo. Na segunda parte, é feita a caracterização dos beneficiários de planos de saúde e suas demandas relacionadas à dimensão assistencial do processo regulatório.

Os dados utilizados neste capítulo foram obtidos a partir de consultas ao Tabnet ANS e consolidados na pesquisa intitulada “Relações público-privadas nos sistemas de saúde da América Latina: dinâmicas, características e implicações para as desigualdades em saúde” da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

3.1 OPERADORAS E PLANOS

Operadoras de planos de assistência à saúde são pessoas jurídicas da sociedade civil, comerciais, cooperativas ou entidades de autogestão que ofertam planos privados de assistência à saúde (Brasil, 1998). No ano de 2020, havia 981 operadoras de planos de saúde em atividade no Brasil com beneficiários, das quais 717 ofereciam planos médico-hospitalares e 264 delas, planos exclusivamente odontológicos (Tabela 1).

Tabela 1. Operadoras de planos privados de saúde em atividade no Brasil (2020).

Ano	Médico-hospitalares em atividade	Exclusivamente odontológicas em atividade	Médico-hospitalares com beneficiários	Exclusivamente odontológicas com beneficiários
Até dez/99	1.970	671	1.380	441
dez/00	2.037	726	1.289	399
dez/01	2.000	723	1.336	426
dez/02	1.749	659	1.291	460
dez/03	1.654	626	1.302	478
dez/04	1.581	606	1.273	458
dez/05	1.527	567	1.284	445

dez/06	1.497	585	1.251	438
dez/07	1.408	571	1.197	430
dez/08	1.272	499	1.135	411
dez/09	1.218	476	1.095	403
dez/10	1.184	433	1.045	374
dez/11	1.180	429	1.015	369
dez/12	1.123	417	962	359
dez/13	1.086	391	920	344
dez/14	1.049	381	874	343
dez/15	975	364	828	327
dez/16	958	343	790	305
dez/17	932	334	766	291
dez/18	920	306	749	289
dez/19	915	295	727	280
set/20	914	275	717	264

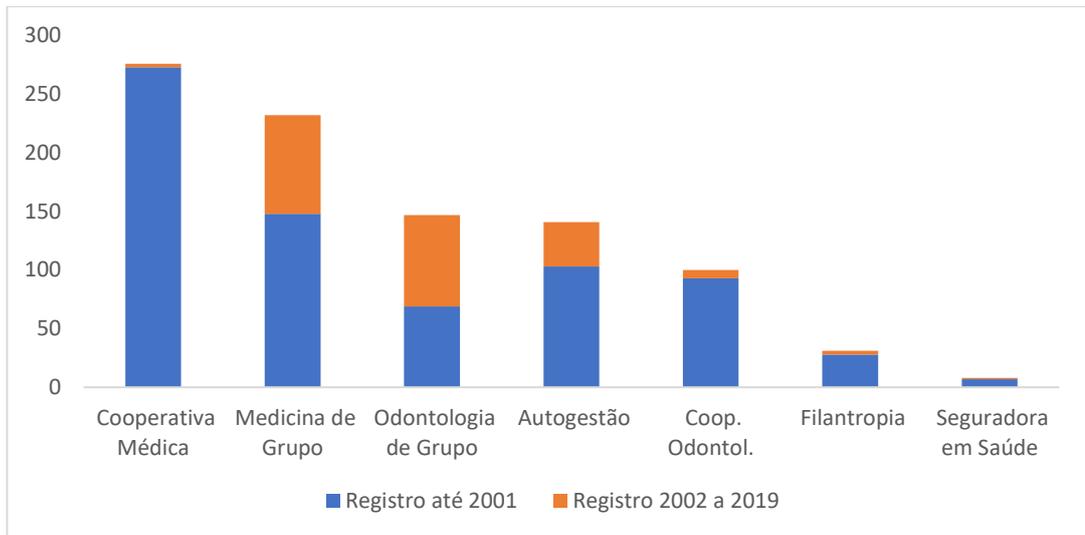
Fontes: SIB/ANS/MS - 09/2020 e CADOP/ANS/MS - 09/2020

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2020

Nota: Operadoras com beneficiários, por modalidade da operadora.

Um dos efeitos da regulação da saúde suplementar pode ser percebido no Gráfico 1. Observa-se que a maior parte das empresas ativas no mercado já havia sido criada antes de 2001 e registradas nos sistemas de informação recém implantados pela ANS. A partir de então, implantaram-se regras mais rígidas para entrada e saída do setor estabelecidas no marco regulatório operacionalizado pela agência. Segundo Santos (2008), a regulação da saúde suplementar foi capaz de inibir o movimento frequente de entrada e saída indiscriminada de empresas do mercado que trazia maiores riscos assistenciais aos beneficiários de planos de saúde, tornando o setor mais saneado e sustentável.

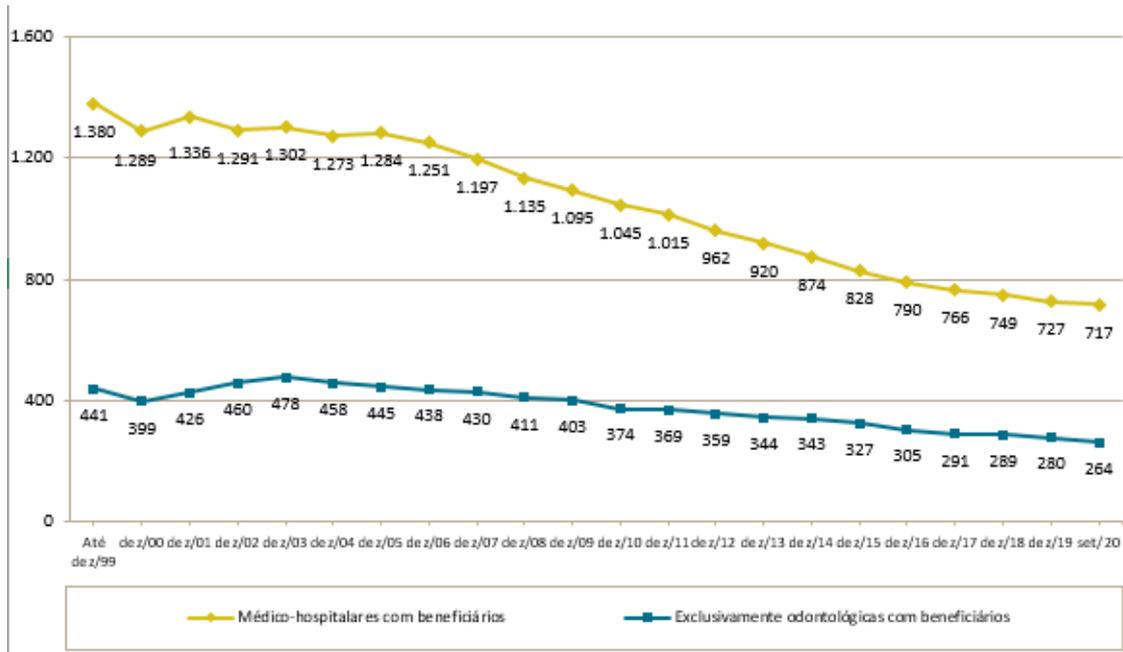
Gráfico 1. Número de operadoras de saúde ativas por modalidade e período de registro na ANS. Brasil, 2019



Fonte: ANS TabNet. Dados consolidados do projeto “Relações público-privadas nos sistemas de saúde da América Latina: dinâmicas, características e implicações para as desigualdades em saúde.”

Desde a regulação da saúde suplementar pela lei 9.656 de 1998 e implantação da ANS (2000) tem se observado um movimento de concentração do mercado pela redução do número de operadoras em atividade com beneficiários, como pode ser visto no gráfico 2. Entre 2001 e 2020 a redução do número de operadoras foi de 44% para os planos médico-hospitalares e de 34% para os exclusivamente odontológicos.

Gráfico 2. Operadoras de planos de saúde em atividade no Brasil, 2000-2020.



Fonte: ANS: Caderno de informação da saúde suplementar, dezembro de 2020.

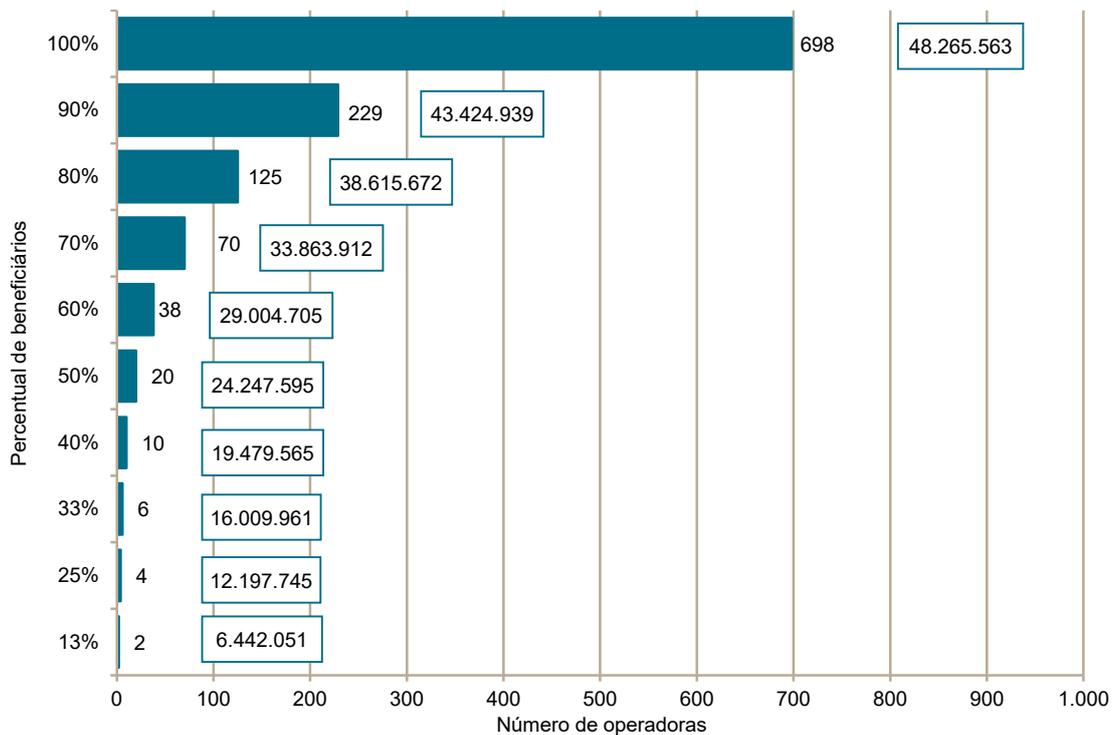
Nos últimos anos, a concentração do setor tem sido potencializada pela entrada dos grandes grupos internacionais no mercado brasileiro por meio de aquisições e fusões das empresas de planos de saúde. Um exemplo foi a compra da Amil pelo grupo estadunidense UnitedHealth por R\$ 6,49 bilhões em 2012. No período anterior à aquisição, a Amil já realizava negócios que envolviam a compra de outras operadoras e hospitais.

Este movimento também é revelador de outra característica do período, a verticalização das atividades das empresas do setor. Com esta medida organizacional, as operadoras têm buscado ampliar a capacidade de negociação com os fornecedores e reduzir custos com a assistência prestada aos beneficiários, em um cenário de incorporação constante de tecnologias e equipamentos que impõe custos crescentes às suas atividades. Assim como ocorreu na década de 1980, com a oferta de planos de saúde próprios por hospitais, as operadoras passaram a adquirir unidades hospitalares e outros serviços para compor suas redes.

Apesar da redução acentuada do número de operadoras em atividade com beneficiários, a quantidade delas ainda pode ser considerada grande. Contudo, outra característica da saúde

suplementar brasileira é a concentração de beneficiários nas maiores empresas do setor, como pode ser percebido no Gráfico 3. As 10 maiores empresas do setor abarcam 40% dos beneficiários, o que corresponde a quase 20 milhões de pessoas. Enquanto isto, os quase 28 milhões de beneficiários restantes estão distribuídos entre as demais 688 operadoras.

Gráfico 3. Distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica por operadoras.



Fontes: SIB/ANS/MS, 08/2021 e Cadop/ANS/MS (2021).

Nota: 1. Total de operadoras segundo cobertura assistencial do plano.

2. O total de operadoras corresponde ao existente no mês de junho/2021

A saúde suplementar apresenta grande relevância como atividade econômica e isto está expresso no elevado montante de recursos financeiros movimentados anualmente pelas operadoras. Em 2020, as empresas que atuam neste setor tiveram um faturamento de aproximadamente R\$ 220 bilhões. Cabe ressaltar que estes valores são superiores àqueles destinados ao Sistema Único de Saúde no mesmo período e no contexto da pandemia de Covid-19 (R\$ 160,9 bilhões) para custear ações assistenciais e de vigilância em saúde que alcançam toda a população brasileira. A Tabela 2 demonstra como as receitas das empresas de planos assistência médica suplementar têm crescido nos últimos anos sempre acima das despesas,

garantindo excelente lucratividade apesar das flutuações na quantidade de beneficiários decorrentes das crises econômicas pelas quais o Brasil tem passado.

Tabela 2. Receitas e despesas de todas as operadoras, por tipo. Brasil, 2º. trimestre de 2010 - 2º. trimestre de 2021.

Ano	Receita de contraprestações	Outras receitas operacionais	Despesa assistencial	Despesa administrativa	Despesa de comercialização	Outras despesas operacionais
2010	36.354.349.710	8.285.974.733	28.915.744.655	5.778.100.284	1.086.968.362	5.733.497.665
2011	40.661.763.431	9.500.960.408	32.739.006.293	6.461.559.116	1.295.404.488	6.651.151.868
2012	46.608.285.848	9.011.442.764	38.162.325.907	6.611.490.427	1.486.235.197	6.696.937.060
2013	50.986.283.957	8.384.864.074	41.621.047.194	6.992.161.474	1.598.922.082	6.273.444.707
2014	61.444.538.107	7.448.947.623	50.619.016.420	7.903.439.421	1.967.188.827	7.568.691.993
2015	70.242.098.658	7.527.692.189	57.893.043.414	8.577.241.768	2.311.279.378	7.900.663.266
2016	79.010.759.621	8.305.256.169	68.084.266.708	9.397.475.824	2.609.298.051	8.779.278.026
2017	88.024.784.856	8.343.154.564	72.775.078.353	9.740.374.085	2.671.124.313	8.447.299.216
2018	96.184.112.425	8.329.036.806	79.185.599.221	9.943.360.482	2.895.419.110	9.201.608.119
2019	102.517.706.199	6.223.416.475	83.388.105.622	10.458.955.163	2.993.192.096	7.726.050.828
2020	110.077.615.823	5.236.307.131	78.167.388.881	10.368.192.065	3.436.454.528	9.520.323.510
2021	118.183.368.459	6.352.635.909	97.597.769.831	11.150.743.556	3.742.313.898	9.131.669.855

Fonte: DIOPS/ANS/MS, 11/2020. Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Dezembro/2020

O processo de financeirização das operadoras de planos de saúde contribuiu para que algumas delas fossem alçadas ao mesmo patamar dos grandes grupos empresariais de outras áreas. Para Sestelo (2018), esta é a mudança mais relevante ocorrida nas últimas décadas neste setor e se caracteriza pela incorporação da lógica financeirizada por empresas que não eram orientadas por ela, tais como as medicinas de grupo e cooperativas médicas.

Inicialmente, este processo foi estimulado pela própria regulação por meio da exigência de ativos garantidores para a redução dos riscos relativos à atuação na assistência à saúde. Com o passar do tempo, a financeirização se tornou estratégia dos grandes grupos empresariais do setor em consonância com o movimento internacional. Contudo, em estudo recente que analisa este processo para as oito maiores empresas de planos de saúde entre 2017 e 2019, Martins et al (2021) indicaram que este ainda não apresenta forma bem definida e tem afetado estas companhias, até o momento, de maneira distinta daquela classicamente observada na literatura.

A predominância no mercado das cooperativas, medicinas de grupo e seguradoras pode ser percebido a partir do exame de suas receitas em relação às demais modalidades de

operadoras. Na Tabela 3 é possível verificar que as receitas destas três modalidades correspondem a cerca de 84% das receitas de todas as operadoras.¹

Tabela 3. Receitas e despesas, por tipo, segundo a modalidade da operadora. Brasil, 2020.

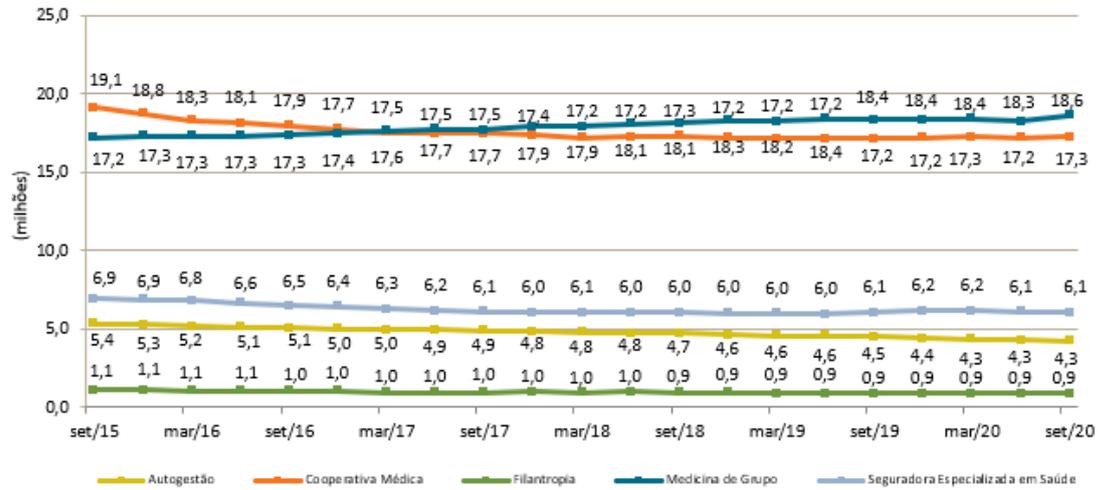
Modalidade da operadora	Receita de contraprestações	Outras receitas operacionais	Despesa assistencial	Despesa administrativa	Despesa de comercialização	Outras despesas operacionais
Total	223.431.176.273	10.811.263.760	167.220.246.487	21.873.199.058	7.202.207.791	17.516.332.484
Operadoras médico-hospitalares	217.477.021.344	10.671.520.005	165.804.381.668	20.151.728.077	6.579.011.919	16.887.788.514
Autogestão	24.602.005.177	1.115.252.604	19.064.320.431	2.089.071.522	1.599.132	1.573.011.908
Cooperativa Médica	74.432.961.702	4.583.998.235	55.828.131.597	7.600.654.019	1.232.942.204	7.774.976.555
Filantropia	2.847.021.076	3.302.626.794	1.954.696.549	422.263.268	51.644.069	3.396.724.806
Medicina de Grupo	67.827.739.204	1.469.996.039	49.868.186.290	7.341.846.316	2.525.679.092	2.526.725.304
Seguradora Especializada em Saúde	47.767.294.784	199.646.333	39.089.046.800	2.697.892.951	2.767.147.422	1.616.349.942
Operadoras exclusivamente odontológicas	3.604.282.665	106.084.087	1.415.864.819	870.669.074	381.834.970	266.369.116
Cooperativa odontológica	786.266.828	72.795.601	412.855.719	265.855.406	36.553.883	79.396.649
Odontologia de grupo	2.817.995.837	33.288.485	1.003.009.100	604.813.668	345.281.087	186.972.467
Administradora de Benefícios	2.349.871.665	33.659.668	0	850.801.907	241.360.902	362.174.854

Fontes: DIOPS/ANS/MS, 11/2020. Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Dezembro/2020

O Gráfico 4 possibilita a verificação deste predomínio por meio da quantidade de beneficiários abarcados pelas três modalidades. É importante ressaltar que as medicinas de grupo passaram a ser a modalidade com maior número de beneficiários em 2017 e, atualmente, possuem cerca de 18,6 milhões de pessoas em suas carteiras. Contudo, apresentam receitas inferiores às cooperativas médicas que contam com aproximadamente um milhão de beneficiários a menos.

¹ Incluídas as exclusivamente odontológicas e administradoras de benefícios.

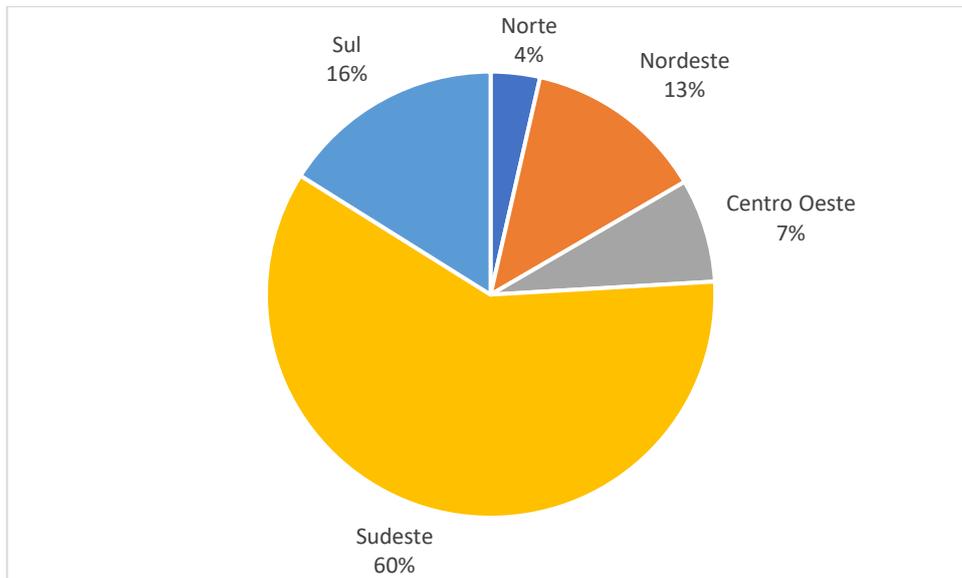
Gráfico 4. Beneficiários dos planos de assistência médica por modalidade. Brasil, 2020.



Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Dezembro de 2020

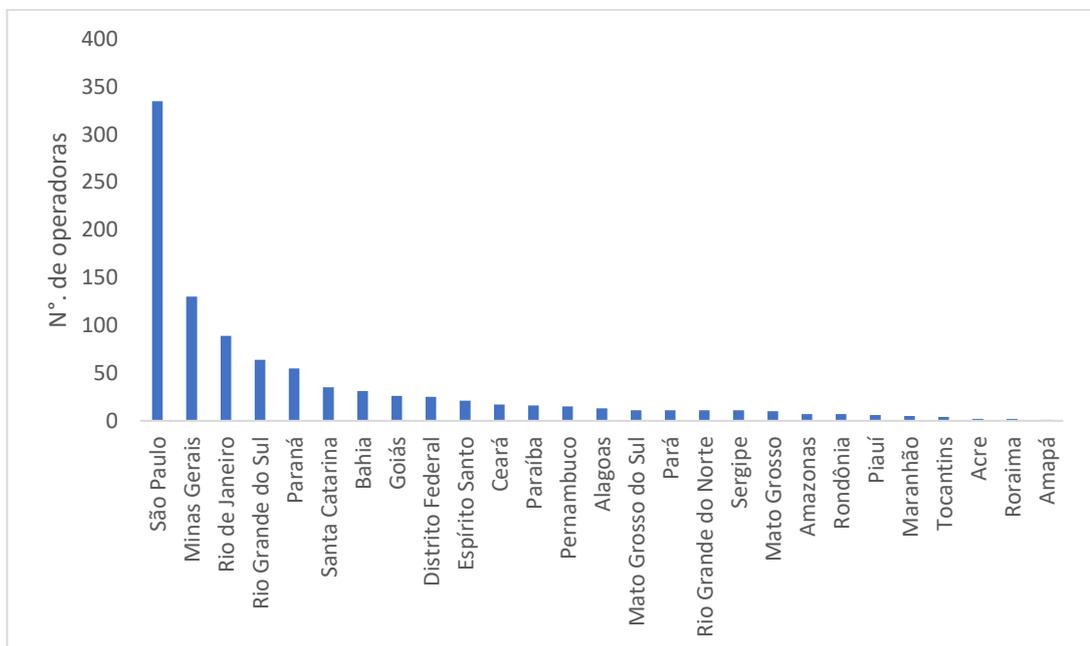
A distribuição das operadoras se dá de forma desigual no território nacional com maior concentração na região Sudeste (60%), seguida da região Sul (16%) do País, como pode ser visto nos Gráficos 5 e 6. O estado onde há maior número de operadoras é São Paulo, com 335 delas. Isto tem a ver com a trajetória histórica de configuração do setor, que se relaciona diretamente com o processo desigual de industrialização brasileiro, que se concentrou nos estados do Sudeste, sobretudo, em São Paulo.

Gráfico 5. Distribuição das operadoras de planos privados de saúde por região da sede. Brasil, 2021.



Fonte: ANS TabNet. Dados consolidados do projeto “Relações público-privadas nos sistemas de saúde da América Latina: dinâmicas, características e implicações para as desigualdades em saúde.”

Gráfico 6. Número das operadoras de planos privados de saúde por UF da sede. Brasil, 2020.



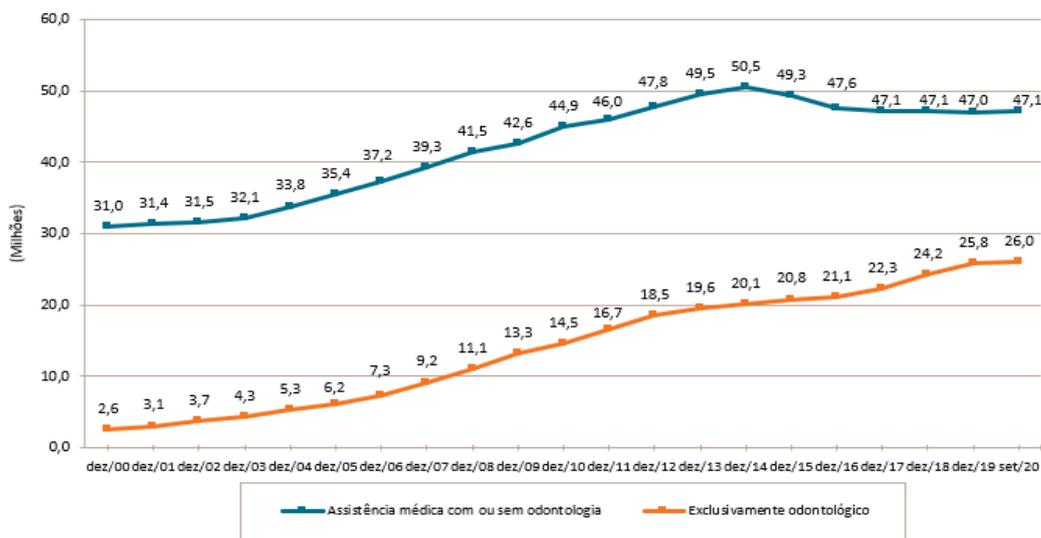
Fonte: ANS TabNet. Dados consolidados do projeto “Relações público-privadas nos sistemas de saúde da América Latina: dinâmicas, características e implicações para as desigualdades em saúde.”

3.2 BENEFICIÁRIOS

O Brasil é o segundo maior mercado de planos de saúde do mundo, ainda que disponha de um sistema público de saúde universal. No ano de 2020, cerca de 47 milhões de pessoas no país possuíam planos de saúde. O maior número de beneficiários de planos já atingido, aproximadamente 50 milhões, foi registrado em 2014. Desde então, este número tem oscilado em decorrência das seguidas crises econômicas ocorridas no Brasil.

Contudo, a população assistida pela assistência médica supletiva não tem variado significativamente, estabelecendo-se em cerca de 25% de sua totalidade. No Gráfico 7, é possível visualizar a evolução de beneficiários por cobertura assistencial contratada e, neste sentido, merece destaque o crescimento expressivo das coberturas por planos exclusivamente odontológicos que, em 2020, abarcavam 26 milhões de clientes.

Gráfico 7. Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano. Brasil, 2000 – 2020.

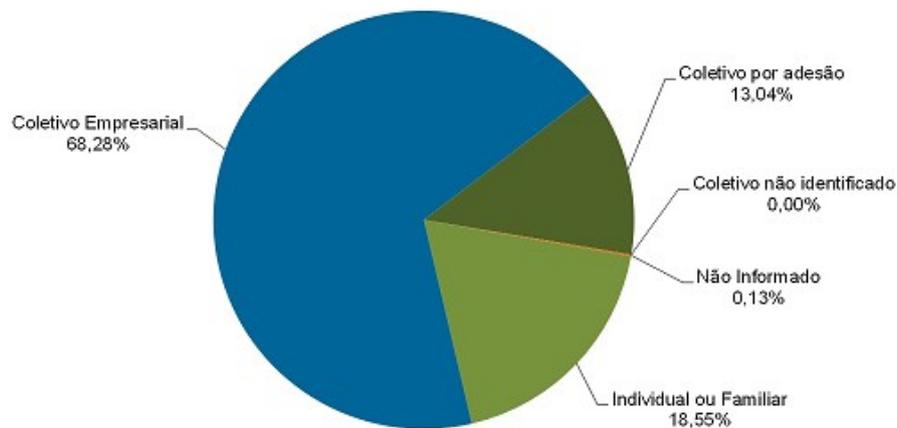


Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS/MS), 09/2020.

Historicamente, a adesão a planos de saúde é relacionada aos contratos de trabalho e, conseqüentemente, aos planos coletivos empresariais que se tornaram majoritários nas carteiras das operadoras (Gráfico 8). Por este motivo, as flutuações nos níveis de emprego têm repercussões importantes para o número de beneficiários cobertos pelas empresas de assistência

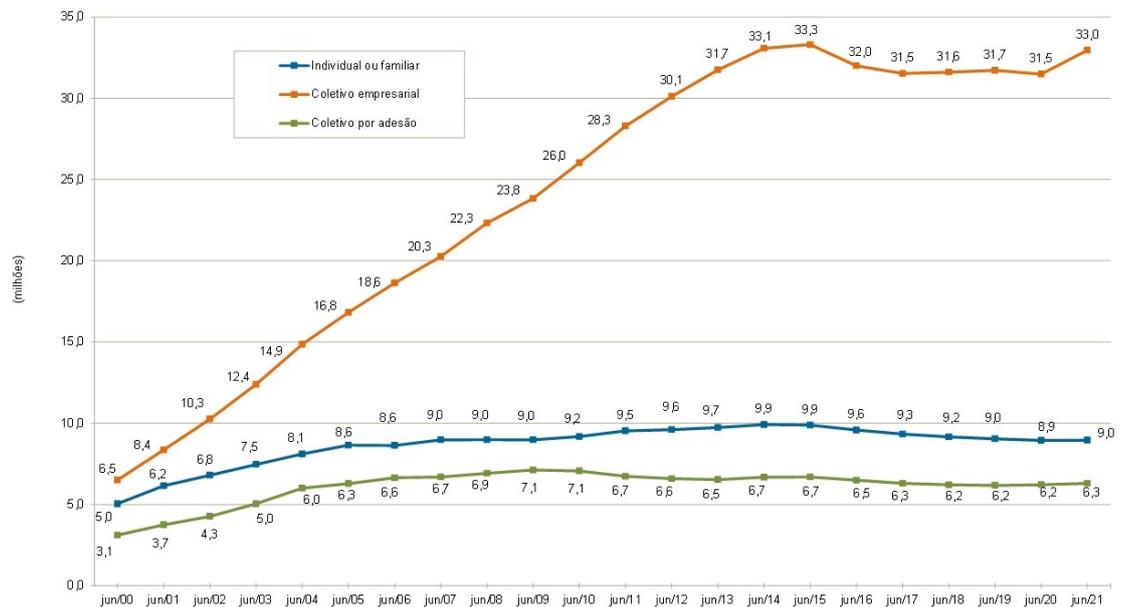
médica supletiva. Como pode ser observado no Gráfico 9, na década de 2000 houve um crescimento acentuado no número de beneficiários de planos coletivos empresariais acompanhando o movimento mais geral de formalização dos empregos existente naquela época. Contudo, as crises econômicas mais recentes e o aumento do desemprego, têm efeitos visíveis na evolução deste tipo de contratação a partir do ano de 2016.

Gráfico 8. Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (2000-2021).



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS/MS), 08/2021.

Gráfico 9. Evolução do número de beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano. Brasil, 2000-2021.

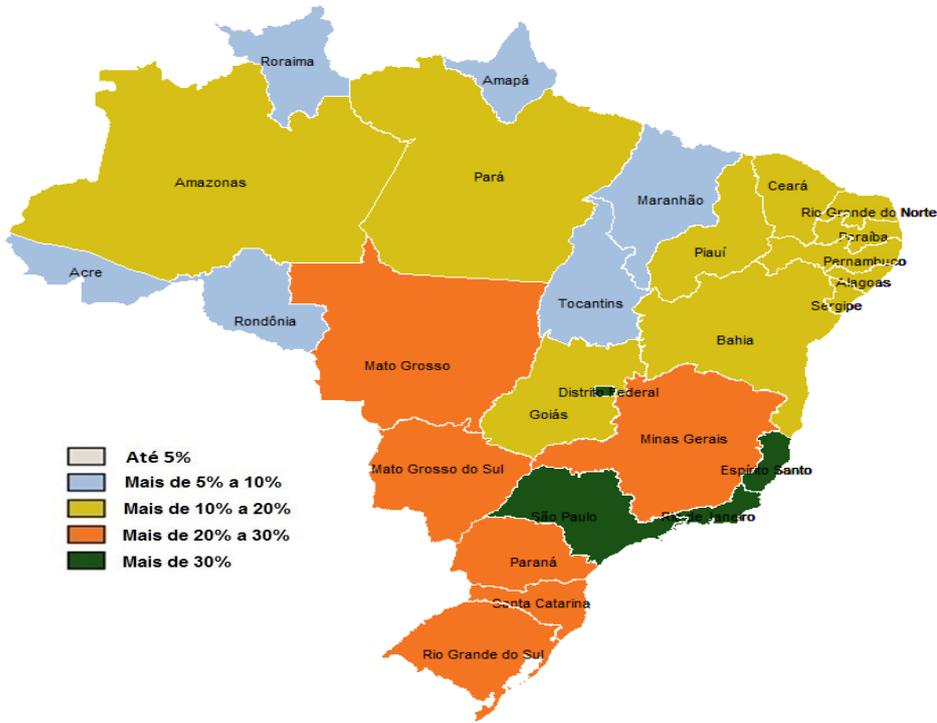


Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS/MS), 08/2021.

Nota: Os tipos de contratação classificados como “Coletivo não identificado” e “Não informado” foram omitidos do gráfico.

Devido ao processo brasileiro de desenvolvimento concentrado e desigual, a maior parte da população coberta por planos de saúde se encontra na região Sudeste. Este é mais um reflexo da vinculação existente entre o processo de industrialização da região e o desenvolvimento dos planos de saúde. Conforme pode ser visto na Figura 1, todos os estados cuja população apresenta cobertura populacional por planos de saúde superior a 30% estão localizados na região Sudeste, com exceção do Distrito Federal. Por outro lado, todos os estados com coberturas menores (5-10%) estão situados nas regiões Norte e Nordeste do país.

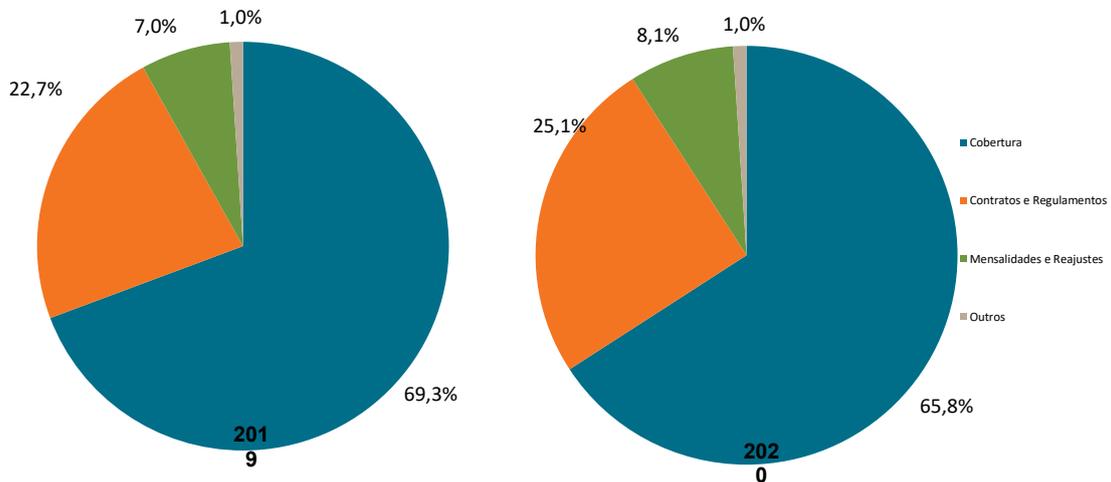
Gráfico 10. Taxa de cobertura dos planos privados de assistência à saúde por unidades da federação. Brasil, 2000-2021.



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS/MS), 08/2021.

Apesar dos avanços obtidos com a regulação assistencial da saúde suplementar pela ANS e seus atos normativos, as reclamações referentes às coberturas ofertadas são as mais frequentemente realizadas por beneficiários de planos de saúde (65,8% em 2020), conforme pode ser observado no Gráfico 11. Este dado indica a persistência de conflitos entre operadoras e beneficiários sobre este tema regulatório.

Gráfico 11. Distribuição percentual de reclamações por tema da demanda (Brasil, janeiro-setembro/2019 e janeiro-setembro/2020).



Fonte: Tabnet/ANS/MS - 19/10/2020. Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2020.

A ANS conta com a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) como instrumento para solucionar conflitos entre Operadoras (incluídas as Administradoras de Benefícios) e consumidores em razão das negativas de coberturas assistenciais ou demais temas regulatórios. Trata-se de uma iniciativa de intermediação que visa conferir maior rapidez para a resolução dos conflitos e evitar a abertura de processos administrativos e judiciais. No ano de 2019, a taxa de reclamações de consumidores finalizadas no âmbito das NIP assistenciais foi de 90,2 %, conforme pode ser visto na Tabela 4, o que demonstra a eficiência desta medida regulatória.

Tabela 4. Demandas NIP assistenciais e Índice de Resolutividade (Brasil - 2009-2020).

Ano	Demandas NIP Assistenciais	Índice de Resolutividade (%)
2009	5.259	49,0%
2010	13.051	65,0%
2011	29.270	68,8%
2012	53.178	80,1%
2013	71.046	82,3%
2014	55.744	81,2%
2015	71.609	81,9%
2016	61.339	85,5%
2017	60.990	88,0%
2018	67.391	90,1%
2019	91.444	90,2%

Fonte: Tabnet/ANS/MS - 19/10/2020. Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2020

4. A ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR NO PAÍS: TRAJETÓRIA E PRIMEIRAS TENTATIVAS DE REGULAÇÃO.

Para analisar a regulação assistencial da saúde suplementar, é fundamental revisitar os principais marcos para conformação deste setor no Brasil. Desta maneira, é possível perceber a trajetória de construção do arcabouço regulatório, quais os atores, organizações e interesses envolvidos nas disputas por sua configuração e como se deu sua operacionalização pelo Estado nos diferentes momentos históricos. Assim, neste capítulo serão abordados o contexto de formação da assistência médica supletiva e as iniciativas de regulação que antecederam a Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656 de 1998)

4.1 O CONTEXTO DE FORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR NO BRASIL

Os planos privados de saúde no Brasil têm origem na intrínseca relação que se estabeleceu historicamente entre a Previdência Social e a assistência médica privada. Neste sentido, será necessário revisitar alguns dos principais marcos históricos e normativos da estruturação do sistema previdenciário e suas repercussões para a assistência à saúde.

A Previdência Social surge efetivamente no Brasil a partir da Lei Elói Chaves (Decreto n. 4.682 de 24 de janeiro de 1923), que instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os empregados de empresas de estradas de ferro do país. Esta iniciativa é parte de um conjunto de medidas que visaram ampliar a interferência estatal nas questões relativas ao mundo do trabalho. Porém, naquele momento, o Estado não participou ativamente do custeio ou gestão dessas instituições previdenciárias que foram financiadas e administradas por patrões e empregados das respectivas empresas (Cordeiro, 1984; Oliveira e Teixeira, 1985).

A cobertura dos benefícios previdenciários foi estendida aos marítimos e portuários por meio do decreto n.º. 5.109 de 20 de dezembro de 1926. Os serviços disponíveis a estes trabalhadores e seus dependentes incluíam assistência médica e internações hospitalares, além da aquisição de medicamentos definidos pelo Conselho de Administração da CAP a preços mais baixos (Cordeiro, 1984; Oliveira e Teixeira, 1985).

Desta maneira, a assistência médica neste período pode ser caracterizada como um benefício previdenciário condicionado pela inserção formal no mundo do trabalho e à realização de contribuições por trabalhadores e patrões. Além disso, tratava-se de obrigação formalizada nos contratos trabalhistas firmados. Todavia, é importante ressaltar a existência de profundas desigualdades na provisão dos serviços previdenciários e médicos entre as distintas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) (Oliveira & Teixeira, 1985).

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) surgem na década de 1930 com o intuito de garantir benefícios previdenciários aos trabalhadores urbanos. São parte do processo de reorganização e ampliação do sistema previdenciário e, paulatinamente, substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões de que diferiam em vários aspectos. Um deles corresponde à organização nacional dos institutos a partir das categorias profissionais. Cabe destacar a igualdade de benefícios em seu interior, apesar das diferenças salariais regionais. Outra diferença em relação às CAPs diz respeito à configuração dos institutos como autarquias, o que significou maior controle estatal sobre este modelo institucional previdenciário (Cordeiro, 1984; Braga e Paula, 2018).

A partir dos IAPs, foi possível ampliar consideravelmente a assistência à saúde de trabalhadores e dependentes, em parte, por terem se configurado como espaços para interlocução, entre Estado e sindicatos, sobre a institucionalização de demandas em saúde desse grupo (Braga e Paula, 2018). Porém, as coberturas por benefícios previdenciários e médicos seguiam bastante desiguais entre as profissões, e apenas metade dos beneficiários de IAPs contavam com assistência médica.

Em geral, os institutos que dispunham de maiores recursos financeiros ofertavam coberturas mais amplas tanto para benefícios pecuniários quanto para prestação de assistência médica, o que se refletia na composição de seus gastos totais cada vez mais comprometidos por despesas com saúde (Menicucci, 2007).

Cabe ressaltar a existência, na legislação desse período, de uma orientação intencionalmente contencionista dos gastos com assistência médica expressa na distinção entre prestação de serviços (médicos e assistência social) e concessão de benefícios pecuniários

reafirmados como finalidades principais da Previdência (aposentadorias e pensões). Além disso, havia iniciativas que buscavam restringir os gastos com assistência médica a um setor específico do orçamento dos IAPs com fontes de recursos próprias e o estabelecimento de um teto para este tipo de despesa. No entanto, as pressões de categorias profissionais com acesso a maiores privilégios, tais como bancários, comerciários e funcionários públicos, fizeram com que essas medidas restritivas não tivessem trajetória de desenvolvimento linear (Oliveira & Teixeira, 1985).

Quanto às estruturas necessárias à prestação de serviços médicos, havia autonomia para definição dos IAPs por distintos arranjos. Assim, era possível aos institutos constituírem serviços próprios e a contratação ou credenciamento de serviços privados por meio de convênios. Desta maneira, alguns institutos foram capazes de organizar serviços ambulatoriais e hospitalares que compunham uma rede própria com significativa capacidade de atendimento. Todavia, vários IAPs optavam pela contratação ou credenciamento de serviços privados, sobretudo, para assistência hospitalar (Cordeiro, 1984).

De forma concomitante aos IAPs, desenvolveram-se na década de 1940 arranjos de assistência médica para os empregados de empresas multinacionais e estatais chamados de autogestões. Trata-se dos primeiros planos privados de assistência à saúde no Brasil. Criada em 1944, a Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) é um exemplo deste tipo de plano em funcionamento até os dias atuais (Oliveira e Teixeira, 1985).

A década seguinte foi marcada por um processo intenso de industrialização com protagonismo de empresas multinacionais, principalmente automobilísticas. Naquele cenário, surgiu a medicina de grupo: grupos médicos contratados por empresas para prestação de serviços de saúde a seus empregados. As medicinas de grupo surgiram com a finalidade de otimizarem a oferta de serviços médicos, aumentarem a produtividade dos empregados e reduzirem o absenteísmo. Trata-se da primeira modalidade lucrativa de plano de saúde no Brasil. A experiência com as empresas médicas de pré-pagamento serviu de base para os convênios-empresa, que se tornaram política de assistência médica a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e foram ampliados, posteriormente, por meio do Plano de Pronta Ação (PPA) de 1974 (Cordeiro, 1984).

Em 1960, foi criada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) com o objetivo de uniformizar os direitos estabelecidos entre os diversos IAPs. Porém, naquele contexto, a assistência médica no âmbito destes institutos passou a enfrentar uma crise relacionada às frágeis bases de financiamento, diferenças de coberturas e qualidade de serviços, além da insatisfação dos trabalhadores com as respostas a seus anseios pela ampliação dos benefícios (Braga e Paula, 2018).

Complementam este quadro de crise a incapacidade das instituições governamentais brasileiras para lidarem com as transformações ocorridas na medicina que elevaram substancialmente os custos da assistência médica, tais como: a maior utilização de medicamentos e equipamentos médicos, ampliação do uso de serviços diagnósticos, diversificação das especialidades e centralidade dos hospitais na prestação dos serviços de saúde (Braga & Paula, 2018).

Os problemas vivenciados pelas instituições previdenciárias responsáveis pela assistência médica podem ser mais bem compreendidos quando analisados como parte do conjunto ampliado de impasses enfrentados pelo Estado brasileiro à época. O desenvolvimento econômico ocorrido na década anterior produziu as bases necessárias à industrialização, que passou a exigir a modernização do Estado e suas instituições como resposta às novas necessidades de acumulação capitalistas.

Nesse sentido, logo após o golpe civil-militar de 1964, foi implementada uma agenda de reformas (administrativa, tributária, financeira etc.) que possibilitou ao setor saúde assumir características absolutamente capitalistas. Entre elas, destaca-se a reforma previdenciária que promoveu a unificação dos IAP no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966. Essa medida consolida a função de centralização financeira do sistema pelo Estado e promoveu a incorporação de milhões de trabalhadores entre os beneficiários da assistência médica previdenciária (Cordeiro, 1984; Oliveira & Teixeira, 1985).

A ruptura com o modelo populista que vigia no período anterior e demandava a mobilização política dos trabalhadores assalariados não alterou a tendência de utilização das políticas sociais como recurso para alívio das tensões sociais e legitimação do regime

autoritário. Desta forma, coube à Previdência um papel assistencial e redistributivo semelhante àquele proposto pela seguridade social, que tendia à universalização da cobertura a partir de sua assunção enquanto direito “consensual”. Este processo culminou, em meados da década de 1970, com todos os trabalhadores urbanos formais cobertos pela Previdência Social. As políticas de assistência médica tiveram ampliação de cobertura maior que a de outros benefícios previdenciários e passaram a contemplar os trabalhadores informais a partir de 1974 (Oliveira & Teixeira, 1985).

A rede própria previdenciária não dispunha da capacidade necessária ao atendimento da demanda produzida pelo processo de universalização e uniformização dos serviços médicos. É neste contexto que ocorre a escolha do governo ditatorial pelo incentivo aos serviços médicos privados, em detrimento da ampliação da rede pública. A partir daí, a Previdência Social se tornou a maior compradora de serviços médicos do País por meio de dois arranjos institucionais para a provisão de assistência médica: o sistema contratado e o conveniado, que passaram a atuar paralelamente à rede própria da Previdência Social (Oliveira & Teixeira, 1985; Braga & Paula, 2018).

O sistema contratado consistiu no credenciamento e na contratação de serviços privados de saúde para o atendimento dos beneficiários da Previdência. Os hospitais privados foram os maiores beneficiados por esta estratégia, com os serviços que prestavam correspondendo à quase totalidade dos gastos gerais do INPS entre 1969 e 1975. Cabe ressaltar que os pagamentos ocorriam por “unidades de serviços” e eram alvos frequentes de fraudes. Além disso, esta forma de pagamento estimulava a adoção de tratamentos caros, complexos e, eventualmente, produtores de iatrogenias (Menicucci, 2007).

Segundo Oliveira e Teixeira (1985), entre as medidas e instrumentos criados para a articulação da Previdência com o setor privado e desenvolvimento do padrão de organização da prática médica voltada para a capitalização da medicina, destaca-se o financiamento de hospitais privados a partir de empréstimos a juros baixos com recursos provenientes do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Tratou-se de uma iniciativa voltada ao fomento de reformas e ampliação de hospitais, além do incremento à produção na indústria de equipamentos e insumos hospitalares.

O sistema conveniado correspondia à transferência da função provedora de serviços médicos do Estado para a iniciativa privada. Nesse modelo, a Previdência Social firmava um convênio com as empresas empregadoras que recebiam subsídios governamentais para se responsabilizarem integralmente pela assistência médica de seus funcionários. A prestação de serviços ficava por conta das empresas de “medicina de grupo” contratadas mediante pagamento prévio em que era estabelecido um valor fixo por empregado (Menicucci, 2007).

O empresariamento da medicina sofria críticas frequentes dos sindicatos e das associações médicas, como a Associação Médica Brasileira (AMB). Estas organizações reivindicavam para os seus associados direitos e responsabilidades que julgavam inerentes à prática médica e denunciavam infrações éticas cometidas pelos grupos médicos com suas práticas mercantilizadas. Neste cenário, surgiram como alternativa as cooperativas médicas – UNIMEDs. Embora criadas como contraponto à medicina de grupo, passaram a funcionar de maneira semelhante a partir de sua adesão ao modelo de convênio-empresa, disputando o mercado privado de assistência à saúde (subsidiada ou não pela Previdência Social) e atuando segundo um modelo assistencial e de financiamento nos marcos da medicina capitalista (Cordeiro, 1984).

A Previdência Social, por meio da intervenção estatal, garantiu e sustentou um relevante mercado consumidor para as diferentes modalidades de assistência médica privada constituído por trabalhadores e seus dependentes que, em um cenário de baixos salários e crescentes custos médicos, não conseguiriam satisfazer suas necessidades em saúde no mercado.

Os elevados investimentos financeiros realizados na medicina previdenciária, como os previstos no Plano de Pronta Ação de 1974, não se concretizaram em melhorias nos indicadores de saúde da população. Naquele contexto, o que se observou foi o agravamento da mortalidade infantil nas periferias das grandes cidades, um indicador extremamente sensível às transformações sociais decorrentes da queda progressiva do salário-mínimo real produzida pela política de acumulação vigente na época (Oliveira & Teixeira, 1985).

Cabe lembrar que isso ocorreu em contexto histórico marcado por altas taxas de acumulação concomitantes à piora das condições de vida da população mais pobre, submetida

a altas taxas de mortalidade infantil, desnutrição, reemergência da tuberculose, doenças crônico-degenerativas, infecciosas e de endemias anteriormente restritas ao meio rural, como a doença de Chagas (Braga & Paula, 2018).

Esse período também foi caracterizado pela baixa prioridade dos governos para as questões de saúde pública devido a fatores como a política econômica adotada pelo regime ditatorial e a fragmentação da política nacional de saúde, restrita às instituições diretamente envolvidas no tema. Esta dinâmica fica ainda mais evidente ao se verificar a redução dos valores destinados ao Ministério da Saúde no orçamento da União. Entre 1965 e 1972, houve redução do gasto público direto em saúde e ampliação dos gastos com assistência médica individual da Previdência Social (Cordeiro, 1984; Braga & Paula, 2018).

O período que se inicia em 1974 foi marcado por uma grave crise econômica motivada, entre outros fatores, pelo cenário internacional de elevação dos preços de matérias-primas, como o petróleo, e desvalorização dos produtos brasileiros para exportação que produziu desequilíbrios para a balança comercial. Desta crise econômica, resultou uma crise política que teve como um dos principais motivadores a piora nas condições econômicas e de vida das populações urbanas. Isto fragilizou a base de apoio deste segmento da população ao regime autoritário e culminou com sua derrota nas eleições de novembro de 1974.

Assim, no intuito de resgatar certo respaldo popular perdido, o governo militar ampliou recursos destinados ao Ministério da Saúde a taxas maiores que as correspondentes ao INPS. Outra medida foi a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social como marco inicial para efetivação da seguridade social como diretriz para a proteção social brasileira, a partir da expansão da cobertura de benefícios para pessoas de fora do mercado formal de trabalho.

(...)caminhava-se para a universalização da cobertura previdenciária e a extensão dos benefícios de assistência médica a parcelas crescentes das camadas assalariadas urbanas e setores da população rural, indicando a tendência a deslocar o cuidado médico do escopo das medidas contratuais características do “seguro social” brasileiro para o do “direito de cidadania” (Cordeiro, 1984:80).

4.2 ANTECEDENTES DA REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR NO BRASIL

O início da década de 1980 teve como marca o aprofundamento das crises ideológica, financeira e político-institucional do regime autoritário. Ao mesmo tempo, iniciou-se o processo de abertura democrática, que possibilitou o fortalecimento de propostas para o sistema de saúde que buscavam transformar o modelo de privilegiamento dos produtores privados de serviços em outro que priorizasse o setor público prestador de assistência médica (Oliveira & Teixeira, 1985).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi o espaço onde se formatou a proposta de um sistema público, universal, integral e gratuito instituído pela Constituição Federal de 1988 que, em seu artigo 196, estabeleceu o direito à saúde de todos os brasileiros como um dever estatal. O artigo 199 da Constituição garantiu o espaço de atuação para a iniciativa privada na assistência à saúde de maneira complementar ao SUS, porém, não há no texto constitucional qualquer diretriz sobre o lugar da saúde suplementar no modelo brasileiro de proteção social à saúde.

O segundo movimento de expansão da saúde suplementar no Brasil coincidiu com o ápice do movimento da reforma sanitária e implantação do SUS que, desde então, passou a conviver com um sedimentado setor privado autônomo e conformou com ele um modelo híbrido de sistema de saúde (Menicucci, 2007; Bahia, 1999).

No contexto da implantação do SUS, os atores que se opuseram a uma reforma sanitária ampla optaram por uma estratégia política que não confrontava diretamente a noção de direito constitucional à saúde e desenvolveram meios para garantir a ampliação de serviços privados e a comercialização de planos de saúde que aproveitavam a expansão do próprio sistema público. Assim, o vácuo deixado pelo subfinanciamento do SUS, que limitou a universalização da oferta de serviços, produziu uma demanda rapidamente percebida pelos empresários do setor que desenvolveram estratégias para absorvê-la (Menicucci, 2007).

A política previdenciária vigente desde a década de 1960 promoveu o crescimento dos prestadores privados de serviços médicos e, em especial, das medicinas de grupo, o principal

arranjo empresarial de assistência médica. Durante a década de 1980, estas empresas seguiram sua trajetória de expansão mesmo com a desaceleração e posterior extinção dos convênios-empresa. Progressivamente, tornaram-se autônomas em relação à Previdência Social em crise quanto ao financiamento e à captação de clientela, originando o modelo atual de planos privados de saúde. É também nesse contexto que as empresas seguradoras chegam a este mercado (Cordeiro, 1984).

Diversos fatores explicam a expansão dos planos privados de saúde na década de 1980. Um deles foi a precarização dos serviços da rede própria previdenciária em virtude da crise que esta instituição atravessava. Isto potencializou a procura pela assistência médica suplementar e contribuiu para que os prestadores privados a preterissem em relação aos planos de saúde. A cobrança de complementação para acesso a acomodações especiais no âmbito do sistema previdenciário foi uma medida que visou a reduzir as perdas dos prestadores privados com a baixa remuneração efetuada (Baird, 2020).

Outro fator que contribuiu para o crescimento da assistência médica supletiva foram os novos subsídios governamentais concedidos às pessoas físicas e empresas. Desde 1974, já era possível deduzir do Imposto de Renda os gastos com saúde de pessoas físicas. Além disso, a autorização para que as empresas incluíssem as despesas médicas dos funcionários entre seus custos operacionais permitiu o repasse desse gasto para o preço final dos produtos (Menicucci, 2007).

Por fim, a queda do poder aquisitivo da classe média, em decorrência da crise econômica da década de 1980, pode ter produzido a migração dos clientes que acessavam a assistência médica por meio de pagamento direto aos prestadores de serviços para os planos privados de saúde. Algo parecido pode ter ocorrido entre os funcionários públicos que teriam migrado das autogestões para os planos de saúde em expansão (Bahia, 1999).

O crescimento da saúde suplementar ocorreu em um contexto de inexistência de marco regulatório geral ou fiscalização estatal que visasse ao ordenamento de suas atividades. Não existiam regras para entrada e atuação no mercado ou diretrizes sobre os produtos comercializados e preços praticados pelas empresas de planos de saúde. O fato é que os

contratos eram os únicos instrumentos para registro do que fora acordado entre operadoras e seus beneficiários. Para Menicucci (2007), a ausência de marco regulatório durante esse período expressava a omissão e as não-decisões como características fundamentais da atuação estatal durante boa parte da trajetória da saúde suplementar no Brasil.

As distintas modalidades de planos de saúde existentes balizavam sua atuação conforme as diretrizes de ministérios a que estavam vinculadas. Assim, as cooperativas médicas tinham como referência as normativas do Ministério da Agricultura, o seguro-saúde era regulamentado pelo Ministério da Fazenda e as autogestões eram reguladas, em parte, pelo Ministério da Fazenda e da Previdência e Trabalho. Apenas as medicinas de grupo não estavam vinculadas às diretrizes e normativas de nenhum ministério (Baird, 2020).

Em um contexto de alta inflação, com o objetivo de controlar os preços dos planos e evitar a evasão fiscal promovida por organizações filantrópicas, ocorreu a primeira iniciativa de regulação governamental específica do setor de saúde suplementar. Em 1989, a Superintendência de Seguros Privados (Susep), órgão responsável por regular as seguradoras vinculada ao Ministério da Fazenda, passa a pleitear a regulação econômica dos planos de saúde. É importante salientar que o setor de saúde suplementar se tornou atraente aos investidores de grandes grupos econômicos representados por seguradoras direta ou indiretamente ligadas ao capital estrangeiro e que esta iniciativa de regulamentação coincide com a entrada destes grupos no mercado (Menicucci, 2007; Baird, 2020).

Desde o Decreto lei n°. 73 de 21 de novembro de 1966, já havia diretrizes a que o sistema nacional de seguros estava submetido, sobretudo, quanto à solvência e necessidade de manter reservas financeiras. Desta maneira, a iniciativa da Susep foi apoiada pelas sociedades seguradoras com o intuito de assegurar condições iguais para atuação no mercado a partir da extensão daquelas regras a todas as modalidades existentes (Braga e Paula, 2018).

A proposta de regulação pela Susep encontrou forte resistência entre representantes de outras modalidades da saúde suplementar. A Abrange, representante das medicinas de grupo, defendia que as medidas propostas teriam a finalidade de promover a cartelização do setor e apontava a inadequação das regras, estipuladas para o setor financeiro, às atividades

desempenhadas por organizações de saúde. Como resposta, criou um conselho cujo objetivo era autorregulamentar a atuação das empresas de medicina de grupo, maior segmento da saúde suplementar naquele contexto. Dos conflitos entre Susep e Abramge resultou a estagnação da pauta regulatória durante o governo de Fernando Collor de Mello (Menicucci, 2007; Baird, 2020).

O setor de planos de saúde apresentava lacunas que estavam muito além da dimensão econômica de seu funcionamento. No início dos anos 1990, com a aprovação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) e atuação dos Procons, questões relativas às negativas de coberturas e reajustes dos preços de planos passaram a ter maior centralidade nos debates sobre a regulação.

As denúncias sobre práticas abusivas das empresas de planos de saúde eram frequentes no noticiário, assim como também eram rotineiras ações no Judiciário questionando as limitações de tempos de internação, carências, restrições para utilização de procedimentos e terapias, exclusão de pessoas com doenças previamente existentes, exclusões de idosos e rescisões unilaterais de contratos por inadimplência já no primeiro dia de atraso no pagamento da mensalidade (Scheffer & Bahia, 2010).

As más práticas assistenciais das operadoras de planos de saúde se intensificaram com as dificuldades financeiras que passaram a enfrentar após a implantação do Plano Real. A queda da inflação ocorrida a partir desta estratégia econômica comprometeu a dinâmica das aplicações financeiras que sustentavam o setor e custeavam a assistência médico-hospitalar de seus beneficiários, gerando desequilíbrio financeiro e dificuldades para arcar com as despesas (Menicucci, 2007; Baird, 2020).

As insatisfações com as más práticas assistenciais das empresas de planos de saúde não se restringiam aos consumidores de seus produtos. As entidades médicas queixavam-se dos valores pagos por procedimentos realizados e da interferência exercida pelas operadoras, sobre a autonomia para exercício das práticas por seus representados, ao restringirem a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos sob a justificativa de contenção de despesas (Menicucci, 2007; Baird, 2020).

Pela compatibilidade de suas pautas, foi comum o alinhamento entre médicos, profissionais de saúde e consumidores contra as práticas abusivas dos planos de saúde na época. Um exemplo disso foi a elaboração, em 1993, da Resolução 1.401 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que obrigava as operadoras a garantirem, sem restrições quantitativas ou de qualquer natureza, o atendimento de todas as enfermidades inscritas no Código Internacional de Doenças (CID-10) publicado pela Organização Mundial da Saúde. Além disso, esta resolução estabelecia a livre escolha do médico pelo paciente e, de médicos e pacientes por prestadores de serviços diagnósticos e terapêuticos.

Naquele momento, iniciativas como a do CFM foram acompanhadas de resoluções de outros conselhos profissionais interessados na ampliação de coberturas para além da assistência médica, manifestações de movimentos organizados de portadores de patologias e deficiências excluídas da cobertura dos planos (aids, renais crônicos e saúde mental), legislações estaduais e decisões do Judiciário contra os abusos cometidos por empresas do setor. Soma-se a isto a união entre médicos, profissionais de saúde e consumidores como fator decisivo para produzir a mobilização e repercussão necessárias ao engajamento do Congresso Nacional no debate sobre a regulação da saúde suplementar. Assim, em 1991, foi apresentado o primeiro Projeto de Lei sobre o tema e, até 1997, outros 22 foram apresentados (Menicucci, 2007). Somente em 1998, uma lei mais robusta seria aprovada, alterando os rumos da regulação da saúde suplementar nas décadas seguintes e conferindo uma nova base para disputas quanto à orientação das políticas setoriais, como será tratado nos próximos capítulos.

5. A CONSTRUÇÃO DA INSTITUCIONALIDADE REGULATÓRIA: A LEI DOS PLANOS DE SAÚDE DE 1998 E A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)

Neste capítulo serão abordadas a conformação do marco regulatório do setor de saúde suplementar, especialmente a Lei n.º. 9.656 de 1998 e a estruturação e configuração da ANS, entidade responsável atualmente pela regulação das atividades desenvolvidas pelos planos de saúde e, indiretamente, dos prestadores de serviços privados.

5.1 A LEI 9.656 DE 1998 – LEI DOS PLANOS DE SAÚDE

A partir do Projeto de Lei n.º. 93/93, apresentado pelo senador Iram Saraiva (PMDB-GO), iniciou-se o processo de regulação da saúde suplementar no Brasil. Este projeto propunha a proibição de exclusão das coberturas de despesas com tratamentos de determinadas doenças por planos e seguros privados de saúde. Foi aprovado pelo Senado em 1994 e encaminhado à Câmara dos Deputados, onde se tornou o PL n.º. 4425 e tramitou até 1998.

A entrada tardia do Ministério da Saúde no debate se deu em parte pela crítica às transferências dos pacientes vinculados a planos de saúde para a realização de tratamentos e procedimentos mais caros no SUS sem qualquer contrapartida financeira, posicionamento que levou à demanda pelo ressarcimento ao SUS. Durante anos, também houve tensões entre atores da saúde com órgãos como a Susep, que compreendiam o setor de saúde suplementar como atividade econômica que não deveria sofrer interferências da área da saúde em suas atividades (Baird, 2020).

Desta forma, a Câmara dos Deputados toma para si o protagonismo da construção do marco regulatório e, em 1996, forma uma comissão especial para apreciação do PL n.º. 4425 oriundo do Senado. Este processo tornou evidente a resistência à regulação de atores ligados às distintas modalidades institucionais da saúde suplementar. As autogestões afirmavam que não deveriam ser reguladas por não comercializarem planos no mercado. As cooperativas médicas (Unimeds) justificaram sua ausência nas discussões com o argumento de já existirem normas regulamentadoras de cooperativas. As medicinas de grupo admitiam a existência de algumas

regras para o setor desde que não interferissem em questões contratuais tais como coberturas assistenciais ou valores dos planos (Menicucci, 2007).

Quanto aos prestadores de serviços havia, por parte dos médicos, a defesa de um modelo regulatório que proibisse as limitações de procedimentos e exclusões de coberturas. Cabe ressaltar que esse posicionamento convergia com o de consumidores de planos de saúde. Os prestadores de serviços hospitalares, por sua vez, propunham a segmentação do setor como forma de assegurar sua sustentabilidade. Assim, deveriam ser comercializados planos com menor cobertura prevista em contrato para beneficiários com poder aquisitivo mais baixo. A posição do governo, representado pela Susep nessa comissão, era a de conferir a este órgão o papel de regulador do setor, defesa da participação do capital estrangeiro na saúde suplementar e extensão, para as operadoras de planos de saúde, das normas previstas para as sociedades seguradoras (Menicucci, 2007).

Apesar das divergências entre os atores participantes dessa comissão, havia maior possibilidade de acordo sobre a existência de regras para entrada, constituição, funcionamento e saída do mercado, percebidas por alguns deles como benéficas e necessárias ao setor. Porém, a questão assistencial era mais conflituosa na medida em que evidenciava a contradição existente entre a ideia de saúde enquanto direito, que tem a integralidade como princípio, e a assistência à saúde sob a lógica do livre mercado, em que a escolha dos consumidores é definida por sua capacidade de pagamento em um cenário onde produtores privados selecionam riscos para reduzirem custos e potencializarem seus ganhos (Menicucci, 2007).

Os trabalhos da comissão especial se encerraram em 1997 sem que fosse possível a elaboração de um relatório final. Assim, para evitar a edição de uma Medida Provisória pelo Executivo, foi apresentado pelo deputado Pinheiro Landim (PMDB-CE) um substitutivo rapidamente debatido e aprovado pelo plenário da Câmara. Estes debates foram marcados pela disputa entre uma perspectiva mais privatista e outra estatizante da matéria, que podem ser representadas pelas intervenções dos deputados Roberto Jefferson (PTB-RJ) e Humberto Costa (PT-PE), ambos com grande influência na futura agência reguladora da saúde suplementar (Baird, 2020).

O primeiro deles apontou a falência do SUS em decorrência da “cobertura única”, uma utopia que não poderia ser realizada pelo Estado. Para ele, caberia ao Congresso, naquele momento, salvar a saúde suplementar do mesmo fim por meio de uma lei que se afastasse de chavões da Constituinte como “Saúde é direito de todos e um dever do Estado”. Humberto Costa, por sua vez, defendeu a noção de saúde integral presente na Constituição Federal de 1988 e destacou a existência de grupos cuja intenção era a mercantilização da saúde (Baird, 2020).

Ainda que o escopo regulatório tenha sido aumentado em relação ao Projeto de Lei enviado pelo Senado, a proposta do Congresso Nacional não trazia avanços relacionados às coberturas assistenciais como queriam os consumidores e as entidades médicas. Por outro lado, as empresas, com exceção das cooperativas médicas, apoiaram a aprovação do projeto como proposto pela Câmara dos Deputados (Baird, 2020).

O projeto que resultou das discussões no Congresso instituiu o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) como órgão responsável pela definição de diretrizes sobre a saúde suplementar cuja operacionalização ficaria a cargo da Susep. Este arranjo demonstra a preponderância da área econômica do Governo em relação à saúde neste tema, uma vez que o Ministério da Saúde teria papel semelhante ao de assessoria para questões assistenciais tais como coberturas e prestação de serviços médicos e hospitalares. Com esta finalidade, foi criado em 1998 o Departamento de Saúde Suplementar (Desas) vinculado à Secretaria de Assistência à Saúde do MS (Menicucci, 2007).

Diante do descontentamento de consumidores e entidades médicas e o risco de veto pelo Senado destas medidas, chegou-se a um impasse apenas superado com a nomeação de José Serra para o Ministério da Saúde em 1998. A partir daí, passou-se a discutir um projeto que contemplasse propostas de regulação econômica, mas que também possibilitasse a ampliação das garantias assistenciais aos consumidores. O respaldo com que Serra contava junto à Presidência da República foi fundamental para essa mudança de perspectiva e possibilitou a negociação no Senado de pontos sensíveis da proposta, tais como o aumento das coberturas assistenciais, reajustes para pessoas com mais de 60 anos de idade, cobertura de doenças e

lesões preexistentes, transplantes e garantias para desempregados e aposentados (Bahia, 1999; Baird, 2020).

Outro resultado importante dessas negociações foi a elaboração de um modelo compartilhado de regulação da saúde suplementar em que caberia ao Ministério da Fazenda atuar sobre os aspectos econômicos e financeiros e, ao Ministério da Saúde, as matérias sobre a assistência à saúde, ressarcimento ao SUS e a participação do capital estrangeiro no mercado (Menicucci, 2007).

Foi parte do acordo entre Poder Executivo e Senado a aprovação do projeto que originou a Lei nº. 9.656 em maio de 1998 com emendas supressivas para que se evitasse seu retorno ao Congresso. Também fez parte deste acordo a edição da Medida Provisória (MP) 1.665 com as mudanças propostas para o PL durante as negociações. Baird (2020) ressalta que a utilização excessiva de MPs para legislar sobre a regulação da saúde suplementar e a morosidade do Congresso em sua análise trouxeram problemas de legitimidade e fragilizaram este marco regulatório contribuindo de forma decisiva para manutenção dos conflitos existentes entre os atores do setor (Menicucci, 2007; Baird, 2020).

5.2 O CONTEXTO DE CRIAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)

O processo de estruturação da regulação da saúde suplementar no Brasil se deu em consonância com a tendência internacional de mudanças na atuação do Estado iniciada na década de 1970 e consolidada nas décadas seguintes. Porém, para compreender a configuração e o funcionamento da ANS ainda é necessário reconhecer as peculiaridades do contexto brasileiro que contribuíram para construção do formato institucional assumido pelas agências reguladoras no país.

As primeiras iniciativas para a redução do papel do Estado na produção de bens e prestação de serviços ocorreram no início da década de 1990 durante o governo Collor. Todavia, é no governo de Fernando Henrique Cardoso que são implementadas as medidas que promoveram mudanças mais importantes na administração pública e que estabeleceram o novo modelo de regulação estatal. Entre as iniciativas empreendidas destacam-se a abertura do

mercado nacional ao capital estrangeiro, as privatizações de empresas estatais e a quebra dos monopólios na exploração e administração de recursos como o petróleo. Além disso, foi realizada uma reforma administrativa cuja finalidade foi a de reduzir gastos públicos e aumentar a eficiência da atuação estatal por meio de novos arranjos para a provisão de serviços públicos (Menicucci, 2007; Braga, 2017).

Entre os argumentos que justificaram a modernização das estruturas regulatórias no Brasil destacam-se o potencial aumento de eficiência e competitividade da economia nacional, a necessidade de adaptação da institucionalidade às constantes mudanças da economia global financeirizada, maior estabilidade e segurança aos investidores por meio de regras de concorrência justas e a proteção dos direitos de consumidores no contexto de mercados imperfeitos (Menicucci, 2007).

Dois componentes fundamentais do processo de configuração das agências reguladoras na administração pública brasileira foram a estruturação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) e a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), ambos encabeçados pelo economista Luiz Carlos Bresser Gonçalves Pereira.

O PDRAE foi preparado em 1995 e se destinava a orientar o MARE na racionalização da máquina governamental a partir da operacionalização dos seguintes objetivos: ampliar a capacidade de governança do Estado orientada à resolução das necessidades apresentadas pelos cidadãos, reservar os serviços públicos não exclusivos para a propriedade pública não estatal e a produção de bens e serviços para o setor privado, além da descentralização das ações estatais de caráter local e regional para estados e municípios (Brasil, 1995).

A estratégia definida no PDRAE para reformar o aparelho do Estado contemplava três dimensões. A primeira, institucional-legal, previa mudanças no sistema jurídico e nas relações de propriedade. A segunda buscava promover a superação da cultura burocrática pela introdução de uma racionalidade gerencial na administração pública. Por fim, a terceira dimensão visava a mudanças institucionais que promovessem a modernização dos métodos de gestão e da estrutura de órgãos públicos, tais como a transformação de autarquias e fundações

em agências autônomas, regidas por contratos de gestão celebrados com o ministério do respectivo setor e dotadas de autonomia para administração dos recursos humanos, materiais e financeiros necessários à sua atuação. Cabe ressaltar que estas agências desempenhariam funções relacionadas apenas às atividades exclusivas do Estado (Brasil, 1995).

O principal instrumento de aplicação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), quanto às dimensões cultural e da gestão pública, foi o Programa da Qualidade e Participação na Administração Pública (QPAP), coordenado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) (Brasil, 1997).

O PDRAE apresenta as diretrizes dos marcos regulatórios para a provisão de serviços públicos. Porém, foi por meio da Lei de Concessões (lei n.º. 8.987/95) que se instituíram os direitos e as obrigações das empresas concessionárias de serviços, estabeleceu-se a forma de atuação do Estado na regulação e os instrumentos para a resolução de conflitos entre atores dos setores regulados (Brasil, 1995b). Em seguida, foram criadas as primeiras agências reguladoras para os setores privatizados de energia elétrica, telecomunicações e petróleo: a Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel) pela lei n.º. 9.427/1996; a Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel), por meio da lei n.º. 9.472/97; e a Agência Nacional do Petróleo (ANP), pela lei n.º. 9.478/97.

O MARE teve um papel discreto no processo de configuração das agências reguladoras. O protagonismo nas definições sobre seu formato ficou por conta dos ministérios relacionados aos setores a serem regulados. Os ministérios relacionados às empresas privatizadas terminaram por contribuir para a estruturação de agências reguladoras semelhantes às comissões independentes dos Estados Unidos da América que contam com autonomia política para a regulação dos setores em que atuam (Baird, 2020).

Em certa medida, o formato adquirido pelas agências reguladoras brasileiras desviou-se dos objetivos iniciais de ganhos de eficiência e credibilidade junto aos agentes dos mercados e passou a ser mais motivado pela liberdade e flexibilidade conferidas ao status de autarquia em comparação com a administração direta. Inclusive, a atuação destas agências em setores que não se configuram como monopólios naturais ou realizando atividades atribuídas a instâncias

de fomento anteriormente existentes as aproxima mais da concepção intervencionista sobre o Estado que de dispositivos associados ao Estado regulador (Boschi e Lima, 2002).

Segundo Baird (2020), as agências reguladoras brasileiras podem ser classificadas em três gerações de acordo com o momento de sua configuração e objetivos que assumiram. A Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel), a Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) e a Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis (ANP) são da primeira geração de agências reguladoras. A lógica que orientou a sua constituição foi a busca por credibilidade e redução dos riscos regulatórios para os investimentos privados de longa duração nos setores monopolísticos de bens e serviços privatizados a partir de regras claras e estáveis.

A segunda geração de agências é composta pela Anvisa e ANS, que estão associadas ao objetivo de melhorar o funcionamento dos serviços ofertados à população e o enfrentamento de falhas de mercado - como assimetria de informações, externalidades negativas - e condições justas de concorrência para o estabelecimento de um mercado competitivo. Todavia, para Baird (2020), a opção por este arranjo parece estar mais associada às vantagens para os governantes de repassarem o custo político de decisões frequentemente impopulares e técnicas para agências autônomas especializadas.

Metade das agências reguladoras existentes corresponde à terceira geração que tem como principal característica a heterogeneidade nos seus objetivos e setores regulados. As agências desta geração são a Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT), a Agência Nacional de Transporte Aquaviários (Antaq), a Agência Nacional de Águas (ANA), a Agência Nacional do Cinema (Ancine) e a Agência Nacional de Aviação Civil (Anac). Quatro delas foram aprovadas nos últimos três anos do governo de Fernando Henrique Cardoso e uma no terceiro ano do primeiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva (Baird, 2020).

Apesar da diversidade de objetivos, os aspectos institucionais centrais das agências reguladoras brasileiras são semelhantes. Todas dispõem de autonomia, estrutura decisória,

independência financeira², funcional e gerencial e *accountability*. Em parte, isto pode ser atribuído à reprodução pelas agências mais recentes do formato institucional daquelas que lhes antecederam (Pó e Abrucio, 2006).

A melhor expressão de autonomia das agências reguladoras pode ser identificada na existência do mandato fixo de seus dirigentes e pela não coincidência destes com o do Presidente da República. Cabe ressaltar que os diretores das agências reguladoras não podem ser demitidos sem maiores exigências legais. Sobre a independência, as agências contam com orçamentos e capacidade arrecadatória próprios, equipe específica de técnicos com carreiras estabelecidas, além de mecanismos específicos para prestação de contas sobre suas atividades às instâncias controladoras (Menicucci, 2007; Baird, 2020).

Também são características das agências reguladoras no Brasil o elevado nível de especialização e o abrangente escopo de atribuições, que compreende atividades dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. No âmbito de seus setores, realizam tarefas próprias ao Executivo como concessões, fiscalizações do exercício de atividades e observação de direitos econômicos, funções do Legislativo como a elaboração de normativas e disposições com validade legal, e atribuições do Judiciário, como o julgamento, estabelecimento de penalidades e exame de contratos (Nunes, 2001).

A proposição de implantação de uma agência reguladora para a saúde suplementar surgiu após problemas na tentativa de regulação compartilhada entre Ministério da Saúde (Desas) e da Fazenda (Susep). Na disputa entre as distintas propostas de modelos regulatórios, em um cenário de aumento da importância do debate social sobre a regulação assistencial, venceu o projeto que estabelecia a regulação única sob gerenciamento exclusivo do Ministério da Saúde de todas as modalidades empresariais de planos privados de saúde. É importante salientar que a estrutura regulatória desenvolvida para a Anvisa, também vinculada a este ministério, serviu como modelo para estruturação da ANS (Menicucci, 2007).

² A autonomia financeira das agências não se concretiza na prática. Todas são dependentes do orçamento gerido pelo Tesouro Nacional e o excedente que conseguem produzir, por meio de taxas e multas, frequentemente é utilizado para compor o superávit primário.

Apesar de o Ministério da Saúde ter mantido a ênfase de seus esforços institucionais no desenvolvimento e consolidação do SUS, a partir da criação da ANS, passaram a conviver no mesmo lócus institucional duas lógicas de atuação governamental distintas. Assim, quando atua no sentido de promover a prestação de assistência à saúde por meio do sistema público, comporta-se como Estado intervencionista. Por outro lado, quando operacionaliza a política pública regulatória a partir da ANS, reproduz a perspectiva de Estado Regulador (Menicucci, 2007; Baird, 2020).

5.3 A CONFIGURAÇÃO DA ANS E SUA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das operadoras de planos de saúde e de suas relações com prestadores de serviços e consumidores. O caráter de autarquia especial que lhe é conferido permite dispor de autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, liberdade para realizar decisões técnicas e mandato fixo a seus dirigentes para promoverem a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde (Brasil, 2000).

A Agência é gerida por uma Diretoria Colegiada (DICOL) formada por cinco diretores, com um deles assumindo, simultaneamente, as funções de diretor-presidente da ANS e da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS). Com a promulgação da Lei nº 13.848, de 25 de junho de 2019, os mandatos dos diretores tornaram-se não coincidentes e passaram a ter cinco anos de duração sem possibilidade de recondução (Brasil, 2019).

Os candidatos às diretorias da ANS são indicados pelo Presidente da República, especificamente, para as funções de Diretor-Presidente ou Diretor e são submetidos à sabatina pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado Federal, que pode definir, ou não, por sua aprovação. Caso sejam aprovados pelo CAS, os nomes são submetidos à votação no plenário do Senado e, após a confirmação nesta instância, o presidente da República é notificado para publicar a nomeação. A partir disto, o diretor nomeado é empossado e assume uma das diretorias da ANS na reunião da DICOL subsequente (ANS, 2019).

As principais deliberações sobre a atuação da ANS são realizadas pela DICOL em suas reuniões, ou por meio de circuitos deliberativos que correspondem à coleta dos votos dos diretores sobre determinadas matérias sem que haja a necessidade de realizar uma reunião. Cabe ressaltar que as definições sobre as Resoluções Normativas, Regimentais ou Administrativas, as Súmulas Normativas, decretação de Regimes Especiais, Liquidação Extrajudicial e Indisponibilidade de Bens não podem ser objeto de circuito deliberativo (ANS, 2019).

As reuniões da DICOL ocorrem com a presença de no mínimo três diretores, sendo obrigatória a do diretor-presidente ou seu substituto legal, e as deliberações são realizadas com ao menos três votos iguais. É importante ressaltar que estas reuniões são transmitidas ao vivo e as gravações disponibilizadas na íntegra ou em versão resumida no canal do Youtube da agência. A DICOL é a última instância administrativa para recursos sobre as disposições e atos realizados pelos diretores da ANS (ANS, 2019).

Parte importante da autonomia política e gerencial da agência pode ser atribuída ao mandato fixo de cinco anos concedido aos seus diretores. Além disto, estes só podem ser demitidos em situações de condenação penal transitada em julgado, condenação em processo administrativo instaurado pelo Ministério da Saúde e outras situações previstas na legislação (Menicucci, 2007).

Diferentemente de outras agências, em que os diretores atuam como conselheiros que tomam decisões gerais sobre todos os temas e os superintendentes realizam as tarefas cotidianas da regulação em setores específicos, os diretores da ANS possuem função executiva em questões relacionadas à sua respectiva Diretoria Técnica, função legislativa na Diretoria Colegiada ao deliberar sobre temas do setor e função de arbítrio sobre recursos e processos administrativos estabelecidos no âmbito da agência (Baird, 2020).

Outros componentes da estrutura organizacional da ANS são as cinco diretorias que abrangem as distintas dimensões do processo regulatório da saúde suplementar: Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (Dipro), Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (Diope), Diretoria de Fiscalização (Difis), Diretoria de Desenvolvimento Setorial (Dides) e

Diretoria de Gestão (Diges). A composição destas diretorias reflete a acomodação dos distintos interesses dos atores do setor e as dinâmicas políticas de suas disputas (ANS, 2019).

A Dipro é a responsável pela regulação assistencial, isto é, pelo planejamento, coordenação, organização e controle das atividades de regulação, habilitação e acompanhamento dos planos de saúde ofertados no mercado. Entre suas principais atividades estão a revisão periódica do Rol de Procedimentos, o incentivo à promoção da saúde, o monitoramento do risco assistencial, a imposição do regime de direção técnica, o monitoramento da garantia de atendimento e coberturas assistenciais, a definição de reajustes e o monitoramento dos preços de planos de saúde individuais, a determinação das regras de portabilidade de carências e o acompanhamento das transferências de carteira de beneficiários (ANS, 2019). É importante lembrar que a implantação da ANS tem como um de seus principais fatores o fortalecimento dos debates sobre a dimensão assistencial da regulação. Por este motivo, desde a segunda gestão da ANS, todos os diretores-presidentes acumulam a função de diretor da Dipro

A Diope é a diretoria responsável pela regulação econômico-financeira do setor de saúde suplementar e têm como suas principais atividades a autorização de funcionamento, permissão para transferência de controle societário, fusões e cisões, monitoramento da situação econômica, imposição dos regimes especiais de direção fiscal e liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de saúde (ANS, 2019). A Dipro e a Diope podem ser consideradas como as principais diretorias da Agência devido à sua atuação na edição de normas sobre os produtos ofertados e operadoras de planos privados de saúde.

A Diges tem sua atuação direcionada à normatização de processos internos à ANS. Esta diretoria é responsável pela implementação de políticas, ações e projetos de gestão e aprimoramento da agência. Com isto, busca aumentar sua capacidade de governança a partir de estímulo a projetos de pesquisa, gestão de pessoas, da tecnologia da informação e da execução das atividades administrativo-financeiras (ANS, 2019).

A Dides é encarregada do planejamento e execução de ações para a melhoria da qualidade da assistência à saúde produzida pelos prestadores de serviços, além do

monitoramento das relações entre estes, as operadoras de planos privados de saúde e o SUS. Assim, entre suas principais atividades está a operacionalização do ressarcimento das empresas ao sistema público de saúde. A Dides ganhou importância na estrutura organizacional da ANS com o aumento no volume de recursos recuperados por meio do ressarcimento. Em 2018, agência repassou cerca de R\$ 783 milhões ao SUS. Tratou-se do maior valor anual desde a implantação da agência. Além disto, a intensificação das discussões sobre qualidade da assistência ofertada pelos prestadores tem desencadeado projetos e contribuído para a maior relevância da atuação desta diretoria (ANS, 2019).

A Difis fiscaliza a atuação das operadoras e observa o cumprimento das normas estabelecidas para o setor. Cabe à Difis instaurar, instruir e decidir em primeira instância sobre processos administrativos, promover a resolução de conflitos, produzir articulações com entidades de defesa e coordenar o atendimento aos consumidores por meio dos canais de relacionamento à distância ou presenciais. Para maior capilaridade das ações de fiscalização, a ANS dispõe de doze núcleos em algumas cidades do País (ANS,2019).

Além das diretorias, a ANS dispõe da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), que é um espaço permanente de participação institucionalizada da sociedade não paritário e consultivo, que tem a finalidade de contribuir com as discussões sobre os temas do setor junto à Diretoria Colegiada. Todavia, a CAMSS não dispõe de poder para interferir nas deliberações da Dicol. Participam da Câmara os representantes das operadoras (autogestão, medicina de grupo, seguradoras e cooperativas médicas), prestadores de serviços, consumidores e entidades de defesa, portadores de patologias e suas associações, ministérios, sindicatos e gestores do SUS. A Agência também dispõe de órgãos vinculados que não estão subordinados diretamente à sua estrutura organizacional: Ouvidoria, Procuradoria Federal junto à ANS, Corregedoria, Auditoria Interna e Comissão de Ética (ANS, 2019).

A Lei nº 9.961/00³, até ter seu 14º e 15º artigos revogados pela lei nº. 13.848 de 2019⁴, determinava que a avaliação da atuação administrativa e do desempenho da ANS e de seus

³ Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

⁴ Lei Geral das Agências Reguladoras. Trata da gestão, organização, processo decisório e controle decisório das agências reguladoras. No que diz respeito à regulação da saúde suplementar, altera os artigos 8º, 14º e 15º da Lei 9961 de 28 de dezembro de 2000. O artigo 8º tratava das condições para perda de mandato por dirigentes da ANS.

gestores fosse realizada por meio de critérios e indicadores estabelecidos em contratos de gestão. Estes contratos eram firmados entre o ministro da Saúde e os membros da Diretoria Colegiada da ANS e tinham como finalidade definir objetivos para avaliação de desempenho da Agência por meio de diretrizes estratégicas, ações e indicadores. Estes contratos tinham duração de um ano e poderiam ser renovados caso houvesse interesse de ambas as partes.

Entre suas cláusulas, constavam as obrigações dos signatários, os recursos orçamentários e financeiros⁵ necessários à sua execução, regras para avaliação e acompanhamento, circunstâncias para alterações do contrato de gestão, penalidades decorrentes do descumprimento de suas cláusulas, publicização e possíveis aditivos. Além das cláusulas, os contratos possuíam anexos em que eram registradas as diretrizes estratégicas para gestão da ANS, ações prioritárias, indicadores e metas para o período e o cronograma para repasse de recursos do Tesouro. Durante a vigência desses contratos, a ANS tinha a obrigação de elaborar Relatórios Anuais de Gestão que eram submetidos ao Conselho de Saúde Suplementar (Consu) e demais órgãos competentes. Estes relatórios também registravam as ações sob responsabilidade da ANS que constam no Plano Plurianual (PPA) do Governo Federal.

Entre as novas exigências presentes na Lei Geral das Agências Reguladoras pode-se destacar a formulação de Plano Estratégico Quadrienal, a elaboração de Plano de Gestão Anual, a implementação de Agenda Regulatória, e a elaboração de Relatório Anual de Atividades. Com a Lei nº. 13.848 de 2019, os planos estratégico e de gestão anual passam a ser as principais ferramentas de planejamento e avaliação da agência (Brasil, 2019).

O Plano Estratégico deve ser preparado pela agência reguladora para o período de quatro anos. Nele, serão definidos objetivos, metas e resultados esperados para este recorte temporal e considerados os fatores externos à atividade regulatória da agência que poderão afetar o seu desenvolvimento. Este plano deve convergir com as ações sob responsabilidade da ANS

Os artigos 14º e 15º dispunham sobre os contratos de gestão como dispositivos onde se estabeleciam critérios para avaliação da administração da ANS e indicadores para análise das atividades desenvolvidas.

⁵ Anualmente estabelecidos no Orçamento Geral da União e provenientes de arrecadação da Taxa de saúde suplementar.

presentes no Plano Plurianual (PPA) do Governo Federal e será submetido a revisões periódicas (Brasil, 2019).

O plano de gestão anual passa a ser o dispositivo para planejamento da agência reguladora e deve registrar o conjunto de ações, metas e resultados esperados. Sobre as metas, é importante ressaltar que deverão contemplar ações de promoção da qualidade dos serviços prestados pelas agências, estímulo à pesquisa no setor regulado e colaboração com as instituições de defesa dos consumidores, meio ambiente e órgãos de fomento à concorrência. O plano anual deverá ser aprovado pela diretoria colegiada da agência reguladora e disponibilizado em até 20 dias úteis para o Senado, Câmara dos Deputados, Tribunal de Contas da União e publicado em seu site (Brasil, 2019).

Antes mesmo da Lei nº. 13.998 de 2019, a ANS já utilizava a agenda regulatória para organizar em eixos os temas prioritários definidos no mapa estratégico a serem analisados no biênio⁶. Trata-se de um instrumento de planejamento que visa a facilitar o acompanhamento pela sociedade das discussões sobre problemas do processo regulatório e a execução das ações, normativas ou não, da ANS para mitigar os problemas. A Agenda Regulatória 2016-2018 foi constituída por quatro eixos: garantia de acesso e qualidade assistencial, sustentabilidade do setor, integração com o SUS e aprimoramento das interfaces regulatórias. Estes eixos originaram dezesseis ações que tiveram 80% de cumprimento total (ANS, 2016).

Os Relatórios Anuais de Gestão são documentos apresentados pela ANS aos órgãos de controle interno e externo da administração pública federal para a prestação de contas. A estrutura destes relatórios passou por várias mudanças desde a sua primeira publicação no ano 2000. A mais recente, ocorrida em 2018, visou maior clareza e objetividade na apresentação dos resultados obtidos pela Agência naquele ano. São apresentados neste documento os objetivos e metas institucionais/programáticos, as estratégias de atuação da Agência, tópicos sobre gestão de programas e ações desenvolvidas por ela, aspectos relativos ao desempenho orçamentário e financeiro além do conjunto de indicadores institucionais como parte do balanço

⁶ A primeira agenda regulatória da ANS foi elaborada para o biênio 2011-2012. A agenda regulatória 2019-2021 é a quarta publicada pela ANS.

de gestão do período. Os relatórios ainda são constituídos por anexos em que são registradas informações complementares sobre os itens mencionados anteriormente (ANS, 2019).

A reativação do Conselho de Saúde Suplementar (Consu) em agosto de 2018 pode produzir efeitos para a autonomia técnica de que dispõe a ANS e promover mudanças importantes no processo regulatório da saúde suplementar. Em seu arranjo mais recente, o Consu é um órgão vinculado à Casa Civil composto por seu ministro-chefe e pelos ministros da Justiça, Saúde e Economia, além de contar com o apoio técnico e administrativo da ANS. O Consu foi instituído em 1998 para regulamentar o setor de saúde suplementar, contudo, teve suas atividades interrompidas com a criação da ANS em 2000.

No ano de 2018, o quadro de pessoal da ANS sofreu uma redução de 9,5% em relação ao ano anterior, decorrente do encerramento de contratos temporários iniciados em 2013. Em 2018, a Agência contava com 790 funcionários entre servidores concursados, terceirizados, temporários e comissionados. Cabe ressaltar que, naquele ano, 84% dos cargos comissionados eram ocupados por servidores de carreira da agência, o que reflete sua crescente profissionalização (ANS, 2019).

Quanto ao orçamento, foram solicitados R\$ 397 milhões na pré-proposta orçamentária da ANS para o exercício de 2018. Todavia, foi aprovado na Lei Orçamentária Anual (LOA) o valor de R\$ 340 milhões. No decorrer do ano, após sofrer alterações por meio de créditos suplementares, o orçamento da ANS foi atualizado para R\$ 347 milhões (ANS, 2018).

O próximo capítulo analisa a atuação da ANS na regulação assistencial da saúde suplementar no período de 2000 a 2018.

6. A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL PELA ANS (2000-2018)

Este capítulo tem como objetivo principal analisar a regulação assistencial produzida pela ANS no recorte temporal definido para este estudo. Para tanto, foi dividido em duas partes. A primeira delas trata da caracterização das principais iniciativas e análise das tendências para a regulação assistencial observadas ao longo das gestões da ANS, organizadas segundo os mandatos dos diretores presidentes da agência. A segunda aborda as normas legais e infralegais vigentes que regulamentam a assistência médica suplementar em sua dimensão assistencial e promove uma análise das principais ações da ANS para a garantia de cobertura e qualificação da assistência à saúde ofertada pelas operadoras e prestadores de serviços.

Os documentos que compuseram as análises realizadas neste capítulo foram obtidos em consultas ao site da ANS e todos são de domínio público e irrestrito. Foram utilizados os contratos de gestão, relatórios anuais, mapas assistenciais, normas e resoluções produzidas pela agência entre outros documentos institucionais que serão oportunamente mencionados. Também foram importantes para a elaboração deste capítulo os achados de Baird (2020) acerca do jogo político existente na dinâmica de indicações dos diretores para a ANS e suas repercussões para a política regulatória implementada para a saúde suplementar.

6.1 MOMENTOS DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR SEGUNDO AS GESTÕES DA ANS

6.1.1 2000-2003: Estruturação inicial da Agência e as bases para regulação assistencial.

O primeiro diretor-presidente escolhido para gerir a ANS foi o ex-diretor da Anvisa Januário Montone. A indicação foi do então Ministro da Saúde José Serra, que também designou outros dois diretores sem a necessidade de aprovação pelo Senado. Este foi um dos reflexos de sua vitória nas disputas com o Ministério da Fazenda pela regulação do setor e lhe permitiu direcionar a atuação da Agência de acordo com sua compreensão sobre o processo regulatório. É importante salientar que todos os componentes da Diretoria Colegiada eram gestores do governo e pouco relacionados com outros grupos da sociedade (Baird, 2020).

A principal missão da primeira gestão foi a organização interna da Agência e operacionalização inicial da regulação instituída pela lei 9.656 de 1998. Naquele momento,

houve ênfase nas ações para regulação econômica com destaque para atuação da Diope, que implementou uma regulação inspirada nas garantias financeiras existentes no setor de seguros e nos instrumentos regulatórios da Susep. Cabe lembrar o cenário de desequilíbrio financeiro e até mesmo de insolvência enfrentado por diversas empresas do setor com efeitos negativos para o cumprimento dos contratos com os beneficiários (Baird, 2020).

Outras ações regulatórias importantes deste período foram o estabelecimento de mecanismos institucionais para a comunicação com os consumidores (Disque ANS, central de atendimento e Portal da ANS na internet), atividades de fiscalização e monitoramento das operadoras e empresas de seguros, ressarcimento ao SUS e a implantação do modelo normativo. Sobre esta última, merecem destaque a definição de critérios para reajustes dos planos individuais e familiares (RN 36), a proibição da exigência de cheque caução (RN 44), aplicação de penalidades às operadoras (RN 50), definição dos modelos de contratos entre operadoras e prestadores de serviços (RN 42) e um programa de incentivo à adaptação dos contratos anteriores à Lei n.º. 9.656 celebrados entre beneficiários e empresas de planos de saúde (RN 64).

Quanto à regulação assistencial, houve a definição de suas bases por meio de ações, como a instituição do Sistema de Informação de Produtos (SIP) para acompanhamento da assistência à saúde prestada aos beneficiários de planos a partir de informações enviadas pelas operadoras com registro ativo⁷ na ANS (RN 61).

6.1.2 2004-2010: Fortalecimento dos sanitaristas na ANS e a ênfase na regulação para transformação do modelo de assistência à saúde.

A chegada do Partido dos Trabalhadores (PT) ao Governo Federal promoveu mudanças em quase todas as diretorias da ANS com participação nas indicações de atores que faziam parte da coalizão governamental. O PT foi o responsável pela definição de três diretorias (Dipro, Dides e Diges) incluindo a indicação do médico sanitarista Fausto Pereira dos Santos para a presidência da ANS. O Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), por meio do deputado Roberto Jefferson, indicou o médico Alfredo Cardoso para a Diope. É importante ressaltar que este

⁷ Com exceção das operadoras qualificadas como Administradoras de Benefícios.

diretor possuía vínculo anterior com a Amil e foi um dos nomes recomendados por Edson Bueno, proprietário da empresa, para componentes da base aliada do Governo. Desde então, esta diretoria passou a se configurar como “um canal privilegiado de interlocução para o empresariado na agência” (Baird, 2020:140).

Em 2007, três diretores foram reconduzidos aos seus cargos, entre eles o diretor-presidente Fausto dos Santos. As mudanças ocorreram na Difis e Diges, que passaram a ser ocupadas respectivamente por Eduardo Sales, ex-procurador geral da ANS, e Hésio Cordeiro, médico sanitário vinculado ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (Baird, 2020).

O fortalecimento dos grupos sanitários na ANS, demonstrado pela composição da diretoria colegiada, trouxe avanços importantes para a regulação assistencial. Naquele período, houve a implementação de um conjunto de medidas indutoras que buscavam construir um modelo de atenção integral à saúde no setor, superando a concepção de que o papel das operadoras seria o de simples intermediadoras financeiras da busca de seus beneficiários por cuidados em saúde.

A ideia era a de que as empresas do setor passassem a atuar como gestoras de saúde e, assim, estimulassem seus prestadores de serviços a se tornarem produtores de cuidado e os beneficiários, por sua vez, a utilizarem os serviços de maneira mais racional. Além disso, pretendia-se que a saúde suplementar estivesse mais alinhada aos princípios do SUS e comprometida com o alcance de melhores níveis de saúde pela população brasileira (ANS, 2010).

Para isto, houve o delineamento de uma política de qualificação da saúde suplementar que estimulava, por meio de incentivos financeiros e assistenciais, a adoção de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças pelas operadoras. Um destes foi a prorrogação dos prazos para a constituição dos ativos garantidores da previsão de risco às operadoras que ofertassem programas de promoção da saúde e prevenção a seus beneficiários (RN n.º. 94). Naquele contexto, as práticas preventivas e de promoção da saúde também passaram a fazer parte do rol de procedimentos e eventos em saúde. Além disso, houve a publicação de uma série de manuais técnicos com o objetivo de orientar as operadoras na definição do perfil

demográfico e epidemiológico de seus beneficiários além de trazer proposições sobre a implantação destes programas.

Outra medida importante foi o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar estabelecido em 2006 por meio da RN n°. 139. Trata-se da avaliação anual das operadoras com registro ativo na agência a partir dos indicadores que compõem o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). Cabe salientar que metade dos indicadores correspondiam à dimensão da qualidade assistencial e os resultados obtidos pelas operadoras passaram a ser divulgados, ampliando o acesso a informações que podem ser úteis no processo de troca ou contratação de planos de saúde pelos consumidores. Os demais indicadores avaliados para o IDSS correspondem às dimensões econômico-financeira, estrutura e operação e satisfação dos usuários.

A inclusão de atendimentos multiprofissionais no rol de procedimentos, a formulação de diretrizes clínicas para a saúde suplementar (induziu a um padrão de assistência a ser seguido pelas operadoras), o incentivo ao parto normal, a assistência à saúde bucal e a atenção à saúde mental também foram medidas que visavam à produção de uma atenção mais integral no âmbito da saúde suplementar e beneficiaram os consumidores. Outros destaques foram a ampliação da cobertura dos planos coletivos para acidentes de trabalho e procedimentos de saúde ocupacional (RN n°. 211) e a cobertura integral pelas operadoras de todos os materiais e recursos necessários para os casos de internações domiciliares como alternativas às hospitalares.

Quanto aos planos coletivos, houve uma tentativa inicial de sua regulação a partir de mudanças nos marcos normativos com vistas à contenção da seleção de risco ⁸ e falsa coletivização, definição da periodicidade anual para os reajustes de planos coletivos e a determinação dos limites para atuação das administradoras de benefícios (ANS, 2010). Contudo, para Baird (2020), estas medidas podem ser consideradas insuficientes para a resolução desta problemática.

⁸ Por seleção de risco compreende-se o impedimento da contratação de planos de saúde pelas operadoras de planos por pessoas em razão de sua idade ou da condição de pessoa portadora de deficiência. Segundo a Lei n°. 9.656 de 1998, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde.

Durante esta gestão, foi implementada a Notificação de Investigação Preliminar (NIP), um dispositivo de notificação das operadoras previamente à abertura de processo administrativo em situações de negativas de coberturas assistenciais aos beneficiários. Com a NIP, buscou-se induzir a reparação voluntária pelas operadoras sem necessidade de punições administrativas ou abertura de processos judiciais.

Neste período, foram realizados dois concursos públicos para a ANS que podem ser considerados etapas fundamentais para a profissionalização da regulação da saúde suplementar e estruturação de um modelo regulatório mais estável. No primeiro, foram incorporados à agência 310 servidores e, no segundo, mais 121 entre especialistas em regulação e analistas administrativos (ANS, 2010).

A ênfase na regulação assistencial promovida pelo grupo sanitaria neste período, sobretudo na primeira gestão de Fausto dos Santos, foi capaz de promover mudanças significativas no perfil dos serviços disponibilizados aos beneficiários de planos de saúde. Além disso, o legado desta gestão pode ser percebido na adoção de estratégias para as distintas dimensões do processo regulatório (econômica, estrutura e operação e assistencial) e qualificação dos atores do setor por meio de programas institucionais. Uma contradição desse período foi o início do movimento de concentração do mercado por meio de aquisições e fusões empreendido pelas maiores empresas do setor.

6.1.3 2010-2012: Mudanças na configuração política da agência e manutenção do direcionamento mais geral das ações regulatórias.

Neste período ocorreu a transição do segundo mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva para o primeiro de Dilma Rousseff. Naquele contexto, houve maior destaque para o PMDB na coalizão de partidos governistas com efeitos para a configuração da Diretoria Colegiada da ANS. Desta maneira, foram indicados diretores com perfil mais liberal e diversificado, como o Diretor presidente e da Dipro, Maurício Ceschin, apresentando ligações com o mercado por ter sido presidente da administradora de benefícios Qualicorp e indicado pessoalmente por Lula, o diretor da Dides, Bruno Sobral, oriundo do Ministério da Fazenda e de orientação mais liberal, além da manutenção da Diope sob um diretor com passagem pela

Amil e indicado pelo PMDB do Rio de Janeiro, Leandro Reis Tavares, que havia sido adjunto do antigo diretor também vinculado à empresa. Estas alterações na diretoria colegiada da agência produziram mudanças na maneira segundo a qual essa se relacionava com o empresariado do setor sem, contudo, promover mudanças significativas no direcionamento mais geral da política regulatória que se dava num sentido de crescente proteção aos consumidores pela regulação assistencial (Baird, 2020).

Assim, pode-se destacar entre as principais iniciativas de regulação assistencial do período a implementação do programa Qualiss, dos regimes de direção técnica, a constituição do *pool* de risco, expansão da portabilidade de carências e determinação dos prazos máximos para atendimento.

O Programa de Monitoramento da Qualidade Assistencial dos Prestadores de Serviços – Qualiss teve seu planejamento iniciado em 2010 com o objetivo de estabelecer a avaliação da qualidade da assistência ofertada pelos prestadores de serviços da saúde complementar a partir de indicadores e fornecer informações que poderiam contribuir para a decisão dos consumidores em busca de cuidados e das operadoras na conformação de sua rede de prestadores. Neste sentido, em 2011 foram publicadas as RN n.º. 267 e 275, que regulamentaram o programa. Outra iniciativa que continuou a tendência de qualificação dos atores do setor foi o Programa de Acreditação de Operadoras.

A RN. n.º. 256 de 2012 regulamentou o Plano de Recuperação Assistencial e o Regime de Direção Técnica para as operadoras de planos de saúde que apresentassem práticas que se configurassem como risco à qualidade e continuidade das ações de cuidado aos seus consumidores. O Plano de Recuperação Assistencial é constituído de um conjunto de medidas elaboradas pela ANS que devem ser cumpridas pelas operadoras para superação deste quadro e o Regime de Direção Técnica corresponde à intervenção da agência por meio de um diretor técnico que atua junto à empresa para garantir a realização das ações necessárias ao restabelecimento de boas práticas assistenciais.

Duas medidas de grande impacto para a regulação assistencial deste período foram o monitoramento das garantias de acesso e qualidade assistencial e a determinação dos prazos

máximos de atendimento. Estas iniciativas foram regulamentadas pelas RN N°.259 e 268 de 2011 e previam a suspensão da comercialização de novos planos pelas empresas que descumprissem os prazos determinados para consultas básicas (sete dias úteis) e demais especialidades (entre dez e 14 dias úteis). Os resultados inicialmente obtidos por estas ações trouxeram repercussões para o mercado que podem ser verificadas a partir dos números de planos cuja comercialização foi suspensa ainda em 2012.

Naquele ano, 301 planos de saúde de 38 operadoras tiveram suas vendas suspensas. As 16 operadoras reincidentes no descumprimento da norma ao longo dos quatro ciclos de monitoramento foram indicadas para o Regime de Direção Técnica e, as demais assinaram termos de compromisso para a redução das reclamações junto à Agência. Cabe ressaltar que a comercialização dos planos suspensos só pode ser retomada após a readequação das empresas.

Sobre a regulação dos planos coletivos e enfrentamento da problemática da falsa coletivização pode-se destacar duas ações da ANS: a extensão da regra de portabilidade de carências para os beneficiários de planos coletivos empresariais e a configuração do *pool* de risco. A primeira foi regulamentada pela RN n°. 304 de 2012 e instituiu que as operadoras de planos de saúde disponibilizassem para a ANS dados sobre a precificação dos planos coletivos empresariais e estendessem as regras de portabilidade de carências aos beneficiários dos planos coletivos empresariais. O *pool* de risco foi instituído pela RN n°. 309 de 2012 e determinou que os contratos de planos coletivos com menos de 30 beneficiários fossem agregados para o cálculo e realização do reajuste anual.

Ações da ANS em outras dimensões que se sobressaíram nesta gestão foram o aperfeiçoamento das ferramentas de coleta e a transmissão de dados para operacionalização do Ressarcimento ao SUS, além da regulamentação da NIP, implementada na gestão anterior em fase de testes, por meio da RN n°. 259 de 2011.

A partir das iniciativas anteriormente descritas, pode-se verificar a manutenção, nesta gestão, da tendência geral para a política regulatória operacionalizada pela ANS de promoção de maior proteção aos consumidores a partir da regulação assistencial, apesar de uma configuração mais liberal e diversificada de sua diretoria colegiada.

6.1.4 2013-2014: Mudanças na diretoria colegiada e aprimoramento de medidas anteriores de regulação assistencial.

Este período foi marcado por mudanças frequentes na configuração da Diretoria Colegiada da ANS e pela curta passagem de André Longo como diretor-presidente e da Dipro. O mandato menor foi consequência de sua atuação prévia como dirigente da Dides por um ano. Longo é médico e tem sua trajetória ligada ao Sindicato dos Médicos de Pernambuco. Segundo Baird (2020), sua indicação pode ser compreendida como um gesto de aproximação com a categoria médica, relevantes prestadores de serviços para o setor de saúde suplementar. Outro ponto importante referente à sua indicação diz respeito ao retorno do PT à direção da agência. Apesar da alta rotatividade de diretores em tão curto período e do predomínio de diretores de orientação liberal e relacionados com o mercado, não houve mudanças significativas na política regulatória desenvolvida pela ANS. Neste sentido, a marca que pode ser atribuída a esta gestão é a do aperfeiçoamento de medidas implementadas anteriormente.

Em comparação com as gestões de Fausto dos Santos e Maurício Ceschin, esta gestão apresentou menor ênfase na regulação assistencial. Contudo, foi capaz de aumentar os valores arrecadados com multas e ressarcimento ao SUS, além de promover o ressarcimento dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade por meio da Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) e estabelecer a obrigatoriedade de ouvidorias nas operadoras para acolher as demandas de seus beneficiários (RN. n°. 323).

A principal medida no âmbito da regulação assistencial desta gestão foi o estímulo ao parto normal. Para tanto, foi instituído o “Projeto parto adequado”, realizado em parceria com o Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement e o Ministério da Saúde, por meio de um acordo de cooperação com duração de três anos. Este projeto foi estruturado em três fases, sendo a fase piloto realizada entre 2015 e 2016, e teve como objetivos a promoção do parto normal, qualificação dos serviços da saúde suplementar para a sua realização e redução de cesáreas desnecessárias. Em 18 meses, a taxa de partos normais entre os 35 hospitais participantes aumentou mais de 40%. Desta maneira foram evitadas cerca de dez mil cesáreas sem indicação clínica e 400 admissões de bebês em UTI neonatal (ANS, 2016).

Nesta gestão também foi editada a RN. n.º. 368 que instituiu o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e utilização do partograma, cartão da gestante e carta de informação à gestante para acompanhamento da gestação na saúde suplementar. Outra medida que merece destaque foi a inclusão de 37 medicamentos orais para tratamento do câncer e oito medicamentos para tratar efeitos colaterais no rol de procedimentos e eventos em saúde publicada em janeiro de 2014.

6.1.5 2015-2017: Um novo arranjo para o jogo político da ANS e continuidades na regulação assistencial.

A indicação de José Carlos Abrahão, ex-presidente da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde)⁹, para a função de Diretor Presidente da ANS demonstra a ampliação da influência do PMDB (atual MDB) e do empresariado para a configuração política da direção colegiada da Agência e, juntamente à ascensão de servidoras de carreira para a Difis e Dides em substituição aos sanitaristas historicamente ligados ao PT, mas relacionadas a este grupo, representa nuances de um novo arranjo para o jogo político da ANS protagonizado por sanitaristas e liberais ligados às empresas do setor (Baird, 2020).

Contudo, é importante ressaltar que a Diope continuou sob a direção de Leandro Tavares, relacionado ao PMDB e à Amil, que apenas renunciou a este cargo durante o processo que levou ao *impeachment* da ex-presidenta Dilma Rousseff em 2016, dando lugar a Leandro Fonseca, gestor federal de perfil liberal com passagem pelo Ministério da Fazenda, indicado por Michel Temer após assumir a Presidência da República (Baird, 2020).

Quanto à regulação assistencial, esta gestão foi marcada pelo monitoramento dos resultados e continuidade de projetos anteriores como o “Parto Adequado” em sua segunda fase, “Idoso Bem Cuidado” e “Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças”, além da inclusão de novos itens ao Rol de Procedimentos com vigência a partir de 2 de janeiro de 2018.

⁹ Entidade sindical representante de estabelecimentos de saúde no país tais como hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios de análises clínicas e patologia clínica, serviços de diagnóstico, imagem e fisioterapia etc.

A medida com maior impacto para a direcionalidade e configuração do setor de saúde suplementar deste período foi definida fora do âmbito da Agência. Tratou-se da sanção da Lei nº. 13.097 pela Presidenta Dilma Rousseff, que alterou o artigo 142 da lei 8.080 e permitiu a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde (Brasil, 2015). Isto significou a abertura indiscriminada ao capital estrangeiro para o setor privado e filantrópico de todas as modalidades da assistência à saúde e certamente favoreceu a financeirização e concentração da saúde suplementar, que já vinha ocorrendo, por meio de fusões, aquisições e abertura do capital das empresas deste setor.

Em agosto de 2018, Rogerio Scarabel Barbosa assumiu o cargo de diretor presidente da ANS por indicação do presidente Michel Temer. Sua nomeação foi cercada de polêmicas devido à sua atuação anterior como advogado da administradora de benefícios Hapvida. Em setembro do mesmo ano, Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho, ex-chefe de gabinete do ministro da saúde Ricardo Barros assumiu a direção da Diope. É importante ressaltar que Barros foi o principal articulador do grupo de trabalhos para a construção de uma proposta de planos acessíveis e pautou a revisão do tamanho do SUS durante todo o seu mandato. Ressalte-se que o ministro teve como maior doador individual de sua campanha para deputado federal pelo Paraná em 2014 Elon Gomes de Almeida, presidente da administradora de benefícios Aliança. Neste período as demais diretorias da ANS ficaram a cargo de servidores de carreira.

Um fato importante ocorrido em 2018 foi a suspensão pelo STF da RN. nº. 433 e sua posterior revogação pela ANS (RN. nº. 434). Esta normativa previa a cobrança de 40% do valor de procedimentos para os planos individuais e até 60% para os coletivos empresariais a título de franquia ou coparticipação dos beneficiários, o estabelecimento de limites mensais e anuais elevados para o pagamento destas modalidades, além da cobrança em pronto atendimento. As principais críticas a esta proposta foram o pouco diálogo com a sociedade acerca do risco financeiro a que clientes dos planos de saúde poderiam ser submetidos, uma vez que as cobranças poderiam atingir até duas vezes o valor da contraprestação mensal.

Quanto à regulação assistencial, houve a manutenção das medidas já existentes. Todavia, foram realizadas mudanças no ciclo para elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde com vistas a aumentar a participação da sociedade (RN nº. 438). Outra medida

importante foi a ampliação das regras de portabilidade de carências para os beneficiários de planos de saúde coletivos empresariais, que passou a valer em junho de 2019 (ANS, 2018).

Verificar as principais ações ocorridas durante os mandatos dos diretores-presidentes da ANS permite a reconstituição dos componentes da regulação assistencial e a caracterização das tendências existentes em sua condução. As medidas de regulação assistencial, uma vez implementadas, seguiram uma tendência de predomínio de continuidades, apesar da variação de orientações políticas e trajetórias profissionais de seus diretores-presidentes ou configuração da diretoria colegiada. Isto pode ser atribuído em grande parte a fatores como a profissionalização da regulação e a consolidação do arcabouço institucional produzido pela Agência. Porém, apesar da configuração dos instrumentos para regulação assistencial do setor, essa área segue como um dos temas mais conflituosos do processo regulatório e motiva intensas disputas entre os atores interessados.

Cabe ressaltar que há lacunas regulatórias persistentes que limitam a atuação da ANS em temas estruturantes e definidores do modelo assistencial vigente na saúde suplementar, tais como a ausência de mecanismos para a regulação das atividades dos prestadores de serviços, o que é revelador do caráter microrregulatório da ação da Agência. Todavia, a crescente verticalização das redes assistenciais pelas operadoras e hospitais privados, que também passam a ofertar planos de saúde, traz novas questões e desafios para a operacionalização da regulação assistencial pela agência, demandando reavaliações do marco regulatório vigente para a promoção do interesse público e o equilíbrio do setor. De toda forma, deve-se atentar à maior permeabilidade da agência ao empresariado por se tratar de um espaço onde ocorrem importantes definições sobre a regulação do setor sob o risco de ocorrer a captura das ações da ANS por seus interesses.

Um resumo sobre as diferentes gestões da ANS, suas prioridades e a evolução dos componentes da regulação assistencial pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1. Atuação da ANS por gestão de diretores presidentes, de 2000 a 2018.

Período	Diretor-presidente	Contexto	Áreas Prioritárias/Agenda/Linhas de ação/Decisões-chave	Regulação assistencial – Componentes e evolução
2000-2003	Januário Montone	<ul style="list-style-type: none"> • 2º governo FHC; • Forte influência do ministro da Saúde José Serra nas definições sobre a agência e indicações para 3 diretorias (gestores do governo – 2 do MS e 1 da Fazenda); • Diretora vinculada aos interesses dos consumidores (Difis). 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação e organização interna da agência; • Ênfase na regulação econômico-financeira (A partir da experiência da Susep); • Acompanhamento dos efeitos da regulação econômico-financeira no mercado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsável pela consolidação do rol de procedimentos e eventos em saúde; • Definição de bases regulatórias: tipos de segmentação dos planos, modelos de contratos; bases/sistemas de informações.
2004-2006	Fausto Pereira dos Santos	<ul style="list-style-type: none"> • 1º governo do PT (Lula); • Formação de coalizões para o governo - Multiplicidade de atores; • Apenas a direção da Difis não foi trocada na transição; • Três indicações do PT (Dipro, Diges e Dides); • Diope – Indicação da Amil (Apoiada pelo PTB – Base aliada); • Fortalecimento dos grupos sanitários na ANS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Protagonismo da regulação assistencial; • Mudança no modelo assistencial da saúde suplementar a partir do fortalecimento das ideias de prevenção e promoção da saúde; • Incentivos econômicos e assistenciais às operadoras; • Aproximação com os princípios do SUS; • Portabilidade de carências – Regulamentação da mudança 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (RN n.139); • Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS); • RN nº. 94 – Extensão dos prazos para configuração de reservas financeiras por operacionalização de programas de prevenção e promoção da saúde; • Inclusão de práticas preventivas e de promoção da saúde no rol de procedimentos e incorporação de equipes multiprofissionais na assistência à saúde dos clientes.

			<p>entre planos individuais pelos clientes;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1º. Concurso público para a ANS (2005). 	
2007-2009	Fausto Pereira dos Santos	<ul style="list-style-type: none"> • 2º governo do PT (Lula); • 3 dos 5 diretores foram reconduzidos (Dipro, Dides e Diope); • Mudanças na Diges e Difis; • Segmento sanitaria foi fortalecido na disputa com os liberais com as mudanças nas diretorias; • Consolidação da Diope como canal aos interesses do empresariado pela recondução do Diretor indicado pela Amil e PTB; • Intensificação da concentração do mercado por meio de aquisições. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas para regulação dos planos coletivos; • Reajustes anuais dos planos coletivos; • Regulamentação das administradoras de benefícios – RN n°. 195 e 196; • Ênfase menor na fiscalização; • Fragilidades na integração com o SUS (ressarcimento); • Implantação da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP); • 2º Concurso público para a ANS (2007). 	<ul style="list-style-type: none"> • Atualização do rol de procedimentos para inclusão das coberturas de saúde ocupacional e acidentes de trabalho;
2010-2012	Maurício Ceschin	<ul style="list-style-type: none"> • Transição do 2º governo Lula para o 1º mandato de Dilma Rousseff (2011); • Maior destaque para o PMDB na coalizão de partidos governistas; • Mudança na configuração política da ANS; • Diretoria colegiada com perfil diversificado e mais liberal; 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensificação da regulação assistencial; • Iniciativas para compensar lacunas na regulação dos prestadores de serviços na saúde suplementar; • Retificação de falhas assistenciais por meio do 	<ul style="list-style-type: none"> • RN n°. 267 – Programa de Incentivo à Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (Qualiss); • Qualiss indicadores – Monitoramento da atuação dos prestadores de serviços;

		<ul style="list-style-type: none"> • Diretor-presidente/Dipro ligado ao mercado – Ex-presidente da Qualicorp; • Novo diretor da Diope com passagem pela Amil apoiado pelo PMDB-RJ; • Diretor da Difis oriundo do Ministério da Fazenda; • Aquisição da Amil pelo grupo United Health. 	<p>regime especial de direção técnica;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprofundamento nas mudanças da portabilidade de carências; • <i>Pool</i> de risco para enfrentamento da falsa coletivização e problemas na regulação dos reajustes de planos coletivos; • Determinação dos prazos máximos para atendimento; • Aperfeiçoamento do processo de ressarcimento ao SUS; • Regulamentação da NIP; • Implementação da Agenda Regulatória (2011-2012) - instrumento de planejamento que visa garantir maior previsibilidade e transparência às ações da ANS; • RN n°. 279/2011 – Inclusão de aposentados e demitidos em contratos específicos para cálculo de reajustes. 	<ul style="list-style-type: none"> • RN. n°. 256 – Regulamenta o regime de direção técnica das operadoras; • Portabilidade para os beneficiários de planos coletivos por adesão; • <i>Pool</i> de risco implicou no agrupamento de contratos de até 30 vidas para cálculo de reajuste; • RN n°. 259 – Regulamentação dos prazos máximos para atendimento – Medida de maior impacto para o setor; • Melhoria na coleta e transmissão das informações para o ressarcimento ao SUS; • Regulamentação da NIP: Mediação de conflitos relativos às negativas de coberturas entre clientes e operadoras;
2013-2014	André Longo	<ul style="list-style-type: none"> • 1º Mandato de Dilma Rousseff; • Maior rotatividade dos diretores; • Mandato mais curto do diretor-presidente (1 ano); 	<ul style="list-style-type: none"> • Ênfase menor na regulação assistencial que as gestões anteriores; 	<ul style="list-style-type: none"> • RN n°. 368 - acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por

		<ul style="list-style-type: none"> • Predomínio de diretores liberais e ligados ao mercado; • Não houve redirecionamento no modelo regulatório; • Gestão marcada pelo aprimoramento de iniciativas anteriores; • Lei 13.003/2014 – Torna obrigatória a existência de contratos escritos entre operadoras e prestadores de serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento na arrecadação de multas e valores do ressarcimento ao SUS (Medidas gerenciais e parcelamentos); • RN n°. 323 - Criação de ouvidorias pelas operadoras; • Operacionalização do ressarcimento de exames e terapias ambulatoriais de média e alta complexidade por meio da Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC); • Estímulo ao parto normal. 	<p>estabelecimento de saúde e por médico e utilização do partograma, cartão da gestante e carta de informação à gestante;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projeto Parto Adequado – Desenvolvido em parceria entre ANS, Hospital Albert Einstein e Institute for Healthcare Improvement (IHI) com apoio do Ministério da Saúde. Teve como objetivos a promoção do parto normal, qualificação dos serviços da saúde suplementar e redução de cesáreas desnecessárias.
2015-2017	<p>José Carlos Abrahão (até maio de 2017) Leandro Fonseca da Silva (maio de 2017 – agosto de 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2º mandato de Dilma Rousseff (2015); • Lei 13.097 (2015) – Abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços de saúde; • Disputa entre PMDB e PT pela indicação dos diretores; • Fortalecimento do PMDB (Senado) nas definições sobre a composição da diretoria da ANS; • Diretor-presidente/Dipro e diretor da Diope liberais e ligados ao mercado; 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento de resultados e aprimoramento de iniciativas anteriores. Ex: Projeto parto adequado e Programa de Qualificação das operadoras; • Projeto registro eletrônico em saúde; • Dificuldades para operacionalizar o acesso ao cartão do SUS para 100% dos clientes da saúde suplementar. 	<ul style="list-style-type: none"> • 96,24% dos beneficiários em operadoras com Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) superior a 60%; • Eventos para incentivo à adoção de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças na Saúde Suplementar; • Incentivo à implementação de Planos de Cuidados do idoso e Plano de Cuidado Nascer Saudável.

		<ul style="list-style-type: none"> • Ascensão às diretorias de servidores concursados em substituição aos sanitaristas ligados ao PT nas demais diretorias. 		
2018	Rogério Scarabel Barbosa (desde agosto de 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Diretor presidente/Dipro e Diope liberais e ligados ao mercado; • Demais diretorias ocupadas por servidores concursados da ANS; • Consolidação do padrão de distribuição entre os dois grupos nas diretorias da agência; • Não há nenhum profissional de saúde entre os diretores da ANS; • Suspensão pelo STF da resolução da ANS sobre franquia e coparticipação – Aumento da coparticipação para 40% ou 60%, a depender do contrato, fixação de limites mensais e anuais elevados para o pagamento dessas modalidades, cobrança em pronto atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • RN n°. 439 - Nova metodologia sobre o processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; • RN n°. 438 - Ampliação das regras de portabilidade de carências para os beneficiários de planos de saúde coletivos empresariais (Válida a partir de junho de 2019). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação da participação social durante os ciclos de atualização do Rol – Formulário específico (FormRol) disponibilizado no portal da ANS no início dos ciclos de atualização.

Fonte: Elaboração própria.

6.2 PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR

A regulação assistencial da saúde suplementar tem como marco inicial a Lei nº. 9.656/1998. Nela foi instituída a obrigatoriedade de cobertura para todas as doenças previstas na CID-10, o plano de referência, a proibição da exclusão de beneficiários por doenças ou lesões preexistentes, da limitação quantitativa ou qualitativa de procedimentos ou tempo de internação. Com a criação da ANS pela lei nº. 9.961 de 2000, a ANS passou a regulamentar a dimensão assistencial da saúde suplementar por meio de resoluções e outras normativas.

Neste item, serão caracterizadas e analisadas as principais normativas e demais iniciativas de regulação assistencial dos planos de saúde. As normativas serão apresentadas quanto ao objeto assistencial a que se destinam e organizadas a partir das seguintes categorias: rol de procedimentos e eventos em saúde e cobertura assistencial, segmentação assistencial e iniciativas de promoção à saúde, prevenção das doenças e qualificação da assistência prestada.

6.2.1 Rol de procedimentos e eventos em saúde e cobertura assistencial

As principais transformações para a questão das coberturas e assistência prestada pelos planos de saúde trazidas pela Lei nº. 9.656 de 1998 foram a obrigatoriedade de atendimento a todas as doenças que constam no CID-10 e a instituição do rol de procedimentos e eventos em saúde. Isto significou um ponto de inflexão na trajetória do setor de saúde suplementar na medida em que foi possível ampliar, para além do mero cumprimento dos contratos celebrados com os beneficiários, a compreensão sobre a responsabilidade das empresas de planos de saúde com a assistência prestada.

Inicialmente, a regulação do rol de procedimentos e coberturas assistenciais foi realizada pelo Consu por meio da resolução nº. 10 de 1998. Nela instituiu-se que a inclusão de novos procedimentos no rol dependeria de proposição pelo Ministério da Saúde e aprovação pelo supracitado Conselho. A partir da criação da ANS, as atualizações do rol passaram a ser feitas por meio de Resoluções Normativas (RN), cuja versão mais recente é a RN nº. 465 (2021). É importante ressaltar que esta é a primeira versão destas resoluções a atribuir natureza

taxativa ao rol. Isto pode fortalecer interpretações restritivas sobre ele e significar retrocesso para a trajetória da produção de cuidados mais integrais aos beneficiários de planos.

Art. 2º Para fins de cobertura, considera-se taxativo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde disposto nesta Resolução Normativa e seus anexos, podendo as operadoras de planos de assistência à saúde oferecer cobertura maior do que a obrigatória, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde (ANS, 2021 – RN n.º.465).

Ao longo do tempo, a metodologia para elaboração do rol de procedimentos passou por transformações. Em 2018, com vistas a ampliar a participação social no processo de atualização deste, passou a ser disponibilizado por tempo determinado no site da ANS um formulário (Formrol) específico para que qualquer pessoa física ou jurídica pudesse sugerir Propostas de Atualização do Rol (PAR). As PAR podem ser empregadas para solicitação de incorporação ou desincorporação de tecnologia em saúde, inclusão, exclusão ou alteração de Diretriz de Utilização - DUT; ou alteração de termo descritivo de procedimento ou evento em saúde já listado no Rol. Cabe ressaltar que o envio de informações e documentos técnicos é pré-requisito para o recebimento e análise de elegibilidade das sugestões de alteração conforme a RN N.º. 439¹⁰.

As normativas relacionadas ao rol de procedimentos e eventos em saúde analisadas e mencionadas neste item são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2. Principais normativas relacionadas ao rol de procedimentos e eventos em saúde e seus objetos.

Lei/Resolução	Ano	Tema/Objeto
Lei 9.656	1998	Atendimento a todas as doenças que constam no CID-10 e a instituição do rol de procedimentos e eventos em saúde
Resolução Consu n.º. 10	1998	Elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde e estabelecimento de

¹⁰ Revogada pela RN n.º. 470 de 2021.

		diretrizes para a cobertura assistencial.
RN n°. 416	2016	Monitoramento do risco assistencial das operadoras pela ANS.
RN n°. 439	2018	Processo de atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde
RN n°. 465	2021	Atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde.
RN n°. 470	2021	Processo de atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde.

Fonte: Elaboração própria.

Anteriormente, apenas os membros do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde¹¹ (Cosaúde) poderiam encaminhar suas PAR. Com a mudança, a participação social na elaboração do rol deixou de ser restrita à etapa de consulta pública que antecedia a sua publicação (ANS, 2018 – Relatório de Gestão). Diferentemente dos mecanismos de participação social vigentes no SUS, a possibilidade de participar da construção deste aspecto importante da política de saúde suplementar é mediatizada por critérios técnicos, o que pode implicar em uma barreira à participação de sujeitos que não contam com o background necessário à elaboração dos documentos e demais pré-requisitos solicitados.

Cabe salientar que a participação da sociedade civil e dos agentes regulados na elaboração de normativas e definições da Agência é regulamentada pela RN n°. 242 (2010), e pode se dar por meio de consultas e audiências públicas além, das câmaras técnicas instituídas por deliberação da Diretoria Colegiada da ANS.

¹¹ Este comitê é constituído por representantes dos diferentes atores que participam do setor de saúde suplementar por meio de convocação pelo órgão técnico competente da ANS.

Em 2021, o rito para elaboração do rol de procedimentos passou por novas mudanças sobre as quais dispõe a RN nº 470 (2021). A partir dela, a recepção das PAR passou a ser contínua e não mais no início do ciclo de atualização do Rol que agora ocorre semestralmente. Embora a duração de dois anos para atualização do rol não acompanhasse o ritmo das inovações tecnológicas em saúde, por outro lado, o período de seis meses pode não ser suficiente para a adequada avaliação técnica e administrativa da incorporação destas tecnologias às práticas assistenciais.

As reclamações sobre o descumprimento do rol ainda são as mais frequentes entre aquelas relacionadas à regulação assistencial (ANS, 2018 – relatório de gestão). Isto reflete a persistência da prática abusiva de negativa de cobertura pelas empresas em detrimento da regulação vigente. A ANS conta com mecanismos administrativos e de fiscalização para o monitoramento e o acompanhamento da garantia de coberturas assistenciais pelas operadoras de planos de saúde.

Neste sentido, a agência pode realizar visita técnico-assistencial para verificar anormalidades, suspender a venda dos planos ofertados pelas operadoras e, nos casos mais graves, instituir um Plano de Recuperação Assistencial (PRASS) com duração de até 12 meses. Para as operadoras que não conseguem se recuperar neste prazo, é implantado um Regime Especial de Direção Técnica em que a ANS nomeia um Diretor Técnico para atuar na gestão da empresa com proventos pagos por esta. Caso a recuperação da empresa não seja possível, sua saída do mercado acontecerá sob supervisão da ANS com a sua carteira de beneficiários sendo transferida para outra operadora.

O mapeamento do risco assistencial existente nas operadoras de planos de saúde é regulamentado pela RN nº. 416 de 2016 e realizado trimestralmente a partir de informações coletadas nos diferentes sistemas de informações da ANS. Cabe ressaltar que medidas administrativas podem ser adotadas pela agência nas situações de risco assistencial, independentemente do monitoramento.

6.2.2 Segmentação Assistencial

A segmentação assistencial corresponde às distintas possibilidades de coberturas assistenciais regulamentadas pela ANS e ofertadas pelas operadoras de planos de saúde aos seus clientes: ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência.

A cobertura ambulatorial contempla consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e procedimentos ambulatoriais. Os serviços prestados em regime de internação hospitalar correspondem à cobertura hospitalar que pode contemplar ou não a atenção ao parto (cobertura hospitalar com ou sem obstetrícia). O Plano Referência inclui a cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar em enfermaria, Centro de Terapia Intensiva e correlatos das doenças listadas na CID-10 da OMS. A assistência odontológica realizada em ambiente ambulatorial compõe a cobertura exclusivamente odontológica.

Com a lei n°. 9.656 de 1998, a venda de planos de saúde fora das segmentações nela previstas foi proibida e a regulação subsequente realizou o detalhamento e atualização das diferentes questões que envolvem o tema. A resolução Consu n° 13 definiu as circunstâncias nas quais os procedimentos de urgência e emergência deverão ser cobertos conforme a segmentação do plano de saúde contratado. A obrigatoriedade de oferta do plano de Referência a todos os consumidores, atuais ou futuros, foi estabelecida a partir da RDC n°7 de 2000, exceção feita às autogestões e às empresas que atuam exclusivamente no segmento odontológico. A RN n°40, posteriormente alterada pela RN n°.62, possibilitou a oferta de serviços não previstos no rol de procedimentos e voltados para saúde ocupacional. O Quadro 3 resume as principais normativas nesse âmbito.

Quadro 3. Principais normativas relacionadas à segmentação e seus objetos.

Lei/Resolução	Ano	Objeto
Lei n°. 9.656 – MP n°. 2.177-44	1998/2001	Institui o plano de referência e as demais

		segmentações assistenciais para a saúde suplementar.
Lei n. 9.961	2000	Confere à ANS a competência de decidir acerca de subsegmentações.
Resolução Consu n°. 13	1998	Atendimento de urgências e emergências.
RDC n°. 7	2000	Obrigatoriedade da oferta do plano de referência para todos os consumidores.
RN n°. 40	2003	Proíbe as seguradoras e operadoras de utilizarem sistemas de descontos ou de pagamento diferenciado diretamente aos prestadores de serviços e a venda de produtos e serviços de assistência à saúde não previstos na Lei n°. 9.656.

Fonte: Elaboração própria.

O aumento das possibilidades de segmentação, isto é, a “subsegmentação” das coberturas assistenciais é uma pauta histórica das seguradoras, operadoras de planos de saúde e suas entidades representativas nos diferentes espaços de definição sobre o processo regulatório, sobretudo, nos momentos de crises enfrentadas pelo setor. Na década de 2000, houve articulação política e pressão do empresariado sobre órgãos do governo federal para oferta de coberturas mais restritivas, todavia, esta demanda não avançou no Ministério da Saúde e na ANS. A investida mais recente, ocorrida em 2017, originou a proposta de “plano de saúde popular” e será abordada no Capítulo 6 desta tese.

6.2.3 Iniciativas de promoção à saúde, prevenção das doenças e qualificação da assistência

Ao longo de sua trajetória, a ANS tem empregado iniciativas que visam a transformar o modelo assistencial do setor de saúde suplementar para uma perspectiva de atenção integral e melhorar a qualidade da assistência à saúde prestada.

Assim, por meio da RN n°. 94, a agência buscou estimular a apresentação e adoção de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças pelas operadoras, a partir da extensão do prazo para a constituição das reservas financeiras garantidoras da previsão de risco. A realização de seminários e publicações de manuais técnicos também fez parte da Política de Indução das ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças inicial da agência. Em 2008, 47% das operadoras contavam com programas de promoção da saúde e prevenção das doenças em ao menos uma área, a maioria direcionados a adultos e idosos.

A RN n°. 264 de 2011 consolidou o conceito de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças adotado para a saúde suplementar, além de estabelecer o formato dos programas e os incentivos à adesão de operadoras e beneficiários. A partir desta norma ficaram definidas as três linhas gerais para estruturação destes programas: promoção do envelhecimento ativo, iniciativas para grupos com características específicas (segundo faixa etária, ciclo de vida ou fator de risco determinado) e para pessoas que convivem com doenças crônico-degenerativas.

Quanto às vantagens para adesão aos programas de promoção da saúde, a norma contempla os beneficiários com bonificações e prêmios que foram regulamentados pela RN. n°. 265. Para as operadoras, os benefícios são o aproveitamento dos investimentos realizados nestes programas para redução da margem financeira de solvência exigida e o recebimento de pontuação extra no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

O desempenho das empresas de planos de saúde é avaliado anualmente como parte do Programa de Qualificação das Operadoras (PQO). Esta iniciativa é regulamentada pela RN n°. 386, que tem no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) a metodologia para avaliação com indicadores organizados em quatro dimensões: qualidade da atenção à saúde

(IDQS), garantia de acessos (IDGA), sustentabilidade no mercado e gestão de processos e regulação.

O Quadro 4 resume as principais normas da ANS relacionadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e qualificação da assistência.

Quadro 4. Principais leis e normas relacionadas a iniciativas de promoção à saúde, prevenção das doenças e qualificação da assistência prestada.

Lei/Resolução	Ano	Objeto
Lei n°. 9.961	2000	Promoção do interesse público por meio da regulação das operadoras e de suas relações com prestadores e consumidores.
RN n°. 94	2005	Estende o prazo para constituição de reservas financeiras às empresas que apresentarem e adotarem programas de promoção à saúde e prevenção de doenças para seus beneficiários.
RN n°. 264	2011	Dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos de Doenças e seus programas na saúde suplementar.
RN n°. 265	2011	Bonificação aos usuários de planos de saúde por

		participação em programas de promoção da saúde.
RN n°. 386	2015	Programa de Qualificação das Operadoras.
RN n°. 405	2016	Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços da Saúde Suplementar – QUALISS
RN n°.423	2017	Divulgação pelas operadoras em seu site institucional de seu resultado geral e de cada uma das dimensões do IDSS até 30 dias após a publicação pela ANS.
RN n°.440	2018	Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras e Planos privados de Assistência à Saúde.

Fonte: Elaboração própria.

Os dados para cálculo do IDSS são obtidos a partir dos sistemas de informação da ANS e, desde 2017, o Padrão de Trocas de Informações na Saúde Suplementar (TISS) tem sido utilizado, o que permitiu maior detalhamento sobre os aspectos assistenciais da atuação das operadoras na avaliação. Os indicadores que compõem as dimensões da qualidade da assistência à saúde e garantia de acesso têm ênfase, respectivamente, nos aspectos relacionados à promoção da saúde e prevenção de doenças, acesso aos profissionais e a oferta de serviços das redes assistenciais dos planos de saúde.

Os resultados descritos pelo IDSS-TISS para o ano base de 2017 demonstram uma concentração das maiores notas entre as operadoras de médio e grande porte. Ademais, as operadoras que apresentam as menores notas são aquelas que possuem menos beneficiários, apesar de representarem parcela expressiva das operadoras do setor, conforme observa-se na Tabela 5 a seguir (ANS, 2018).

Tabela 5. IDSS por porte da operadora de planos de saúde para o ano base de 2017 (ANS, 2018).

Porte (beneficiários)	Total de Beneficiários	Nº de OPS Ano base	IDSS ano base 2017
	Ano base 2017	2017	
Pequeno (1 a 19.999)	4.392.233	617	0,5727
Médio (20.000 a 99.999)	13.726.038	297	0,6389
Grande (mais que 100.000)	51.035.929	297	0,7673
Total Geral	69.154.201	1.008	0,7295

Fonte: Relatório IDSS-TISS ano base 2017 (ANS, 2018)

Há correlação positiva entre o maior porte das operadoras médico-hospitalares e seu desempenho superior no IDSS-TISS, o que pode refletir a melhor adaptação destas às exigências regulatórias. Contudo, merece destaque o fato de as empresas de maior porte apresentarem notas nas faixas mais altas de avaliação para os indicadores da dimensão de qualidade assistencial, porém, demonstrarem baixo desempenho na dimensão de garantia do acesso a profissionais de saúde, hospitais e laboratórios, como pode ser visto na Tabela 6, que apresenta estes dados para as dez maiores operadoras médico-hospitalares do setor.

Tabela 6. IDSS das dez maiores operadoras de planos de saúde para o ano base de 2017 (ANS, 2018).

Registro na ANS	Razão social	Modalidade	Média de Beneficiários	IDSS	IDQS	IDGA
326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de grupo	5.645.902	0,9027	0,9940	0,7270

005711	BRADESCO SAÚDE S.A.	Seguradora especializada em saúde	3.476.511	0,9614	0,9381	0,4961
368253	HAPVIDA ASSISTENCIA MÉDICA LTDA	Medicina de grupo	3.446.529	0,5910	0,5970	0,2064
359017	NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	Medicina de grupo	3.371.866	0,8698	0,8471	0,7546
006246	SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	Seguradora especializada em saúde	2.149.453	0,7437	0,8433	0,3648
343889	UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa médica	1.500.000	1,0000	1,0000	0,6260
339679	CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL	Cooperativa médica	1.486.494	0,9576	0,8258	0,6005
000582	PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A	Seguradora especializada em saúde	733.935	0,7674	0,9843	0,3915
352501	UNIMED PORTO ALEGRE - COOPERATIVA MÉDICA LTDA.	Cooperativa médica	711.168	0,9181	0,8665	0,3799
319996	UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOP. MÉDICAS	Cooperativa médica	601.248	0,5458	0,4629	0,5406

Fonte: Relatório IDSS-TISS ano base 2017 (ANS, 2018)

Outra iniciativa que busca a qualificação das empresas de planos privados de saúde desenvolvida pela ANS em parceria com Entidades Acreditoras é o Programa de Acreditação das Operadoras, cuja adesão implica o incremento na pontuação referente ao IDSS-TISS. É importante salientar que há correlação positiva entre operadoras com selo de acreditação e melhores desempenhos nesta avaliação para o ano base de 2017. Assim, 32 das 38 operadoras acreditadas situaram-se na faixa mais alta de pontuação para o IDSS (0,8 – 1) (ANS, 2018).

A Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde deve ser realizada anualmente pelas operadoras, em conformidade com o estabelecido no Documento Técnico publicado pela ANS para este fim. A participação das operadoras é voluntária e pode render pontos a mais no IDSS. Contudo, para o ano base de 2017, a adesão foi baixa, com participação de apenas 89 operadoras entre as 1008 cujo desempenho foi avaliado. O resultado obtido na pesquisa foi o de que 80% dos beneficiários entrevistados recomendariam o seu plano de saúde para amigos e familiares e os classificam “como bons” ou “muito bons” (ANS, 2018b).

Apesar de a Lei n.º. 9.961 de 2000 estabelecer a ANS como reguladora das operadoras de planos de saúde e das relações destas com beneficiários e prestadores de serviços, a agência dispõe de poucos mecanismos para atuar junto a estes últimos. Assim, com vistas a promover melhorias na assistência à saúde prestada e aumentar o nível de informação para escolha pelas operadoras e beneficiários de planos de saúde, foi estabelecido o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS) por meio da RN n.º. 267 ¹²de 2011. A adesão dos prestadores de serviços ao programa é voluntária e o principal estímulo à participação é a possibilidade de utilização dos certificados de acreditação, ou de qualidade monitorada, na composição do Fator de qualidade aplicado ao índice de reajuste estipulado pela ANS, de acordo com a lei n.º. 13.003 de 2014.

As iniciativas descritas acima demonstram o intento da ANS em aliar a proposição de um modelo integral de atenção à saúde e a racionalização dos custos com a assistência a efeitos benéficos para a saúde dos beneficiários de planos de saúde e para a sustentabilidade do setor, uma vez que é amplamente demonstrada na literatura científica a ineficácia de sistemas de saúde

¹² Esta normativa foi revogada em 2016 pela RN n.º. 465, após revisão realizada pela ANS para reestruturação Programa QUALISS.

caracterizados pelo curativismo, hospitalocentrismo, fragmentação e uso excessivo de tecnologias assistenciais para promover ambos.

Todavia, há questões inerentes à assistência médica privada e características próprias ao modelo brasileiro de saúde suplementar que se configuram como desafios adicionais a esta tarefa. Entre elas, pode-se destacar as formas de contratação e credenciamento de prestadores de serviços de saúde, que dificulta o estabelecimento de diretrizes clínico-preventivas mais uniformes e orientadas por evidências científicas, além do modelo de remuneração baseado no pagamento por procedimento realizado (*fee for service*). Outra dificuldade, corresponde à alocação desigual de recursos que é inerente ao funcionamento dos mercados em qualquer atividade econômica. Porém, o estímulo à adoção de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças e a avaliação da ANS sobre o desempenho e qualidade do setor ainda são apostas interessantes no sentido de possibilitarem maior convergência entre o interesse público e privado na saúde suplementar.

7. PROPOSTAS DE REFORMAS NA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR: INICIATIVAS DO LEGISLATIVO E DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Este capítulo tem como objetivo principal analisar as iniciativas de reformas recentes na regulação assistencial da saúde suplementar, sobretudo, daquelas gestadas no âmbito do Estado, seja a partir de iniciativas legislativas ou por meio de ações do Executivo. No entanto, para melhor compreensão do jogo político externo à ANS que tem efeito sobre estas proposições, serão inicialmente identificados alguns atores interessados no processo regulatório do setor e suas principais demandas relacionadas à regulação assistencial.

Em seguida, serão caracterizadas e analisadas as propostas legislativas em tramitação no Congresso Nacional durante o recorte temporal estabelecido para esta pesquisa (2000-2018). Para tanto, foi solicitada à Câmara dos Deputados, por meio do pedido nº. 210125-000047, a relação de todas as proposições relacionadas a planos de saúde em tramitação entre 2000 e 2020. Foram recebidas 316 proposições, entre Projetos de Lei (PL) e Propostas de Emenda Constitucional (PEC).

Além disso, para análise das proposições aprovadas entre 2000 e 2018, foi realizada uma consulta ao Sistema de Informações do Congresso Nacional (Sicon) com base na legislação federal e utilizando o argumento de busca “Plano de Saúde”. A partir deste procedimento foi possível recuperar 77 resultados, dos quais foram excluídos aqueles que não tratavam do tema da saúde suplementar e reedições. Após isto, restaram as nove leis analisadas no item 6.2 deste capítulo.

Por fim, analisou-se a principal iniciativa do Executivo de alteração da regulação dos planos de saúde, que foi a proposta de Planos Acessíveis, concebida no âmbito do Ministério da Saúde durante a gestão de Ricardo Barros. Para isto, foram analisados documentos oficiais produzidos pela ANS e pelo Ministério da Saúde, sendo o principal destes o Relatório Descritivo do Grupo de Trabalho de Planos Acessíveis (ANS, 2017).

7.1 ATORES ENVOLVIDOS NA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E SUAS PRINCIPAIS DEMANDAS

A regulação da saúde suplementar não é feita pela ANS isoladamente. Há diversos atores envolvidos nos embates sobre o setor, utilizando diversas estratégias e agindo nas diferentes arenas, com vistas a imprimir seus interesses e objetivos no processo regulatório. A seguir, serão apresentados os principais atores (estatais e não-estatais) envolvidos no processo político da saúde suplementar, bem como citadas algumas de suas demandas relacionadas à regulação assistencial.

7.1.1 Atores estatais

O Estado desenvolve ações com efeito para a regulação assistencial da saúde suplementar por meio de órgãos vinculados às três esferas de governo e aos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. No âmbito do poder executivo, é a ANS a organização diretamente responsável pela edição de normativas e operacionalização dos mecanismos regulatórios para este setor. Todavia, outros órgãos estatais, como a Anvisa, realizam intervenções com impactos significativos para esta dimensão do processo regulatório. Seguindo com este exemplo, é possível verificar o efeito sobre a qualidade da assistência prestada pelas ações de vigilância sanitária, edição de normativas e fiscalização de seu cumprimento pelos governos municipais, estaduais e federal.

Em que pesem as características de autonomia relativa das agências, o próprio Ministério da Saúde, como autoridade sanitária nacional, pode ter influência em políticas voltadas para o setor de saúde suplementar, seja no âmbito do financiamento, de iniciativas legislativas ou regulatórias. Além disso, as políticas voltadas ao SUS interferem na dinâmica das relações público-privadas na saúde e podem repercutir sobre o setor de saúde suplementar.

No âmbito da atuação intersetorial do Estado, existe o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC), que é constituído pelos Procons, Ministério Público, Defensorias Públicas e entidades da sociedade civil e que têm a incumbência de, orientado pela lei n.º. 8.078 de 1990, receber denúncias, realizar fiscalizações, promover acordos e elaborar políticas

públicas de proteção e defesa dos consumidores em sua relação com as operadoras de planos de saúde.

A análise sobre a atuação do Legislativo na regulação assistencial da saúde suplementar e sua regulação é realizada no item 6.2 deste capítulo, que trata das propostas legislativas em tramitação sobre este tema. Contudo, cabe destacar a relevância da CPI dos planos de saúde, realizada em 2003, como um momento marcante das disputas pela orientação da regulação assistencial da saúde suplementar ocorrida no Congresso.

Depois de cinco anos da aprovação da lei n.º. 9.656 e quatro anos de atuação da ANS na regulação do setor, a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) serviu como espaço para análise dos dilemas, avanços e lacunas do processo regulatório deste setor até então. É importante frisar que esta CPI foi implantada por meio de solicitação do deputado Henrique Fontana (PT-RS) para averiguar denúncias realizadas por entidades de defesa dos consumidores sobre práticas abusivas das operadoras de planos de saúde (Câmara dos Deputados, 2003).

Após seis meses de depoimentos e debates que envolveram a participação de uma ampla gama de atores relacionados ao setor, a CPI produziu um relatório robusto que, em suas 245 páginas, aponta as principais problemáticas existentes na saúde suplementar brasileira e indica um conjunto de sugestões como a realização de uma ampla e total revisão da Lei n.º. 9.656/1998, tais como: proibição da cobrança de cheque caução, inclusão da assistência farmacêutica entre as modalidades de intermediação previstas na lei, maior transparência nos reajustes, recomendações de caráter técnico-administrativo para a ANS e apoio à tramitação de matérias relativas ao tema (Câmara dos Deputados, 2003). Apesar de não induzir grandes mudanças na dinâmica do setor, a CPI cumpriu um papel importante de trazer à tona os questionamentos relacionados ao processo regulatório e de elaboração de recomendações para sua superação. Porém diversos problemas apontados no relatório persistiram, contribuindo para os dissensos e conflituosidade sobre a dimensão assistencial da regulação (Câmara dos Deputados, 2003).

No que concerne ao Judiciário, em que pese o avanço na regulação da saúde suplementar por meio de medidas legislativas e das políticas regulatórias, a judicialização desta matéria ainda é frequente. De acordo com uma pesquisa do Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper)

requisitada pelo Conselho Nacional de Justiça, o número de demandas judiciais relativas à saúde aumentou 130% entre 2008 e 2017 (CNJ, 2019). Entre os principais motivos para ações no Judiciário contra planos de saúde está o descumprimento de obrigações contratuais referentes às exclusões e negativas de coberturas assistenciais.

É importante destacar que a judicialização destas questões ocorre quando não é possível a resolução na esfera extrajudicial ou diante de situações urgentes em que as negativas de coberturas podem trazer riscos ao beneficiário e demandam avaliação e concessão de liminares. Isto pode ser atribuído, em parte, às resistências da ANS em aplicar os instrumentos que constam no Código de Defesa do Consumidor aliado ao marco regulatório para a mediação dos conflitos entre beneficiários e operadoras. Outro fator importante é a prática das operadoras de dificultarem o acesso a procedimentos necessários, apesar da ampla oferta ao consumidor no momento da adesão do plano de saúde (Trettel et al, 2018).

A judicialização também é um recurso utilizado pelas operadoras de planos de saúde e suas entidades de representação. Exemplos disto foram a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1931 julgada em 2018 no STF e que tratava da constitucionalidade do ressarcimento ao SUS e, mais recentemente (2021), o julgamento de ação no Superior Tribunal de Justiça (STJ) sobre a natureza taxativa ou exemplificativa do rol de procedimentos movida pela Unimed Campinas. Neste julgamento tem-se discutido se as operadoras são obrigadas a cobrir exclusivamente os procedimentos listados no rol, ou se este serve apenas como uma referência do mínimo obrigatoriamente ofertado, permitindo que procedimentos e tratamentos que não constam nele sejam cobertos pelos planos de saúde. Há divergências entre a terceira e quarta turmas do STJ sobre a natureza exemplificativa ou taxativa do rol de procedimentos. Por este motivo, a ministra Nancy Andrichi pediu vista do processo e o julgamento sobre esta matéria ainda não tem previsão de retomada.

7.1.2 Atores não-estatais

As empresas de planos privados de saúde têm em suas entidades de representação, patronais ou associativas, um importante instrumento de ação política, defesa de seus interesses e influência nas definições sobre a política regulatória nas diferentes esferas. Entre estas

entidades destacam-se: a Confederação Nacional de Saúde (CNSa), a Associação Brasileira de Medicinas de Grupo (Abramge), a Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasáude) e a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), que têm entre seus associados as maiores empresas do setor.

Quanto à regulação assistencial da saúde suplementar, as entidades representativas das empresas do setor apresentam pleitos semelhantes, tais como o apoio para a ampliação da cobertura populacional por planos de saúde a partir da subsegmentação das coberturas ofertadas que permitiriam a retomada da comercialização dos planos individuais com valores mais acessíveis e mais bem adaptados às necessidades de possíveis beneficiários, defendidas inclusive como componente fundamental para a superação da crise do sistema de saúde brasileiro.

As entidades representativas do setor vêm buscando soluções de forma transparente e legítima. Consideramos que um dos principais objetivos deve ser viabilizar a volta da oferta de planos individuais, que hoje representam fatia pequena do mercado — 80% do ingresso é feito por meio de planos coletivos. A experiência internacional demonstra que um arcabouço legal que permita oferecer um leque maior de opções de cobertura é fundamental para ampliar o acesso, na medida em que possibilita segmentar a oferta e, assim, adequar os preços a perfis específicos de usuários. Hoje, infelizmente, isso não é possível (Fenasáude, 2016:23).

Os prestadores privados de serviços de saúde também se organizam em entidades representantes de seus interesses, tais como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). Entre as suas principais pautas para discussão com o poder público estão as negociações para redução da carga tributária, acesso a linhas de crédito, aquisição de isenções e atualização dos valores presentes na tabela de procedimentos para os hospitais conveniados ao SUS. No que tange às relações com as operadoras de planos de saúde, existe a demanda histórica por melhor remuneração para os serviços prestados.

Após a aprovação da Lei nº. 13.097 de 2015, que permitiu a participação estrangeira na área da saúde, foi desencadeado um movimento de fusões e aquisições no setor de saúde suplementar. Em 2018, as fusões e aquisições de hospitais e laboratórios de análises clínicas totalizaram 52 operações. Este fenômeno tem forte relação com a verticalização das redes prestadoras de serviços pelas operadoras de planos de saúde e tem provocado tensionamentos

no setor. Um exemplo foi o descredenciamento dos hospitais da Rede D'Or pela Amil em 2019, motivada por divergências sobre o padrão de remuneração dos serviços prestados.

O rompimento, que só ocorreria em cidades onde a Amil contava com rede própria de hospitais, foi estendido pela Rede D'Or a todas as modalidades de planos ofertados por aquela operadora, pela retirada de seus hospitais da rede credenciada. É importante salientar que estas empresas têm protagonizado disputas pela aquisição de unidades hospitalares desde o ano de 2015 e só retomaram relações comerciais em 2021 (Valor econômico, 2019).

Os conselhos de categorias profissionais e as entidades têm sido importantes na defesa de interesses corporativos relacionados aos contratos com as operadoras e reajustes periódicos pelos serviços prestados. Porém, estas organizações também têm se articulado para limitar a ingerência e resguardar a autonomia dos médicos para prescrição das terapias e tratamentos que julgarem adequadas para seus pacientes.

“É inadmissível a criação de planos com coberturas subsegmentadas, sob risco de retornarmos ao faroeste do passado, regido pela vantagem excessiva, o contrato abusivo, incompatível com a boa-fé e com a razão de ser dos planos de saúde” - César Eduardo Fernandes, presidente da AMB (AMB, 2021).

No que concerne às entidades representantes dos consumidores não vinculadas ao Estado, destaca-se o Instituto Brasileiro de Defesa Consumidor (Idec). Trata-se de uma associação sem fins lucrativos que tem atuado em comitês, comissões e câmaras técnicas relacionadas ao tema da saúde suplementar e promovido ações civis públicas para garantia dos direitos de beneficiários dos planos de saúde. Em 2018, o Idec participou de campanha contra o PL n.º 7.419/2006, que tratava de alterações na Lei n.º 9.656 de 1998, e contribuiu para o adiamento de sua votação.

Por fim, os órgãos de imprensa têm importante participação nas questões relativas à regulação assistencial da saúde suplementar, na medida em que se configuram como espaços para denúncias sobre práticas abusivas cometidas pelas empresas na relação com seus beneficiários e promovem debates sobre os temas conflituosos. Porém, é frequente em sua cobertura sobre o tema e nas análises de seus articulistas a defesa dos interesses das empresas do setor, ao apontarem a ampliação da cobertura populacional por planos privados de saúde como saída para a crise do sistema de saúde brasileiro.

A composição da rede de atores envolvidos no processo regulatório, em um cenário de transformações no mercado que desafia as possibilidades regulatórias da ANS, demonstra um setor em que há distintas concepções sobre saúde e sobre o papel das empresas privadas na produção dos cuidados.

7.2 INICIATIVAS LEGISLATIVAS PARA MUDANÇAS NA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR

O mapeamento das iniciativas legislativas em tramitação ou aprovadas produzidas entre 2000 e 2018 possibilitou verificar algumas das questões sobre a relação entre os poderes Executivo e Legislativo no sistema político brasileiro apontadas por Batista (2010) em seu estudo sobre a produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro de 1990 a 2006.

Das 190 propostas legislativas em tramitação entre 2000 e 2018 sobre planos de saúde, 59 (31%) tratavam da ampliação das coberturas assistenciais e inclusão de tratamentos no rol de procedimentos e eventos em saúde, ambos temas relacionados à regulação assistencial da saúde suplementar. Além disso, observou-se que a temática destas proposições, no período analisado, teve como objetivo o atendimento às demandas de grupos de interesses específicos como é próprio à atuação deste poder, tais como pessoas idosas, que convivem com obesidade, surdez, com câncer, com transtorno do espectro autista etc. (Apêndice A).

Enquanto isso, as proposições do Executivo direcionaram-se a temas ligados à administração mais ampliada do setor, tais como o Projeto de Lei de Conversão (PLV) 2/2000 que se tornou a lei nº. 9.961/2000 que criou a ANS.

Entre as nove medidas aprovadas pelo Congresso Nacional e ou sancionadas pela Presidência da República entre 2000 e 2018, pode-se verificar que a autoria da proposta foi determinante de seu ritmo de tramitação. Enquanto as proposições do Executivo sobre planos de saúde levaram em média 46 dias até a aprovação, as iniciativas aprovadas oriundas do Legislativo levaram em média 1.829 dias em seu processo de tramitação, ou seja, demoraram 40 vezes mais tempo da apresentação à aprovação (Tabela 7).

Tabela 7. Proposições sobre planos de saúde aprovadas no período entre 2000 e 2018.

Lei	Ano	Autoria	PL	Tramitação (dias)
Lei nº. 9.961 – Criação da ANS	2000	Executivo	PLV 2/2000	22 dias
Lei nº. 10.185 – especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde	2001	Executivo	MP 2.122/2001	16 dias
Lei nº. 10.223 – Torna obrigatória a cirurgia reparadora de mamas em planos de saúde	2001	Dep. Jandira Feghali (PCdoB/RJ)	PL 3.107/2000	350 dias
Lei nº. 10.850 – Atribui competências à ANS e fixa diretrizes para normas de implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei 9.656/1998.	2004	Executivo	PLV 11/2004	99 dias
Lei nº. 11.935 – Altera o art. 35-C da lei 9.656. Obriga a cobertura de atendimento pelos planos de saúde nos casos de emergência, urgência e planejamento familiar.	2009	Dep. Geraldo Resende (PPS/MS)	PL 1696/2003	2097 dias
Lei nº. 12.738 - Torna obrigatório o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, de	2012	Dep. Jandira Feghali (PCdoB/RJ)	PL 7177/2002	3747 dias

coletor de urina e de sonda vesical pelos planos privados de assistência à saúde.				
Lei n°. 12.880 – inclusão dos tratamentos antineoplásicos de uso oral entre as coberturas obrigatórias.	2013	Sen. Ana Amélia (PP/RS)	PLS 352/2011	874 dias
Lei n°. 13.003 – Torna obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços.	2014	Sen. Lucia Vânia (PSDB)	PLS 276/2004	3549 dias
Lei n°. 13.127 - dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para eximir as entidades de autogestão constituídas sob a forma de fundação, de sindicato ou de associação da obrigação de constituir pessoa jurídica independente, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde.	2015	Dep. Simão Sessim (PP/RJ)	PL 7664 - PLC 6/2015	356 dias

Fonte: Elaborado com base nas informações disponíveis no Sistema de Informações do Congresso Nacional (Sicon) para o período 2000-2018, base “Legislação Federal”, argumento de busca “saúde” (<https://legis.senado.leg.br/sicon/#/avancada>).

Nota: Foram excluídas as leis que não tratavam de planos de saúde e as reedições que, em sua maioria, eram de autoria do poder Executivo.

Em que pese o fato de o jogo político externo à ANS ser favorável ao empresariado e determinante da regulação mais ampla do setor, garantindo as condições necessárias à sua expansão e alta lucratividade, a análise das propostas legislativas em tramitação ou aprovadas que se relacionam com a regulação assistencial sugere a existência no Congresso Nacional de um posicionamento pró-beneficiários no que tange a esta questão regulatória.

Isto pode ser atribuído ao considerável número de proposições legislativas que tratam da ampliação das coberturas assistenciais ou da inclusão de alternativas terapêuticas no rol de procedimentos e eventos em saúde e a relativa escassez de proposições que visam a reduções ou restrições de coberturas, no período analisado nesta pesquisa. Todavia, os longos períodos de tramitação pelos quais estas proposições passam, além de serem reveladores das assimetrias existentes entre os poderes Legislativo e Executivo no sistema político brasileiro, podem ser indicativos da baixa prioridade que estes temas apresentam para o Congresso Nacional em relação a outras pautas de maior interesse para o empresariado do setor e seu inegável *lobby* junto aos parlamentares e governantes, tais como as desonerações tributárias, a participação do capital estrangeiro na saúde e a manutenção dos diferentes tipos de renúncia fiscal.

A impopularidade de medidas de restrição aos direitos dos beneficiários de planos de saúde e a atuação de instituições ligadas à defesa do direito à saúde, dos consumidores, Judiciário e Ministério Público também devem ser consideradas como fatores que condicionam o posicionamento do Legislativo diante de questões regulatórias relacionadas à dimensão assistencial da saúde suplementar. Por exemplo, a resistência destas instituições diante da proposta de revisão do marco regulatório da saúde suplementar presente no PL n.º. 7.419/2006 e seus apensados, foi fundamental para a saída do relator deputado Rogério Marinho (PSDB/RN) da Comissão Especial instituída para tratar da matéria após a elaboração de três relatórios. Atualmente (2021), este projeto de lei aguarda pela elaboração de parecer do relator, deputado Hiran Gonçalves (PP-RR), em Comissão Especial instalada na Câmara dos deputados.

7.3 A PROPOSTA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CRIAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE ACESSÍVEL

Propostas de mudanças na regulação assistencial ganharam força a partir de 2016, após o golpe que levou Michel Temer à presidência da República e Ricardo Barros¹³ ao Ministério da Saúde. A partir daí, foi instituído um grupo de trabalho, sem comunicação prévia à ANS, para elaboração da proposta de um “plano de saúde popular” que contava com a participação de representantes do Ministério da Saúde, da própria ANS e da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSEG).

As principais justificativas apresentadas pelos defensores desta ideia foram o aumento do desemprego, a redução de aproximadamente 3% dos beneficiários entre 2015 e 2016, a consequente elevação das despesas per capita das operadoras e seu impacto nos preços dos planos, além da conformação de coberturas assistenciais voltadas às reais necessidades de saúde da população. Soma-se a isto a defesa dos efeitos benéficos de desoneração ao SUS pelo aumento da cobertura populacional por planos de saúde diante do subfinanciamento crônico e limitação dos recursos estatais para garantia do direito à saúde.

Estamos propondo que o mercado ofereça planos mais acessíveis, com custo menor e cobertura menor, para a gente colocar mais recursos para atendimento das pessoas (pelo SUS). A ANS vai estudar as mudanças nas regras. Nós não vamos formular planos ou propor limites. Eu estou fazendo um apelo ao mercado e à ANS para que possam ofertar planos acessíveis para a população (Ricardo Barros, Ministro da Saúde, ao “O Globo” em 05/08/2016).

O resultado do grupo de trabalho implementado pelo Ministério da Saúde foi um ofício solicitando avaliação da viabilidade técnica para implementação de três possíveis subsegmentações: plano simplificado, plano ambulatorial+hospitalar e plano em regime misto de pagamento. O plano simplificado contaria com cobertura de Atenção Primária à Saúde (APS), consultas especializadas e serviços auxiliares diagnósticos e terapêuticos de baixa e média complexidade.

¹³ É importante ressaltar que Ricardo Barros teve entre seus maiores doadores individuais para campanha a deputado estadual de 2012 um dos sócios do grupo Aliança, administradora de benefícios de planos de saúde coletivos empresariais para servidores públicos e seus dependentes. Em 2017, este grupo foi totalmente adquirido pela Qualicorp Administradora de Benefícios S.A.

As coberturas de atenção especializada de média e alta complexidade estariam contempladas no plano ambulatorial+hospitalar, contudo, para acessar estes atendimentos o beneficiário deveria ser avaliado por médico de família ou APS à sua escolha e, caso fosse constatada a necessidade por aqueles atendimentos em uma segunda avaliação médica, seria finalmente encaminhado para o serviço de que necessitaria, desde que este estivesse disponível na rede de serviços da operadora. O plano em regime misto de pagamento previa contraprestações mensais para cobertura de medicina preventiva, serviços ambulatoriais, hospitalares e terapias de alta e média complexidade ficando sob responsabilidade do beneficiário o pagamento de procedimentos.

Em março de 2017, foi publicada pela ANS a portaria N°. 8851, que instituiu um Grupo de Trabalho para avaliar estas propostas. Desta vez, foi incluída uma etapa de participação social envolvendo outros sujeitos do processo regulatório diante das resistências apresentadas à proposta do Ministério da Saúde: UNIDAS (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde); OAB (Ordem dos Advogados do Brasil); Fenasáude (Federação Nacional de Saúde Suplementar); ANAB (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios); Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor); Abramge (Associação Brasileira de Medicina de Grupo); UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro); CMB (Confederação das Santas Casas de Misericórdia); Faculdade de Medicina de Presidente Prudente; SENACON (Secretaria Nacional do Consumidor); NUDECON (Núcleo de Defesa do Consumidor); MPRJ (Ministério Público do Rio de Janeiro); Proteste; FBH (Federação Brasileira de Hospitais); ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados); Unimed do Brasil; AMB (Associação Médica Brasileira) e Ministério Público Federal.

Além das atividades do Grupo de Trabalho, a ANS realizou neste período uma consulta interna para avaliação do projeto de planos acessíveis enviada pelo grupo de trabalho capitaneado pelo Ministério da Saúde. As contribuições do corpo técnico da ANS indicaram a rejeição daquelas propostas de subsegmentações. Ao final do debate público, a Agência emitiu parecer no qual aponta que as propostas elaboradas pelo grupo de trabalho do Ministério da Saúde, apesar de precisarem, em certa medida, de maiores detalhamentos e análise sobre seus

impactos, já estão contempladas por ações regulatórias empreendidas pela Agência (ANS, 2017).

Em julho de 2019, o jornalista Elio Gaspari noticiou em sua coluna da Folha de S. Paulo o que seria uma iniciativa das grandes operadoras do setor e suas entidades de representação para mudança do marco regulatório da saúde suplementar. Segundo o jornalista, tratava-se de um Projeto de Lei intitulado “Mundo novo” que seria levado ao então Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, e Rodrigo Maia, Presidente da Câmara dos Deputados à época. Tratava-se de proposta que visava a desregulamentação do mercado de planos de saúde. O documento era constituído por 89 artigos que, entre outras medidas, aumentaria a segmentação dos planos comercializados, tiraria da ANS a prerrogativa da definição do rol de procedimentos e repassaria várias de suas atribuições ao Conselho de Saúde Suplementar (Consu).

Iniciativas como estas demonstram a disposição para articulação política destas empresas e entidades na defesa de seus interesses e a pouca disponibilidade para o debate público e democrático sobre a saúde suplementar. Além disso, comprova a preocupação exclusiva com a ampliação do mercado e dos lucros, sem qualquer compromisso com as consequências que medidas como as propostas poderiam trazer para os beneficiários e o Sistema Único de Saúde (SUS) apesar de, frequentemente em seus discursos, ampararem suas propostas no desejo da população pelos planos de saúde e na falácia da desoneração do SUS promovida pela saúde suplementar.

É importante frisar que, apesar das pressões do empresariado e de entidades representantes, as propostas de mudanças mais profundas no marco regulatório da saúde suplementar não têm prosperado. No entanto, persistem pressões e novas tentativas de influenciar as políticas pelos diversos grupos de interesse, seja junto à ANS, ao Ministério da Saúde ou ao Legislativo.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória histórica de conformação do setor de saúde suplementar no Brasil é marcada, de um lado, pelo apoio do Estado por meio de incentivos tributários, como a isenção fiscal, e, por outro, pela escassa ou mesmo ausente regulação estatal sobre a conformação e atuação das empresas do setor até os anos 1990. No que diz respeito à atenção à saúde, a aposta em um “mercado autorregulado” traz limites ao acesso, riscos de descontinuidades na assistência médica prestada e práticas abusivas pelas empresas.

A construção de uma institucionalidade de regulação estatal sobre o setor a partir da promulgação da Lei dos Planos de Saúde de 1998 e da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar representou uma inflexão importante. Nas décadas seguintes, entre as dimensões de regulação pela ANS, foram implementadas estratégias de regulação assistencial. Diante dos efeitos nocivos da não regulação do setor, e suas repercussões ainda mais graves para os beneficiários submetidos a consideráveis riscos assistenciais, uma contribuição desta pesquisa foi explorar a trajetória de regulação assistencial, a partir da criação da ANS em 2000 até 2018. A análise mostrou algumas diferenças de ênfase nas estratégias de regulação assistencial do setor ao longo das gestões da Agência, mas também importantes elementos de continuidade. No conjunto do período, a regulação assistencial da saúde suplementar possibilitou avanços importantes para organizar a oferta dos planos, tornando o escopo das coberturas contratadas mais definido e transparente para os usuários (por meio da segmentação assistencial e da atualização do rol de procedimentos) e para induzir a melhoria da qualidade assistencial das operadoras e prestadores (por meio de sistematização de informações e programas voltados à qualidade assistencial). Assim, contribuiu para a promoção de uma atenção mais integral à saúde dos beneficiários de planos de saúde e para a indução de melhores práticas assistenciais pelas operadoras e seus prestadores de serviços.

Além disso, foi possível verificar, a partir das bibliografias consultadas, a relação histórica existente entre a assistência médica privada e o Estado, refletida nas diversas políticas para privilegiamento desta, que persistiu mesmo na vigência de um sistema de saúde público e universal e nos marcos da saúde enquanto direito de cidadania.

No que diz respeito à caracterização do setor, verificou-se que este se encontra cada vez mais concentrado, em decorrência das medidas regulatórias mais rígidas para a operação dos planos de saúde e com as dez maiores operadoras abarcando quase 40% dos beneficiários. Outra característica do setor que merece destaque é a persistência de conflitos entre consumidores e operadoras motivados pelas negativas de coberturas assistenciais. Este segue como o tipo de reclamação mais frequentemente registrado pela ANS, apesar dos avanços obtidos com instrumentos de intermediação, como a NIP.

Outra contribuição deste estudo se refere à verificação da continuidade da ênfase na regulação assistencial apesar das mudanças político-partidárias dos governos e suas coalizões, e das pressões por desregulamentação exercidas pelo empresariado e suas entidades representativas. Isto se deu a partir da análise dos atos normativos da ANS e estratégias desenvolvidas nas diferentes gestões de sua Diretoria Colegiada e pode ser atribuído, em certa medida, à atuação de parte dos diretores e às resistências do corpo de servidores públicos da ANS.

Estes trabalhadores ingressaram na Agência por concurso público e constituem uma burocracia jovem, bem remunerada e estimulada a se manter em constante formação por sua própria demanda e devido aos incentivos financeiros que compõem a sua carreira. A presença de servidores entre os dirigentes da ANS é um sinal da importância que este grupo tem conquistado nas definições sobre as políticas regulatórias da saúde suplementar.

Contudo, é importante ressaltar a existência de pressões e elementos de permeabilidade da ANS ao empresariado, que se expressam, por exemplo, na ocupação de alguns cargos estratégicos na direção da Agência no período. Assim, persistem pressões sobre a Agência e seus servidores para flexibilização da regulação.

Diante das resistências encontradas na Agência reguladora, as empresas e entidades representativas do setor têm buscado ampliar sua influência nos poderes Executivo e Legislativo. Neste sentido, uma contribuição desta tese está na observação de uma tendência favorável aos beneficiários de planos de saúde no Congresso Nacional quanto ao tema das coberturas assistenciais, verificada na produção legislativa entre 2000 e 2018. Todavia, a longa

tramitação das proposições que visam a ampliação de coberturas e de outros temas assistenciais de interesse dos beneficiários pode indicar a baixa prioridade que estas proposições apresentam em relação a outras mais ligadas ao empresariado do setor, tais como as desonerações tributárias, a participação do capital estrangeiro na saúde e a manutenção dos diferentes tipos de renúncia fiscal, que repercutem de forma substantiva na dinâmica do setor.

A iniciativa do Grupo de Trabalho para a elaboração da proposta de Planos Acessíveis, também analisada nesta tese, exemplifica a permeabilidade do poder executivo ao lobby das empresas do setor. Isto aponta para o risco da implementação de políticas para a saúde suplementar comprometidas exclusivamente com o aumento dos mercados, a “sustentabilidade” do setor e sua lucratividade, em detrimento das repercussões negativas que produziria para os beneficiários destes planos e para o SUS. Isso porque o setor ampliaria o leque de beneficiários de baixa renda por meio da oferta de planos privados de baixo custo, porém de oferta restrita, baixa qualidade e resolutividade, disputando os recursos que deveriam ser investidos no fortalecimento do SUS, em uma perspectiva universal e integral da atenção, baseada no direito à saúde.

Assim, em que pesem os avanços observados, vale ressaltar o alerta de Baird (2020),

Independentemente dos resultados alcançados, o empresariado tem se fortalecido e ampliado sua relação e atuação junto ao Judiciário e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Além disso, o jogo político para além da ANS, na interlocução com os poderes executivo e legislativo, é intenso e tem sido favorável aos grupos empresariais (Baird, 2020: 187).

Algumas limitações da pesquisa devem ser ressaltadas. Diante da impossibilidade de realizar entrevistas com informantes chave do setor em decorrência da pandemia de COVID-19 e seus desdobramentos, não se pode contar com a narrativa dos entrevistados que, certamente, contribuiria para maior aprofundamento sobre diversas questões abordadas. Outra consequência desta limitação foi a dificuldade para analisar em maior profundidade a atuação dos diferentes atores e o processo político que engendra a regulação assistencial da saúde suplementar, dimensões exploradas em outros estudos, como o de Baird (2020) e o de Faleiros (2018). Vale destacar ainda que o setor privado de prestação de serviços de saúde tem passado por transformações que tensionam o mercado no sentido da desregulamentação, não contempladas neste estudo. Nos últimos anos surgiram modalidades assistenciais que estão à

margem da regulação exercida pela ANS e ofertam produtos que têm se colocado no mercado como alternativas aos planos de saúde. Geralmente, seu público-alvo é o conjunto de pessoas que não puderam manter ou perderam seus planos de saúde coletivos junto com seus empregos, ou aquelas impossibilitadas de contratar planos de saúde individuais ou familiares devido à sua baixa oferta e a valores elevados.

Um exemplo disso são as clínicas populares como o Dr. Consulta, Porto Cuida e Cartão de Todos, que representam uma modalidade de assistência privada à saúde caracterizada pela oferta de atendimentos médicos, procedimentos de baixa complexidade e exames complementares a preços populares e com prazos curtos para agendamento. Além disso, estas empresas oferecem, mediante o pagamento de pequenas mensalidades, descontos em consultas, medicamentos e demais serviços.

As *healthtechs* também têm disputado o mercado da assistência médica privada. Trata-se de *startups* que buscam produzir ferramentas e inovações tecnológicas para as diferentes questões que envolvem o processo de atenção à saúde. No Brasil, algumas delas têm ofertado serviços pré-clínicos, análises preditivas de problemas de saúde, Telemedicina, Teleorientação e atendimentos em saúde mental. Algumas destas empresas prestam serviços para operadoras de planos de saúde. Outras apresentam-se como gestoras ou plataformas de saúde, possuem registro na ANS e destacam como diferencial em relação aos planos tradicionais a ênfase em cuidados preventivos e personalizados de acordo com as necessidades de seus beneficiários. Segundo um dirigente destas empresas em fala na oitava edição do seminário “Saúde do Brasil”, realizado pela Folha de S. Paulo em setembro de 2021, “Mudanças regulatórias e flexibilizações seriam bem-vindas para o desenvolvimento deste segmento” (Folha de São Paulo, 2021). Neste sentido, recomenda-se a realização de estudos que visem à compreensão destes novos arranjos e os possíveis impactos de sua atuação para as coberturas assistenciais e para a qualidade da assistência à saúde prestada. Além disso, o crescimento desses modelos impõe novos desafios às políticas públicas e à regulação do setor privado em saúde no Brasil, que têm implicações para o Sistema Único de Saúde.

A crescente verticalização das redes assistenciais pelas operadoras e hospitais privados, que também passam a ofertar planos de saúde, traz novas questões e desafios para a

operacionalização da regulação assistencial pela ANS, demandando reavaliações do marco regulatório vigente para a promoção do interesse público e equilíbrio do setor. Desta maneira, também se recomenda a realização de estudos que analisem os efeitos da verticalização das operadoras de planos de saúde para a assistência ofertada aos beneficiários.

Diante do anteriormente exposto, percebe-se a necessidade de revisão do marco regulatório da saúde suplementar. Há limitações importantes para a atuação da ANS na regulação assistencial, entre as quais pode-se destacar sua ação microrregulatória. ~~Porém,~~ Deve-se garantir que esta construção ocorra de maneira democrática permitindo aos diferentes atores envolvidos no processo regulatório que apresentem suas perspectivas sobre o modelo de regulação. Contudo, é pouco provável que, na conjuntura político-institucional atual, considerando o momento em que a pesquisa foi encerrada (em novembro de 2021), qualquer proposta de reforma seja capaz de ampliar a proteção aos beneficiários de planos de saúde e de estabelecer uma relação mais positiva com o SUS.

REFERÊNCIAS

ANS. Relatório Descritivo do Grupo de Trabalho de Planos Acessíveis: Relatório de Consolidação das Informações e Contribuições ao Projeto de Plano de Saúde Acessível. Relatório Conjunto SEGER/GABINETE/ANS Nº 01/2017. Rio de Janeiro, 2017.

_____. Agenda regulatória 2016-2018 - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/agenda-regulatoria/agenda-regulatoria-2016-2018-1>.

_____. Relatório Anual de Gestão - Exercício 2018 - Agência Nacional de Saúde Suplementar - Rio de Janeiro, 2019.

_____. Documento técnico para realização da pesquisa de satisfação de beneficiários de planos de saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Desenvolvimento Setorial. Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial. Coordenação de Avaliação e Estímulo à Qualificação e Acreditação de Operadoras. Rio de Janeiro, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1482, de 4 de Agosto de 2016. Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. Brasília. Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. 86p. Brasil, 1995.

_____. Lei 13.848. Dispõe sobre a gestão, a organização, o processo decisório e o controle social das agências reguladoras. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 25 jun. 2019.

_____. Lei 9.961. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 28 jan. 2020.

_____. Programa da Qualidade e Participação na Administração Pública. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado: Brasília: MARE, 1997. 59 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; c. 4)

AMB. União em defesa de um rol de procedimentos amplo de cobertura aos pacientes de planos de saúde - 22/10/2021. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/uniao-em-defesa-de-um-rol-de-procedimentos-amplo-de-cobertura-aos-pacientes-de-planos-de-saude/>

ARAÚJO JOA, Fleury S. (Im)previdência social: 60 anos da história da previdência no Brasil. Petrópolis. Vozes. 1985. 360p.

BAHIA L, SCHEFFER M. Planos e seguros privados de saúde. In: Giovanella L (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ. 2012. p. 427-491.

BAHIA L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós- regulamentação. In: Brasil: radiografia da saúde. 2001. p. 325-361.

BAHIA, L. Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: seguros e planos de saúde no Brasil, 1999. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

BAIRD, M. F. Saúde em Jogo: atores e disputas de poder na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 215 p., 2020.

BERTÃO, N., KOIKE, B. “Rede D’Or e Amil estão em pé de guerra”. Valor Econômico — São Paulo - 25/04/2019 22h43. Disponível no link: <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2019/04/25/rede-dor-e-amil-estao-em-pe-de-guerra.ghtml>

BOSCHI R., LIMA M.R.S. O Executivo e a construção do Estado no Brasil: do desmonte da era Vargas ao novo intervencionismo regulatório. In: Vianna LW, organizador. A democracia e os três poderes no Brasil. Belo Horizonte: Editora UFMG/Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro/Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro; 2003. p. 195-253.

BRAGA I.F. Empresariado e Políticas Públicas de Saúde no Brasil Contemporâneo. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2018.

BRAGA R. A rebeldia do precariado: Trabalho e neoliberalismo no sul global. São Paulo. Boitempo, 2017.

BRAGA, J. C. S. & PAULA, S. G. de. Saúde e Previdência: estudos de política social. - 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2018. 326 p.

BUSE K, MAYS N & WALT G. Making health policy. Londres. McGraw-Hill. 2012

Cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro. 2015. 31(4). p. 663-666.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde. Brasília: s.n., 2003.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução. Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper). Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Brasília-DF, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE & CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Nota sobre a proposta de Emenda Constitucional 241. Brasília, 2016.

CORDEIRO HA. As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro. Edições Graal. 1984.

DONNANGELO, M. C. F. Medicina & Sociedade - 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

FARIAS, L. Lobby suprapartidário. Disponível em: <http://www.diplomatique.org.br/acervo.php?id=3243>. Acesso em: 20 de setembro de 2016.

FILLIPON, J. A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global sobre o Brasil. Saúde em debate. Rio de Janeiro. 2015. 40(107). p. 1127-1137.

FOLHA DE S. PAULO. Seminários Folha. Webinar Saúde do Brasil. 8ª. Ed. Debate online realizado em 20 de setembro de 2021.

GRAMSCI, A. Odeio os indiferentes: Escritos de 1917. 1ª. Edição. São Paulo. Biotempo, 2020.

GRAU, NC. O que tem acontecido com o público nos últimos trinta anos? In: Menicucci, T, Gontijo JGL (org.). Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo: tendências nacionais e internacionais. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2016. p. 201-219.

HIRATUKA C, Rocha MAM, Sarti, F. Mudanças recentes no setor privado de saúde no Brasil: Internacionalização e financeirização. In: Gadelha P, Noronha JC, Dain S, et al. Brasil saúde amanhã: população economia e gestão. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ. 2016. p. 189-220.

INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EM SALUD (ISAGS). Sistema de salud em Colombia. In: Giovanella L, Feo O, Mariana F, Tobar S (org.). Sistemas de salud en Suramérica: desafios para la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro. ISAGS. 2012. p. 349-439.

KERSTENETZKY, CAL. Um novo Welfare State no horizonte? In: Menicucci, T, Gontijo JGL (org.). Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo: tendências nacionais e internacionais. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2016. p. 201-219.

LUZURIAGA, M. J. Privados de la Salud: Las privatizaciones de los sistemas de salud en Argentina, Brasil, Chile y Colombia - 1 ed. 384 p. - São Paulo: Hucitec, 2018.

Malta DC et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, p. 433-444, 2004.

MARTINS, N. M., OCKÉ-REIS, C. O., DRACH, D. C. Financeirização dos Planos de Saúde: o caso das operadoras líderes no Brasil (2007 - 2019). IE-UFRJ DISCUSSION PAPER - Rio de Janeiro, 2021.

MELLO CG. Saúde e assistência médica no Brasil. São Paulo. Cebes-Hucitec. 1977.

MENICUCCI, T. M. G. Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, 320 p.

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª. Ed, São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTEIRO, M. G. As mudanças de direção nas Políticas públicas: atores e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde. In: FLEURY, S. (org.) Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. 336 p.

NUNES, E. O quarto poder: gênese, contexto, perspectivas e controle das agências regulatórias. paper submetido ao II Seminário Internacional sobre Agências Reguladoras de Serviços Públicos. Instituto Hélio Beltrão, Brasília, 25 set. 2001.

OCKÉ-REIS, C. O. SUS: O desafio de ser único. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

OFFE, C. Problemas estruturais do Estado capitalista. Tradução de Bárbara Freitas. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro, 1984.

PÓ, M. V. & ABRUCIO, F. L. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e *accountability* das Agências Reguladoras Brasileiras: semelhanças e diferenças. Revista de Administração Pública, 40(4): 679-698, ago. 2006.

POLANYI K. A grande transformação: As origens da nossa época. Rio de Janeiro. Campus. 1980.

REZENDE, CAP. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal in Bravo, MIS et al. Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro. UERJ, Rede Sirius, 2007.

ROCHA LC. O direito à saúde e o sistema suplementar. São Paulo. Editora Contracorrente. 2018.

SALTMAN RB. Melting public–private boundaries in European health systems. The European Journal of Public Health, v. 13, n. 1, p. 24-29, 2003.

SANTOS FP. A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde suplementar. Tese de doutorado. Unicamp. Campinas. 2006.

SANTOS IS, UGÁ MAD, PORTO SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Ciência & saúde coletiva. 2008. 13(5): 1431-1440.

SANTOS, F. P. dos, MALTA, D. C., MEHRY, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2008, v. 13, n. 5, pp. 1463-1475. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500012>>.

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro.

SCHEFFER, M. & BAHIA, L. Planos e Seguros de Saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: Editora Unesp, 2010.

SESTELO, J. A. F. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6 pp. 2027-2034. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04682018>>.

SILVA, PHC. Organizações Sociais no Estado de São Paulo: um estudo de caso sobre uma parceria público-privada na área da saúde. Dissertação de mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 2012.

THELEN K, STEINMO S. Historical institutionalism in comparative politics. In: Steinmo S, Thelen K & Longstreth F (orgs). *Structuring politics: Historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge. Cambridge University Press. 1992.

TRALDI, MC. Políticas Públicas e Organizações Sociais: O controle social na terceirização dos serviços de saúde. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

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

VALENTE, V., SCHEIBE, R. Saúde suplementar é parte da solução - Folha de S. Paulo - 21/08/2019. FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar). Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde), 2019.

VIANA ALD & ELIAS PEM. Saúde e desenvolvimento. *Ciência & saúde coletiva*. 2007. 12(Sup). 1765-1777.

VIEIRA FS. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota técnica 26. Brasília, 2016.

WERNECK, ML. A viabilidade de um sistema de saúde universal no Brasil. Ensaios e diálogos em saúde coletiva. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). 2015 p .81-86.

APÊNDICE A - Principais propostas de alteração do marco regulatório da saúde suplementar em tramitação no congresso nacional (2000-2018).

Ano	Tipo	Objeto assistencial	Ementa	Autor	Partido	Apensado ao PL 7419/2006
2001	PL 4076	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde" incluindo os procedimentos preventivos no rol dos serviços a serem oferecidos pelas empresas do setor. Explicação: Inclui a cobertura de consultas, exames e demais procedimentos ambulatoriais de caráter preventivo.	Henrique Fontana	PT	Sim
2001	PL 4078	Segmentação assistencial	Altera o art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".	Henrique Fontana	PT	Sim (Apensado ao PL 4076)

			Explicação: Propõe a fusão num mesmo dispositivo, das segmentações ambulatoriais, hospitalares e obstétricas dos planos referência de saúde.			
2002	PL 7267	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Adiciona-se dispositivo à Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e dá outras providências. Explicação: Estabelece a cobertura, pelos planos de saúde, de sessões de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia.	José Carlos Coutinho	PFL/DEM/União Brasil	Sim (Apensado ao PL 4076)
2002	PL 7389	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade de os planos e seguros privados incluírem atendimento psicológico nos planos ou seguros-referência.	Neuton Lima	PFL/DEM/União Brasil	Sim (Apensado ao PL 7267/4076)

2004	PL 2934	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	<p>Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências</p> <p>Explicação: Inclui como benefício do plano de saúde a assistência farmacêutica, a cobertura de internação hospital-dia e internação domiciliar, aluguéis e diárias e a cirurgia plástica reparadora para acidentes pessoais e reconstrução da mama; cria o instituto da mobilidade para garantir ao usuário o direito a mudança de plano; proíbe a cobrança de caução e estabelece requisitos para a elaboração de contratos.</p>	-	-	Sim (Apensado ao PL 4076)
------	---------	--	--	---	---	---------------------------

2004	PL 4164	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a Lei dos Planos de Saúde, para definir amplitude de cobertura para realização de transplantes.	Rafael Guerra	PSDB	Sim (Apensado ao PL 4076)
2006	PL 7128	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera os arts. 10 e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para acrescentar, entre as exigências mínimas dos planos que incluam internação hospitalar, a cobertura de despesas com procedimentos vinculados a transplantes de órgãos.	Senador – Carlos Bezerra	PMDB	Apensado ao PL 4164 de 2004
2007	PL 582	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de	Alice Portugal	PCdoB	Apensado ao PL 2934 de 2004

			mutilação decorrentes de tratamento de câncer.			
2007	PL 756	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os Serviços Privados de Assistência à Saúde e dá outras providências. Explicação: Obrigando as empresas operadoras de planos de saúde a ressarcir as despesas com medicamentos em atendimento ambulatorial.	Solange Almeida	PMDB	Apensado ao PL 4076 de 2001
2007	PL 1308	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Determina a obrigatoriedade de cobertura da cirurgia de vasectomia pelo Sistema Único de Saúde e pelas empresas de planos de saúde.	Waldemir Moka	MDB	Apensado ao PL 313 de 2007
2007	PL 2464	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Determina que o Sistema Único de Saúde - SUS realize, e	Dr. Talmir	PV	Apensado ao PL 313 de 2007

			as operadoras de planos de saúde ofereçam cobertura para cirurgias de reversão da vasectomia.			
2009	PL 5730	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde". Explicação: Determina a inclusão da reprodução assistida dentre os serviços oferecidos pelos planos de saúde.	Geraldo Resende	PMDB	Apensado ao PL 4076 de 2001
2010	PL 7762	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde e dá outras providências. Explicação: Estabelece que a recusa da operadora em realizar procedimentos, exames e internação	Chico Lopes	PCdoB	Apensado ao PL 4076 de 2001

			deverá ser realizada por escrito e de forma justificada; exige que as operadoras ofereçam aos usuários os planos de saúde individuais e coletivos e garante a migração do plano coletivo para o individual nas mesmas condições do anterior.			
2010	PL 8048	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial /Iniciativas de promoção à saúde, prevenção das doenças e qualificação da assistência prestada	Altera o art. 35-F da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para instituir política de assistência à saúde da criança e do adolescente no âmbito do Sistema de Saúde Suplementar.	Senadora Patricia Saboya	PDT	Apensado ao PL 7419 de 2006
2011	PL 394	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de	Marcelo Aguiar	PSC	Apensado ao PL 7762 de 2010

			Assistência à Saúde e dá outras providências". Explicação: Exige dos planos de saúde fundamentação por escrito em caso de recusa de cobertura total ou parcial em procedimentos médicos hospitalares.			
2011	PL 657	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde e dá outras providências". Obriga os planos de saúde a fornecer prótese, órtese e seus acessórios, quando sua utilização for considerada indispensável e comprovadamente necessária ao sucesso da intervenção cirúrgica ou tratamento	Carlos Eduardo Cadoca	PSC	Apensado ao PL 4076 de 2001

			hospitalar decorrente dessa intervenção.			
2011	PL 805	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde". Explicação: Proíbe a exclusão de cobertura a tratamentos relacionados ao diagnóstico de obesidade mórbida.	Manato	PDT	Apensado ao PL 7267 de 2002
2011	PL 1431	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Acrescenta dispositivo à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde". Explicação: Define um limite de prazo para que a operadora analise e responda ao pedido de autorização para realização de procedimento eletivo.	Felipe Bornier	PHS	Apensado ao PL 5024 de 2009
2011	PL 2066	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que	Geraldo Resende	PMDB/MDB	Apensado ao PL 805 de 2011

			dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para tornar obrigatória a cobertura completa pelos planos de saúde de cirurgias para remoção de excesso de pele remanescente de cirurgia bariátrica e de cirurgias de transplante de fígado, coração, pâncreas e rins, e dá outras providências.			
2011	PL 2328	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera o inciso III do art. 1º da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para assegurar a todos os beneficiários de planos de saúde, o direito à cobertura total e integral de todos e quaisquer atendimentos e procedimentos médicos, custos	Reguffe	PDT	Apensado ao PL 4076 de 2011

			assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em todas as modalidades que tratam o inciso I e o § 1º desse artigo.			
2011	PL 2358	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Dispõe sobre a obrigatoriedade de os planos de saúde e seguros privados incluírem a vacinação nos planos ou seguros-referência. Explicação: Altera a Lei nº 9.656, de 1998	Dra. Elaine Abissamra	PSB	Apensado ao PL 4076/2001
2012	PL 3675	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial/Segmentação assistencial/Iniciativas de promoção à saúde, prevenção das doenças e qualificação da assistência prestada	Acrescenta art. 1º-A à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para estabelecer princípios a serem observados na atenção à saúde prestada no âmbito dos planos privados de assistência à saúde (Anexo).	Senador Humberto Costa	PT	Apensado ao PL 7419 de 2006
2012	PL 4077	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Acrescenta o art. 12-A à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos	Giroto	PMDB	Apensado ao PL 394 de 2011

			e seguros privados de assistência à saúde". Explicação: Obriga as operadoras de planos de saúde a apresentarem justificativa detalhada quando negarem cobertura à algum beneficiário.			
2012	PL 4076	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Suprime inciso III do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que institui o plano-referência de assistência à saúde. Explicação: Prevê a cobertura à reprodução humana assistida pelos Planos de Saúde..	Eleuses Paiva	PSD	Apensado ao PL 5730 de 2009
2013	PL 5912	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre os direitos básicos do consumidor de planos e seguros privados de assistência à saúde.	Márcio França	PSB	Apensado ao PL 7419 de 2006

2013	PL 5922	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Obriga o Sistema Único de Saúde e os planos e seguros privados de assistência à saúde a fornecerem tratamento integral e adequado da incontinência urinária.	Dr. Jorge Silva	PDT	Aguarda designação de relator
2013	PL 6062	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei n°. 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde". Explicação: Cobertura obrigatória dos planos de saúde a realização do parto pelo profissional obstetra responsável pelo pré-natal.	Fernando Francischini	PEN	Apensado ao PL 5304 de 2013
2014	PL 7111	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Acrescenta o art. 16-A à Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para explicitar a nulidade de pleno direito de cláusula	Jovair Arantes	PTB	Apensado ao PL 7419/2006

			contratual excludente de cobertura securitária em caso de lesões auto infligidas, decorrentes ou não de tentativa de suicídio.			
2014	PL 7277	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Dispõe sobre obrigatoriedade dos planos e seguros privados de assistência à saúde, a realização de todos os procedimentos obstétricos, e dá outras providências.	Marcos Tebaldi	PSDB	Apensado ao PL 6062 de 2013
2014	PL 7844	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para dispor sobre a indicação de órteses, próteses, materiais especiais aos profissionais médicos ou clínicas, com referências baseadas em evidências, práticas cientificamente	Rogério Carvalho	PT	Apensado ao PL 657 de 2011

			reconhecidas e autorização pela vigilância sanitária.			
2014	PL 7914	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para obrigar o atendimento aos portadores de obesidade mórbida.	Felipe Bornier	PSD	Apensado ao PL 805 de 2011
2015	PL 121	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Suprime inciso III do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que institui o plano referência de assistência à saúde. Explicação: Inclui a inseminação artificial entre os procedimentos cobertos pelos planos de saúde.	Juscelino Rezende Filho	PRP	Apensado ao PL 4726 de 2012
2015	PL 1564	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Explicação: Estabelece que as operadoras de planos privados de assistência	Maria do Rosário	PT	Apensado ao PL 7419/2006

			à saúde ofertem tratamento em clínicas e hospitais psiquiátricos especializados no cuidado e cura de dependências químicas.			
2015	PL 2658	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para impedir a caracterização, como doença preexistente, de doença ou de malformação congênita e tornar obrigatórias a fundamentação e a comunicação, por escrito, da negativa de cobertura.	Senado Federal - Vicentinho Alves	PR	Apensado ao PL 461 de 1998
2016	PL 4924	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência	Erika Kokay	PT	Apensado ao PL 7267 2002

			à saúde". Explicação: Trata da cobertura pelos planos de saúde de órteses e próteses para correção de problemas auditivos e de consultas fonoaudiológicas em número ilimitado.			
2016	PL 4404	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Dispõe sobre a obrigatoriedade e cobertura da vacina contra HPV pelos planos de saúde. Explicação: Altera a Lei nº 9.656, de 1998.	Herculano Passos	PSD	Apensado ao PL 2538/2011
2016	PL 4406	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Obriga o Sistema Único de Saúde a utilizar os critérios para realização de procedimentos adotados para os planos privados de saúde.	Célio Silveira	PSDB	CSSF - Aguardando Designação - Aguardando Devolução de Relator que deixou de ser Membro
2016	PL 4477	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência	Weverton Rocha	PDT	Apensado ao PL 7419/2006

			à saúde", para considerar obrigatória a cobertura de teste sorológico para Zika vírus, e dá outras providências.			
2016	PL 4478	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Sugere à Comissão de Legislação Participativa Projeto de Lei que dispõe sobre a inclusão do tratamento do tabagismo entre as coberturas obrigatórias dos contratos de planos de saúde. Explicação: Altera a Lei nº 9.656, de 1998.	Comissão de Legislação Participativa		Apensado ao PL 7419/2006
2016	PL 4485	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde". Explicação: Inclui cobertura de exames, diagnósticos e tratamentos de epidemias de dengue, chikungunya e zika.	Nilto Tatto	PT	Apensado ao PL 4477 2016

2016	PL 4662	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera as Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Explicação: Assegura às parturientes o direito de serem acompanhadas por doulas.	Angela Albino	PCdoB	Apensado ao PL 5304 de 2013
2016	PL 4748	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Veda aos Planos e Seguros Privados de assistência a saúde a estabelecerem grau mínimo para autorização de cirurgias corretivas de miopia, hipermetropia e astigmatismo.	Vinicius Carvalho	PRB	Apensado ao PL 5024 de 2009
2016	PL 4787	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Acrescenta parágrafo único do art. 186 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Explicação: Considera como dano moral a negativa de cobertura, sem justa causa, por plano de saúde.	Uldurico Junior	PV	Apensado ao PL 394 de 2011

2016	PL 5126	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera as Leis n°. 8.069, de 13 de julho de 1990 e n°. 9.656, de 3 de junho de 1998. Explicação: Trata do direito de acesso aos métodos de diagnóstico e ao tratamento integral no âmbito do Sistema Único de Saúde, e à sorologia nos planos de seguros privados de saúde.	Geraldo Resende	PSDB	Apensado ao PL 4477 de 2016
2016	PL 6033	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Explicação: Estabelece que o rol de procedimentos e eventos em saúde será atualizado anualmente.	Comissão de Legislação Participativa		Apensado ao PL 7419/2006
2017	PL 7175	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os	Veneziano Vital do Rêgo	PMDB/MDB	Apensado ao PL 2901/2008

			<p>planos e seguros privados de assistência à saúde", para garantir que as mulheres que estejam até na 18ª. semana de gestação que contratem planos de saúde hospitalares com cobertura obstétrica tenham direito a atendimento integral, inclusive à realização de cirurgias, em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional em situações de urgência. Explicação: Alteração, Lei dos Planos de Saúde, garantia, mulher, gestante, contratação, plano de saúde hospitalar, integralidade, assistência médico-hospitalar.</p>			
--	--	--	---	--	--	--

2017	PL 7720	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera as Leis nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e n. 9.797, de 6 de maio de 1999. Explicação: Trata de cirurgia plástica reparadora de mama.	Laura Carneiro	MDB	MESA - Remessa ao Senado Federal por meio do Of. nº 44/2019/PS-GSE.
2017	PL 7865	Segmentação assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatória a cobertura, pelo plano referência e pela segmentação que inclua internação hospitalar, da assistência em regime de hospital-dia e da internação domiciliar.	Alfredo Nascimento	PR	Apensado ao PL 2934/2004
2017	PL 8264	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera os artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde". Explicação: Trata da cobertura pelos planos de saúde dos serviços de	Chico Lopes	PC do B	Apensado ao PL 2934/2004

			cuidados de saúde domiciliares.			
2017	PL 8591	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde autorizem procedimentos ou serviços, ainda que não previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde, se houver solicitação justificada, por relatório circunstanciado, do profissional de saúde assistente.	Jorge Côrte Real	PTB	Apensado ao PL 2328/2011
2017	PL 8900	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	"Altera a Lei nº. 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para prever a cobertura de internação domiciliar na	Francisco Floriano	DEM	Apensado ao PL 2934/2004

			modalidade home care".			
2018	PL 9657	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera as Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 9.656, de 3 de junho de 1998, para garantir direito à realização de cirurgia plástica reparadora, com ou sem uso de dispositivos médicos implantáveis.	Laura Carneiro	PMDB	CSSF - Parecer do Relator, Dep. Luiz Lima (PSL-RJ), pela aprovação.
2018	PL 9701	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o tratamento da obesidade no âmbito dos planos privados de assistência à saúde.	Laura Carneiro	Sem partido	Apensado ao PL 805/2011
2018	PL 9713	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização de exames para detecção de síndromes cromossômicas em recém-nascido no âmbito do SUS e altera a Lei nº 9.656, de 03 de julho de 1998, para	Odorico Monteiro	PSB	Apensado ao PL 4237/2015

			dispor sobre a realização de exames de verificação de síndromes cromossômicas em recém-nascidos.			
2018	PL 9720	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Acrescenta o artigo 10-C à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, para incluir no rol de procedimentos de cobertura obrigatória a internação domiciliar - home care.	Célio Silveira	PSDB	Apensado ao PL 2934/2004
2018	PL 10609	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a cobertura dos custos dos exames de saúde necessários para a concessão e a renovação da Carteira Nacional de Habilitação.	Adail Carneiro	PODE	Apensado ao PL 5963/2013

2018	PL 10722	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde". Explicação: Estabelece que a incorporação dos medicamentos antineoplásicos de uso oral no rol de cobertura dos planos de saúde será efetivada automaticamente após registro do medicamento junto a Anvisa.	Carmen Zanotto	PPS	Apensado ao PL 6330/2019
2018	PL 10960	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera o Artigo 12 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, com a inclusão do inciso VIII que trata da cobertura de consultas, orientação, atendimento e acompanhamento por profissional de Educação Física e Nutrição devidamente	Felipe Carreras	PSB	Apensado ao PL 7267/2002

			credenciado, e dá outras providências.			
2018	PL 11086	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para obrigar as operadoras de planos de saúde, respeitada a segmentação contratada, a custear as despesas dos beneficiários com profissionais de educação física, conforme indicação de médico assistente.	Marx Beltrão	PSD	Apensado ao PL 10960/2018
2019	PL 283	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Acrescenta dispositivos à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para determinar a nulidade de pleno direito de cláusula contratual excludente de cobertura securitária em caso de lesões auto infligidas, decorrentes	Rubens Otoni		Apensado ao PL 7111/2014

			ou não de tentativa de suicídio.			
2019	PL 1073	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera as Leis nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), e nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 (Lei de Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS), para dispor sobre a ampliação da cobertura assistencial ao recém-nascido.	José Medeiros	PODE	Apensado ao PL 5143/2009
2019	PL 1080	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para obrigar as operadoras de planos de saúde, respeitada a segmentação contratada, a custear a realização de todos procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora para a retirada de excesso de pele em pacientes submetidos a gastroplastia,	Celso Sabino	PSDB	Apensado ao PL 2066/2011

			conforme indicação de médico assistente.			
2019	PL 2003	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Dispõe sobre os atendimentos multidisciplinares ilimitados pelos planos de saúde de pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo. Explicação: Altera a Lei nº 9.656 de 1998.	Juninho do Pneu	DEM	Apensado ao PL 1874/2015
2019	PL 3014	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar a obrigatoriedade da cobertura de atendimento domiciliar, independentemente de previsão contratual, quando houver indicação do médico assistente.	Lídice da Mata	PSB	Apensado ao PL 2934/2004
2019	PL 3311	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, e a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para assegurar a transferência de	Lauriete	PL	CMULHER - Aguardando Parecer

			gestantes com necessidade de atendimento de urgência ou em trabalho de parto em caso de falta de vagas em hospital ou maternidade.			
2019	PL 4460	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990, "que dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências", para configurar como prática abusiva a recusa indevida de cobertura por operadora de plano de saúde e assegurar o direito a reparação por danos morais ao consumidor lesado por essa prática.	Lincoln Portela	PL	Apensado ao PL 7419 de 2006
2019	PL 4941	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência	Valdevan Noventa	PSC	Apensado ao PL 8264 de 2017

			à saúde, para tornar obrigatório o fornecimento de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas especificadas em regulamento.			
2019	PL 5346	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Incluir enquanto exigência mínima na segmentação ambulatorial a cobertura de tratamentos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes.	Olival Marques	DEM	Apensado ao PL 8264/2017
2019	PL 5881	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para incluir, na cobertura de atendimento ambulatorial, os	Weliton Prado	PROS	Apensado ao PL 7267/2002

			exames complementares solicitados por nutricionistas, quando necessários ao acompanhamento dietoterápico.			
2019	PL 6142	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade de os planos e seguros privados incluírem a vacinação nos planos ou seguros-referência.	Coronel Tadeu	PSL	Apensado ao PL 2538 de 2011
2019	PL 6330	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), para ampliar o acesso a tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral pelos usuários de planos de assistência à saúde.	Senado Federal - Reguffe	PODEMOS	MESA - Às Comissões de Seguridade Social e Família e Constituição e Justiça e de Cidadania (Art. 54 RICD). Apense-se a este a(o)PL-10722/2018. Proposição Sujeita à Apreciação do

						Plenário. Regime de Tramitação: Prioridade (Art. 151, II, RICD)
2019	PL 6530	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Obriga as operadoras de planos de saúde a custear a realização de todos os procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora submetidos a gastroplastia.	Juninho do Pneu	DEM	Apensado ao PL 2066/2011
2020	PL 315	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Altera as Leis nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e 9.797, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a cirurgia plástica reconstrutiva da mama em casos de mutilação total ou parcial.	Marcelo Calero	CIDADANIA	Apensado ao PL 582/2007
2020	PL 955	Rol de procedimentos e eventos em saúde e Cobertura Assistencial	Dispõe sobre a cobertura obrigatória dos planos de saúde quando o paciente se enquadrar em doenças que são declaradas pandêmicas pela	Wladimir Garotinho	PSD	Apensado ao PL 4076/2001

			Organização Mundial da Saúde, independente do seu grau de mortalidade. Explicação: Altera a Lei nº 9.656, de 1998			
--	--	--	---	--	--	--