UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

MARCELLO FRAGANO BAIRD

Redes de influência, burocracia, política e negócios na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

São Paulo
2017

MARCELLO FRAGANO BAIRD

Redes de influência, burocracia, política e negócios na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política do Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciência Política

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Cesar Marques Leão

São Paulo

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

B163r

Baird, Marcello Fragano
Redes de influência, burocracia, política e negócios na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) / Marcello Fragano Baird ; orientador Eduardo Cesar Leão Marques. - São Paulo, 2017.
260 f.

Tese (Doutorado)- Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Departamento de Ciência Política. Área de concentração: Ciência Política.

1. Influência. 2. Política. 3. Burocracia. 4. Agências Reguladoras. 5. Saúde Suplementar. I. Marques, Eduardo Cesar Leão , orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

BAIRD, Marcello Fragano. **Redes de influência, burocracia, política e negócios na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política do Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciência Política

Área de Concentração: Instituições

Aprovado em: ___/___/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr._____

Instituição: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr._____

Instituição: _____Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, por me darem mais do que eu jamais poderia pedir

AGRADECIMENTOS

Escrever uma tese de doutorado é um processo fundamentalmente solitário (exceção feita à pastora Luna, que esteve deitada aos meus pés durante toda a escrita). No entanto, toda a pesquisa e o aprendizado que dão base à tese, bem como todos os momentos e experiências importantes ao longo dos quatro anos de doutorado, dependem de um sem-número de pessoas e instituições, às quais agradeço profundamente.

De início, agradeço à Capes e ao Departamento de Ciência Política (DCP) da Universidade de São Paulo (USP) pelo apoio institucional e financeiro. A Capes não apenas me concedeu uma bolsa desde que deixei o trabalho para me dedicar exclusivamente à pesquisa, como financiou meu período como pesquisador visitante na Universidade de Columbia, em Nova York. O DCP não apenas foi solícito em todas as minhas demandas, como financiou um curso de métodos, participações em congressos e a pesquisa de campo no Rio de Janeiro. Como esses recursos (e de toda minha formação) são exclusivamente públicos, devo agradecer, em última instância, à população brasileira. Espero poder retribuir à altura um dia.

Para a realização dessa empreitada, contei com os mais diversos apoios acadêmicos, que vão desde dicas pontuais sobre o tema, intermediação de contatos, ajuda com o método, que era totalmente novo para mim, até a orientação propriamente dita. Assim, registro meu agradecimento àqueles que, de uma forma ou de outro, auxiliaram nessa caminhada: Louise Nazareno, Renata Bichir, Byungkyu Lee, Marcos Pó, Gabriela Lotta e Gisela Zaremberg.

De forma particular, agradeço ao Eduardo Marques, que topou me orientar em um tema que não estava muito ligado ao seu foco de trabalho e sem que eu tivesse clareza de para onde queria seguir. Com ampla liberdade, fui descobrindo esse caminho e, quando precisei, pude contar com a generosa abertura, a prontidão, o direcionamento certeiro e as valiosas contribuições do Edu. Um agradecimento especial também ao Fernando Abrucio, professor inspirador que há mais tempo acompanha minha trajetória e que, mesmo estando em outra instituição e sendo extremamente ocupado, sempre acha um jeito de me apoiar e incentivar. Por fim, ao professor Rogério Arantes, de quem me aproximei ao longo do doutorado, agradeço a oportunidade de ser monitor de sua

disciplina, na qual muito aprendi, e o acompanhamento do meu trabalho desde a qualificação.

Para a realização do trabalho de campo, pude contar, mais uma vez, com a calorosa recepção do Arthur, velho amigo dos tempos de PUC. Da mesma forma, a Daniela foi muito gentil de, em tempos de crise, alugar seu apartamento em pleno Bairro Peixoto a preços módicos. Meu muito obrigado aos dois.

A valiosa experiência na Universidade de Columbia não teria sido possível ou tão rica sem o apoio e a companhia de diversas pessoas: Gustavo Azenha, que me abriu as portas do Instituto de Estudos Latino-Americanos (ILAS), Vicky Murillo, que aceitou ser minha co-orientadora nesse período, Cleber Pellizzon, Ana Carolina e Felippe, que, generosos, me hospedaram na minha chegada a Nova York e sempre foram excelentes companhias, e Miqueli e Amilcar, que se tornaram bons amigos nessa jornada.

Ainda relacionado à minha pesquisa, tenho enorme dívida de gratidão com as dezenas de pessoas que trabalham e se dedicam, de alguma forma, à saúde suplementar no Brasil e se dispuseram a compartilhar comigo seu conhecimento e sua experiência. Em alguns casos, foram repetidos contatos de minha parte, os quais sempre foram atendidos com enorme paciência e atenção. Ao entrevistá-las, tive a oportunidade de aprender muito sobre o setor, sobre a ANS e, principalmente, sobre política. Espero que se sintam minimamente refletidas nas páginas que se seguem.

Desde o mestrado, venho buscando equilibrar a vida acadêmica com outras atividades. Durante mais da metade do doutorado, tive o privilégio de participar da mais do que necessária militância por uma segurança pública mais humana e efetiva. Nesse período, aprendi muito não apenas sobre o tema, mas sobre o funcionamento de nossas instituições políticas. Meu agradecimento especial, portanto, aos amigos do Instituto Sou da Paz, Bruno, Natália, Carol, Melina e demais, com quem compartilhei essa experiência transformadora.

Aprofundei nesse período também minha experiência docente, que cada dia me gratifica mais. É uma verdadeira honra poder compartilhar conhecimentos e aprender com tantos alunos brilhantes e dedicados. Agradeço, assim, aos coordenadores, professores e alunos da graduação da FMU, da pós-graduação da Escola do Parlamento da Câmara Municipal de São Paulo, do MBA da FGV e, mais recentemente, da graduação da ESPM.

As amizades e a família sempre são o maior suporte de qualquer grande empreitada. O apoio e incentivo constantes e a compreensão pelas ausências seguidas deram-me a tranquilidade necessária para percorrer esse caminho até o fim. Agradeço ao João Paulo Paixão pelas ótimas conversas, risadas e discussões, acadêmicas ou não. Aos amigos dos tempos da graduação da PUC, que continuam sempre presentes: Serginho Semerdjian, Tati Oliveira, Luccas Bucione e demais. Aos amigos do tênis, Agnes Sapiras e Guilherme Maia. Aos amigos da USP, Ivan Fernandes e Lucas Petroni. Ao Luiz Toledo, grande amigo há quase uma década já: da Prefeitura às pedaladas na Paulista.

À Janaína, pelo amor vivido. Você brincava de assistente de pesquisa, mas em realidade foi uma verdadeira orientadora sobre como navegar calmamente nas águas agitadas do doutorado. Ao nonno, que vestiria seu melhor terno para assistir à defesa da tese. Você infelizmente só pôde acompanhar metade desse doutorado, mas teve papel relevante em toda minha trajetória acadêmica, pois incutiu em mim, mais do que qualquer outra pessoa, a importância dos estudos. À nonna, pelo carinho de sempre.

À Priscila, cuja vida acompanhei desde o primeiro momento e agora já caminha para a universidade. Que o exemplo do estudo possa lhe servir de inspiração. Ao meu irmão Julio, melhor e maior amigo, pelo caminho compartilhado e por tudo que ainda dividiremos.

Aos meus pais, Marina e Mauro, que ao longo de toda a vida me apoiaram incondicionalmente, vibrando com minhas conquistas, me acolhendo nos momentos mais difíceis e sempre me incentivando. Para a realização da tese, desdobraram-se ainda mais para que eu tivesse todas as condições de realizar um bom trabalho. Todo o meu amor a vocês hoje e sempre.

Mar Português

Valeu a pena? Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.
Quem quer passar além do Bojador
Tem que passar além da dor.
Deus ao mar o perigo e o abismo deu,
Mas nele é que espelhou o céu.

Fernando Pessoa

Tabacaria

Não SOU nada.
Nunca serei nada.
Não posso querer ser nada.
À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.

Fernando Pessoa

Mãos dadas

Não serei o poeta de um mundo caduco.
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros.
Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças.
Entre eles, considero a enorme realidade.
O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

BAIRD, Marcello Fragano (2017). **Redes de influência, burocracia, política e negócios na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).** Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

Esta tese analisa a política na regulação da saúde suplementar, conduzida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). De modo específico, investigamos como as disputas de poder no setor entre sanitaristas e liberais foram transpostas para o interior da agência a partir das nomeações políticas para os cargos de direção e como isso influenciou a regulação empreendida pela ANS desde 2000, data de sua criação. Para a caracterização dos grupos políticos nas distintas gestões da agência, montamos redes de conexões entre políticos e diretores da ANS, observamos o papel das operadoras de planos de saúde no financiamento de campanhas e no apoio a dirigentes da agência e examinamos o perfil dos diretores indicados. Com vistas a identificar os resultados regulatórios, analisamos as decisões-chave tomadas pela agência e o padrão de votos de seus diretores. A pesquisa amparou-se fortemente em análise documental e em inúmeras entrevistas aprofundadas com atores-chave do mercado, da ANS, da política e da sociedade civil. Para o descortino das coalizões de sustentação política dos diretores indicados, utilizamos análise de redes. O estudo revelou que, após anos de domínio sanitarista na ANS, grupos de perfil mais liberal começaram a ganhar espaço na agência, refletindo as transformações mais gerais na coalizão de apoio ao governo federal. No entanto, as alterações na composição da diretoria colegiada da ANS não parecem ter se traduzido, até o momento, em mudanças no direcionamento mais geral da agência, no sentido de se aprovar regulações mais flexíveis que beneficiem o empresariado em detrimento do consumidor. Para compreender esse fenômeno, é preciso ir além do jogo político da ANS e considerar o papel de fatores institucionais e setoriais. Dentre eles, destacamos a burocracia sanitarista da ANS, que funciona como freio a possíveis medidas liberalizantes dos dirigentes, o arcabouço regulatório que limita o poder da agência no tocante a ações de interesse do setor regulado e a própria heterogeneidade do mercado, que dificulta a formação de consenso entre os grupos empresariais.

Palavras-chave: Influência; Política; Burocracia; Grupos de Interesse; Regulação; Saúde Suplementar; Agências Reguladoras; ANS.

ABSTRACT

BAIRD, Marcello Fragano (2017). **Influence networks, bureaucracy, politics and business at the National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans (ANS).** Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

This thesis analyses the politics on health insurance regulations, which is conducted by the National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans (ANS). More specifically, it investigates how the power struggles between *sanitarists* and liberals were transferred to the agency by means of political appointments made to top positions and how this influenced ANS' regulation as of 2000, when the agency was created. In order to characterize the political groups throughout the administrations of ANS, we built connection networks between politics and ANS' directors, observed the role of the health plan's companies in financing campaigns and in supporting directors and examined the appointees' profiles. Aiming at identifying the regulatory results, we analyzed the main decisions enacted by the agency and the directors' votes pattern. The research was strongly based on document analyses and on several in-depth interviews with the key players in business, inside ANS, in politics and in civil society. In order to understand the political coalitions that support the appointees, we used network analyses. The study has revealed that, after years of sanitarist rule, liberal groups have started to seize more power at the agency, reflecting the more general transformations in the federal government's coalition. Nevertheless, the changes in the compositions of ANS' board of director do not seem to have caused, so far, a liberal shift, with flexible policies that would benefit business in detriment of consumers. To understand this phenomenon, it is necessary to go beyond the political game at ANS and consider the role of institutional and policy domain's variables. Among them, we highlight the sanitarist bureaucracy at ANS, which works as a check to more liberal policies, the legal framework that limits the agency's mandate, especially regarding business' interests, and the heterogeneity of the health plan's industry, which hampers consensus among business groups.

Keywords: Influence; Politics; Bureaucracy; Interest Groups; Regulation; Health Plans; Regulatory Agencies; ANS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

Quadro 1 Quantidade de entrevistados por categoria.....24

Quadro 2 Desenho institucional e autonomia das agências.....40

Quadro 3 Receitas e despesas das operadoras médico-hospitalares, por tipo (Brasil – 2006-2016).....105

Quadro 4 Receitas e despesas, por tipo, segundo modalidade da operadora (Brasil – 2015).....106

Quadro 5 Dez maiores operadoras em receitas de contraprestações (Brasil – 2015).....145

Quadro 6 Dez maiores operadoras em número de beneficiários (Brasil – 2015)..145

Quadro 7 Número de empresas de planos de saúde e recursos doados nas eleições de 2002 a 2014, Brasil, 2015.....149

Quadro 8 Destinação de recursos doados por empresas de planos de saúde, segundo partido político, Brasil, 2014.....150

Quadro 9 Empresas de planos de saúde doadoras nas eleições de 2014, segundo valores doados, Brasil, 2015.....151

Quadro 10 Sete nós com maior grau por período.....159

Quadro 11 Sete nós com maior *betweenness* por período.....159

Quadro 12 Empresas selecionadas e seus respectivos graus no período 2013-2015.....163

Quadro 13 Empresas selecionadas e suas respectivos *betweenness* no período 2013-2015.....163

Quadro 14 Perfil diretoria colegiada ANS - 2000-2003.....173

Quadro 15 Perfil diretoria colegiada ANS - 2004-2006.....180

Quadro 16 Perfil diretoria colegiada ANS - 2007-2009.....183

Quadro 17 Perfil diretoria colegiada ANS - 2010-2012.....192

Quadro 18 Perfil diretoria colegiada ANS - 2013-2014.....207

Quadro 19 Perfil diretoria colegiada ANS - 2015-2017.....215

TABELAS

Tabela 1 Número de nós e vínculos.....28

Tabela 2 Duas operadoras com maior volume de doação nas eleições de 2014, por cargo federal disputado.....153

Tabela 3 Proporção de doações recebidas pelos principais partidos, das duas operadoras com maior volume de doação nas eleições de 2014, por cargo federal disputado.....154

Tabela 4 Proporção de nós por categoria.....166

Tabela 5 Proporção de vínculos com empresários na rede egocentrada do diretor da Diope.....219

Tabela 6 Padrão de votos nas Resoluções Normativas com impacto regulatório 221

Tabela 7 Dados sobre funcionários da ANS nas redes da elite do setor.....224

Tabela 8 Densidade da diretoria colegiada da ANS por período.....232

Tabela 9 Vínculos de funcionários da ANS com empresariado por diretoria e por período.....235

Tabela 10 Migração entre os setores público e privado por diretoria e por período.....236

GRÁFICOS

Gráfico 1 Beneficiários de planos privados de assistência à saúde no Brasil (2000-2016).....99

Gráfico 2 Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil – 2000-2016).....101

Gráfico 3 Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil – junho/2016).....101

Gráfico 4 Taxas de cobertura dos planos privados de assistência médica por unidades da federação (Brasil – junho/2016).....102

Gráfico 5 Evolução do registro de operadoras (Brasil – dezembro/1999-junho/2016).....103

Gráfico 6 Distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica por operadoras (Brasil – junho/2016).....104

Gráfico 7 Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil – março/2001 – março/2016).....107

Gráfico 8 Beneficiários de planos de assistência médica por época de contratação do plano (Brasil – junho/2016).....109

Gráfico 9 Resolutividade NIP (Brasil – 2009-2016).....116

Gráfico 10 Valor anual repassado ao Fundo Nacional de Saúde.....120

Gráfico 11 Valor total de atendimentos cobrados por ano.....197

Gráfico 12 Valores repassados ao Fundo Nacional de Saúde.....130

FIGURAS

Figura 1 Rede entre diretoria colegiada da ANS, políticos e ministro da Saúde – 2000-2003.....171

Figura 2 Rede entre diretoria colegiada da ANS e setor regulado – 2000-2003..174

Figura 3 Rede entre diretoria colegiada da ANS, políticos e ministro da Saúde – 2004-2006.....178

Figura 4 Rede entre diretoria colegiada da ANS, políticos e ministro da Saúde – 2007-2009.....182

Figura 5 Rede entre diretoria colegiada da ANS e setor regulado – 2004-2006 184

Figura 6 Rede entre diretoria colegiada da ANS e setor regulado – 2007-2009 184

Figura 7 Rede entre diretoria colegiada da ANS, políticos e ministro da Saúde – 2010-2012.....190

Figura 8 Rede entre diretoria colegiada da ANS e setor regulado – 2010-2012..194

Figura 9 Rede entre diretoria colegiada da ANS, políticos e ministro da Saúde – 2013-2014.....206

Figura 10 Rede entre diretoria colegiada da ANS e setor regulado – 2013-2014..209

Figura 11 Rede entre diretoria colegiada da ANS, políticos e ministro da Saúde – 2015-2017.....212

Figura 12 Rede entre diretoria colegiada da ANS e setor regulado – 2015-2017..218

LISTA DE SIGLAS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASPE	Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios das Empresas
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADUSEPS	Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMB	Associação Médica Brasileira
ANA	Agência Nacional de Águas
ANAB	Associação Nacional das Administradoras de Benefícios
ANAC	Agência Nacional de Aviação Civil
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANCINE	Agência Nacional do Cinema
ANEEL	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANTAQ	Agência Nacional de Transportes Aquaviários
ANTT	Agência Nacional de Transportes Terrestres
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimento Ambulatorial
ASSETANS	Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da ANS
CADE	Conselho Administrativo de Defesa Econômica
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CASSI	Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco do Brasil
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Código Internacional de Doenças
CIEFAS	Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde
CMB	Confederação Médica Brasileira
CMB	Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CONAMGE	Conselho Nacional de Autorregulamentação das Empresas de Medicina de Grupo
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CONSU	Conselho Nacional de Saúde Suplementar

CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CRE	Conselho de Reforma do Estado
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CSS	Câmara de Saúde Suplementar
DAPP	Diretoria de Análise de Políticas Públicas
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DEM	Democratas
DESAS	Departamento de Saúde Suplementar
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIFIS	Diretoria de Fiscalização
DIGES	Diretoria de Gestão
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FCC	Federal Communications Commission
FENAESS	Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
FENASAÚDE	Federação Nacional de Saúde Suplementar
FENASEG	Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
FGV	Fundação Getulio Vargas
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPI	Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IAPM	Institutos de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Interstate Commerce Commission
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
IN	Instrução Normativa
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRC	Independent Regulatory Commissions
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MP	Medida Provisória
NIP	Notificação de Intermediação Preliminar
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMB	Office of Management and Budget
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PIS	Programa de Integração Social
PLS	Projeto de Lei do Senado
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PFL	Partido da Frente Liberal
PIAC	Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PV	Partido Verde
QUALISS	Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RN	Resolução Normativa
RO	Resolução Operacionais
SEAE	Secretaria de Acompanhamento Econômico
SENACON	Secretaria Nacional do Consumidor
SINAMGE	Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo
SINDHOSP	Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo
SINOG	Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TCU	Tribunal de Contas da União
TJ	Tribunal de Justiça
TSE	Tribunal Superior Eleitoral
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
USP	Universidade São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Introdução.....19

Aspectos metodológicos e métodos empregados.....22

Capítulo 1 Agências reguladoras, política, burocracia e interesses.....32

1.1 Gênese e características das agências reguladoras.....32
1.2 Teorias da regulação.....41
1.3 Elementos para uma análise da configuração político-institucional-setorial.....49

Capítulo 2 Configuração histórica e regulamentação do setor.....61

2.1 Formação e desenvolvimento do setor.....62
2.2 O setor regulado e seus formatos institucionais.....70
2.2.1 Autogestões.....70
2.2.2 Medicina de grupo.....72
2.2.3 Cooperativas médicas.....73
2.2.4 Seguradoras.....74
2.2.5 Filantrópicas e administradoras de benefícios.....76
2.2.6 Entidades representativas.....77
2.3 O contexto da regulamentação do setor.....78
2.3.1 A Lei dos Planos de Saúde.....87
2.4 Constituição e desenho institucional da ANS.....92

Capítulo 3 Características do setor, eventos significativos e principais questões regulatórias.....98

3.1 Características do setor.....98
3.2 Eventos no setor.....107
3.2.1 A contestação da lei no Judiciário.....108
3.2.2 A CPI dos Planos de Saúde.....109
3.3 Questões regulatórias.....112
3.3.1 Regulação econômica.....113
3.3.2 Fiscalização.....114
3.3.3 Ressarcimento ao SUS.....117
3.3.4 Regulação assistencial.....121
3.3.5 Planos coletivos x planos individuais.....124
3.3.6 Microrregulação.....129
3.3.7 Instabilidade, conflituosidade e impasses no setor.....133
3.3.8 Considerações finais.....141

Capítulo 4 Os grandes players do setor.....144

4.1 As maiores empresas do mercado.....144
4.2 O financiamento de campanha na saúde suplementar.....148
4.3 A posição dos grandes *players* nas redes de conexão do setor.....157

Capítulo 5 Redes de influência e jogo político na primeira década da ANS: predomínio sanitarista.....168

5.1 Período 2000-2003: estruturação da ANS.....170
5.2 Períodos 2004-2006 e 2007-2009: as gestões sanitaristas do PT.....177

Capítulo 6 Redes de influência e jogo político na segunda década da ANS: fortalecimento liberal.....189
6.1 Período 2010-2012: inflexão liberal?.....189
6.2 Período 2013-2014: uma gestão de transição.....206
6.3 Período 2015-2017: reequilíbrio no embate político?.....211

Capítulo 7 Fatores políticos, institucionais e setoriais determinantes da influência na ANS e da configuração da regulação na saúde suplementar.....220

7.1 Obstáculos a uma inflexão liberal.....222
7.2 O caráter consensual da ANS.....230
7.3 Executivo, Legislativo, Judiciário, fortalecimento empresarial e influência.....234

Conclusões.....241

Referências Bibliográficas.....245

Introdução

A saúde suplementar brasileira apresenta enormes dimensões, cobrindo aproximadamente um quarto da população e gerando mais de uma centena de bilhões de reais de faturamento por ano. Esses números alçam o Brasil à condição de segundo maior mercado de planos de saúde do mundo. Concomitantemente, o Brasil construiu, nas últimas décadas, o maior sistema público de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por atender os outros três quartos da população.

Tendo em vista as dimensões da saúde suplementar, inclusive com a liderança de poderosas empresas, como Amil, Bradesco Saúde e Qualicorp, e a coexistência com um sistema público repleto de carências, o setor é permeado por conflitos extremamente agudos, o que inclusive motivou a escolha da área para a pesquisa. Há disputas sobre o financiamento da saúde suplementar num quadro de subfinanciamento do SUS, sobre a crescente concentração desse mercado, sobre os altos preços praticados e o controle de reajustes, sobre a fiscalização dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde e, de maneira mais geral, sobre a extensão da proteção aos consumidores.

Nesse cenário, dois grupos distintos travam uma disputa política no âmbito da saúde suplementar com vistas a influenciar as decisões na área. De um lado, há indivíduos de perfil mais liberal e favoráveis à expansão do setor privado, bem como as operadoras de planos de saúde, que atuam em defesa de seus interesses. Por outro lado, há grupos sanitaristas, ligados à construção do SUS no país e defensores do fortalecimento da saúde pública, e entidades de defesa dos consumidores, que propugnam uma regulação mais rígida e abrangente. O principal lócus de embate dessas forças é a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão federal responsável por regular o setor, criado em 2000.

O objetivo deste trabalho é analisar a política do setor de saúde suplementar, com foco na disputa de poder no âmbito da ANS. Para cumprir essa tarefa, realizamos uma análise do jogo político na ANS entre 2000 e 2017, caracterizando o embate de forças políticas dentro da agência a partir das nomeações políticas aos cargos de direção. Ao mapear as redes de relações e a trajetória dos diretores, identificamos os distintos grupos políticos com suas agendas próprias que atuaram na agência nas seis gestões ao longo de sua história.

Paralelamente, examinamos as decisões-chave tomadas pela ANS, de forma a observar os direcionamentos regulatórios mais gerais produzidos em cada gestão. Ao cotejar a coalizão dominante com as regulações editadas pela agência, pudemos verificar o exercício da influência na ANS e, no limite, quais projetos políticos foram implementados com maior êxito. Ao adotar essa abordagem de cunho estrutural, buscamos compor o quadro mais completo possível para se compreender o jogo político e o funcionamento da ANS. De forma particular, esperamos contribuir com os ainda escassos estudos sobre influência no Brasil.

Para explicar a contento os resultados encontrados atinentes à influência e à dinâmica interna da ANS, constatamos a necessidade de ir além do jogo político, agregando elementos relativos às instituições, bem como ao setor e ao objeto da regulação. Isso significou levar em conta, dentre outros pontos, o papel da burocracia da ANS, o arcabouço regulatório do setor e o próprio formato organizacional das empresas que atuam nesse mercado. Nesse sentido, a pergunta que orienta a presente pesquisa diz respeito à maneira como fatores institucionais, políticos e setoriais explicam a influência no âmbito da ANS e a configuração mais geral da saúde suplementar no Brasil.

Embora se trate de um estudo de caso, o descortino do papel desses fatores na conformação da ANS pode lançar luz sobre as dinâmicas internas e o funcionamento mais geral não apenas das agências reguladoras, mas do Estado brasileiro como um todo. De forma particular, esperamos aportar subsídios sobre a relação entre burocracia e sistema político no contexto do presidencialismo de coalizão brasileiro.

Nosso trabalho também busca preencher a lacuna existente nos estudos tanto sobre a saúde suplementar como sobre as agências reguladoras. Em que pese a pujança da saúde suplementar, setor com larga trajetória no país, as atenções da sociedade em geral, e da academia em particular, estão voltadas, na maior parte do tempo, para o sistema público de saúde. No tocante às agências, embora tenha havido uma proliferação de estudos sobre sua criação e autonomia, há poucos estudos empíricos sobre como de fato opera a política nessas burocracias.

Esta tese está estruturada em sete capítulos. Nesta introdução descrevemos os objetivos do trabalho e expomos, na sequência, alguns aspectos metodológicos da pesquisa, bem como os métodos empregados para a coleta de dados. No primeiro capítulo, discorremos sobre o surgimento e as características das agências reguladoras, com

destaque para o caso brasileiro, e tratamos das principais teorias que buscaram dar conta do fenômeno regulatório. Ao final, buscamos enunciar suas limitações e avanços e apontar novos elementos que consideramos relevantes para uma análise mais completa da política regulatória, incluindo o exercício da influência.

No segundo capítulo contextualizamos o setor a partir de uma incursão em sua história, observando seu surgimento, descrevendo os diversos tipos de empresas que atuam nesse mercado e analisando sua regulamentação em período mais recente. Na seção final, tratamos do surgimento e desenho institucional da ANS. No capítulo seguinte, prosseguimos com a análise do setor, examinando as características centrais desse mercado atualmente, relatando os eventos marcantes e esmiuçando as principais questões regulatórias que caracterizam e dividem os grupos que atuam na área.

O capítulo quatro visa esquadrinhar os grandes *players* do setor, que se destacam em termos de faturamento, financiamento de campanhas e centralidade em redes de relações. Uma vez feita essa análise, estaremos em melhores condições para compreender quais atores têm capacidade efetiva de influenciar o jogo político na ANS, assunto dos dois capítulos seguintes.

Nos capítulos cinco e seis, exploramos o jogo político na ANS desde seu nascedouro em 2000 até 2017. Recortando por gestão dos diversos diretores-presidentes da agência, examinamos, por meio de análise de redes e entrevistas, as redes de relações entre políticos, dirigentes da ANS e empresários, com vistas a caracterizar a conformação dos embates políticos inseridos na agência. Concomitantemente, analisamos os resultados da regulação por gestão, para verificar as consequências da configuração de interesses na ANS, ou, dito de outra forma, o impacto da atuação dos diferentes grupos políticos nas decisões-chave tomadas pela agência ao longo do tempo. Estaremos observando, desta forma, as possibilidades e limites da influência exercida na agência.

O capítulo sete busca compreender o significado dos resultados encontrados no capítulo anterior. Acrescentando à análise outros fatores, de ordem política, institucional e setorial, realizamos uma leitura mais sofisticada do jogo de influências e do funcionamento da ANS e da configuração mais ampla do setor de saúde suplementar. Isso significa trazer à baila elementos que vão além do embate político na agência, como a especificidade do setor, o papel do Judiciário e da burocracia da ANS. A seção final traça ainda um panorama geral do jogo de forças envolvendo instituições e atores do setor e

aponta para possíveis desdobramentos futuros. Por fim, a conclusão sumaria os principais resultados encontrados na pesquisa.

Aspectos metodológicos e métodos empregados

Esta pesquisa consiste em um estudo de caso sobre a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Embora de caráter eminentemente qualitativo, o presente trabalho também se ampara em alguns procedimentos quantitativos.

Para conduzir esta pesquisa, fizemos uso do *process tracing*, que diz respeito à caracterização do sequenciamento de processos que levaram a determinado resultado. Fortemente ancorado na observação do contexto, tal método permite identificar as variáveis e mecanismos que, a cada etapa, produzem um determinado resultado ou uma determinada decisão (GEORGE; BENNETT, 2005). Assim, analisamos a sequência temporal de eventos que conformaram o setor e a ANS, como as diversas transições políticas e os embates entre grupos opostos na agência, bem como as principais decisões tomadas ao longo do tempo. Ao fazê-lo, fomos identificando os diversos mecanismos que ajudavam a explicar a influência na ANS e a configuração mais ampla do setor.

Para captar esses processos, amparamo-nos em pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e trabalho de campo com a realização de entrevistas semiestruturadas. No tocante à pesquisa bibliográfica, recorremos a dissertações, teses e artigos acadêmicos sobre a saúde suplementar que, embora escassos, têm crescido desde a regulamentação do setor na década de 1990. A pesquisa documental teve por base a análise de leis, regulações, decisões judiciais, matérias jornalísticas e muitas publicações técnicas elaboradas por atores e instituições envolvidos no setor, como o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a própria ANS. De forma particular, vale destacar a análise quantitativa realizada a partir das regulações para a verificação do padrão de votos da diretoria da ANS.

As entrevistas semiestruturadas foram o elemento central da pesquisa, na medida em que permitiram a reconstituição de eventos históricos e, principalmente, a elucidação de elementos-chave da pesquisa, como as principais questões regulatórias, os grupos políticos influentes em torno da regulação, as decisões regulatórias centrais em cada gestão da ANS e o papel dos atores políticos mais relevantes. Acima de tudo, as

informações coletadas junto aos entrevistados apontaram para os mecanismos causais da influência no âmbito da ANS. Assim, como se verá, todo o trabalho está permeado e ancorado também no suporte narrativo dos informantes. As entrevistas também foram a base para outra parte quantitativa do trabalho, que é a análise de redes sociais. As redes montadas permitiram, por um lado, a análise de algumas medidas que indicavam a centralidade e, portanto, a influência do empresariado no setor. Por outro lado, elas nos auxiliaram, de forma mais descritiva, na identificação dos grupos políticos que atuam na ANS. Os dados biográficos e de trajetória dos indivíduos, juntamente com as entrevistas, completaram a análise, reforçando a compreensão das forças e ideologias que esses diferentes grupos representavam.

As entrevistas partiam de um rol pré-determinado de questões, mas eram flexíveis, permitindo que cada entrevistado aprofundasse os temas a respeito dos quais detinham maior conhecimento. A escolha dos entrevistados é outro ponto importante, especialmente para que se obtenha a visão mais plural e abrangente possível sobre as questões tratadas. Nesse sentido, procuramos entrevistar o maior número possível de atores dos mais diversos segmentos.

Ao todo, foram realizadas entrevistas com 45 pessoas, sendo a maior parte em 2015 no Rio de Janeiro, sede da ANS[1] e de importantes empresas do setor. Com diversos entrevistados, realizamos uma segunda ou até terceira rodada de entrevista, seja por telefone, *Skype* ou e-mail, para esclarecer novas questões e tirar dúvidas remanescentes. De todos os 19 diretores[2] da ANS nomeados até meados de 2015, foi possível entrevistar 11, incluindo 3 dos 5 diretores-presidentes. Entrevistamos ainda 18 funcionários ou ex-funcionários, sendo que a maioria ocupa ou ocupou posições estratégicas na agência. Descontando-se os ex-diretores da ANS que hoje ocupam posições no setor privado, conversamos com 7 representantes do setor privado, incluindo presidentes de associação, diretor, vice-presidente e presidente de empresa. Dentre essas, destacamos a Amil, a Bradesco Saúde, a Qualicorp e a SulAmérica. Além disso, realizamos entrevistas com associações de consumidores e escritórios de advocacia que atuam no ramo,

[1] Para o trabalho de campo na ANS, que durou duas semanas, fizemos uma solicitação formal e recebemos autorização da agência reguladora para conduzir as entrevistas.
[2] Esse número, que será repetido adiante, não inclui um diretor nomeado, que renunciou três meses depois.

pesquisadores, assessores políticos e com dois ex-ministros da Saúde. O quadro abaixo traz a quantidade de entrevistados por categoria[3].

Quadro 1 – Quantidade de entrevistados por categoria

Categorias			Quantidade
Estado	Poder Executivo	Funcionários e ex-funcionários da	19
		Diretores e ex-diretores da ANS	11
		Ex-ministros da Saúde	2
		Ex-funcionário de outro órgão governamental	1
Sociedade civil	Setor regulado	Representantes de associações e empresas	7
	Associação, universidade e escritório de advocacia	Professores, pesquisadores e advogados	5

Fonte: Elaboração própria

Tratemos agora de destrinchar a maneira como os dados foram coletados e as redes de relações, elaboradas. Dentre as 45 entrevistas realizadas, 28 tiveram uma segunda parte, na qual as informações para a montagem das redes foram coletadas.

O maior desafio para a elaboração de uma rede de relações de um determinado setor de regulação estatal é saber quem deve estar na rede e quais as conexões existentes. Alguns trabalhos sobre *interlocking directorates* e afins (MINTZ; SCHWARTZ, 1981; TOLEDO, 2013), que mostram como os mesmos executivos ocupam as diretorias de duas ou mais empresas ou entidades, conseguem identificar esses elementos de antemão, com base em pesquisa documental. Uma vez levantadas as organizações existentes num setor, registros das próprias instituições revelam o pertencimento mútuo dos executivos nas diferentes diretorias, o que permite estabelecer as conexões existentes.

Em nosso caso, não havia uma definição prévia das pessoas que participavam do setor de saúde suplementar no Brasil. Ainda menos palpáveis eram as conexões dessas pessoas. É importante deixar claro, todavia, que não estávamos interessados na totalidade no setor, mas sim nas pessoas e nas conexões existentes na elite da comunidade de saúde suplementar brasileira. Assim, embora existam milhares de pessoas trabalhando em empresas do setor, no Ministério da Saúde e na ANS, nosso foco direcionou-se para

[3] Alguns entrevistados são de instituições universitárias e de pesquisa públicas, que poderiam, portanto, ser encaixadas na categoria estatal. No entanto, optamos por alocá-los em "sociedade civil" por não integrarem os órgãos públicos que efetivamente têm mandato legal e tomam decisões sobre o setor.

identificação da elite da burocracia, da política e do empresariado, cujas decisões efetivamente impactam o setor.

Para superar essas dificuldades, seguimos o mesmo procedimento utilizado pioneiramente em Marques (2000; 2003) e replicado por Nazareno (2005), cuja premissa básica é identificar algumas lideranças importantes do setor e deixar que as próprias pessoas que atuam na área estabeleçam as conexões existentes e os outros nomes que devem ser incluídos na rede[4].

Criamos inicialmente uma "semente", uma lista em que identificamos as figuras-chave do setor no Brasil desde o surgimento da ANS em 2000 até 2015. Em que pese a discricionariedade da escolha, o caminho natural nesse tipo de estudo é partir das principais lideranças econômicas e políticas. Tal abordagem "is very likely to capture the elite network quite effectively" (HANNEMAN; RIDDLE, 2005, p. 8). Nesse sentido, e para reduzir ao máximo o viés na seleção dos nomes, optamos por incluir na lista todos os diretores da história da agência (19) até 2015, os principais ministros da Saúde durante o período (5 dos 8 - excluímos 3 que permaneceram um tempo curto no cargo) e os principais empresários do setor, como presidentes ou donos da Amil, Bradesco Saúde, SulAmérica (6, descontando-se novamente o fato de que, dentre os ex-diretores da ANS, alguns ocuparam ou ocupam posições de destaque no setor privado). Cabe esclarecer que a lista, composta por 31 nomes organizados em ordem alfabética, era formada apenas por pessoas, e não organizações.

De posse dessa lista, líamos para os entrevistados um a um os nomes. Nesse processo, pedíamos que os entrevistados apontassem até três nomes que estivessem associados a cada um dos nomes da lista. Assim, as conexões entre as pessoas no setor foram se revelando. Um funcionário da ANS poderia ser associado, por exemplo, ao cônjuge, que trabalha no setor, a um diretor da agência, com quem trabalhara no início da carreira, ou a um empresário do ramo, de quem é próximo.

Os nomes novos que apareciam eram acrescentados na "semente", de modo que o próximo entrevistado era apresentado a um número cada vez maior de pessoas. Desse modo, após 6 entrevistas, a lista já contava com 105 nomes. Após 16 entrevistas, o número

[4] Laumann, Marsden e Prensky chamam essa abordagem de realista, em oposição àquela em que o pesquisador determina as fronteiras da rede baseado em preocupações teóricas (LAUMANN; MARSDEN; PRENSKY, 1989; apud WASSERMAN; FAUST, 1994).

de nomes saltou para 161. Conforme apontam Hanneman e Riddle (2005, p. 8), "The process continues until no new actors are identified, or until we decide to stop (usually for reasons of time and resources, or because the new actors being named are very marginal to the group we are trying to study)". Embora houvesse variações entre as entrevistas, a depender do conhecimento dos entrevistados, a partir desse ponto, a quantidade de novos nomes declinou constantemente, o que apontava para o esgotamento da rede.

Ao final da pesquisa, a rede tinha 204 pessoas conectadas por meio de 849 relações. Tendo em vista o processo descrito de construção da rede, acreditamos que, de maneira geral, atingiu-se a totalidade da rede de relações do setor. Essa técnica de coleta de dados é conhecida como "bola de neve".

Hanneman e Riddle (2005) apontam dois problemas principais em relação a essa técnica. Primeiramente, pessoas que fazem parte da comunidade de saúde suplementar, mas não estão conectadas aos outros, não aparecerão na rede. Não acreditamos se tratar de problema relevante em nosso caso, pois de maneira geral estamos interessados justamente nas conexões existentes, por meio das quais a influência é exercida. Além disso, por se tratar de uma rede de elite, dificilmente uma pessoa com influência no setor não aparecerá conectada de alguma maneira.

A segunda limitação dessa técnica, mais substantiva, refere-se ao fato de que, pelo próprio *modus operandi* de construção da rede, é possível que indivíduos que estariam conectados à rede não apareçam por não estarem associados aos nomes que foram levantados nas entrevistas. A melhor forma de contornar esse problema é garantindo a maior pluralidade possível aos nomes inicialmente escolhidos para a "semente". É nesse sentido que buscamos diversificar essa seleção inicial, variando não apenas as posições ocupadas, como empresariado, funcionário da agência, político, mas também as gerações e os partidos políticos associados aos nomes – todos os diretores da história da agência foram incluídos, desde os primeiros mais ligados ao PSDB no início dos anos 2000, até os mais recentes e ligados ao PT e sua coalizão.

Por fim, outro potencial problema para a construção de nossas redes, bem mais prosaico, seria a recusa ou o incômodo dos entrevistados em fazer associações a respeito de terceiros. Em que pese o estranhamento de um ou outro entrevistado, o resultado foi muito superior ao esperado. De fato, identificamos que, quanto mais alto o posto ocupado

pela pessoa, maior sua desenvoltura ao falar das conexões no setor. Isso faz sentido, se pensarmos que boa parte do trabalho de altos dirigentes públicos e privados pode estar relacionado justamente à criação e ao cultivo de relações que viabilizem objetivos da organização. Esse aspecto foi extremamente profícuo para a pesquisa, uma vez que esses indivíduos são justamente aqueles que detêm o maior conhecimento sobre as relações existentes no setor. Como pudemos estabelecer empatia com a maior parte dos entrevistados, sentimo-nos confiantes para gravar a maior parte das entrevistas, de modo que diversos trechos foram aqui reproduzidos, sempre de forma anônima, com vistas a preservar a identidade dos informantes. Nas redes de relações políticas que mostraremos, optamos por não identificar a maior parte dos nomes, especialmente os de funcionários da agência. Apenas as figuras políticas mais proeminentes, relacionadas às redes de apoio político, foram reveladas. É importante esclarecer também uma questão que foi objeto de preocupação de alguns entrevistados, que é a fonte das relações estabelecidas. Neste caso, o sigilo é total. Ou seja, as redes mostram relações existentes no setor, mas não são divulgados os entrevistados que relataram a existência dessas relações.

Além da conexão em si, perguntamos ao entrevistado, para cada nome novo que aparecia, o tipo de vínculo (político, de negócios, de amizade ou institucional) existente e o período de início desse vínculo. Em relação ao tipo de vínculo, como houve muita superposição entre os diversos tipos, ficou difícil utilizar esse dado na pesquisa, o qual foi descartado. Ressalte-se, todo modo, que o número de relações pessoais no setor é bastante significativo.

Quanto ao início das relações, criamos as seguintes periodizações, que coincidem, de maneira geral, com a gestão dos diretores-presidentes da agência: período 1: entre 2000 e 2003; período 2: entre 2004 e 2006; período 3: entre 2007 e 2009; período 4: entre 2010 e 2012; período 5: entre 2013 e 2014. Como os dados foram coletados em 2015, foi possível realizar análises até o primeiro ano da gestão atual (2015-2017), conforme veremos tempestivamente. Com base nessa periodização, interessava-nos observar em qual momento foram iniciadas as relações entre as diversas pessoas nas redes. Como é possível imaginar, esse tipo de informação foi mais difícil de obter, seja por causa do natural limite de memória das pessoas, seja por desconhecimento em relação a diversas relações. Nesse sentido, tivemos que contatar novamente alguns entrevistados e ir atrás de outros, buscando reduzir ao máximo as informações faltantes.

Muitas das 849 relações citadas entre os 204 indivíduos da rede apareceram uma única vez. Ou seja, apenas um entrevistado identificou haver relação entre dois indivíduos. Não apenas essa informação é menos confiável, como muitas vezes um dos dois indivíduos citados está ligado à rede apenas por essa conexão. Ou seja, se retirada essa conexão, ele não mais faria parte da rede. Os dados tornar-se-iam mais robustos e confiáveis se toda relação existente na rede houvesse sido citada por pelo menos duas pessoas diferentes. Dessa forma, teríamos maior grau de certeza de que aquela relação efetivamente existe e é importante para o padrão mais geral de relações.

Baseado nessa avaliação, optamos por excluir da rede todas as relações que foram citadas uma única vez. Com isso, nossa rede final ficou com 146 pessoas e 414 vínculos. Ao realizar esse procedimento, reduzimos também o número de informações faltantes concernentes ao período de início das relações entre os indivíduos. Ao final, não conseguimos obter essa informação apenas para 33 relações, o que equivale a menos de 8% do total de relações. É importante lembrar que esses dados sobre o total de relações referem-se à rede completa. No entanto, as análises apresentadas serão, em sua maioria, a respeito das redes nos diferentes períodos. Os dados sobre indivíduos e seus vínculos tendem a mudar de período a período, com um viés de crescimento, já que as relações entre os indivíduos tendem a aumentar ao longo do tempo. A tabela abaixo mostra a evolução no número de indivíduos e vínculos ao longo dos períodos. Em análise de redes sociais, os indivíduos são chamados de nós e as relações existentes entre esses nós são denominadas vínculos.

Tabela 1 - Número de nós e vínculos

	2000-2003	**2004-2006**	**2007-2009**	**2010-2012**	**2013-2014**
Nós	116	130	137	143	146
Vínculos	220	306	349	392	414

Fonte: Elaboração Própria

Após a coleta, essas informações foram organizadas numa única planilha, de modo que todas as 414 relações fossem arroladas. Ao lado de cada relação, nas colunas, havia a informação sobre o número de citações do vínculo, o tipo de relação e o período de início da mesma. Essas informações foram então transportadas para o software Ucinet (BORGATTI; EVERETT; FREEMAN, 2002), responsável pela produção de estatísticas referentes às redes elaboradas. Este software também contém uma ferramenta de visualização chamada NetDraw, que produziu as figuras das redes apresentadas na pesquisa, chamadas de sociogramas.

O número de citações do vínculo é uma informação extremamente relevante, pois indica a intensidade das relações. O fato de muitos entrevistados terem citado o vínculo entre duas pessoas não apenas dá maior confiabilidade ao resultado da coleta de dados, mas, e com maior importância, denota que essa relação é bastante próxima. Trata-se do conceito de força do vínculo. Esclarecemos que, em diversas análises, as redes foram dicotomizadas, o que significa que apenas consideramos se uma relação existe ou não, ignorando o número de menções de determinada relação. No entanto, quando essa informação for relevante para a análise, especialmente nos sociogramas apresentados, nós a trazemos a lume.

Além das informações relativas às conexões na rede, buscamos identificar diversos atributos dos indivíduos. O principal atributo a ser identificado, com vistas a enriquecer a análise e extrair informações mais úteis aos nossos propósitos, era o cargo ou a função exercida. Assim, estipulamos oito categorias: 1) diretores da ANS; 2) funcionários da ANS; 3) ministro da Saúde; 4) políticos; 5) representantes do setor privado; 6) servidores públicos fora da ANS; 7) outros; 8) desconhecido.

Cabem algumas considerações sobre essa categorização. A categoria "funcionários da ANS" refere-se àquelas pessoas que trabalham na agência em cargos que não os de direção, podendo ser concursados e/ou comissionados. Embora o ministro da Saúde também seja um político, optamos por tratá-lo separadamente para realçar suas ligações com a diretoria da ANS, o que serve como uma *proxy* da proximidade com a agência. O atributo "políticos" foi o mais difícil de categorizar. Um secretário estadual ou municipal ou seu adjunto devem ser considerados políticos ou entrar na categoria de servidores públicos? De maneira geral, optamos por incluir na categoria políticos o primeiro escalão do Poder Executivo (presidentes, governadores, prefeitos, bem como ministros no governo federal e secretários nos governos estadual e municipal) e legisladores das três esferas.

Na categoria representantes do setor privado, incluímos diretores, presidentes e donos de empresas reguladas pela ANS, bem como associações que representam os interesses dessas empresas. Fazem parte desse atributo também associações e empresas não diretamente reguladas pela ANS, mas que atuam no setor e são afetadas pelas decisões da agência, como aquelas ligadas ao complexo hospitalar. Por fim, se um diretor ou funcionário da agência deixam esse posto para trabalhar numa consultoria que atende

as empresas e associações mencionadas, também os colocamos como representante do setor privado, na medida em que sua atuação é privada e em benefício desses grupos.

A "categoria servidores públicos fora da ANS" engloba todos os funcionários públicos que não estão na ANS no período indicado. São pessoas que estão em governos municipais, estaduais e no federal, em muitos casos nas secretarias ou no ministério de Saúde. Mas não apenas. Há casos, por exemplo, de indivíduos que estão na Advocacia Geral da União ou assessoram senadores. A categoria residual "outros", pouco significativa em termos numéricos, inclui, entre outros, consultores e acadêmicos. Por fim, a categoria "desconhecido", praticamente irrisória, com não mais de dois indivíduos, indica que não pudemos identificar o atributo da pessoa, como o próprio nome indica.

Como já pode ter ficado claro, era fundamental checar a validade desses atributos ao longo do tempo. Em outras palavras, era necessário saber onde cada indivíduo atuava em cada período da rede, até mesmo para identificar alguns padrões, como se há aumento de empresários atuantes no setor ou, principalmente, se ocorria o fenômeno da porta giratória, pelo qual funcionários da agência passariam a trabalhar no setor privado ou vice-versa.

Outras informações importantes de atributo diziam respeito ao número de funcionários públicos concursados na ANS e à diretoria a que pertenciam dentro da agência. Essas informações poderiam nos dar pistas, por exemplo, sobre a profissionalização da agência, a coesão entre as diretorias e mesmo a identificação das diretorias que apresentavam maior permeabilidade na relação com o empresariado.

Para a obtenção dessas informações, especialmente a trajetória profissional, foi necessário analisar a biografia dos 146 indivíduos da rede para cada período da rede. Para tanto, recorremos a uma variedade bastante ampla de fontes informativas. No caso dos diretores da agência, observamos o currículo oficial enviado ao Senado por ocasião da votação de suas nomeações; em relação aos empresários, que têm uma trajetória mais estável na maior parte dos casos, pesquisamos nos sites das empresas e em matérias jornalísticas; para os funcionários da ANS e outros servidores públicos, consultamos informações em publicações oficiais sobre aprovações em concursos e sites acadêmicos como o Currículo Lattes, na medida em que muitas pessoas com esse perfil têm uma trajetória acadêmica paralela; para indivíduos de menor projeção no setor, e mesmo para complementar informações sobre outros grupos de pessoas, sites de relacionamento

profissional, como o *LinkedIn*, foram extremamente úteis. Por fim, complementamos essas informações com novos contatos junto aos entrevistados.

Capítulo 1. Agências reguladoras, política, burocracia e interesses

Este capítulo inicia com uma contextualização das agências reguladoras, tratando de sua gênese e características, especialmente no Brasil. Na sequência, passaremos em revista as principais teorias regulatórias, o que será relevante sob dois aspectos. Em primeiro lugar porque, embora a regulação em si seja uma atividade própria do Estado, podendo assumir os mais diversos formatos institucionais, a concepção de agências reguladoras independentes foi fortemente informada por teorias e visões sobre regulação e Estado. Ao mesmo tempo, poderemos identificar e avaliar os aportes e limites das principais abordagens teóricas concernentes ao fenômeno regulatório. As teorias da regulação tiveram diversos desenvolvimentos ao longo do tempo, mas nenhuma conseguiu construir um arcabouço teórico sofisticado o bastante para dar conta das complexas relações existentes entre sistema político, burocracia e grupos de interesse. Assim, sem a pretensão de elaborar qualquer modelo teórico novo, e partindo das insuficiências observadas nessa literatura, buscaremos ampliar e aprimorar o debate na área a partir da consideração de elementos políticos, institucionais e setoriais na análise.

1.1 Gênese e características das agências reguladoras

A própria formação do moderno Estado-nação pressupõe a intervenção estatal na esfera econômica. De acordo com Majone (1999, p. 6), "As teorias político-econômicas modernas do Estado distinguem três tipos principais de intervenção pública na economia: redistribuição de renda, estabilização macroeconômica e regulação de mercados". A especificidade da regulação, em relação a políticas distributivas ou redistributivas, deriva do fato de que a intervenção estatal ocorre não pela provisão de bens e serviços, mas pela definição de regras que visam moldar o comportamento dos agentes privados. Gerber (2000, p. 852) aprofunda as características desse tipo de política e começa a delinear os contornos institucionais de um órgão regulador, ao afirmar que "While regulatory policy is unique partly for its constraints on private behavior, it is also often highly technical, requiring significant bureaucratic expertise, yielding concomitant delegation of substantial policymaking authority to bureaucrats". A ênfase de cada uma dessas atividades estatais varia conforme a localização geográfica e o período histórico.

A noção de agência reguladora nasceu justamente no país em que as políticas redistributivas tardaram a ocorrer e em que os serviços de interesse público eram majoritariamente privados e, portanto, demandavam a ação regulatória do Estado. Assim, a primeira agência reguladora, a *Interstate Commerce Commission (ICC)*, surgiu em 1887 nos Estados Unidos, com vistas a combater os monopólios existentes e os problemas daí advindos, como a manipulação de preços. Moran (2002, p. 392) resume de forma precisa esse fato: "Americans virtually invented the modern regulatory state, in the sense that the United States was the great pioneer of the administrative technology of controlling business through law-backed specialized agencies rather than through the technique of public ownership".

O contexto de criação do ICC remete à Era Progressista nos Estados Unidos, correspondente ao movimento intelectual que, como o próprio nome sugere, acreditava no progresso por meio do aperfeiçoamento do conhecimento e das instituições. Em relação à regulação, os progressistas propugnavam o controle do capitalismo monopolista vigente à época por meio de estruturas burocráticas especializadas e técnicas nas quais prevalecesse a separação entre política e administração (NUNES, 2007). Essa defesa da autonomia entre os campos político e burocrático coaduna-se perfeitamente com a visão do ex-presidente norte-americano Woodrow Wilson, que em texto publicado justamente no mesmo ano de criação do ICC, advogava fortemente pela criação de uma administração pública moderna e independente. Visando ao combate à patronagem, Wilson (2005) acreditava que os políticos deveriam dar a direção geral do governo, mas a condução dos negócios públicos deveria estar a cargo de burocratas técnicos e apolíticos.

Pode-se dizer, de forma sintética, que as agências especializadas e insuladas visavam corrigir duas distorções: a hiato técnico existente entre as empresas e o governo e o aparelhamento político-partidário nas estruturas governamentais. Para cumprir essa tarefa de profissionalização das agências reguladoras independentes, três mecanismos institucionais foram adotados, conforme pontua Oliva (2006): a estabilidade dos dirigentes, que têm mandatos fixos, nomeação compartilhada entre os Poderes Executivo e Legislativo, o que incentivaria a escolha de profissionais reconhecidos por sua capacidade técnica, e o formato colegiado do corpo dirigente, o que ampliaria o debate técnico e reduziria os riscos de captura.

Cabe aqui fazer uma importante distinção conceitual entre modelos burocráticos que muitas vezes são tratados como idênticos ou mesmo confundidos, mas que, na verdade, guardam importantes diferenças. Um traço típico do sistema administrativo norte-americano é que grande parte da formulação e implementação das políticas públicas fica a cargo de burocracias que se situam à margem da estrutural ministerial. Essas burocracias, denominadas de agências executivas, são tidas como independentes. No entanto, o termo independência refere-se à sua maior autonomia administrativa e financeira, e não necessariamente política. Essas agências assemelham-se, nesse sentido, ao que seria a "administração indireta" no Brasil. As burocracias com autonomia política, de que tratamos acima, cuja tradução institucional está nos mandatos fixos dos dirigentes, que não podem ser demitidos *ad nutum*, são chamadas nos Estados Unidos de *independent regulatory commissions (IRC)* (OLIVA, 2006).

Ao longo do século XX, principalmente no período do *New Deal*, esses dois modelos de agência foram expandidos. No entanto, a função regulatória do Estado e o formato institucional de agência autônoma estiveram restritos, basicamente, à experiência norte-americana. Até porque, de maneira geral, especialmente no período pós-2ª Guerra Mundial, o foco da atividade estatal recaiu sobre a redistribuição e a gestão macroeconômica, o que se materializou na propriedade e provisão públicas de bens e serviços. A essa configuração estatal costuma-se atribuir o nome de Estado Keynesiano ou Estado de Bem-Estar Social. Foi somente a partir da década de 1970, com a estagflação oriunda das crises relacionadas aos choques do petróleo, que esse modelo estatal entra em crise, ao passo que o terceiro pilar de atuação do Estado, a regulação, cresce em importância. No bojo de reformas liberalizantes e privatizantes, ocorre a progressiva passagem do Estado positivo para o Estado regulador, para usar os termos de Majone (1999), com a proliferação de agências reguladoras. É interessante notar que, de forma aparentemente paradoxal, os processos de privatização e desregulação vieram acompanhados de uma maior regulação. No entanto, como fica expresso no título do livro de Vogel (1998), "Freer markets, more rules", mercados mais liberalizados e, portanto, com menor presença estatal, demandam maior regramento da atividade econômica.

Concomitantemente às transformações estruturais relativas à privatização pelas quais passou o Estado desde a década de 1970, os anos 1980 e 1990 foram palco de importantes movimentos de reforma do aparelho do Estado, os quais ficaram conhecidos como "Nova Gestão Pública" (*New Public Management*, no original). Esse modelo de

reforma gerencial, com origem na experiência inglesa, visava tornar a administração pública mais eficiente e flexível, amparada em conceitos como descentralização, orientação para resultados, foco no cliente e *accountability*/controle social (BRESSER PEREIRA, 1998). Do ponto de vista institucional, uma das principais mudanças do novo paradigma gerencial foi a expansão das agências executivas, dotadas de flexibilidade e autonomia, embora vinculadas e controladas pelos ministérios correspondentes. Em alguns lugares, esse novo modelo se difundiu de forma acelerada. Conforme informa Costa (2002, p. 14), "[...] a Grã-Bretanha implementava uma 'revolução gerencial' que em pouco menos de dez anos (1988-1997) transferiu mais de 70% do Civil Service para as agências executivas [...]".

Observa-se, assim, que, nesse período, houve o incentivo para uma grande transformação institucional ao redor do globo com a consequente adoção dos dois formatos de agências, o que de fato ocorreu. Tratando da nova forma de intervenção estatal e da difusão dos novos modelos institucionais de regulação, Gilardi et al. (2006, p. 4) afirmam que

> The major evidence of such a capacity is the mushrooming since the mid-1980s of new regulatory institutions worldwide. Surveying 36 countries in Europe and Latin America and 7 economic and social sectors, we were able to document the establishment of 174 agencies in the period up to 2002.

Cabe notar que os autores acima mencionados não diferenciam os tipos de agências, colocando todas sob a rubrica de "regulatory institutions". Conforme aponta Pó (2009, p. 20), "O fato de ambas as formas institucionais serem chamadas de agências e muitas vezes os movimentos recentes de privatização terem coincidido, ou sido chamados, de reforma do Estado contribui para que surjam confusões entre estas duas formas".

O processo internacional de "agencificação" ocorrido a partir da década de 1980 teve reflexos no Brasil a partir de 1995, com a posse do presidente Fernando Henrique Cardoso. Dois elementos foram centrais nesse aspecto: as privatizações e, no bojo das reformas gerencialistas do período, a criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), capitaneado por Luiz Carlos Bresser Pereira. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), principal referência utilizada pelo MARE na condução da reforma administrativa, previa, dentre as diversas mudanças institucionais, a transformação de autarquias e fundações em "agências autônomas",

administradas por meio de um contrato de gestão. Os dirigentes dessas agências, escolhidos pelos ministros da área, teriam ampla autonomia em termos de recursos humanos, materiais e financeiros. Essas agências atuariam no que o ministro Bresser Pereira chamou de "atividades exclusivas", setor no qual os serviços só podem ser prestados pelo Estado, como fiscalização de normas sanitárias ou controle do meio ambiente (BRASIL, 1995).

Pela descrição dessas "agências autônomas", fica evidente que, na visão do MARE, o modelo institucional a ser importado para o caso brasileiro era o de "agências executivas", dotadas de maior flexibilidade, mas sem autonomia política. No entanto, os processos políticos de privatização nos diversos setores acabaram adquirindo uma dinâmica própria, que não contemplou a visão daquele ministério. Os ministérios que lidavam com privatizações, como nos setores de telecomunicações, energia elétrica e petróleo, acabaram optando pelo modelo de agência reguladora, nos moldes das comissões independentes dos Estados Unidos. O caráter marginal do MARE nesse processo fica expresso no fato de que apenas em 1996, quando as discussões sobre a criação de agências reguladoras já estavam ocorrendo nos ministérios, uma recomendação do Conselho de Reforma do Estado (CRE), órgão de assessoria ao presidente da República, tratou da construção do marco legal dos entes reguladoras, sugerindo os contornos das nascentes agências reguladoras (BRASIL, 1997).

Ao final desse processo, as agências executivas não prosperaram[5], ao passo que as agências reguladoras consolidaram-se na arquitetura político-institucional brasileira. Em âmbito federal, dez agências reguladoras foram criadas entre 1996 e 2006. Autores como Martins (2002) sugerem que a criação das agências pode ser dividida em três gerações. Assim, antes de elencarmos algumas de suas principais características, vale discorrer sobre as distintas lógicas que presidiram a formação das agências ao longo do tempo.

A primeira geração diz respeito aos processos de privatização de setores monopolísticos e à consequente necessidade de se constituir um arcabouço regulatório que definisse regras claras e estáveis para a atuação do setor privado. Inspirada diretamente na experiência norte-americana, essa geração é formada pela Agência

[5] De acordo com Costa (2002), entre 1996 e 2002, apenas uma agência executiva foi instituída: o Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro).

Nacional Energia Elétrica (Aneel), Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) e Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis (ANP). Conforme aponta Melo (2002, p. 251), essas agências "se inscrevem numa estratégia de busca de credibilidade e redução do risco regulatório para os investidores dos processos de privatização". O risco a ser reduzido deriva da natureza dos setores de infraestrutura, que têm custos irrecuperáveis altos (*high sunk cost)*, enquanto a necessidade de sinalizar credibilidade seria justificada pelos investimentos de longa maturação, que requereriam um forte compromisso das autoridades com a estabilidade das regras.

A segunda geração pode ser chamada de regulação social, pois está atrelada à busca de melhoria no desempenho dos serviços prestados à população e à correção de falhas de mercado não relacionadas a monopólios naturais, como informação assimétrica, externalidades negativas e defesa da concorrência. São dessa geração a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), objeto do presente trabalho. A opção por esse formato institucional parece estar mais ligada à "lógica de delegação congressual", segundo a qual é mais vantajoso para os políticos transferir o mandato de atuação sobre a área para agências autônomas especializadas, uma vez que as decisões no setor são extremamente técnicas e/ou impopulares, impondo altos custos políticos. Trata-se, assim, de uma estratégia de *blame shifting* (MELO, 2002). Tal argumentação faz sentido, pois, no caso da Anvisa, conforme relatou Baird (2012), o próprio ministro interino da Saúde, Barjas Negri, ao propor a criação da agência em mensagem ao presidente da República, cita o caos no setor e defende o modelo como uma forma alavancar o desempenho nos serviços prestados.

No caso da ANS, além da crise que assolava o setor, houve uma justificativa de forte cunho econômico com vistas a atenuar as falhas de mercado na saúde suplementar. Toda a argumentação do ministro Serra, que, como veremos, foi decisivo para o desfecho da regulamentação do setor, inclusive com a criação da ANS, foi baseada em argumentos econômicos que apontavam para a necessidade de intervenção num mercado imperfeito. É consenso na literatura de economia da saúde que a saúde suplementar apresenta características econômicas específicas que demandam algum tipo de intervenção. Dentre elas, podemos destacar a informação assimétrica entre operadoras, prestadores de serviços e clientes, a seleção adversa, *moral hazard*, a seleção de riscos e a provisão inadequada de bens e serviços (ALMEIDA, 1998). Ocké-Reis (2012, p. 66) ainda acrescenta outras propriedades menos citadas na literatura que se referem "à tecnologia,

à baixa mobilidade dos fatores de produção, aos juros e aos custos de transação, que contribuem para a formação do traço marcante do mercado de planos de saúde: os custos crescentes". Vale explicar brevemente algumas das principais falhas de mercado do setor, que demandaram sua regulação. A heterogeneidade dos serviços e a subjetividade na avaliação de sua qualidade entravam a disseminação de informações, gerando forte assimetria. Nesse cenário, e tendo em vista os altos custos do setor, as empresas tendem a privilegiar os consumidores com menor risco de utilização de serviços ou impor altos prêmios pela expectativa de custos, gerando a seleção de riscos. Por parte dos clientes, pode haver a tendência a buscar os serviços de planos de saúde justamente por já apresentarem algum problema, ocasionando a seleção adversa. É possível, ainda, já na vigência do contrato, que os clientes utilizem mais serviços por estarem segurados, configurando o risco moral. Frise-se também que os prestadores de serviços, como os hospitais, também podem incorrer nessa prática, na medida em que há garantia de pagamento de acordo com a quantidade utilizada (ANS, 2002; MACERA; SAINTIVE, 2004; MENICUCCI, 2007).

A terceira geração, por fim, é mais heterogênea no tocante aos objetivos dos entes reguladores e às áreas de atuação, abarcando desde cinema a transportes terrestres. A criação de metade das agências reguladoras brasileiras ocorreu durante essa fase, sendo quatro aprovadas nos últimos três anos do governo de Fernando Henrique Cardoso e uma no terceiro ano do primeiro mandato de Luís Inácio Lula da Silva. As agências desse período são a Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT), a Agência Nacional de Transportes Aquaviários (Antaq), a Agência Nacional de Águas (ANA), a Agência Nacional do Cinema (Ancine) e a Agência Nacional de Aviação Civil (Anac).

Observa-se, assim, que houve uma indistinta proliferação do modelo de agência reguladora, que foi sendo adotado conforme as disputas políticas dentro de cada setor. O ministério responsável pela reforma do aparelho do Estado ficou, como vimos, a reboque desse processo. Luiz Carlos Bresser Pereira, que comandou o MARE, permaneceu crítico a essa banalização do modelo de agência reguladora. Em sua visão, a autonomia política concedida à agência reguladora e expressa no mandato fixo de seu dirigente só faria sentido para a execução de políticas de Estado, como a regulação de setores monopolísticos, nos quais é preciso definir preços como se o mercado fosse competitivo. Nos demais casos, as agências devem executar políticas segundo as diretrizes do governo e, portanto, não lhes cabe autonomia política. Trata-se, assim, de agências executivas,

cujos dirigentes podem ser nomeados e exonerados livremente pelo presidente da República[6].

Em que pese a desenvolvimento marcadamente setorial das agências reguladoras, o processo de "agencificação" brasileiro produziu um modelo com relativa homogeneidade, de modo que as diversas agências apresentam características similares[7]. Isso ocorreu, em parte, devido a um certo mimetismo institucional, pelo qual desenhos institucionais já adotados foram reproduzidos pelas novas agências (PÓ; ABRUCIO, 2006). Nesse sentido, vale observar os aspectos centrais da institucionalidade das agências, conforme retratado no quadro abaixo.

[6] http://www1.folha.uol.com.br/fsp/dinheiro/fi1308200703.htm

[7] A principal proposta uniformizadora do modelo de agências reguladoras federais é o Projeto de Lei (PL) nº 3337/2004, encaminhado ao Congresso Nacional pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva. Após longa tramitação sem muitos avanços, a ex-presidente Dilma Rousseff solicitou a retirada da proposição da Câmara dos Deputados: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=248978
Paralelamente, o Senado Federal aprovou, em novembro de 2016, outra proposta de Lei Geral das Agências Reguladoras, de iniciativa do senador Eunício Oliveira. Trata-se do PLS nº 52/2013: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/111048

Quadro 2 – Desenho institucional e autonomia das agências

Autonomia e estabilidade dos dirigentes
Mandatos fixos e não-coincidentes
Estabilidade dos dirigentes
Aprovação pelo Poder Legislativo, mediante argüição
Pré-requisitos quanto à qualificação dos dirigentes
Independência financeira, funcional e gerencial
Autarquia especial sem subordinação hierárquica
Última instância de recurso no âmbito administrativo
Delegação normativa (poder de emitir portarias)
Poder de instruir e julgar processos
Poder de arbitragem
Orçamento próprio
Quadro de pessoal próprio
Transparência
Ouvidoria com mandato
Publicidade de todos os atos e atas de decisão
Representação dos usuários e empresas
Procedimentos
Justificativa por escrito de cada voto e decisão dos dirigentes
Audiências públicas
Diretoria com decisão colegiada

Fonte: Melo (2002)

Vale fazer alguns comentários adicionais a partir da observação das características constantes da tabela. Em primeiro lugar, chamamos a atenção para a autonomia das agências reguladoras. As agências são autarquias especiais que, embora vinculadas a ministérios, não lhes são hierarquicamente subordinadas. A tradução concreta dessa característica está nos mandatos fixos dos dirigentes que, uma vez indicados pelo presidente da República e aprovados pelos senadores, não podem ser demitidos *ad nutum*. Essa independência de atuação ainda é reforçada pelos mandatos não coincidentes com o do presidente da República.

Outro ponto relevante são as condições materiais para uma gestão autônoma das agências. Vão nesse sentido as previsões de independência financeira, com orçamento e

capacidade arrecadatória próprios, e de independência funcional, com a existência de um quadro próprio de pessoal, com carreiras típicas.

Por fim, outros dois elementos singulares das agências reguladoras são seu alto grau de especialização e suas amplas atribuições, expressas em sua capacidade de executar funções típicas dos três Poderes. Conforme aponta Nunes (2001, p. 3) a respeito das agências reguladoras,

> A elas competem funções do Executivo, tais como a concessão e fiscalização de atividades e direitos econômicos, e lhes são atribuídas funções do Legislativo, como criação de normas, regras, procedimentos, com força legal sob a área de sua jurisdição. Ademais, ao julgar, impor penalidades, interpretar contratos e obrigações, as agências desempenham funções judiciárias.

1.2 Teorias da regulação

Como vimos, o Estado passa a ter um papel mais ativo na economia após a 2ª Guerra Mundial. Em que pese o cerne de sua atuação ocorrer mediante a provisão pública de bens e serviços, as atividades regulatórias também passaram a estar crescentemente presentes, o que suscitou uma série de desenvolvimentos teóricos para compreender o fenômeno regulatório. De acordo com Levine e Forrence (1990), três teorias referenciaram o debate no campo: a teoria do interesse público, a teoria da regulação econômica ou teoria da captura e a teoria do agente-principal. Além de tratarmos dessas três abordagens, mencionaremos sucintamente a teoria da escolha pública e a nova economia institucional.

Não à toa, é nas décadas de 1950 e 1960 que surge nos Estados Unidos a primeira abordagem teórica que busca dar conta do fenômeno regulatório, a chamada teoria do interesse público. Essa teoria afirmava que a regulação era empreendida pelo Estado com vistas a corrigir as falhas de mercado, como o poder de monopólio, as externalidades negativas, a informação incompleta e a provisão insuficiente de bens públicos (MAJONE, 1999). A introdução da regulação tinha por objetivo, assim, reproduzir as condições de competição de um mercado sem falhas, garantindo o equilíbrio entre ofertantes e demandantes, o que significaria, na prática, assegurar os níveis de lucro e, ao mesmo tempo, a maximização do bem-estar do consumidor (SALGADO, 2003). De viés fortemente normativo, essa teoria focava o papel do Estado como provedor do bem-estar,

não se preocupando em compreender as complexidades e os múltiplos interesses dos atores dentro e fora da esfera estatal.

Como resposta a essa vertente, surge a teoria da captura, concebida por George Stigler, ligado à Universidade de Chicago. Em seu texto seminal de 1971, "The theory of economic regulation", Stigler (1975, p. 114) incorpora a ação dos políticos e dos grupos de interesse para tentar "explain who will receive the benefits or burdens of regulation, what form regulation will take, and the effects of regulation upon the allocation of resources".

O elemento central da argumentação do autor é que, ao contrário do que sugere a teoria do interesse público, a regulação não maximiza o bem-estar geral, mas favorece alguns grupos empresariais, que acabam capturando as agências responsáveis por essa tarefa. Nas palavras diretas do autor, "[...] as a rule, regulation is acquired by the industry and is designed and operated primarily for its benefit" (STIGLER, 1975, p. 114). Tal resultado decorreria de uma interação mutuamente benéfica entre políticos e empresários, que acabaria por proteger algumas empresas reguladas da competição e ampliar a renda extraída de grupos menos organizados, como os consumidores.

Para compreender a articulação entre políticos e empresas reguladas e os resultados daí advindos, é preciso dar um passo atrás e observar alguns pressupostos que informam a visão de Stigler. O primeiro deles tem origem em Downs (1957), que aplicou as ideias econômicas neoclássicas de racionalidade e auto-interesse do ator para explicar o comportamento político. Conforme apontam Levine e Forrence (1990, p. 169), Downs seria um dos autores que postulam que "people should be expected to act no less rationally or self-interestedly as politicians and bureaucrats than they do in the course of their private exchanges in markets". Outro referência para Stigler é Olson (1971), cuja teoria da ação coletiva explica por que "os interesses organizados de maneira mais compacta vão usualmente ganhar, a despeito dos grupos mais difusos" (SALGADO, 2003, p. 4).

Foi com base nessas ideias que Stigler formalizou seu modelo, pelo qual alguns grupos empresariais demandariam a regulação, especialmente para impor barreiras à entrada de novos competidores, enquanto os políticos, interessados em ganhar eleições e ávidos, portanto, por receber recursos para as campanhas, ofertariam a regulação ao empresariado. É nesses termos, portanto, que a teoria econômica da regulação explica o modo pelo qual interesses sociais são traduzidos em políticas governamentais.

A teoria da captura foi muito popular e recebeu diversas contribuições ao longo do tempo, que visavam refinar seus postulados. Peltzman (1976) e Becker (1983), também ligados à Escola de Chicago, matizaram as conclusões de Stigler sobre a dominância dos grupos empresariais, buscando dar espaço a um maior pluralismo político na competição entre os diversos grupos de interesse na sociedade. Observando a emergência de poderosos grupos de consumidores na década de 1960, Peltzman (1976) afirma que nenhum grupo de interesse captura de forma exclusiva o órgão regulatório, de modo que os frutos da regulação podem ser divididos entre grupos empresariais e grupos organizados de consumidores que dispõem de recursos para participar do jogo político.

Vale citar outro autor que, mais recentemente, questionou algumas premissas do trabalho de Stigler, embora concorde com alguns de seus resultados mais gerais. Suas ponderações são interessantes, pois antecipam algumas das críticas à teoria da captura que veremos adiante. Trata-se de Carpenter (2004), que aplica uma modelagem econométrica para testar o efeito da reputação de empresas conhecidas nas decisões do regulador sobre a aprovação de produtos e licenças na indústria farmacêutica. De acordo com o autor, o mesmo resultado encontrado por Stigler, o favorecimento a certas empresas, pode ser encontrado, sem que isso constitua captura do órgão regulatório. Ao criticar essa inferência, Carpenter (2004, p. 626) sentencia:

> Yet Stigler was wrong: evidence of policy advantage is quite insufficient for a conclusion supportive of capture theory. A neutral learning regulator motivated only by reputation protection and constrained by political responsiveness to consumers would also provide advantages to larger and older firms.

Essas conclusões são interessantes, pois além de semearem dúvidas às possibilidades de insulamento dos órgãos governamentais por meio de engenharia institucional, chamam a atenção para a importância de se perscrutar os mecanismos que explicariam os resultados regulatórios.

Outro corpo teórico que tratou do fenômeno regulatório na década de 1970 foi a teoria da escolha pública. Partindo de pressupostos similares aos da teoria da captura no tocante ao cálculo racional e maximizador de interesses dos indivíduos, o mérito dessa perspectiva foi incluir o burocrata como um ator relevante da política regulatória, fator extremamente importante para o presente trabalho. Assim, além do político e do grupo de interesse, deve-se levar em conta também o burocrata, cujos interesses estarão voltados para a expansão do orçamento de sua agência, com vistas a incrementar seu poder e

prestígio. Essa perspectiva avança em relação à teoria da captura, na medida em que não aceita a ideia de que a cadeia de comando de uma política vai dos grupos de interesse para os políticos, enquanto os burocratas seriam meros implementadores das decisões destes.

Se levados às últimas consequências os postulados da teoria da captura, a melhor solução para a sociedade seria a desregulação, na medida em que a regulação distorceria a alocação ótima de bens. Conforme nota Pó (2009), essa abordagem, ironicamente, perde força justamente ao não conseguir explicar adequadamente o processo de desregulação posto em marcha na década de 1980 nos Estados Unidos. Outro motivo para a perda de seu poder explicativo está na já mencionada dificuldade em explicar como custosas regulações ambientais, trabalhistas e de defesa do consumidor foram impostas ao setor privado desde o fim da década de 1960 nos Estados Unidos (VOGEL, 1989).

A teoria da captura foi extremamente importante nos debates sobre regulação, especialmente por introduzir na análise o papel político exercido pelos grupos de interesse. Em realidade, sua importância extrapola os debates regulatórios, pois a teoria visava oferecer as bases analíticas para uma verdadeira teoria econômica da ação governamental. Como é notório, o termo captura inclusive foi fortemente popularizado. O problema central dessa teoria, no entanto, é que não há espaço para variáveis político-institucionais. Os resultados regulatórios são derivados diretamente da distribuição de forças na sociedade, não havendo qualquer mediação no âmbito das instituições políticas. Em outras palavras, o sistema e os atores políticos não teriam nenhum papel autônomo no processamento e tradução das demandas sociais, funcionando como meros transmissores de interesses postos na sociedade.

Moe (1987a, p. 475) é certeiro e incisivo ao criticar a teoria da captura, igualando-a ao pluralismo e apontando para suas falhas no tocante à consideração de fatores político-institucionais:

> Often referred to as capture theory, it is better understood as a formal version of pluralism in which public policy is explained in reference to social interests and the resources that can be mobilized on their behalf. Institutions are purposely omitted from theses models, appearing as black boxes that mysteriously mediate between interests and outcomes.

Nessa lacuna deixada pelas teorias de base econômica, a Ciência Política buscou trazer novas respostas, centradas, essencialmente, no papel das instituições políticas. Os

desenvolvimentos encetados pelo neoinstitucionalismo na Ciência Política na década de 1980, marcados pelo lema "Bringing the State Back In", apontavam para a necessidade de se levar em conta elementos institucionais nas análises, uma vez que estes condicionariam a ação dos grupos sociais. Isso significava conceber o Estado, por um lado, como uma arena permeada de regras que determinariam os resultados políticos e, por outro lado, como um ator político que atuaria com relativa independência em relação aos atores sociais (EVANS; RUESCHEMEYER; SKOCPOL, 1985).

Nessa nova perspectiva, seria fundamental perscrutar a caixa-preta dos economistas, observando de perto as instituições que de fato traduzem os interesses sociais em políticas públicas. Isso significa, em primeiro lugar, compreender o papel dos diversos atores no jogo político com seus distintos interesses, como o Executivo, o Legislativo, o Judiciário, as agências reguladoras e os grupos de interesse. Além disso, torna-se importante atentar para as regras de cada arena política, na medida em que elas moldam e definem as possibilidades de sucesso dos atores políticos. Como o comando dessas regras é decisivo para o jogo político, Moe (1987, p. 476) explica que "The logic of political control thus emerges as a natural component of the positive theory of institutions and in fact is unavoidably central to its effort to explain political outcomes".

Moe (1987) apresenta-nos, assim, a teoria positiva das instituições, principal perspectiva teórica a se opor à teoria da captura. E, como o autor já expõe, seu principal foco está no controle político. Não à toa, a terceira abordagem da área proposta por Levine e Forrence (1990) é a teoria do agente-principal, que trata, precipuamente, dessa questão. É importante realçar que essa abordagem tratada pelos dois autores desloca o foco de análise em relação à teoria da captura. Nas palavras de Levine e Forrence (1990, p. 171), "The theory describes mechanisms of supervision; it does not directly predict substantive outcomes". Vale esclarecer, ainda, que se trata de uma literatura dedicada aos estudos burocráticos de maneira geral, embora também seja aplicada ao campo regulatório.

A teoria do agente-principal também parte de alguns pressupostos econômicos, como a assimetria de informação entre os indivíduos, para explicar a situação em que um ator, chamado de "principal" delega atividades para outro, denominado de "agente", estabelecendo-se uma relação desigual. Isso ocorre porque o "agente" tem, em tese, maior conhecimento sobre o assunto pelo qual é responsável, podendo atuar em busca de seus próprios interesses, e não segundo as diretrizes estabelecidas pelo "principal". Esse

fenômeno pode ser aplicado às mais diversas circunstâncias, como o eleitor que não consegue controlar o político, ou o político que não consegue controlar o burocrata. Assim, tem-se um cenário de relativa autonomia dos diversos atores políticos. Como resposta a isso, os "principais" buscam estabelecer meios para monitorar e controlar a atuação dos "agentes" (PRZEWORSKI, 1998).

Essa literatura trouxe análises pioneiras aos estudos sobre política e burocracia, uma vez que evidenciou as estratégias utilizadas pelos políticos e outros "principais" para reduzir a discricionariedade da burocracia reguladora. Conforme observam Carrigan e Coglianese (2011, p. 109), "The capture tradition in social science research tends to overlook the mechanisms by which Congress and the president seek to control what regulatory agencies do [...]". Cabe enfatizar que compreender o poder que alguns atores políticos têm significa perseguir o mesmo objetivo que a teoria da captura, qual seja, a influência sobre as agências, mas por outros meios. Assim, voltamo-nos agora para a discussão desses meios para o monitoramento das burocracias.

O primeiro foco da literatura de controle, predominantemente norte-americana, foi analisar o controle exercido pelo Congresso junto às agências, uma vez que o poder destas é delegado pelo Legislativo. O mecanismo de monitoramento do Congresso é conhecido como *oversight,* o qual obriga as agências a prestarem contas de suas atividades. O *oversight*, geralmente realizado pelas comissões temáticas do Congresso que supervisionam áreas específicas de políticas públicas, pode ser feito por meio do controle orçamentário, audiências públicas, investigações e pela revisão das decisões tomadas pelas agências (KERWIN, 1996).

McCubbins e Schwartz (1984) conceberam dois mecanismos básicos pelos quais os congressistas podem controlar as agências. O primeiro, denominado de "patrulha de polícia", consiste num acompanhamento sistemático da burocracia para garantir que suas atividades não confrontam as preferências majoritárias do Congresso. O segundo mecanismo ficou conhecido como "alarme de incêndio" e diz respeito a ações pontuais dos congressistas para corrigir os rumos da burocracia a partir do alerta realizado por grupos de interesse que acompanham diligentemente os trabalhos burocráticos.

Ancorados no poder exercido pelo Congresso no sistema político norte-americano (LIJPHART, 2003), os autores dessa linha teórica colocaram grande ênfase na "dominância congressual". No entanto, outros autores colocaram em xeque essa

perspectiva, afirmando que outros "principais" exercem enorme poder sobre as agências. Moe (1985, 1987a) é o principal expoente da vertente que afirma que os poderes presidenciais são inigualáveis, definindo, em grande medida, os contornos da atuação burocrática. Mesmo que o Congresso tenha prerrogativas que possam contrabalançar o Executivo, como a aprovação do orçamento e das nomeações aos cargos dirigentes, o presidente ainda tem fortes poderes de definição da agenda, no que seria seguido pelos legisladores.

Dentre os principais poderes à disposição do presidente, Wilson (1989) elenca a nomeação de dirigentes, a alteração de procedimentos administrativos, a reorganização das agências e a coordenação de atividades. Carrigan e Coglianese (2011) destacam ainda o papel do *Office of Management and Budget (OMB)*, que faz exigências de análises econômicas para que as agências governamentais possam emitir um novo regulamento, e do Departamento de Justiça, que tem influência sobre a execução das políticas regulatórias mesmo nas comissões independentes, cujos dirigentes têm mandato fixo. Mas a principal ferramenta do presidente para implementar sua agenda e garantir a conformidade da agência aos seus interesses reside, de fato, na nomeação de seus dirigentes. Mais do que a mera indicação de indivíduos, a nomeação significa a priorização de um grupo político com determinada agenda em detrimento de outros (WOOD; WATERMAN, 1994).

Finalmente, o terceiro dos três Poderes, o Judiciário, embora de natureza distinta, também pode afetar o funcionamento das agências. Conforme mostra Wilson (1989), a Justiça federal nos Estados Unidos tornou-se mais intervencionista ao longo do tempo, alterando as decisões discricionárias das agências. Esse fenômeno, no entanto, não se restringe aos Estados Unidos, podendo ser observado em toda parte. Como aponta Majone (1999, p. 23), "Realmente, o envolvimento dos tribunais na administração e na formulação de políticas é talvez a consequência mais importante do Estado regulador".

Embora sua ação requeira a provocação de um ator externo, o Judiciário é o único, dentre as autoridades políticas, que pode alterar ou até anular decisões tomadas em casos individuais (MOE, 1985). O Judiciário teve seu poder ampliado nas décadas de 1970 e 1980 nos Estados Unidos, durante a vigência da doutrina do *hard look*, mediante a qual se procedia a uma rigorosa análise para verificar se todas as evidências relevantes eram consideradas durante o processo decisório no âmbito das agências governamentais.

Conforme revelam Carrigan e Coglianese (2011), mesmo após a intervenção da Suprema Corte no sentido de abrandar a prática revisionista, gerou-se uma "ossificação" na atuação da burocracia, com a consequente queda na edição de normas.

A teoria do agente-principal traz, assim, importantes contribuições para o debate sobre regulação. Ao dar concretude ao jogo político-institucional, revelando as articulações entre os diversos atores estatais, essa perspectiva avança em relação à teoria da captura. Apesar desses desdobramentos positivos, o maior risco dessa abordagem, conforme alertou Baird (2012), é ignorar a lição central dos teóricos da Escola de Chicago, qual seja, a de que os grupos de interesse têm papel fulcral nas decisões governamentais e, portanto, devem ser incluídos em qualquer modelo que busque explicar o fenômeno regulatório. Kerwin (1996, p. 297) vai direto ao ponto ao afirmar que

> [...] os grupos de interesse nunca são considerados os principais, mas influenciam profundamente essas outras instituições. Suas ações estimulam e por vezes motivam as do Congresso, da Casa Branca e dos tribunais. Quando ameaçados pela ação ou inação dos burocratas, os grupos de interesse vão ao Congresso e à Casa Branca pedir ajuda.

Por fim, tratemos brevemente de uma literatura mais recente, relativa às décadas de 1990 e 2000, que deu base e fundamento para a expansão das agências reguladoras independentes mundo afora: a nova economia institucional (PÓ, 2009). Essa perspectiva procura analisar o papel das instituições, entendidas como regras formas ou informais, no desenvolvimento econômico, especialmente na superação dos custos de transação e na garantia do comprometimento de governos e atores privados com os contratos firmados (NORTH, 1991).

Partindo dessas premissas, diversos autores e instituições sugeriram a criação ou a reforma de instituições, com vistas a fomentar o desenvolvimento econômico. A regulação, nessa chave, passa a ser vista como uma questão de identificar o melhor desenho institucional para a garantia de credibilidade e para minar ações oportunistas do governo que possam prejudicar resultados políticos eficientes (LEVY; SPILLER, 1996). É nesse contexto que as agências reguladoras independentes aparecem como uma possível solução, na medida em que guardam autonomia frente aos governos de ocasião. A nova economia institucional, assim como a teoria do agente-principal, leva em conta o sistema político, mas enxerga os políticos como oportunistas que devem ser afastados por meio do desenho institucional das agências para garantir a credibilidade regulatória. De teor normativo, essa perspectiva acaba por simplificar demasiadamente o jogo político,

pois como mostrou Pó (2009), mesmo com reduzida autonomia no contexto político-institucional brasileiro, as agências reguladoras não se tornaram óbices à estabilidade contratual.

1.3 Elementos para uma análise da configuração político-institucional-setorial

A mudança do paradigma explicativo do fenômeno regulatório da teoria da captura para a teoria positiva das instituições, implicando uma maior projeção dos estudos da Ciência Política, foi extremamente importante, pois permitiu análises mais sofisticadas e realistas de como interagem atores sociais e político-institucionais na produção de políticas públicas ou de regulações estatais. Esse avanço deveu-se, principalmente, à integração de variáveis institucionais nos modelos de análise. Embora nem sempre notado, um dos trunfos dessa nova abordagem é, sem deixar de reconhecer a especificidade do processo regulatório, inserir as agências governamentais responsáveis pela regulação no âmbito do sistema político-institucional como um todo. Isso é importante, pois, independentemente do desenho institucional adotado para determinado órgão, ele sempre estará sujeito às regras de funcionamento do sistema político e imerso nas redes de relações do setor.

Em que pesem as expectativas, essa nova literatura também demonstrou dificuldades para captar as complexidades do jogo regulatório no qual atuam grupos de interesse, políticos e burocratas. Não apenas os grupos de interesse, como já indicamos, foram muitas vezes negligenciados, mas outras variáveis centrais foram subestimadas, focando-se demasiadamente no controle de um ator sobre a burocracia. Quem percebeu isso acuradamente foi Moe (1987, p. 477), após elencar críticas à teoria da dominância congressual que ganhava força nos Estados Unidos:

> None of this is intended to suggest that Congress actually has no influence over the bureaucracy. Congress is surely important in this respect. But so are presidents, the courts, interest groups – and, not least, the agencies themselves. What we need is a broadly-based institutional theory that sheds light on all this.

Em realidade, o problema analítico da abordagem do agente-principal não se refere apenas ao foco excessivo num único Poder, mas à desconsideração de outros elementos relevantes, como o significado e as consequências da interação entre Executivo e Legislativo, o papel do profissionalismo burocrático, o contexto do jogo político e os

efeitos do próprio setor e do objeto regulados. Wood e Waterman (1994) identificam quatro elementos que provocam mudanças nas agências governamentais: além dos três Poderes, os autores tratam do ambiente político, no qual incluem a situação econômica do país, eventos críticos, a pressão exercida pelos grupos de interesse, a mídia, dentre outros. O próprio Moe (1985, p. 1095), num artigo sobre o órgão regulador das relações trabalhistas nos Estados Unidos, defende que a teoria positiva das instituições funcione como uma perspectiva ampliada do agente-principal:

> In this way, it is possible to investigate simultaneously the influence of presidents and congressional committees, the constraining role of the courts, the impact of economic conditions, the internal decisions of agency staff, and grievance-filling behavior of business and labor – and do so by taking account of their locations and interdependence within the regulatory system they constitute.

Nessa perspectiva, vale discutir, a partir da caracterização do contexto político-institucional brasileiro, alguns desses elementos que consideramos fundamentais para a compreensão da influência e da configuração de qualquer setor regulado pelo Estado e, particularmente, a saúde suplementar. O ponto de partida, necessariamente, para se analisar o direcionamento mais geral e os resultados regulatórios de uma burocracia pública federal, como a ANS, é atentar para o sistema de governo, compreendido como os Poderes Executivo e Legislativo e, especialmente, para sua dinâmica relacional. Está mais do que consolidada na literatura brasileira a preponderância do Executivo em relação ao Legislativo, especialmente no tocante ao poder de agenda daquele Poder e sua dominância no processo legislativo (BID, 2007; FIGUEIREDO; LIMONGI, 1999).

A força do presidente da República deriva, principalmente, de seus poderes constitucionais, como a possibilidade de editar medidas provisórias e a iniciativa exclusiva em algumas matérias legislativas. O processo orçamentário autorizativo, pelo qual o Congresso Nacional delega ao presidente a execução dos recursos arrecadados, contribui para fortalecer a posição do presidente. Por fim, o presidente também tem o poder discricionário de nomeação para a maioria dos altos cargos burocráticos, diferentemente do que ocorre nos Estados Unidos, onde a regra é o crivo congressual (LEMOS, 2005).

Por outro lado, há uma característica tipicamente consensual, para utilizar os termos de Lijphart (2003), que enfraquece o presidente: a necessidade de o Executivo obter apoio parlamentar para implementar sua agenda. A construção da coalizão coloca o sistema administrativo, ou a burocracia pública, no centro do jogo político, pois é a

distribuição de cargos ministeriais e na administração indireta, configurando o *spoil system*, que dá a sustentação necessária ao presidente (LOUREIRO; ABRUCIO, 1999).

Assim, é possível dizer que o presidente tem proeminência na indicação aos cargos políticos, mas negociações terão de ser feitas para acomodar os interesses de sua base aliada no Congresso Nacional. No caso das agências reguladoras, o poder de barganha do Legislativo e, particularmente, do Senado Federal, torna-se maior, na medida em que as indicações presidenciais devem passar por sabatina e aprovação naquela Casa. Em realidade, o poder de nomeação do presidente varia, de maneira geral, conforme a coalizão montada no Congresso Nacional. Pereira, Bertholini e Raile (2016) argumentam que a gestão da coalizão torna-se crescentemente custosa quanto a base aliada é grande e ideologicamente diversa, e o gabinete presidencial, desproporcionalmente distribuído entre os partidos da base aliada. É plausível supor que, nessas condições de instabilidade na coalizão, a dificuldade para o presidente impor suas nomeações aumenta.

Vale destacar, ainda, que, no Brasil, o papel constitucional atribuído ao Poder Legislativo enquanto fiscalizador do Executivo não se realizou a contento na prática (ARANTES et al., 2010). No tocante às agências reguladoras, caso mais sensível, pois sua criação implicava uma forte delegação de poderes do Legislativo à burocracia, os estudos têm mostrado que os congressistas não envidaram esforços para se constituir como instância de responsabilização da atividade regulatória (GODOI, 2005; OLIVA, 2006). Se a função fiscalizatória do Congresso Nacional não é cumprida ao longo das gestões administrativas, torna-se ainda mais fundamental compreender o sentido de um dos principais fatores de influência burocrática, as nomeações políticas.

É sob essa lógica de funcionamento das relações entre Executivo e Legislativo que analisaremos as indicações aos postos de comando da ANS. Como discutimos anteriormente, as nomeações devem ser compreendidas não como uma queda de braço entre esses dois Poderes, mas como a possibilidade de alçar ao poder uma determinada agenda política. Daí a importância de, como faremos neste trabalho, evidenciar as redes de relações, dentro e fora do governo, que dão sustentação ao indicado para ocupar um posto na diretoria colegiada da agência. Assim, cada nomeado será visto como portador de um projeto político de determinada coalizão de interesses.

Entendemos que o esforço empírico de inserir as agências no contexto do complexo político-burocrático brasileiro e atentar para o significado político das

nomeações ganha importância ao se ter em mente o foco da literatura nacional sobre as agências reguladoras. Os primeiros estudos no país, atentos à novidade institucional representada pelas agências reguladoras, buscaram descrever e explicar seu surgimento, desenho institucional e significado (ABRUCIO; PÓ, 2006; NUNES, 2007; CRUZ, 2007).

Posteriormente, com o modelo institucional mais consolidado, a literatura passou a analisar, nos moldes da perspectiva do agente-principal, a capacidade de o presidente controlar as agências reguladoras e os mecanismos de que dispõe para tanto. O trabalho de Silva (2010) procura identificar a independência das dez agências reguladoras a partir de seu desenho formal e de instrumentos de interferência do Executivo, operacionalizados por fatores como contingenciamento orçamentário, vacância das diretorias e número de diretores que entregaram o cargo antes do término do mandato. Pó (2009) também havia utilizado a vacância para testar o grau de interferência do Poder Executivo. Apenas mais recentemente, outros autores passaram a analisar diretamente as nomeações para verificar como podem afetar a autonomia das agências. Silva (2011) examina o perfil das nomeações ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE)[8], enquanto Bonis (2016) esmiúça o perfil das nomeações em todas as agências reguladoras de forma mais ampla, levando em consideração trajetória profissional e filiação partidária[9].

Embora representem relevantes avanços na ainda tímida literatura empírica da área, tais análises têm um enquadramento formal, atentando apenas para os atributos dos diretores nomeados. Nosso trabalho também parte dos atributos, bem como das conexões políticas, mas dá um passo adiante no sentido de compreender os projetos e ideias em disputa nas nomeações e, principalmente, como essas agendas se traduzem em normas regulatórias. Desviamos o foco, assim, da autonomia meramente formal das agências, para compreender como os mais diversos interesses são transplantados e gerenciados no interior das mesmas. Procuramos, desta forma, contribuir ainda mais com a discussão não apenas das agências reguladoras, mas das relações mais gerais entre burocracia, grupos de interesse e sistema político. A importância de superar abordagens mais gerencialistas foi demonstrada por Pó (2009), que ao analisar três setores regulados no Brasil,

[8] Embora não sejam propriamente agências reguladoras, o ex-ministro do MARE, Bresser Pereira, inclui o CADE e o Banco Central no rol das agências reguladoras (Bresser Pereira, 1998). Olivieri (2007) também analisa, por meio de análise de redes sociais, as nomeações ao alto escalão do Banco Central, mas não está interessada na autonomia do órgão.

[9] Fora do Brasil, um dos principais trabalhos sobre o tema é o de Férnandez-i-Marín et al. (2015), que analisam a autonomia das agências reguladoras na Espanha a partir de dados biográficos dos dirigentes nomeados.

identificou que havia estabilidade contratual a despeito da falta de autonomia política das agências reguladoras na prática. Nesse sentido, e contrariando o que prega a nova economia institucional, o autor busca mostrar que fatores alheios ao desenho institucional e à autonomia das agências reguladoras devem ser levados em conta para a compreensão abrangente do jogo regulatório brasileiro.

Frise-se, assim, que o jogo político na ANS, expresso nas coalizões e nas agendas implementadas em todas as gestões da agência, é um dos principais esteios do presente trabalho. Nossa expectativa é que essa abordagem mais estrutural, capaz de observar os resultados das disputas ao longo do tempo, seja um importante instrumento para a avaliação da influência na agência. Antes de prosseguirmos com os outros elementos, para além da relação Executivo-Legislativo, que funcionam como mecanismos explicativos da influência e da regulação estatal, vale fazer uma breve incursão sobre a perspectiva pluralista na Ciência Política e os estudos de *lobby*, pois, embora alheios ao debate regulatório, guardam relação com a discussão e a pesquisa realizadas, na medida em que também tratam do exercício da influência.

A teoria pluralista, surgida na década de 1950, enfatiza a distribuição de poder na sociedade e a mudança no jogo político. Essas características da política devem-se a dois fatores, que estão no centro dessa perspectiva analítica. Por um lado, a rotatividade das elites que, por meio de eleições, assumem e comandam o governo. O jogo político-eleitoral é o principal elemento explicativo das decisões governamentais. Por outro lado, os autores dessa corrente centraram seus esforços analíticos na pluralidade dos grupos de interesse, que travariam embates políticos nas diversas arenas de políticas públicas, sendo que os mais mobilizados seriam vitoriosos nessa disputa. Os processos políticos e os resultados das políticas públicas, sempre contingentes e competitivos, seriam fruto do controle do governo pelos partidos políticos e da influência dos grupos de interesse mediante o *lobby*.

Ao enfatizar a ação política dos grupos de interesse, o pluralismo abriu o caminho para uma enorme literatura sobre *lobby*, especialmente nos Estados Unidos, com trabalhos sobre estratégias dos grupos de interesse (FURLONG; KERWIN, 2005; SCHLOZMAN; TIERNEY, 1986), e sua influência (BAUMGARTNER et al., 2009; YACKEE; YACKEE, 2006). No Brasil, partindo dos estudos pioneiros de Diniz e Boschi (1978) sobre o papel do empresariado na política, diversos autores, mais recentemente,

renovaram essa tradição de forma inovadora, analisando o *lobby* do empresariado e a influência exercida, especialmente no Congresso Nacional (CABRAL, 2007; MANCUSO, 2004; SANTOS, 2014), mas também nas agências reguladoras (BAIRD; FERNANDES, 2014).

O problema do pluralismo e dos estudos de *lobby*, conforme a citação de Moe (1987a) já mencionada, é que essas abordagens aproximam-se, por diversas vezes, do formalismo da teoria da captura, não considerando as mediações institucionais. Nosso trabalho, embora tributário da linha de estudos de *lobby*, na medida em que atenta fortemente para o papel dos principais grupos de interesse no setor de saúde suplementar, procura superar essas limitações adotando uma perspectiva de cunho mais estrutural. Nesse sentido, afastamo-nos, relativamente, de estudos de *lobby* como os de Taglialegna e Carvalho (2006) e Baird (2016). Embora o objetivo de captar a influência exercida permaneça, os instrumentos e o objeto mudam. No presente caso, estamos menos interessados em identificar ações pontuais e perceptíveis dos grupos de interesse visando à alteração de decisões específicas, como seria de se esperar numa abordagem mais pluralista, e mais focados em compreender como as disputas políticas existentes num setor ao longo do tempo, concretizadas por meio das indicações aos cargos de direção, são transformadas em direcionamentos políticos mais amplos.

Vale destacar que os próprios estudos de *lobby*, como o de Baird (2016), convergem para a conclusão de que é importante um olhar mais estrutural que atente para as articulações políticas de alto escalão, que ocorrem, muitas vezes, de forma velada, especialmente as que envolvem indicações políticas, se se quer abarcar o jogo político de forma completa. O autor estudou o *lobby* dos grupos de interesse empresariais para tentar barrar uma questão específica, a regulação da publicidade de alimentos proposta pela Anvisa. Seu foco, assim, esteve voltado para as estratégias, as coalizões e os recursos mobilizados pontualmente para tentar influenciar diversos atores governamentais. Além de identificar que numerosas arenas políticas foram acionadas para a consecução de seu objetivo, observou-se que, ao final do processo, houve mobilização de maior monta do empresariado, junto ao comitê da campanha presidencial de 2010, para influenciar a própria nomeação da diretoria colegiada da Anvisa. Essa ação, bem-sucedida, alterou de forma profunda a estrutura organizacional do setor da agência responsável pela regulação da publicidade de alimentos, com impactos permanentes na capacidade regulatória da Anvisa. Nota-se, desta forma, que, concomitantemente aos esforços de *lobby* realizados

diligente e incansavelmente pelos grupos de interesse, redes de relações são importantes para garantir acesso e influência na política, especialmente quando se trata de decisões mais estruturantes e impactantes.

Procuramos, assim, avançar na compreensão da influência a partir da combinação de uma análise estrutural fina com o estudo da dinâmica política na saúde suplementar brasileira e em seu órgão regulador. Isso significa, além de contemplar o impacto do jogo político-partidário, levar em consideração o papel das diversas variáveis de que trataremos nesta seção, como os três Poderes, a burocracia e o setor regulado. Com isso, objetivamos aportar contribuições também aos estudos da produção de políticas públicas e regulação estatal, especialmente em duas fronteiras apontadas por Marques (2013) como relevantes no atual estágio dos estudos brasileiros sobre o tema: a conexão entre os estudos legislativos e da relação entre Executivo e Legislativo com o funcionamento da burocracia e a compreensão mais acurada das dinâmicas e processos internos ao Estado.

À guisa de fecho dessa breve incursão, salientamos, ainda, que o debate entre pluralistas e elitistas na virada da década de 1950 para 1960 sobre se o poder está distribuído na sociedade ou concentrado em poucos grupos ensejou o surgimento de novos e mais concretos modelos de análise de políticas públicas, consubstanciados em conceitos como "subsistemas, triángulos de hierro, comunidades de políticas públicas, redes temáticas, subgobiernos, meso corporatismo y redes de políticas públicas" (KLIJN, 1998, p. 20). As análises de subsistemas remetem à noção de nichos de políticas públicas nos quais se estabelecem relações próximas entre grupos de interesse, agências e comissões do Congresso, como no estudo de Fritschler (1969) sobre a regulação da indústria de cigarros nos Estados Unidos. Esses trabalhos foram importantes, pois, numa perspectiva diacrônica, analisaram amplamente as relações entre os principais atores envolvidos na produção de políticas públicas. Embora levassem em conta o papel dos grupos de interesses, esses estudos não foram plenamente integrados com a literatura de *lobby* acima mencionada. Tanto é que Baumgartner e Leech (1998, p. 121) afirmaram que "an invisible line seems to be drawn between these 'policy studies' and 'interest-group studies', and there is little cross-reference between the two bodies of research". Ao fazer uma análise densa e empiricamente embasada de uma regulação estatal, levando em conta os principais atores envolvidos nesse nicho, especialmente os grupos de interesse, aproximamo-nos, em alguma medida, das abordagens de subsistemas, quiçá contribuindo para conectar esses dois polos de estudos.

Retomando a discussão sobre os diversos elementos relevantes para a compreensão da influência e da configuração de um setor de regulação estatal, ressaltamos que, apesar do foco da análise estar direcionado à interação entre os Poderes Executivo e Legislativo por meio das nomeações, procuraremos mostrar, assim como os estudos recentes no campo da teoria da agência, o impacto do Poder Judiciário, em suas várias instâncias, na regulação dos planos de saúde no país. Tal perspectiva ganha importância, quando se tem em conta a constitucionalização das políticas públicas no país (COUTO; ARANTES, 2006) e a consequente judicialização dessas políticas (TAYLOR, 2007)[10]. Não à toa, o Supremo Tribunal Federal (STF) teve papel decisivo na regulamentação da saúde suplementar na década de 1990, enquanto o Superior Tribunal de Justiça (STJ) e as instâncias inferiores exercem, contemporaneamente, forte controle sobre a atuação da ANS. Tendo em vista o histórico papel desse Poder para a conformação do setor, sua consideração na análise é fundamental.

Passando agora a alguns dos elementos anteriormente mencionados, os quais são, via de regra, ignorados pela literatura do agente-principal, cabe destacar, em primeiro lugar, o papel da profissionalização e autonomia burocráticas. Os trabalhos norte-americanos sobre burocracia costumam levar em conta o papel central da autonomia das diversas agências governamentais (CARPENTER, 2001), especialmente quando há conflito entre os Poderes Executivo e Legislativo, o que costuma gerar maior espaço discricionário para os burocratas (WILSON, 1989; CARRIGAN; COGLIANESE, 2011).

A profissionalização e estabilidade típicas do modelo weberiano também contribuem para o fortalecimento e a autonomia de organizações burocráticas, que passam a ter interesses e visões de mundo próprias. Esse processo tende a reduzir o peso das indicações políticas, pois os indivíduos que assumem os cargos de direção se veem divididos entre a lealdade aos políticos que o nomearam e ao corpo burocrático e projetos da organização que devem liderar. Quem coloca isso de forma jocosa é Wilson (1989, p. 260), segundo o qual, imediatamente após fazer o juramento para assumir um cargo de direção burocrática, "[...] the oath takers begin to experience a soul-changing conversion. Suddenly they see the world through the eyes of their agencies – their unmet needs, their unfulfilled agendas, their loyal and hard-working employees".

[10] Embora a saúde suplementar seja um campo privado de atuação, a existência de uma política pública de saúde no país, garantida constitucionalmente, tem efeitos sobre a exploração econômica da saúde, em termos de judicialização, conforme veremos adiante.

No Brasil, a maior parte dos estudos existentes sobre a relação entre sistema político e burocracia foca, como já tratamos, o papel desta como moeda de troca na composição da coalizão de governo. Conforme apontam Loureiro et al. (2010, p. 107), poucos são os estudos recentes sobre essa relação de forma mais ampla, com vistas a "compreender a natureza e o alcance do poder dos burocratas na estrutura geral do Estado, em especial aquele advindo das funções precípuas do Executivo, do Legislativo, da relação entre ambos e seus vínculos com os partidos e grupos de interesse".

Neste trabalho, procuramos avançar nessa discussão, observando a crescente institucionalização da ANS e os impactos daí decorrentes no tocante à sua autonomia e às articulações com o sistema político. Como duas faces da mesma moeda, tentaremos mostrar, por um lado, que o fortalecimento da agência dota seus altos funcionários de força suficiente para participarem de negociações políticas, inclusive sobre a própria nomeação de servidores de carreira aos cargos máximos da instituição. Por outro lado, essa mesma capacidade política, ao inserir a elite do funcionalismo no topo do processo decisório, pode impactar diretamente a condução mais geral e os resultados regulatórios da agência.

Essa questão enseja-nos a discussão de outro ponto muito caro à literatura que debate o papel e a relação entre políticos e burocratas. Embora seja ainda uma ideia muito disseminada no senso comum, a discussão acadêmica já superou, há algum tempo, a divisão simplista e dicotômica, segundo a qual os políticos, responsivos ao eleitor, decidem as grandes questões de políticas públicas, enquanto os burocratas seriam responsáveis por implementá-las de maneira técnica e neutra.

O estudo comparativo de Aberbach, Putnam e Rockman (1981) representou um ponto de inflexão nesse debate, ao mostrar as crescentes politização da burocracia e burocratização da política. Nas sociedades modernas, em que, por um lado, a especialização e o conhecimento técnico são exigidos, e por outro, a democratização das decisões é demandada, a distância entre políticos e burocratas é significativamente reduzida. Isso porque os políticos necessitam tomar decisões tecnicamente embasadas frente aos problemas, enquanto os burocratas necessitam atuar politicamente em dois sentidos: por um lado, levando em conta os interesses da sociedade, e por outro, fazendo concessões e negociações para viabilizar a implementação de projetos e políticas públicas. Conforme concluem Loureiro e Abrucio (1999, p. 70), "Desta forma, ambos

precisarão adotar cada vez mais a posição de *policymakers*, com responsabilidade política e sem ignorar o caráter técnico dos assuntos de Estado".

Outro elemento fundamental que deve ser acrescentado numa análise holística de uma política pública ou de uma regulação estatal é o contexto ou a configuração do setor. Quem introduziu essa ideia de forma pioneira foi Theodore Lowi. Invertendo a lógica tradicional da Ciência Política, segundo a qual seria necessário olhar para a política para se compreender como as políticas públicas são produzidas, Lowi (1972, p. 299) afirma que as políticas públicas é que determinam a política, de tal modo que "[...] one can say little new about the politics of regulation without introducing the general policy context within which regulation is only one small, albeit important, part". Isso significa que as inter-relações políticas só podem ser entendidas se observadas no contexto específico de setores de políticas públicas. Lowi (1964) trabalha com três grandes categorias de políticas públicas, a saber, distributiva, redistributiva e regulatória, as quais implicam atores políticos, estruturas de poder e *loci* decisórios específicos.

Também trabalhando com tipologias, Wilson (1989) traz a ideia de que as agências governamentais estão inseridas em ambientes políticos definidos pela maneira como os grupos sociais são afetados. O autor concebe quatro tipos de ambientes políticos. No tipo majoritário, os custos e benefícios resultantes da ação governamental estão distribuídos de forma mais homogênea na sociedade, não gerando mobilização relevante de grupos de interesse. O segundo ambiente *(interest-group politics)* é marcado pelos altos custos e benefícios *per capita*, de tal maneira que grupos rivais têm fortes incentivos a se organizar para pressionar o governo. Esse embate de forças tende a aumentar o espaço de atuação discricionária da agência.

Os outros dois casos são os particularmente relevantes para o presente trabalho, pois se referem a ambientes nos quais os custos e benefícios estão desigualmente distribuídos, gerando fortes incentivos adversos para a atuação. No ambiente clientelístico, os benefícios estão concentrados em poucos atores, como uma indústria, enquanto os custos estão dispersos na sociedade. As consequências desse modelo de captura são explicados por Wilson (1989, p. 76): "Because the recipients' benefits are large, they have an incentive to organize and press for the law; since the costs to those who pay them (per person) are low and perhaps hidden, they have no incentive to organize and oppose the law".

No ambiente oposto, chamado de *entrepreneurial*, os custos são concentrados na indústria e os benefícios, difusos. Nessa situação, o empresariado deverá fazer oposição acirrada à atuação da agência, que precisará escorar-se no apoio de grupos sociais para levar adiante sua política regulatória. Essa agência, dessa maneira, estará sempre num delicado equilíbrio para manter seu padrão de atuação.

Como deve ter ficado claro, compreender o ambiente ou o setor no qual o jogo político se desenrola é fundamental para qualquer análise. No presente trabalho, buscaremos dar um passo adiante nesse sentido, atentando não apenas para o contexto da regulação na saúde suplementar, mas também para as especificidades do objeto da regulação. Em outras palavras, estaremos interessados em observar se o setor também é *issue-specific*, o que significa dizer que a coisa regulada, os planos de saúde neste caso, impacta os processos e a configuração do setor, e mesmo sua política. A título de exemplo, adiantamos que a própria concepção de saúde suplementar, que supõe a saúde como mercadoria, gera um algo grau de conflituosidade no setor e insere definitivamente o Judiciário no jogo político-regulatório.

À guisa de conclusão, ressaltamos que as teorias regulatórias observadas buscaram, à sua maneira, deslindar como interesses e instituições combinam-se e provocam determinados resultados. Em que pese terem trazido a lume aspectos centrais da dinâmica existente entre políticos, burocratas e grupos de interesse na regulação, nenhuma foi capaz de explicar o fenômeno regulatório de forma holística. Isso ocorreu justamente porque essas abordagens não incorporaram os diversos elementos acima discutidos. Moe (1987a, 1987b) tinha clareza a esse respeito e propunha uma teoria positiva das instituições que integrasse as mais diversas variáveis, superando essas limitações da perspectiva do agente-principal. Em suas palavras, "The fundamental task of a positive theory of institutions is to provide a coherent view of the institutional system as a whole" (MOE, 1987, p. 514).

Pó (2009) chega a conclusões semelhantes e afirma que apenas os estudos sobre a burocracia, como os de Wilson (1989) e Wood e Waterman (1994), lograram preencher de forma satisfatória as lacunas da perspectiva do agente-principal. A esse respeito, o autor aponta que

> Questões como controle político, disputa entre os Poderes, empreendedorismo político dos burocratas e o papel dos grupos de interesse, numa mescla teórica

> que não tenta 'domesticar' a política, são hoje mais utilizados pelos estudos realizados nesse campo (PÓ, 2009, p. 66).

Nessa mesma linha, e sem a pretensão de construir um modelo analítico completo, entendemos que somente a conjugação de fatores políticos, institucionais e setoriais terá o condão de explicar a política e a influência no âmbito da ANS e a configuração mais ampla do setor de saúde suplementar. Para além dos aportes empíricos, esperamos que essas perguntas de pesquisa constituam contribuições teóricas sobre o impacto e a importância das instituições, da política e do setor e do objeto regulado na produção de políticas públicas e/ou na regulação estatal.

Capítulo 2. Configuração histórica e regulamentação do setor

Este capítulo tem um duplo objetivo. Por um lado, busca analisar o surgimento, a evolução e a configuração atual do setor de saúde suplementar no Brasil. Isso inclui a observação de características e eventos marcantes do setor, especialmente sua regulamentação, bem como o mapeamento e a compreensão dos principais atores e interesses envolvidos. Por outro lado, enfoque será dado à construção institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão responsável pela regulação do setor, a partir do detalhamento de seu desenho institucional, suas funções e procedimentos.

Antes de iniciarmos com a reconstituição da trajetória história do setor, cabe caracterizar, desde já, a saúde suplementar, pois se trata de termo que costuma gerar bastante confusão e imprecisão. O conceito de saúde suplementar ou assistência médica suplementar refere-se ao segmento de planos e seguros de saúde. É importante distinguir os sistemas público, complementar e suplementar. Conforme a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19/09/1990), os serviços e ações de saúde prestados por instituições públicas conformam o Sistema Único de Saúde (SUS). Além da oferta pública de saúde, existe a possibilidade, prevista no artigo 199 da Constituição Federal de 1988, de que o SUS recorra a serviços privados[11], mediante contrato ou convênio, para complementar a cobertura pública, quando esta for insuficiente . Este sistema, denominado complementar, está inserido no âmbito do SUS, de modo que as normas de funcionamento e os valores de remuneração são definidos pelo poder público.

No entanto, paralelamente aos sistemas público e complementar, existe o suplementar, que funciona por meio de operadoras que comercializam planos e seguros privados de assistência à saúde, intermediando a relação entre consumidores e prestadores[12]. Na formulação de Ocké-Reis (2012, p. 65), essas operadoras atuariam como

[11] Conforme o artigo 25 da Lei Orgânica da Saúde, "as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS)" (BRASIL, 1988).

[12] Recorrentemente, os subsistemas complementar e suplementar são utilizados de forma intercambiável, o que é incorreto. Mesmo do ponto de vista semântico, é possível estabelecer uma diferença entre os termos. 'Complementar' refere-se a complemento, a algo que falta para completar um todo. 'Suplementar', por sua vez, embora também possa ser utilizado como sinônimo de 'complementar', diz respeito a algo que se acrescenta, que se adiciona e, portanto, extrapola o todo. Neste caso, é possível interpretar o sistema complementar como algo que inteira o SUS, enquanto o suplementar ofertaria serviços adicionais (WERNECK, 2010).

um "terceiro pagador", vendendo "planos de pré-pagamento que intermedeiam o financiamento do acesso aos serviços privados de saúde, protegendo os segurados do risco associado ao custo de adoecer". Trata-se, portanto, de setor privado que atua de forma desvinculada ao sistema público de saúde[13].

Deve-se observar, ainda, que a assistência médica privada não se esgota na saúde suplementar. O que caracteriza o mercado de serviços privados de saúde, de cunho mercantil, é o pagamento pela utilização de serviços (ALMEIDA, 1998). Assim, havendo desembolso direto ao prestador de serviços, estará configurado outro subsistema, que é a medicina liberal.

Tendo por base a análise precedente, seria possível conceber o sistema de saúde brasileiro de duas formas. Considerando os enunciados dos diplomas legais e a interpretação de Médici (1990), focada na morfologia dos mercados privados, haveria o subsistema público, o complementar, o suplementar e a medicina liberal. Por outro lado, seria possível, analiticamente, dar maior relevo à natureza da atuação privada na saúde. Dessa forma, o subsistema complementar, por estar a serviço do SUS e seguir suas diretrizes, seria identificado como parte do sistema público. Neste caso, seguindo a definição de Mendes (2001), nosso sistema de saúde seria composto pelos subsistemas público, pelo suplementar e pela medicina liberal.

2.1 Formação e desenvolvimento do setor

Para compreender a origem dos atuais planos de saúde, é preciso retroceder no tempo até pelo menos a década de 1920 e analisar, a partir daí, a maneira como se organizou e evoluiu o sistema previdenciário. Isto porque a política de assistência à saúde no Brasil, que redundou, posteriormente, em formatos públicos e privados de assistência médica, nasce associada à Previdência Social.

[13] Vale destacar, no entanto, que, tomando como referência uma taxonomia dos sistemas de saúde realizada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o Brasil não seria classificado como um sistema suplementar. De acordo com essa organização, nos sistemas suplementares, a cobertura se dá em serviços não ofertados pelo sistema público. Como no Brasil os planos de saúde ofertam serviços já incluídos no SUS, que oferece assistência integral, nosso sistema seria taxado de 'duplicador' (OCDE, 2004). De todo modo, conforme argumenta Werneck (2010), a maior parte dos planos duplica uma parcela restrita dos serviços oferecidos pelo SUS, até por sua abrangência, de modo que nosso sistema seria melhor caracterizado como "duplicado, porém reduzido".

O ano de 1923 marca o início da Previdência Social no Brasil. Com a promulgação da Lei Eloy Chaves, surgem as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que são as primeiras instituições previdenciárias para o atendimento dos trabalhadores do setor privado[14]. Financiadas por patrões e empregados, as Caixas funcionavam no âmbito de cada empresa. Mas as CAPs iam além do benefício previdenciário, incorporando também, ainda que de forma tímida, a prestação de serviços médicos aos trabalhadores e seus dependentes. Embora não seja uma interpretação comum na literatura, como a assistência era organizada a partir de um fundo dentro de cada empresa, a própria Agência Nacional de Saúde Suplementar aponta a semelhança entre esse modelo seminal das CAPs e os atuais planos de saúde (ANS, 2016a). Isso porque, como veremos adiante, uma das modalidades de prestação de serviços no âmbito da saúde suplementar é a autogestão, que funciona em moldes similares aos das CAPs. Seja como for, resta nítida a vinculação original entre Previdência Social e assistência médica no Brasil.

Essa vinculação é tão profunda que a própria trajetória das políticas de saúde no país será marcada pela institucionalidade da Previdência Social. Assim,

> a assistência médica governamental se desenvolve como um benefício vinculado ao contrato de trabalho formal e com as características de seguro, ou seja, uma obrigação contratual de caráter contributivo, não se constituindo como uma prestação pública a que tem direito toda a população (MENICUCCI, 2007, p. 62).

O reflexo disso na arquitetura institucional do governo é que, desde esse período até a década de 1980, caberá à Previdência Social, e não ao Ministério da Saúde, a assistência à saúde de caráter individual.

A década de 1930 vai trazer uma grande reestruturação e ampliação do sistema previdenciário no Brasil, cuja materialização se deu por meio da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que foram progressivamente substituindo as CAPs. Alguns aspectos relacionados aos IAPs merecem ser destacados. Em primeiro lugar, a cobertura deixou de ser por empresa, passando a abranger categorias profissionais em âmbito nacional, o que significou relevante ampliação da assistência à saúde[15]. O marco

[14] As CAPs desenvolveram-se em setores vinculados à economia agroexportadora, predominante no Brasil daquele tempo. Assim, esse modelo começou beneficiando os trabalhadores das empresas ferroviárias, tendo se estendido, posteriormente, aos estivadores e marítimos (MATOS, 2011).

desse processo ocorreu em 1933, com a criação do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM).

A heterogeneidade na provisão de serviços previdenciários e médicos, característica das CAPs, foi institucionalizada. Ao tratar dos IAPs, Carvalho (2001, p. 114) informa que "todos concediam aposentadoria por invalidez e pensão para dependentes. Os IAPs mais ricos, como o dos bancários, forneciam ainda aposentadoria por tempo de trabalho, auxílio médico-hospitalar, auxílio para caso de doença, de morte, de parto". No caso da saúde especificamente, alguns dados sobre despesas médicas ajudam a tornar mais clara essa diferenciação entre IAPs. Em 1964, 20,2% do total de gastos do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI) eram destinados à prestação de saúde, enquanto no Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB), essa proporção chegava a 63,4% (MENICUCCI, 2007). A provisão de serviços era, portanto, altamente desigual.

No tocante à provisão de assistência à saúde, a abrangência nacional dos IAPs, relativamente às CAPs, possibilitou uma maior mobilização de recursos e, por conseguinte, a organização de alguns serviços próprios, como ambulatórios e hospitais. Muitos IAPs, no entanto, contratavam ou credenciavam serviços privados, especialmente no caso da assistência hospitalar. De todo modo, uma política deliberada de restrições de despesas não permitia que a assistência à saúde se ampliasse de forma correspondente à expansão dos benefícios previdenciários, o que garantia à rede própria instalada uma capacidade de atendimento significativa. Ressalte-se, todavia, que do ponto de vista legal, ficava a cargo de cada IAP a definição a respeito de sua infraestrutura, podendo optar por instalações próprias ou estabelecimento de contratos e convênios (MENICUCCI, 2007).

A partir dos anos 1940, de forma paralela aos IAPs, algumas empresas, principalmente as estatais e as multinacionais, desenvolvem arranjos de assistência médica aos seus funcionários. Denominados de autogestão, esses arranjos constituem os primeiros planos privados do Brasil, sendo que a Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi), criada em 1944, é considerada pela Agência

[15] Essa mudança ocorreu num contexto de corporativismo estatal da Era Vargas, por meio do qual alguns direitos sociais foram concedidos como resposta às pressões dos trabalhadores urbanos. O reconhecimento e beneficiamento desses assalariados inseridos na estrutura sindical subordinada ao Estado, embora positivo, ao ampliar a cobertura, teve como contrapartida a exclusão dos segmentos autônomos, dos trabalhadores domésticos e, principalmente, dos trabalhadores rurais, que constituíam a maioria da população. Na expressão de Santos (1979), tratava-se de "cidadania regulada".

Nacional de Saúde Suplementar como o mais antigo plano de saúde ainda em operação no país (ANS, 2016).

Na década seguinte, no contexto de rápida industrialização do governo de Juscelino Kubitscheck (1956-1960), quando empresas multinacionais, especialmente a indústria automobilística, instalam-se no ABC paulista, um novo arranjo institucional privado de provisão de serviços médicos começa a se delinear. Com vistas a racionalizar a oferta de assistência à saúde aos seus empregados, aumentando a produtividade e reduzindo o absenteísmo, essas empresas passaram a contratar os serviços médicos de terceiros. Assim nasce a medicina de grupo, grupos médicos responsáveis pelo atendimento a essas empresas. Esse é o início do que a literatura convencionou chamar de "empresariamento da saúde" e, portanto, do segmento comercial lucrativo de planos de saúde. Essa modalidade empresarial só ganhará relevância, no entanto, a partir das transformações realizadas na Previdência Social pelo governo militar que toma o poder em 1964.

Como vimos, a assistência médica no âmbito dos IAPs não era prioritária. Esse quadro de fragilidade da assistência à saúde no âmbito das instituições previdenciárias só começa a ser superado com a unificação dos IAPs sob o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966, durante a ditadura militar. Para que se tenha ideia da baixa prioridade dada à assistência médica no âmbito dos IAPs até esse momento, basta atentar para o fato de que, "dos aproximadamente sete milhões de segurados que se incorporam ao INPS [...], apenas cerca de metade contava com serviços médicos de forma regular" (MENICUCCI, 2007, p. 67). A partir desse momento, consolida-se o consenso em torno da necessidade de universalização e uniformização dos serviços de assistência à saúde, com o correspondente aumento dos gastos públicos na área.

A unificação dos IAPs liberou, portanto, enorme demanda reprimida por serviços, a qual não podia ser suprida pela rede própria previdenciária. De acordo com Czapski e Medici (2011), aproximadamente 18 milhões de trabalhadores foram incorporados ao sistema a partir de 1969, passando a usufruir da assistência médico-hospitalar previdenciária. A Previdência Social transforma-se, a partir desse momento, "no maior comprador de serviços médicos do País" (BAHIA, 1999, p. 14). Nesse novo cenário de universalização dos serviços médicos, uma importante decisão teria que ser tomada relativa ao *mix* público-privado na assistência à saúde no Brasil. A opção do governo

militar não foi pela ampliação da rede pública antes composta pelos serviços dos IAPs, mas por uma política de incentivo aos serviços privados.

Esse estímulo ao setor privado para a assistência à saúde ocorreu por meio de duas estratégias concomitantes: a compra direta de serviços privados pelo Estado e a transferência da função provedora para a iniciativa privada (ALMEIDA, 1998; SCHEFFER; BAHIA, 2010). A essas estratégias corresponderam dois arranjos institucionais para a provisão de assistência à saúde: o sistema contratado e o conveniado, que funcionavam paralelamente ao sistema próprio da Previdência Social, constituído pelos serviços do INPS. O sistema contratado era formado por uma rede privada credenciada para atender os segurados da Previdência Social. A compra de serviços privados beneficiou, principalmente, os hospitais privados. Tanto é que, conforme aponta Menicucci (2007, p. 82), "Progressivamente, os serviços hospitalares comprados de terceiros vão representando a quase totalidade dos gastos com assistência médica previdenciária, representando, em média, cerca de 90% da despesa geral do INPS no período de 1969 a 1975". Esse direcionamento foi aprofundado em 1974, por intermédio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que foi um importante instrumento de financiamento a juros negativos para a construção de hospitais privados (OCKÉ-REIS, 2000).

O outro sistema, de maior interesse para nossos propósitos, era o conveniado, que possuía outra forma de articulação com o setor privado e representou a transferência da provisão de saúde à iniciativa privada. Nessa modalidade, a Previdência Social estabelecia um convênio com as empresas, que, mediante subsídio governamental, arcavam de forma exclusiva com os custos médicos dos seus funcionários. Para cumprir essa função, as empresas, via de regra, contratavam uma terceira empresa, comumente chamada, como vimos, de medicina de grupo. Esses convênios tripartites remuneravam as medicinas de grupo por um sistema de pré-pagamento. Assim, definia-se um valor fixo por trabalhador assegurado e a empresa pagava o total ao grupo médico, independentemente dos serviços utilizados (MENICUCCI, 2007).

Esse tipo de convênio surgiu ainda no âmbito dos IAPs, sendo o mais famoso o do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI) com a Volkswagen e a empresa médica Policlínica Geral em 1964. No entanto, é a partir do incentivo proporcionado pelo INPS que esses convênios-empresa vão apresentar crescimento

substancial, consolidando-se ao longo da década de 1970 (ALMEIDA, 1998). De acordo com depoimento de Geraldo Rocha Melo, fundador da Medial Saúde, "bastava uma empresa chegar ao INPS e manifestar interesse em contratar uma empresa de saúde para oferecer um plano aos seus empregados, que o convênio-empresa era firmado" (CZAPSKI; MEDICI, 2011, p. 348). Como resultado desse estímulo, em meados da década de 1970, dez anos após a criação do INPS, "existiam quase cinco mil convênios dessa ordem, abarcando cerca de dez por cento da população previdenciária à época" (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2003a, p. 20). Vale destacar, ainda, que, pouco depois do surgimento das medicinas de grupo, e em oposição a elas, são criadas as cooperativas médicas, outra modalidade no âmbito da assistência médica suplementar.

É importante frisar, assim, que a década de 1960 é um marco no desenvolvimento da assistência à saúde no Brasil, em especial no tocante ao fortalecimento da inserção privada na provisão de serviços. Por um lado, a cobertura assistencial pública previdenciária é fortemente expandida, com o Estado assumindo definitivamente essa tarefa. Por outro, o Estado, que se torna o grande organizador do sistema de saúde, opta por um modelo de assistência de viés privatizante. Conforme pontua Almeida (1998, p. 11), "É consenso na literatura que o desenvolvimento do setor privado na saúde no Brasil está intrinsecamente ligado à opção modernizante implementada pelo governo autoritário [...]". A expansão do mercado privado ocorreu por meio da sustentação da demanda pela Previdência Social, processo que não teria ocorrido sem intervenção estatal, dados os baixos níveis de renda da população e os crescentes custos médicos (MENICUCCI, 2007). Esse processo acarretou tanto o crescimento dos prestadores privados de serviços, em particular os hospitais, como o desenvolvimento da medicina de grupo[16], principal modalidade de assistência na saúde suplementar.

Progressivamente, essa modalidade empresarial de assistência vai se expandir e autonomizar em relação ao governo, dando forma ao modelo atual de planos de saúde comerciais. Aos poucos, os convênios-empresa, fundamentais para o crescimento da medicina de grupo, vão perdendo ímpeto, especialmente durante a crise financeira da Previdência Social[17] na década de 1980, até o ponto em que são definitivamente extintos.

[16] Vale destacar que as medicinas de grupo, além do financiamento via convênios, também se beneficiaram dos incentivos à construção de hospitais. Por meio da verticalização, esses próprios grupos médicos passaram a contar com hospitais para a oferta de serviços (OCKÉ-REIS, 2000).

[17] Desde 1977, o órgão responsável pela assistência à saúde no âmbito do INPS era o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Mas essa ruptura não inibiu o desenvolvimento do setor privado, "pois nessa altura nem os grupos médicos nem as empresas precisavam mais do INAMPS. Uns porque já haviam conquistado substancial fatia do mercado, vendendo diretamente seus serviços a indivíduos ou firmas; as outras porque preferiam dispensar o controle exercido" (WERNECK VIANNA, 1995, p. 32). Menicucci (2007, p. 160) resume bem essa transição: "Nos anos 80, a assistência privada deixa de ser complementar para se tornar suplementar, passando a ter seu desenvolvimento de forma autônoma, em relação tanto ao financiamento quanto à forma de captação de clientela".

Se a década de 1960 representou o primeiro impulso para as atividades privadas na assistência à saúde, a década de 1980 assistiu ao segundo ciclo de expansão da saúde suplementar, que se consolida definitivamente. Diversos fatores ajudam a explicar esse processo. O mais apontado pela literatura refere-se à baixa qualidade dos serviços públicos de saúde, decorrente da crise financeira da Previdência Social, que levaria as pessoas a buscar a provisão privada e os prestadores privados a se aproximarem da assistência supletiva em detrimento do sistema público (ALMEIDA, 1998; OCKÉ-REIS, 2000).

Em que pese o fim dos convênios-empresa, novos e poderosos instrumentos governamentais passaram a subsidiar o funcionamento da saúde suplementar. Um deles foi a autorização para que as empresas computassem as despesas com assistência médica como custos operacionais, o que lhes permite repassá-los para o preço final dos produtos. Desde 1974 vigorava também a possibilidade de dedução do Imposto de Renda dos gastos com saúde para pessoas físicas. De forma a compensar os prestadores de serviços pela baixa remuneração efetuada pela Previdência Social, o governo também permitiu a cobrança de complementação aos segurados interessados em acomodações especiais dentro do sistema público (MENICUCCI, 2007).

Como a crise dos anos 1980 também atingiu o poder aquisitivo da emergente classe média, é plausível supor que tenha havido intensa migração de quem antes pagava diretamente aos prestadores de saúde (medicina liberal) para os planos de saúde. Da mesma forma, funcionários públicos dos mais diversos tipos de órgãos podem ter transitado da autogestão para os planos privados, engrossando as fileiras dos beneficiários do segmento suplementar (BAHIA, 1999). Vale destacar, ainda, que esse processo coincide com a entrada das seguradoras no segmento de planos de saúde.

Se o primeiro ciclo expansivo dos planos de saúde ocorreu sob os auspícios diretos do governo, na forma de um segmento complementar, essa segunda fase de crescimento da assistência privada, agora independente, desenrola-se na ausência de um marco regulatório. Conforme assevera Almeida (1998, p. 13), o Estado "abdicou das funções mediadora e reguladora, principalmente pela não-decisão, permitindo que as relações implícitas entre o público e o privado vigorassem *sem intervenção* e perdendo, assim, a capacidade de regulá-las".

Por fim, é curioso notar que esse segundo movimento de expansão do setor privado coincide com o auge do movimento sanitarista, que propugnava um sistema universal, público e gratuito de saúde, que se concretiza com a criação do SUS no âmbito da Constituição Federal de 1988. De fato, outra explicação aventada para a contínua expansão do setor privado é o caráter elitista do movimento sanitário, que não logrou obter apoio dos setores populares e dos trabalhadores organizados na luta pela constituição de um modelo de saúde universal. A contraparte disso seriam os próprios interesses particularistas de segmentos dos trabalhadores, cujas reivindicações passam pela expansão da assistência supletiva (MENICUCCI, 2007). Esse quadro de um sistema de saúde dual caracteriza aquilo que Faveret Filho e Oliveira (1990) denominaram de "universalização excludente", por meio da qual as camadas médias da população não participariam do sistema público universal.

Empenhados em analisar o desenvolvimento do SUS, boa parte dos autores desse período, ao se deparar com o tamanho do segmento suplementar no sistema de saúde brasileiro, atribuiu esse fato a um efeito inesperado da expansão do sistema público ou mesmo ao seu fracasso. Essa linha interpretativa é curiosa, na medida em que, como vimos, o setor privado, amparado por incentivos governamentais, já vinha se desenvolvendo num forte ritmo desde a década de 1960. Nesse sentido, parecem-nos certeiras as análises de Bahia (1999) e Menicucci (2007), para quem a constituição do SUS e a expansão da cobertura pública não representaram, em realidade, uma completa ruptura com o modelo anterior. Tratou-se, antes, de uma importante inovação que passou a conviver com um já sedimentado setor privado autônomo, conformando, desta forma, um modelo de saúde híbrido no Brasil.

Como corolário desse quadro, as autoras contestam a ideia de que a piora dos serviços públicos tenha levado ao crescimento do setor privado. Menicucci (2007),

inclusive, requalifica o conceito de "universalização excludente", ao contestar a ideia de que certos setores foram excluídos do setor público. Em realidade, esses setores jamais foram incorporados a ele, tendo sempre estado vinculados ao segmento privado. Bahia (1999) ainda questiona o argumento de que os sindicatos seriam contrários à universalização da assistência à saúde. Ambas as autoras explicam o segundo ciclo expansivo da saúde suplementar, principalmente, pelos novos incentivos financeiros governamentais e pela migração contínua dos segmentos de maior renda da medicina liberal para os planos privados. Por fim, as duas autoras concordam que a expansão da assistência supletiva representa um limite à concretização do projeto universalista da reforma sanitária. Bahia (1999, p. 32) vai além, afirmando que essa expansão "corrompe os direitos universais à saúde na medida em que estratifica os cidadãos-consumidores em diferentes padrões de assistência e cuidados".

2.2 O setor regulado e seus formatos institucionais

Ao longo da reconstituição histórica do setor, foi possível tratar apenas brevemente das diversas modalidades institucionais que constituem o segmento da saúde suplementar. Nesta seção procuraremos caracterizar de forma mais precisa os diversos formatos institucionais que são assumidos pelas organizações que atuam no complexo setor de planos de saúde. Essas diferentes modalidades podem variar conforme origem, formato jurídico-institucional, nicho de mercado e a forma de provisão de serviços. Apontaremos também as principais instituições que foram criadas para representar os interesses das distintas modalidades do setor.

Embora com alguma variação, a literatura costuma trabalhar com quatro modalidades institucionais no âmbito da saúde suplementar: autogestões, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras. Mencionaremos também, brevemente, duas outras modalidades, que são as filantrópicas e as administradoras de benefícios.

2.2.1 Autogestões

As autogestões referem-se ao formato em que a própria empresa organiza os serviços médicos destinados aos funcionários. Historicamente, essa organização podia

ocorrer por intermédio dos departamentos de recursos humanos ou por meio de instituições privadas sem fins lucrativos, como caixas e fundações. Neste último caso, em que há a criação de uma entidade jurídica paralela, dá-se o nome de planos de administração – alguns autores chegam a considerar essa categoria como uma modalidade à parte. A característica central das autogestões, de todo modo, é que a assistência à saúde não é terceirizada.

Embora suas raízes remontem ao século XIX, com organizações mutualistas de caráter voluntário para a provisão de alguns serviços, seu desenvolvimento moderno deu-se a partir da década de 1940 no âmbito de empresas estatais e multinacionais. Como vimos, o marco desse processo foi a criação da Cassi, ligada ao Banco do Brasil, em 1944. Outra instituição referência dessa modalidade, fundada em 1945, é a Assistência Patronal dos Servidores do IAPI, hoje denominada Geap Autogestão em Saúde. Ambas são, atualmente, as duas maiores instituições de autogestão do país.

Na maior parte dos casos, as autogestões são financiadas por empregadores e funcionários. Em alguns casos, contudo, a organização arca integralmente com os planos dos funcionários. De maneira geral, as coberturas são mais amplas se comparadas com os planos de saúde (SCHEFFER; BAHIA, 2010). As regras para o funcionamento, a cobertura e o credenciamento são definidas pelas próprias empresas.

A autogestão foi impulsionada a partir de 1977, com a promulgação da Lei nº 6.435, que criou os sistemas abertos e fechados de previdência complementar, possibilitando "o investimento de recursos dos fundos de pensão na oferta de assistência médica" (ALMEIDA, 1998, p. 12). É, ainda hoje, a modalidade predominante nas empresas estatais e órgãos da administração pública. Exceção feita às filantrópicas, trata-se da menor modalidade em número de beneficiários. O segmento começou a se organizar para ter representação institucional nos anos 1980, a partir da criação de duas entidades representativas: a Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios das Empresas (Abraspe) e o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (Ciefas) (BRASIL, 2003). A partir de 2002, a união dessas instituições deu origem à União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), que tem 140 instituições filiadas (UNIDAS, 2016).

2.2.2 Medicina de grupo

A medicina de grupo é a primeira modalidade empresarial lucrativa no segmento suplementar. São empresas médicas que administram planos de saúde para outras empresas e para indivíduos ou famílias. A oferta de serviços médicos pode ser realizada mediante estrutura própria ou credenciamento de médicos, hospitais e serviços de diagnóstico. Em alguns casos, é prevista a utilização de serviços não credenciados, com posterior reembolso (ALMEIDA, 1998). A vinculação do segurado (empresa ou indivíduo) à empresa médica ocorre por um contrato de pré-pagamento.

Conforme descrito anteriormente, o surgimento das medicinas de grupo está associado à vinda das multinacionais para o ABC Paulista em meados da década de 1950 no contexto de acentuada industrialização do país. O deslanche dessa modalidade ocorre a partir de 1964 com o primeiro convênio-empresa assinado entre a Volkswagen e o IAPI, que possibilitou ao grupo médico Policlínica Central a oferta de serviços médicos aos funcionários daquela empresa. A consolidação institucional das medicinas de grupo ocorreu por meio do Decreto-Lei nº 66, de 1966, que regulamentou a figura jurídica dos convênios-empresa, e do Decreto nº 81.874, de 1967, que definiu o ressarcimento das empresas no âmbito desses convênios (CZAPSKI; MEDICI, 2011).

As medicinas de grupo surgem voltadas ao atendimento de empresas, principalmente em São Paulo, mediante os chamados planos coletivos ou empresariais. Apenas posteriormente essa modalidade vai ofertar planos individuais e se expandir para outras regiões, principalmente grandes cidades da região Sudeste, onde estão concentradas as empresas de médio e grande porte (MENICUCCI, 2007).

As medicinas de grupo passaram por uma primeira grande expansão entre meados da década de 1970 até a metade da década de 1980. Atualmente, dividem o mercado, em termos de clientela, com as cooperativas médicas. Dentre as principais empresas do setor podemos listar, da primeira geração (década de 1960), a Samcil, a Amico e a Intermédica. Da segunda geração, a partir dos anos 1970, a Amil e a Golden Cross (CZAPSKI; MEDICI, 2011). Atualmente, em ordem decrescente de faturamento e beneficiários, estão a Amil, a NotreDame Intermédica[18] e a Hapvida.

[18] Como se pode depreender do nome, a NotreDame Intermédica decorre da fusão, nos anos 1990, entre a empresa de medicina de grupo Intermédica e a NotreDame Seguradora.

Por serem pioneiras no mercado, as medicinas de grupo foram as primeiras a organizar entidades representativas. Ainda em 1966, foi criada a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), que conta hoje com 152 empresas filiadas. Duas décadas depois, em 1986, constituiu-se o Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge). Em 1996, foi fundado o Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog) (ABRAMGE, 2016).

2.2.3 Cooperativas médicas

As cooperativas médicas são uma modalidade em que os médicos exercem, a um só tempo, o papel de sócios e prestadores de serviços. Não há salários, e sim um rateio entre os cooperados após o pagamento das despesas (ALMEIDA, 1998). Nesse sentido, nascem como empresas sem fins lucrativos. O atendimento, inicialmente, realizava-se nos consultórios dos próprios cooperados ou em instalações credenciadas. Progressivamente, as cooperativas investiram "na aquisição de unidades hospitalares e na construção de centros diagnósticos, contrariando os cânones da livre escolha, que também inspiraram sua fundação" (SCHEFFER; BAHIA, 2010, p. 82).

Com essas mudanças, a atuação das cooperativas e das medicinas de grupo convergiram, incluindo a busca por lucro. Não à toa, Bahia (1999) classifica as cooperativas como empresas médicas e as analisa conjuntamente com as medicinas de grupo. Esse desenvolvimento é interessante, na medida em que as cooperativas nascem na década de 1960 no bojo de um movimento de contestação às medicinas de grupo. Os médicos associaram-se em cooperativas, liderados pela Associação Médica Brasileira (AMB) e por alguns sindicatos médicos, para combater a mercantilização da medicina, sob a forma de assalariamento, e preservar a autonomia da categoria.

Foram as cooperativas que iniciaram a comercialização de planos individuais no mercado, embora, à semelhança das medicinas de grupo, seus principais clientes sempre tenham sido as empresas. Do ponto de vista regulatório, até a criação da ANS, as cooperativas sempre seguiram as diretrizes gerais para o cooperativismo determinadas pelo Ministério da Agricultura.

A Unimed, maior cooperativa médica, englobando quase todo o segmento, está organizada em unidades municipais com ampla autonomia. Essas unidades vinculam-se

a federações estaduais que, por sua vez, estão associadas a uma confederação nacional – a Unimed do Brasil, criada em 1975, é a entidade de representação nacional. O sistema Unimed é composto, atualmente, por 349 cooperativas (UNIMED, 2016). A primeira Unimed nasceu em Santos (SP) em 1967, espalhando-se, a partir de então, pelo país, principalmente pelas cidades do interior – hoje a Unimed está presente em 84% do território nacional (UNIMED, 2016). Assim como as autogestões, as cooperativas apresentaram forte crescimento na década de 1980. Hoje, a Unimed lidera o setor, detendo 31% do mercado de planos de saúde, pouco à frente das medicinas de grupo.

2.2.4 Seguradoras

Inicialmente, as seguradoras atuavam apenas como intermediadoras financeiras, reembolsando os serviços médicos ao segurado, que teria direito a livre escolha dos profissionais médicos. Conforme explica Almeida (1998, p. 9), "as seguradoras não seriam prestadoras de serviços, mas cobririam os custos por ocasião de *sinistros* relativos à saúde, segundo a apólice de seus segurados". Em que pese essa modalidade de prestação de serviços, conhecida como seguro de saúde, estar regulamentada desde o Decreto-Lei nº 73, de 1966[19], "a comercialização de seguros no ramo saúde iniciou-se nos anos 70, após a autorização da Superintendência de Seguros Privados (Susep) e em decorrência da Resolução 11 do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), de maio de 1976" (MENICUCCI, 2007, p. 118). Trata-se, portanto, de uma modalidade mais recente de saúde suplementar.

Os seguros de saúde só são alavancados, no entanto, no final da década de 1980, com a introdução de dois institutos legais: a Resolução nº 16/88 do CNSP, que cria o ramo específico do "Seguro de Assistência Médica e ou Hospitalar", semelhante ao plano de saúde, e a Circular nº 5/89 da Susep, que institui o Seguro Grupal de Assistência Médico e Hospitalar, autorizando as seguradoras a comercializarem planos de saúde mediante uma oferta referenciada, com pagamento direto ao prestador (ALMEIDA, 1998; MENICUCCI, 2007). Com essas alterações legais, as seguradoras passaram a atuar no

[19] É o próprio Decreto-Lei nº 73/66 que cria também o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e a Superintendência de Seguros Privados (Susep).

mercado de saúde suplementar de forma semelhante às medicinas de grupo e às cooperativas.

A atuação de todas as seguradoras, inclusive no ramo saúde, era regulada pela Susep até o início dos anos 2000. Com a regulamentação do setor de saúde suplementar, em 1998, tornou-se necessário equiparar as seguradoras de saúde aos planos privados de assistência à saúde, o que foi disciplinado pela Lei nº 10.185, de 2001. Com o advento dessa normativa, as seguradoras com operações na saúde foram obrigadas a constituir um estatuto social específico, com proibição de atuar em outras modalidades, e se subordinando à regulação da ANS (BRASIL, 2003).

Dentre as seguradoras pioneiras a atuar no ramo saúde, ainda na década de 1970, pode-se citar o Comind e o Itaú[20] (BAHIA, 1999). Nas décadas seguintes, elas foram substituídas por outras seguradoras, como a Bradesco Saúde e a SulAmérica, que são, atualmente, as duas maiores do setor por larga margem. O segmento de seguros é o terceiro do mercado em termos de beneficiários, ficando atrás das cooperativas médicas e das medicinas de grupo, e um pouco acima das autogestões. Historicamente, o setor de seguros foi representado pela Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (Fenaseg), criada em 1951. Em 2007, inicia-se um desmembramento da Fenaseg em quatro federações: seguros gerais, previdência privada e vida, capitalização e saúde suplementar. Neste mesmo ano é criada a Fenasaúde, Federação Nacional de Saúde Suplementar, que representa 18 grupos de operadoras de planos de saúde, totalizando 24 empresas. É interessante notar que, refletindo a crescente imbricação entre as distintas modalidades institucionais do setor, essa associação engloba não apenas seguradoras, mas também medicinas de grupo, como a Amil, a NotreDame Intermédica e a Hapvida. A Fenasaúde é pequena em termos de associados, mas congrega as grandes operadoras, de modo que representa mais de 40% do mercado. Embora os setores de previdência e saúde não apresentem mais a vinculação de outrora, o diretor-executivo dessa federação é o ex-ministro da Previdência Social do governo Fernando Henrique Cardoso, José Cechin (FENASAÚDE, 2016).

[20] As seguradoras, empresas lucrativas, de capital nacional ou internacional, vinculam-se muitas vezes, a bancos.

2.2.5 Filantrópicas e administradoras de benefícios

Além das quatro modalidades já tratadas, existem as filantrópicas e as administradoras de benefícios. As filantrópicas são entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de saúde a partir do reconhecimento desse *status* por meio da Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social, emitida pelos ministérios competentes. Além disso, devem receber a declaração de utilidade pública, conferida pelo Ministério da Justiça ou órgãos dos governos estaduais e municipais. São exemplos de instituições filantrópicas as Santas Casas da Misericórdia, sociedades beneficentes e hospitais de congregações. Sua representação institucional é realizada pela Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), fundada em 1963. Composta por 15 federações estaduais, a entidade congrega 2.100 hospitais (CMB, 2016). Valendo-se de benefícios fiscais, atuam, preferencialmente, em cidades de pequeno e médio porte (SCHEFFER; BAHIA, 2010). As filantrópicas são, dentre todas as modalidades, aquela com o menor número de beneficiários.

As administradoras de benefícios não são modalidades como as anteriormente estudadas, na medida em que não têm rede própria, credenciada ou referenciada, nem quaisquer beneficiários diretos. As administradoras são empresas que gerenciam planos coletivos para outras empresas, órgãos públicos ou entidades representativas. Ao fim e ao cabo, funcionam como mais uma intermediária. Como veremos adiante, as administradoras surgem no vácuo deixado pelas outras empresas do setor, que cessam a comercialização de planos individuais. Nesse cenário, um indivíduo, que não tem como adquirir um plano empresarial, associa-se, por exemplo, a uma entidade representativa profissional, juntando-se, assim, a pares da profissão num plano coletivo comercializado por uma administradora de benefícios.

Esses planos são denominados planos coletivos por adesão e já ultrapassam a marca de mais de 5 milhões de beneficiários, superando, assim, as autogestões e as filantrópicas. Essa modalidade, que despontou nos anos 2000, só foi regulamentada em 2009 pela ANS. No ano seguinte, em 2010, foi criada sua entidade representativa, a Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB), que congrega 22 empresas (ANAB, 2016). A principal empresa do setor é a Qualicorp, cujo ex-presidente, Maurício Ceschin, foi o primeiro diretor-presidente da ANS com origem no mercado.

2.2.6 Entidades representativas

Embora não sejam regulados diretamente pela ANS, como veremos, os prestadores de serviço são parte fundamental da engrenagem do complexo da saúde suplementar. Apenas a título de referência, mencionemos algumas instituições representativas do setor. Pelo lado dos médicos, a representação está pulverizada em "diferentes instituições como a Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e os sindicatos, reunidos na Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e na Confederação Médica Brasileira (CMB)" (MENICUCCI, 2007, p. 153).

Em relação às entidades prestadoras de serviço, também há certa heterogeneidade na representação institucional. Pode-se dizer que existem quatro entidades representativas desse segmento. Além da CMB, referente às Santas Casas da Misericórdia, há, pela ordem de criação, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS) e a Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp). A FBH foi criada em 1966, mesmo ano da associação das medicinas de grupo (Abramge), o que já dá pistas de sua imbricação com as instituições previdenciárias e, portanto, com o sistema público. De fato, essa federação, que reúne 17 associações hospitalares, às quais se ligam 6.784 hospitais, tem importante participação no SUS (FBH, 2016).

A CNS, criada em 1994, é uma entidade sindical de terceiro grau, o mais elevado na estrutura sindical. Congregando 8 federações e 90 sindicatos, a CNS representa diversos tipos de estabelecimentos, como hospitais, clínicas, laboratórios e serviços de diagnóstico (CNS, 2016). Seu presidente mais longevo é o atual diretor-presidente da ANS, José Carlos Abrahão. A Anahp, por sua vez, é a única entidade a representar diretamente os hospitais. Criada em 2001, possui 80 hospitais privados com e sem fins lucrativos, como o Copa D'Or, o Sírio-Libanês, o Israelita Albert Einstein e o Alemão Oswaldo Cruz. O financiamento desses hospitais é majoritariamente via planos de saúde (90%) (ANAHP, 2016a).

As associações das quatro modalidades iniciais (UNIDAS, Sinamge, Unimed do Brasil e Fenasaúde), das duas modalidades adicionais (CNB e ANAB), bem como das instituições médicas (AMB e CFM) e dos hospitais (Anahp, CNS e FBH) integram a Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo da ANS.

2.3 O contexto da regulamentação do setor

Como vimos, a década de 1980 foi palco de dois movimentos simultâneos e contraditórios: a constituição do SUS e o crescimento da saúde suplementar. Os dois subsistemas, o público e o privado, foram consubstanciados na Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196 e 199, respectivamente. O artigo 196 estabelece que

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O artigo 199, por sua vez, vai direto ao ponto ao garantir que "A assistência à saúde é livre à iniciativa privada" (BRASIL, 1988). Não há, nos parágrafos seguintes, qualquer consideração sobre o papel da saúde suplementar em específico[21]. Há, apenas, diretrizes sobre a participação do setor privado de forma complementar ao SUS, a vedação da destinação de recursos públicos para instituições privadas com fins lucrativos e a proibição de que o capital estrangeiro participe da assistência à saúde no país.

A tarefa de regulamentar o texto constitucional, tanto para o sistema público como para o suplementar, foi completada na década de 1990. Mantendo o sentido histórico da dualidade do sistema, a regulamentação foi feita em duas etapas separadas. Em relação ao público, não se tardou a tomar medidas regulatórias, embora já houvesse importantes divergências sobre a implementação do SUS, inclusive dentro do recém-eleito governo Collor. Assim, em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde. Focada prioritariamente no sistema público, com o apoio subsidiário do subsistema complementar, esta lei deixou de fora qualquer menção à assistência suplementar.

O processo político para a regulamentação do sistema suplementar, por sua vez, foi mais complicado, marcado por muitos interesses distintos e conflitantes, o que o

[21] Mencionamos anteriormente que alguns autores mostraram-se surpresos com a força do setor suplementar no fim da década de 1980, atribuindo seu crescimento a um efeito inesperado da constituição do SUS, no que foram contestados por autoras como Bahia (1999) e Menicucci (2007), que chamam a atenção para a trajetória crescente do setor desde a década de 1960. Da mesma forma, é interessante notar que diversos atores simpáticos ao sistema público de saúde entrevistados por nós, ao atentar para o tamanho da saúde suplementar hoje, identificam que o erro estratégico dos sanitaristas em 1988 foi ter permitido a previsão constitucional da exploração privada da saúde, na firme convicção que o SUS acabaria por se tornar um sistema, de fato, único. É preciso observar, no entanto, que a trajetória histórica do setor de saúde suplementar, sob forte apoio governamental, constituiu atores e interesses poderosos, que dificilmente poderiam ter sido derrotados na Constituinte sem qualquer compromisso.

arrastou por dez anos, até 1998. De acordo com alguns entrevistados, a tardia regulamentação do setor deveu-se, também, à crença, por parte do movimento sanitário, de que a assistência suplementar seria uma mera "franja do mercado" ou de que deixaria de existir quando o SUS estivesse funcionando plenamente (entrevista ao autor). Isso explica, inclusive, a não liderança dos sanitaristas, como veremos, nos debates regulatórios.

Seja como for, o fato é que a pujança do setor de saúde suplementar no início da década de 1990 contrastava com a virtual inexistência de regulamentação governamental. O setor de saúde suplementar foi se desenvolvendo, ao longo do tempo, à margem de qualquer regulação específica. O que havia, como vimos, era que algumas modalidades do segmento estavam vinculadas a algum ministério específico e seguiam suas diretrizes gerais[22]. Não havia, no entanto, regras mínimas para a entrada e funcionamento das empresas nem sobre os produtos que seriam ofertados no mercado – neste caso, tudo dependia do que era acordado em contrato.

O primeiro movimento de defesa da regulamentação do setor, ainda em 1989, partiu da área econômica do governo, mais precisamente da Susep, órgão regulador das seguradoras vinculado ao Ministério da Fazenda. A preocupação central do governo era conter os preços dos planos, num contexto de alta inflação, e evitar a evasão fiscal advinda do caráter filantrópico de muitas empresas[23]. É importante destacar que, desde esse ano, em que, como vimos anteriormente, as seguradoras passaram a disputar o mercado de planos de saúde com as outras modalidades de operadoras, a Susep reivindica para si o lócus regulatório dessa atividade econômica (ALMEIDA, 1998; BAHIA, 1999).

A iniciativa da Susep encontrou respaldo, de forma aparentemente paradoxal, no próprio mercado segurador. Ocorre que as seguradoras eram a única modalidade que já tinha algum tipo de regulação mais rígida. A Susep impunha algumas normas relativas, principalmente, à solvência e à constituição de reservas financeiras. Nesse sentido, o que

[22] Conforme apontou um ex-ministro da Saúde, até a promulgação da Lei dos Planos de Saúde, "nós tínhamos Unimeds, as cooperativas, regulamentadas pelo Ministério da Agricultura [...], você tinha o seguro-saúde regulamentado na Susep, no Ministério da Fazenda, você tinha medicina de grupo rodando sem nenhum regulamentação, nenhuma, nada, você tinha as autogestões, também, com uma regulação meia boca, mas muito meia boca, que ficava meio diluída entre Ministério da Fazenda, um pedaço, Ministério da Previdência e do Trabalho, do outro" (entrevista ao autor).

[23] Vale destacar que diversas empresas, inclusive medicinas de grupo, recebiam benefícios de diversas ordens. A Golden Cross, por exemplo, foi reconhecida como de utilidade pública em 1982, passando a gozar dos privilégios fiscais daí decorrentes (CZAPSKI; MEDICI, 2011).

as seguradoras buscavam era estender a regulação do setor de seguros a todas as modalidades, garantindo a uniformização do mercado de saúde suplementar.

Vale destacar que, para além da solvência, outros aspectos do funcionamento do mercado de saúde suplementar, não necessariamente abarcados pela proposta da Susep, apresentavam problemas sérios. As exigências para autorização de funcionamento das empresas, por exemplo, eram altamente deficitárias. Conforme afirmou, em tom jocoso, o primeiro diretor-presidente da ANS, "era mais fácil abrir um plano de saúde que uma padaria. Padaria tinha certificação sanitária; plano de saúde não tinha" (entrevista ao autor).

Aos objetivos da Susep contrapôs-se a Abramge, representante do segmento mais forte da saúde suplementar, as medicinas de grupo. A Abramge criticava a proposta, afirmando que organizações de saúde teriam que se adequar às regras de um setor focado na mera intermediação financeira mediante reembolso. O objetivo último dessa medida homogeneizadora, denunciava a Abramge, seria cartelizar o setor. Uma resposta concreta ao ímpeto regulador da Susep foi a criação, pela Abramge, do Conselho Nacional de Autorregulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (Conamge), em 1990, encarregado de propor medidas ao setor, buscando esvaziar, assim, a proposta de intervenção governamental[24]. A disputa entre esses dois lados acabou paralisando o processo regulador durante o governo Collor (BAHIA, 1999; MENICUCCI, 2007).

A perspectiva regulatória da Susep era fundamentalmente econômica, visando ao estabelecimento de regras financeiras com vistas a garantir a competitividade das empresas e estimular o crescimento do setor. No entanto, o avanço da pauta regulatória esteve mais atrelado a outros atores com um enfoque completamente diferente. No início da década de 1990, sob a égide do recém-aprovado Código de Defesa do Consumidor (CDC)[25], a perspectiva assistencial ganha relevo, especialmente com a atuação incisiva de entidades de defesa do consumidor.

[24] O uso de medidas de autorregulação é uma estratégia comum em âmbito empresarial, como já demonstrou Baird (2016) no caso da regulação da publicidade de alimentos proposta pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

[25] A Lei nº 8.078, conhecida como Código de Defesa do Consumidor, foi aprovada em 1990, servindo de base para a atuação de organizações de defesa do consumidor e beneficiários insatisfeitos com os planos de saúde.

As principais questões, sob essa ótica, diziam respeito às restrições de cobertura e ao aumento de preços dos planos de saúde. Havia muitas denúncias na imprensa e ações no Judiciário sobre práticas abusivas, tais como elevações desmedidas de preços, inclusive em razão da faixa etária, prazos excessivos de carência (em alguns casos, os prazos chegavam a 36 meses, maiores do que a vigência dos contratos), limitação de procedimentos e terapias, bem como de dias de internação, inclusive em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (em alguns casos, o prazo máximo de internação era por 20 dias/ano, sendo apenas 7 dias/ano no caso de UTI), exclusão de idosos, rescisão unilateral de contratos (às vezes, a partir do primeiro dia de inadimplência) e exclusões de doenças preexistentes (SCHEFFER; BAHIA, 2010). Não à toa, o primeiro diretor-presidente da ANS definiu o mercado à época como "selvagem" (entrevista ao autor).

Esse quadro de descalabro nas questões assistenciais guardava estreita relação com a situação econômico-financeira das operadoras, que foi agravada com a implementação do Plano Real. Durante o período inflacionário, as empresas sustentavam-se à base de aplicações financeiras, sem se importar com as despesas de assistência médico-hospitalar. Como o volume de recursos recebido era grande, as operadoras podiam fazer aplicações financeiras e gerar o montante suficiente para se manter e arcar com as despesas. Conforme apontou a primeira diretora da ANS responsável pelas normas de funcionamento das operadoras, "esse mercado é um mercado que vivia da ciranda financeira [...] com a queda da inflação, essa ciranda acabou. Aí eles se defrontaram com os custos da saúde" (entrevista ao autor). Esse desequilíbrio financeiro derivado da insolvência acentuou ainda mais as más práticas assistenciais das empresas, denunciadas pelas entidades de defesa do consumidor.

Às organizações de defesa do consumidor, uniu-se a classe médica. As entidades médicas lutavam pelo aumento do valor dos procedimentos e contra o controle exercido pelas operadoras, sob o argumento de redução de custos, de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Uma das expressões do embate entre médicos e consumidores, de um lado, e empresas, do outro, foi a edição de uma resolução do Conselho Federal de Medicina obrigando as empresas a garantir o atendimento a todas as doenças constantes do Código Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS), sem restrições de qualquer ordem.

Com a grande repercussão alcançada por essas questões, a regulamentação da assistência supletiva entra definitivamente na agenda pública, pressionando o Congresso Nacional a dar uma resposta à sociedade. Já em 1991, um primeiro projeto de lei sobre o tema é apresentado, mas sem grande repercussão. Entre 1991 e 1997, 23 projetos são propostos, reflexo da importância adquirida pelo tema (MENICUCCI, 2007). Mas o processo de regulamentação da saúde suplementar só é, de fato, desencadeado, a partir de 1993, quando o senador Iram Saraiva (PMDB-GO) propõe o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 93/93, que proibia a exclusão de cobertura de despesas para determinadas doenças. Como se tratava de proposta singela, foi aprovada já em 1994 e enviada à Câmara dos Deputados, instância na qual passou por longa tramitação.

De forma paralela e ainda tímida, o Ministério da Saúde vai entrando na discussão, embora por outro viés. Diversos gestores do sistema público defendiam o ressarcimento ao SUS, pelas operadoras, nos casos de clientes de planos de saúde que fossem atendidos pela rede pública ou conveniada. A essa altura, havia uma crítica consolidada à prática de operadoras de transferirem seus pacientes ao SUS para a realização de procedimentos mais caros. Tendo em vista os exíguos prazos de internação hospitalar, tratava-se de um verdadeiro financiamento cruzado do SUS para o setor privado. Assim, o Ministério da Saúde, no início do governo Fernando Henrique Cardoso, sob o comando de Adib Jatene, aderiu ao debate, ainda que de forma marginal, propugnando o ressarcimento ao SUS. Esse posicionamento é revelador da visão predominante na área de saúde do governo, convergente à da Susep, para a qual a saúde suplementar era uma atividade estritamente econômica[26] e não devia, portanto, ser regulada pelo Ministério da Saúde[27]. Isso reflete também, conforme apontamos anteriormente, a ausência do movimento sanitário na construção da regulamentação da saúde suplementar.

Assim, é a Câmara dos Deputados que vai dar o tom do debate, especialmente a partir de 1996, quando uma comissão especial é formada para apreciar o projeto vindo do

[26] Outras propostas encetadas pelo Ministério da Saúde tiveram inspiração nas posições da Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE) do Ministério da Fazenda (BAHIA, 1999). É interessante notar, nesse sentido, que a área econômica do governo, para além da Susep, sempre exerceu grande influência nas discussões sobre saúde suplementar.

[27] Outra expressão do desinteresse da área de saúde é o fato de que o Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão deliberativo superior da política de saúde, ficou excluído da maior parte dos debates sobre regulamentação da saúde suplementar. Quando foi instado a opinar, referendou um projeto ulterior do Ministério da Saúde que buscava facilitar o acesso aos planos de saúde pelas classes de renda mais baixa. Ou seja, o próprio órgão máximo do SUS buscou estimular a assistência privada suplementar (MENICUCCI, 2007).

Senado. Os debates na comissão deixaram mais claros os posicionamentos dos diferentes atores. As autogestões, pouco presentes nas discussões, buscaram qualificar sua condição singular no mercado, de empresas que não comercializam planos e que, portanto, não deveriam estar no escopo da regulação. As Unimeds sequer participaram dos debates, marcando uma posição de contrariedade à extensão da proposta regulamentadora às cooperativas. De acordo com elas, a regulação já estava posta pela legislação referente às cooperativas. As medicinas de grupo, por sua vez, eram contrárias, em princípio, à regulamentação, defendendo que o mercado deveria se autorregular. Admitiam, contudo, que poderia se estipular alguma organização do mercado, desde que não houvesse interferência nas relações contratuais, o que equivalia a não regular questões assistenciais relacionadas à cobertura ou ao preço dos planos (MENICUCCI, 2007).

A posição dos prestadores de serviços não foi unívoca. Os médicos associaram-se aos consumidores, defendendo o fim das exclusões de cobertura e da limitação de procedimentos. Por sua vez, os prestadores hospitalares eram favoráveis a uma regulação menos abrangente. Sua preocupação central era garantir o fluxo de pagamentos e a operacionalidade do sistema privado, o que poderia ser atingido mediante a segmentação do setor. Assim, aos beneficiários com menor poder de compra deveria ser garantido o direito de adquirir planos de menor cobertura, desde que amparados contratualmente. Por fim, a posição da Susep, que capitaneava as discussões no governo, permanecia a mesma, buscando estender a regulação existente no mercado securitário às outras operadoras, permitir a participação do capital estrangeiro nos seguros de saúde e ser alçada à condição de órgão regulador do setor (MENICUCCI, 2007).

Ficava cada vez mais claro que somente um projeto que abarcasse as dimensões econômica e assistencial poderia contemplar, ainda que parcialmente, todos os atores envolvidos nesse processo. Em relação à primeira perspectiva, em que pese a discordância de algumas modalidades, havia maior consenso de que regras de entrada, constituição, funcionamento e saída do mercado eram necessárias para o setor. A divergência maior estava na parte assistencial, pois trazia à tona questões de fundo sobre a saúde. Como bem elaborou Menicucci (2007, p. 258),

> configurava-se o conflito entre a noção de saúde como direito *versus* a livre concorrência na produção da assistência à saúde. Se como direito a integralidade da assistência é um princípio, na oferta pelo mercado essa noção é subordinada à lógica mercantil da produção de serviços em um mercado em que, pelo lado dos produtores, prevalece a seleção de riscos, com o objetivo de diminuir custos, e,

> pelo lado dos compradores, a escolha definida em razão da disponibilidade financeira.

Face às muitas divergências, a comissão especial chegou ao final de 1997 sem conseguir produzir um relatório. Diante da ameaça do Poder Executivo de editar uma medida provisória (MP), a matéria é avocada ao plenário e o deputado Pinheiro Landim (PMDB-CE) apresenta um substitutivo, que é rapidamente aprovado. Nos debates no plenário sobre o substitutivo, as clivagens ideológicas em torno do eixo estatização/privatização foram bastante marcadas. De uma perspectiva mais privatista, vale trazer a lume a intervenção do deputado federal Roberto Jefferson (PTB-RJ), pois ele terá influência, posteriormente, nas nomeações à ANS. Ao criticar a ideia de transpor a integralidade do SUS para a saúde suplementar, o deputado afirmou que

> cobertura única é sinônimo de sistema único. O Sistema Único de Saúde faliu e agora temos que salvar alguma coisa nos seguros e medicina de grupo. Medicina única, procedimento único: falência do sistema público. Agora estamos fazendo uma lei, longe daqueles chavões da Constituinte 'Saúde é um direito de todos e um dever do estado', e o Estado não cumpre por ser uma utopia (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1998, p. 32712).

Representando a corrente oposta, outro personagem de destaque no período, e que também exercerá influência na ANS, é o deputado federal Humberto Costa (PT-PE). Ao também tratar, no mesmo debate, de um destaque a respeito da integralidade da saúde, o parlamentar, representando o bloco do PT, enfatizou que

> a saúde é um bem indivisível, não cabendo a fragmentação. Não há meia doença nem meia saúde. E a votação nominal desse destaque permite distinguir claramente quem defende uma concepção integral da saúde, quem defende o texto da Constituição, e quem está do lado daqueles que querem transformar a saúde num objeto de lucro (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1998).

O projeto original, oriundo do Senado, era sucinto e focado na garantia de cobertura. Agora, voltava ao Senado[28] com considerável ampliação do escopo regulatório, o que pode ser verificado, inclusive, pelas alterações em seu tamanho - o projeto havia deixado o Senado com 3 artigos e agora retornava com 38. A ampliação no escopo não veio acompanhada, no entanto, da manutenção ou expansão das proteções ao consumidor. Ao tratar das mudanças ocorridas, a representante do Procon-SP à época e, posteriormente, primeira diretora de fiscalização da ANS, afirmou que "uma das ideias

[28] Regimentalmente, Câmara dos Deputados e Senado Federal precisam aprovar textos idênticos para que um projeto possa seguir à sanção presidencial. No caso em tela, como o projeto havia sido modificado pela Câmara, sendo apresentado, em seu lugar, um substitutivo, ele deveria ser apreciado novamente pelo Senado. O Senado, neste caso, poderia aprovar o projeto vindo da Câmara ou fazer novas mudanças, hipótese que ocasionaria seu reenvio a esta Casa (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989).

iniciais, originais do projeto do Senado é que as operadoras deveriam cobrir todas as doenças previstas na Organização Mundial da Saúde. E, quando ele voltou, ele voltou com inúmeras restrições, inclusive as doenças e lesões pré-existentes" (entrevista ao autor).

Confirmando o isolamento da área de saúde do governo e a predominância da área econômica, de viés fortemente liberal, o projeto aprovado definia que o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), cuja composição era majoritariamente vinculada à área econômica do governo, seria a instância deliberativa maior do setor, enquanto a Susep seria seu braço executivo. A única referência à área da saúde era a previsão de que a Susep ouvisse o ministério da Saúde em questões concernentes às coberturas e a alguns aspectos da prestação de serviços médicos e hospitalares. É para essa função que o Ministério da Saúde cria, no início de 1998, seu primeiro órgão específico para a saúde suplementar: o Departamento de Saúde Suplementar (Desas)[29], ligado à Secretaria de Assistência à Saúde.

Evidentemente, as alterações não agradaram às entidades médicas e de defesa dos consumidores. As empresas, por sua vez, defenderam a aprovação do projeto como ele veio da Câmara, exceção feita às Unimeds. O Senado, que havia proposto um projeto numa perspectiva mais consumerista, certamente vetaria as mudanças realizadas na Câmara dos Deputados. Nesse sentido, chegava-se a um impasse quanto à regulamentação da saúde suplementar. Esse cenário só vai mudar com a nomeação do senador José Serra (PSDB-SP) ao cargo de ministro da Saúde em 31 de março de 1998.

A nomeação de uma liderança com forte peso político e trânsito direto junto à presidência da República conferiu grande centralidade ao ministério da Saúde dentro do governo. Esse novo quadro impactou diretamente as discussões no setor de saúde suplementar, pois o ministério da Saúde assumirá para si a responsabilidade de conduzir o processo decisório da regulamentação e, principalmente, afastará a visão até então dominante de que a assistência supletiva era uma questão meramente econômica atinente apenas à Susep.

[29] O primeiro e único diretor do Desas (o Departamento foi extinto posteriormente) foi João Barroca, que havia sido gerente-executivo da Cassi, do Banco do Brasil. Assim, sua experiência estava relacionada às autogestões. Mais adiante, ele seria nomeado diretor na primeira gestão da ANS.

Nesse sentido, o ministro Serra liderou as negociações no Senado para a aprovação de um projeto que mantivesse os pontos relativos à agenda econômica ao mesmo tempo em que ampliasse os direitos dos consumidores na parte assistencial. Entre os pontos do acordo com os senadores estavam a ampliação da cobertura, a revisão da exclusão de transplantes de órgãos, nova redação para o aumento de preços dos planos para pessoas acima de 60 anos, rediscussão sobre a cobertura de doenças e lesões pré-existentes e definição de um modelo institucional bipartite de regulação, com o compartilhamento de funções entre o Ministério da Saúde, para as questões assistenciais, e o Ministério da Fazenda, nos aspectos econômico-financeiros. Além disso, ficou estabelecido que o Ministério da Saúde ficaria responsável pela definição dos termos sobre a permissão para a entrada de capital estrangeiro, valores de ressarcimento ao SUS e manutenção da cobertura para aposentados e desempregados (BAHIA, 1999).

Como a mudança no projeto de lei acarretaria seu retorno para a Câmara dos Deputados, foi feito um acordo para que os senadores aprovassem o projeto como estava, apenas com algumas emendas supressivas, e o Executivo editaria uma medida provisória na sequência com o texto final negociado. Assim, em maio foi aprovada a Lei nº 9.656/98, conhecida como a Lei dos Planos de Saúde. Apenas dois dias depois, foi editada a Medida Provisória nº 1.665, contendo as mudanças acordadas[30].

É interessante observar que esse *modus operandi* pelo qual o Executivo legisla e define o conteúdo da lei tornou-se a regra na regulamentação dos planos de saúde. O Executivo editou e reeditou 44 medidas provisórias sucessivas[31], sendo a última a de nº 2.177-44, de agosto de 2001, ainda hoje em vigor[32]. Assim, diferentemente do

[30] O longo e árduo processo para a regulamentação da saúde suplementar no Brasil representa um caso típico da inserção de um tema na agenda governamental conforme o modelo teórico descrito por Kingdon (1995). De acordo com o autor, uma política pública entra na agenda do governo quando ocorre a confluência de três fluxos: problemas, soluções e política. Nesse cenário, abre-se uma janela de oportunidade propícia para a mudança, a qual é levada a cabo por um empreendedor político, capaz de liderar o tema. Neste caso, havia um problema claramente identificado e reconhecido, o qual era difundido diariamente por meio de crises e denúncias sobre práticas abusivas dos planos de saúde. Havia, também, a solução proposta da regulamentação, embora fosse difícil chegar a um consenso. O fluxo da política, no qual se construiria a coalizão defensora da regulamentação do setor, estava interditado pela barganha entre diversos atores governamentais e sociais. A ascensão de Serra ao Ministério da Saúde representou uma virada no fluxo da política, com reflexos na solução apresentada, criando a janela de oportunidade para a regulamentação definitiva do tema.

[31] Pela legislação da época, as medidas provisórias tinham vigência de um mês e podiam ser reeditadas, desde que com alterações em seu conteúdo. Assim, o Executivo mantinha a prática de reeditar as medidas provisórias, no mais das vezes, com alterações marginais.

procedimento padrão, o Congresso Nacional, neste caso, jamais apreciou as medidas provisórias editadas pelo Executivo, impedindo a consolidação e a legitimação do marco regulatório. Tal inação, que expressa o caráter perenemente conflituoso do setor, acabou por fragilizar seu arcabouço regulatório.

2.3.1 A Lei dos Planos de Saúde

A Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde[33], tem, em sua versão atual, 29 artigos. É possível interpretar, seguindo a lógica anteriormente estabelecida, que a legislação possui dois eixos centrais: a regulação econômica e a regulação assistencial. Além do conjunto de previsões legais que compõem as regulações econômica e assistencial, outros três aspectos da regulamentação que merecem ser destacados dizem respeito à fiscalização do setor, à relação com o sistema público e ao modelo institucional do órgão regulador (BRASIL, 1998).

Do ponto de vista econômico-financeiro, estabeleceram-se requisitos e condições para o funcionamento das operadoras de planos de saúde. Isso inclui normas para a autorização de funcionamento (registros em conselhos profissionais, descrição dos serviços realizados, demonstração de capacidade de atendimento e de viabilidade econômico-financeira) e de encerramento das atividades (transferência da carteira de clientes sem prejuízo para o consumidor, garantia da continuidade da prestação de serviços a beneficiários em tratamento, comprovação de quitação das obrigações com os prestadores de serviços), regras para a comercialização no mercado (cadastramento da empresa e registro do produto), bem como a obrigatoriedade de manutenção de provisões técnicas. A lei também passou a exigir das empresas o fornecimento de informações e estatísticas relativas às suas atividades, o que contribuiu para uma maior transparência e conhecimento do setor, que era extremamente carente de dados.

---

[32] A Emenda Constitucional nº 32, de 2001, que regulou a tramitação de medidas provisórias, definiu que aquelas editadas anteriormente à publicação desta emenda seguiriam em vigor até que nova medida provisória as revogasse ou até deliberação definitiva do Congresso Nacional (BRASIL, 2001). De acordo com matéria da Agência Senado, ainda havia, em 2014, 50 medidas provisórias nessa situação, ou seja, com tramitação formal no Congresso Nacional e vigentes desde sua edição: http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2014/10/20/cinquenta-medidas-provisorias-de-2001-ainda-estao-validas

[33] É interessante notar que o termo 'suplementar' não aparece na lei para definir o setor, mas apenas para dar nome a algumas instituições reguladoras, como a Câmara de Saúde Suplementar ou, posteriormente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

No eixo assistencial, verificou-se importante avanço, na medida em que rígidas regras de proteção ao consumidor foram estabelecidas. Em primeiro lugar, destaca-se a instituição do plano-referência de assistência à saúde, que funciona como um patamar mínimo de cobertura definido pelo órgão regulatório. Mediante sua instituição, as operadoras ficaram impedidas de comercializar planos que restrinjam a quantidade de procedimentos realizados e excluam a cobertura a doenças em desacordo com a regulação da ANS. Atualmente, a agência atualiza, a cada dois anos, o rol de procedimentos e eventos em saúde, que é a lista de procedimentos, tratamentos e exames obrigatoriamente cobertos pelos planos de saúde. Essa foi a principal resposta da legislação àquilo que era comumente denominado de 'Plano Melhoral', que só oferecia algumas consultas e tratamentos. A nova lei não daria guarida, assim, aos recorrentes casos de internação com prazo definido e tratamentos com limites de procedimentos. Além do plano-referência, a lei faculta que haja segmentação para a oferta de planos ambulatorial, hospitalar, odontológico e ambulatorial e hospitalar, com ou sem serviços de odontologia e obstetrícia.

Uma outra medida talvez tenha sido, juntamente com o rol de procedimentos, a mais importante em termos de proteção ao consumidor. Trata-se do controle de reajuste realizado pela agência, o qual se concretiza por meio da definição do teto de reajuste anual para os planos individuais. Outros importantes aspectos trazidos pela lei foram a vedação à exclusão de cobertura às doenças e lesões pré-existentes, a proibição do rompimento unilateral dos contratos em planos individuais, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias e a impossibilidade de impedir a aquisição de planos em razão da idade ou da condição de pessoa portadora de deficiência.

Há, ainda, dois artigos, que beneficiam tanto desempregados como aposentados, que foram inseridos na lei por determinação pessoal do ministro Serra (entrevista ao autor). Em linhas gerais, esses artigos estipulam que desempregados e aposentados que tinham plano de saúde em decorrência de vínculo empregatício poderão manter esses planos, por determinado período e sob determinadas condições, desde que assumam integralmente seu pagamento.

Concomitantemente à definição dessas regras econômicas e assistenciais, foram previstos mecanismos de fiscalização e punição do órgão regulador, que vão desde o livre acesso às empresas, inclusive com a requisição e apreensão de documentos e processos,

passando por suspensão temporária de planos e produtos e multas pecuniárias, até medidas mais severas, como suspensão do exercício do cargo para os administradores, alienação da carteira, regimes especiais de direção fiscal ou técnica (caso em que se nomeiam interventores nas empresas) e liquidação extrajudicial. Há a previsão, ainda, inspirada na lei de ação civil pública, de que termos de compromisso de ajuste de conduta sejam firmados.

Quanto à relação com o sistema público, a lei regulamentou o ressarcimento ao SUS, atendendo ao pleito de diversos gestores públicos. Assim, operadoras cujos beneficiários realizassem tratamento na rede pública de saúde, mesmo havendo cobertura prevista em seus contratos, teriam que ressarcir o SUS. Não há qualquer outra menção ao SUS ou à interação entre os dois sistemas na lei.

Do ponto de vista do formato institucional da regulação, a lei trouxe uma importante mudança em relação ao projeto que havia sido aprovado na Câmara dos Deputados. Se aquele projeto refletia o peso do Ministério da Fazenda até então, com o CNSP como instância reguladora máxima, a lei aprovada sob o comando de Serra traduzia institucionalmente a nova ênfase dada à regulação assistencial, com o fortalecimento do papel do Ministério da Saúde. Assim, criou-se um modelo bipartite de regulação, com a divisão de funções entre dois conselhos interministeriais, o CNSP, tendo como braço executivo a Susep, e o recém-criado Conselho Nacional de Saúde Suplementar (Consu), com composição majoritária do Ministério da Saúde, cujo órgão executivo era o Desas. Sob esse arranjo, a regulação econômica, com foco nas operadoras, cabia ao Ministério da Fazenda, por meio do CNSP e da Susep, enquanto a regulação da produção dos serviços de saúde, o produto oferecido, seria atribuição do Ministério da Saúde, por meio do Consu e do Desas (CONASS, 2011). É interessante observar, assim, que a ANS não estava prevista desde o início da regulamentação do setor.

A criação desse modelo bipartite de regulação expressou, em última instância, um acomodamento entre visões antagônicas de regulação do ministro da Fazenda, Pedro Malan, e do ministro da Saúde, José Serra. O Ministério da Fazenda, comandado por Malan, considerava a regulação aprovada muito abrangente, com seu foco assistencial, e intervencionista, chegando ao paroxismo do controle dos reajustes. Já o Ministério da Saúde, sob a gestão Serra, enxergava o setor de saúde suplementar como um mercado imperfeito, que precisava ser fortemente regulado, com especial ênfase à questão

assistencial. Esse modelo fracionado, no entanto, revelou-se extremamente instável e improdutivo.

Em primeiro lugar, havia uma fragilidade oriunda da própria institucionalidade dos órgãos reguladores dos dois ministérios. De acordo com o primeiro diretor-presidente da ANS, Januário Montone, a Susep tinha uma trajetória histórica consolidada, com normativas, modelos, dados, enquanto o Ministério da Saúde era absolutamente carente de quadros profissionais, informações e séries históricas do setor de saúde suplementar. No entanto, apesar da deficiência institucional, o Ministério da Saúde estava fortemente empenhado na regulação do setor. A Susep, por sua vez, em que pese ter uma estrutura consolidada, não era propriamente uma agência reguladora, e sim uma área de fiscalização dentro do Estado. Assim, este órgão exercia a contento suas funções, mas não tinha capacidade para cumprir o amplo papel regulatório então demandado. Nesse cenário, a força da regulação ficava comprometida, enquanto a capacidade fiscalizatória era mínima (entrevista ao autor).

As posições contrastantes dos ministros Malan e Serra reforçaram as dificuldades operacionais e inviabilizaram o modelo. Conforme apontou um ex-diretor da ANS, "O leme do mercado não pode ser levado por duas pessoas que pensam o setor de maneira tão distinta" (entrevista ao autor). Essa incompatibilidade afetou o desempenho do modelo regulatório. Entre 1998 e 1999, o CNSP e a Susep praticamente não emitiram regulamentos, enquanto o Consu normatizou assiduamente no campo da saúde suplementar (CONASS, 2011)[34].

Em meados de 1999, já estava claro o fracasso do modelo. Daí a proposta do Ministério da Fazenda de separar seguros e planos, com cada modalidade regulada por um ministério. Conforme relato de Barroca, diretor do Desas, diante do impasse, a questão é levada à Casa Civil da Presidência da República, que acaba acatando a posição do ministro Serra, que argumentava que, independentemente da modalidade, o produto

[34] Uma anedota de bastidores ajuda a compreender o impasse à época. A definição dos reajustes havia ficado a cargo da Susep, com um acordo de consulta prévia entre os ministérios. A Susep, no entanto, estabeleceu um teto de reajuste sem consultar o Ministério da Saúde e o enviou para publicação no Diário Oficial. No dia seguinte, para a surpresa de todos e, particularmente da Susep, o reajuste havia sido retirado do Diário Oficial a mando do ministro José Serra, que discordava do índice e havia se irritado por não ter sido consultado (a circular da Susep já havia sido informada a todas as operadoras, embora não constasse do Diário Oficial, gerando uma situação esdrúxula). O superintendente da Susep à época, que já não simpatizava com a lei, ficou contrariado com a intervenção de Serra e decidiu não mais se empenhar na regulação do setor. Isso explica a virtual não regulação do setor pelo Ministério da Fazenda (entrevista ao autor).

saúde[35] era um só e que, portanto, a regulação deveria ser única e estar sob a supervisão do Ministério da Saúde (entrevista ao autor). É nesse contexto que surge a ideia, à luz da experiência da recém-criada Anvisa, ligada ao Ministério da Saúde, de se constituir uma agência reguladora para o setor de saúde suplementar.

Vale destacar, por fim, que a primeira versão da lei criou a Câmara de Saúde Suplementar (CSS) como órgão deliberativo permanente do CNSP, com a participação de representantes governamentais e da sociedade civil. Uma medida provisória posterior ampliou a CSS ao mesmo tempo em que a tornou um órgão apenas consultivo[36] do Consu[37]. Atualmente, a Câmara segue como um órgão consultivo vinculado à ANS.

De uma perspectiva geral, é possível afirmar que a lei representou um inegável avanço em relação à situação anterior, de completa desregulação. Todos os atores foram contemplados em alguma medida, o que significa que não houve apenas vencedores ou perdedores nesse processo. As empresas, especialmente as maiores, foram favorecidas com a imposição de uma maior racionalidade econômica ao setor. Conforme relata um ex-diretor da Amil, "nós, antes da regulação, éramos assuntos de página policial; hoje, somos de página econômica". E vai além: "nós só existimos hoje, posso afirmar categoricamente, por causa da regulação" (entrevista ao autor). Corroborando esse diagnóstico de caos econômico do setor pré-regulação, um ex-diretor da ANS relatou que o 'golpe clássico' à época era chegar numa cidade, vender planos, fechar e ir embora (entrevista ao autor).

Os consumidores, por sua vez, foram beneficiados com a regulação assistencial, focada na saúde como produto. O primeiro diretor-presidente da ANS, Januário Montone, ressalta o ineditismo da regulamentação assistencial do setor de saúde suplementar:

---

[35] Essa ideia de encarar a regulação do setor pela ótica de seu produto, que seria a saúde, foi muito forte no debate e se materializará, como veremos, no próprio desenho institucional da ANS.

[36] É interessante o depoimento de Maria Stella Gregori, à época representante do Procon-SP e posterior primeira diretora de Fiscalização da ANS, afirmando que as entidades de defesa do consumidor protestaram contra o rebaixamento do *status* da Câmara de Saúde Suplementar, que deixara de ser deliberativa. No entanto, ao se tornar representante do Procon-SP na CSS, ela reconheceu que a mudança foi positiva, pois do contrário as organizações ligadas aos interesses dos consumidores perderiam todas as votações (entrevista ao autor).

[37] Com a criação da ANS, estabeleceu-se uma nova composição interministerial para o Consu, que passou a ser presidido pelo ministro-chefe da Casa Civil. Ademais, o Consu teve suas competências alteradas, tornando-se uma instância apenas de definição de diretrizes para o setor e de supervisão da ANS (CONASS, 2011). Na prática, a ANS passou a conduzir a regulação do setor. De acordo com uma ex-diretora da ANS, o Consu só se reuniu uma vez após a criação da agência (entrevista ao autor).

> O Brasil foi absolutamente pioneiro [...]. Nenhum país do mundo regulou o produto saúde [...]. Nenhum deles faz exigência do produto que vai ser vendido [...]. A regulação que foi montada, ela obriga que seja atendida toda a linha de cuidado de qualquer patologia. Ela proíbe a exclusão de patologias. Você não pode dizer assim: eu vou tratar a consulta cardiológica, e não vou fazer a cirurgia de cardiologia (entrevista ao autor)[38].

Concordando com essa avaliação, Pietrobon et al. (2008, p. 771) afirmam que

> Na maioria dos países, a regulação é feita a partir da atividade econômica em si, atuando sobre as empresas do setor e garantindo suas condições de solvência e a competitividade do mercado. No Brasil, optou-se por regular fortemente o produto oferecido, ou seja, a assistência à saúde, com medidas inovadoras como a proibição da seleção de risco e do rompimento unilateral dos contratos.

Até mesmo alguns sanitaristas, refratários à ideia de um setor privado forte, admitem que sua regulação foi positiva: "A Lei de Planos de Saúde, aprovada em 1998 (Lei nº 9.656/98), representou, de alguma forma, avanço para a parcela da sociedade que utiliza a assistência médica suplementar no Brasil" (SCHEFFER; BAHIA, 2010, p. 23).

2.4 Constituição e desenho institucional da ANS

Vimos que, em 1999, o Ministério da Saúde, sob o comando de José Serra, saiu vencedor do embate com o Ministério da Fazenda, dando cabo ao modelo de regulação bipartite. Do ponto de vista institucional, o Ministério da Saúde estava pouco equipado para exercer essa regulação, na medida em que o Desas, criado apenas no ano anterior, era um órgão pequeno e pouco estruturado. O foco institucional do Ministério da Saúde sempre esteve completamente voltado ao desenvolvimento do sistema público de saúde. Nesse contexto, a recém-criada Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no âmbito do mesmo ministério, serviu de inspiração para o modelo regulatório na saúde suplementar[39]. Assim nasce a ideia de constituir uma agência reguladora para alavancar a regulação no setor de saúde suplementar: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)[40].

---

[38] Nessa mesma linha, o primeiro diretor de produtos da ANS, João Barroca, afirma que "A gente, além de mexer na solvência da operadora, capital mínimo, regra de solvência, etc., dá um pulo e fala: 'opa, você pode vender, mas não pode vender o que você quiser'" (entrevista ao autor).

[39] O primeiro diretor-presidente da Anvisa relatou ter sugerido a Serra que a Anvisa abarcasse também a regulação da saúde suplementar, proposta que foi rechaçada pelo ministro (entrevista ao autor).

[40] Conforme admite o primeiro diretor-presidente da ANS, Januário Montone, tendo em vista os entraves existentes entre o Ministério da Fazenda e o Ministério da Saúde, a regulação só começou, de fato, a partir da criação da ANS (entrevista ao autor).

A ANS foi criada pela Medida Provisória nº 2.012, de 30 de dezembro de 1999, sendo posteriormente convertida na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000[41]. Em 05 de janeiro de 2000, foi aprovado o Decreto nº 3.327, que instala a agência ao aprovar seu regulamento. Sua criação ainda em 1999 por medida provisória ocorreu para garantir a Taxa de Saúde Suplementar, imprescindível para a operação da agência, e que necessitava ser aprovada no exercício anterior para poder ser cobrada a partir de 2000.

A ANS é uma autarquia especial, vinculada ao Ministério da Saúde e com sede na cidade do Rio de Janeiro[42]. Como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização, tem como objetivo "promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país" (BRASIL, 2000).

Dentre as principais atribuições da ANS, destacamos: propor normas e diretrizes gerais ao Consu, elaborar o rol de procedimentos, estabelecer normas para registro de planos e produtos, definir regras de ressarcimento ao SUS, estabelecer indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde, autorizar reajustes, ouvido o Ministério da Fazenda[43] e fiscalizar as atividades das operadoras. Para regular o setor, a ANS lança mão de diversos instrumentos legais, como as resoluções normativas (RN), as resoluções de diretoria colegiada (RDC), as resoluções operacionais (RO) e as instruções normativas (IN) (BRASIL, 2000).

Assim como as demais agências reguladoras federais, a ANS possui autonomia financeira[44], administrativa, patrimonial, de gestão de recursos humanos, bem como

---

[41] Tendo em vista que, como vimos, a lei que regulamenta o setor continuou sendo alterada após a criação da ANS, o relatório final da CPI dos Planos de Saúde afirma que "configura-se um quadro distorcido em que a ANS criou a sua própria legalidade, pois é de se supor que as versões da MP 2.177, ou de suas antecessoras, desde a criação da agência, tenham sofrido a influência de seu corpo diretivo" (BRASIL, 2003, p. 44).

[42] A escolha de sediar a ANS no Rio de Janeiro, e não em Brasília, foi uma decisão do ministro Serra, que queria isolar a agência de pressões políticas. Embora fizesse sentido instalar a ANS em São Paulo, que era o maior mercado e tinha o maior número de sedes de operadoras, o ministro preferiu mantê-la no Rio de Janeiro para não ser acusado de bairrismo (entrevista ao autor).

[43] É interessante notar que o Ministério da Fazenda manteve certo papel dentro da ANS naquela que é, possivelmente, a política mais importante da agência, junto com o rol de procedimentos, que é a definição dos reajustes. Além disso, cabe lembrar que o Ministério da Fazenda tem assento no Consu, junto com os Ministérios da Justiça, da Saúde, do Planejamento, Orçamento e Gestão, e da Casa Civil, que o preside.

independência em suas decisões técnicas. Politicamente, sua autonomia deriva do mandato fixo dos dirigentes. Em que pese sua grande autonomia gerencial e mesmo política, a ANS é regida por um contrato de gestão firmado com o Ministério da Saúde, e que deve ser aprovado pelo Consu. O contrato de gestão define os parâmetros para a administração interna da agência e indicadores que permitem avaliar seu desempenho. Desde 2014, o contrato de gestão, que era anual, passou a ser trienal.

Do ponto de vista da estrutura organizacional, a agência é composta pela Diretoria Colegiada, pela Procuradoria, pela Corregedoria, pela Ouvidoria e pela Câmara de Saúde Suplementar, que é, como vimos, o órgão consultivo de participação social dentro da ANS.

A Diretoria Colegiada da ANS é composta por cinco diretores, sendo um deles nomeado, via decreto do presidente da República, para assumir o cargo de diretor-presidente da agência. Todos os diretores são indicados pelo presidente da República ao Senado Federal, passam por sabatina na Comissão de Assuntos Sociais daquela Casa e têm seus nomes apreciados no plenário. Os mandatos dos diretores são não coincidentes[45] e têm duração de três anos, havendo a possibilidade de uma única recondução a partir da indicação do ministro da Saúde.

O mandato fixo de três anos garante ampla autonomia política aos diretores da ANS, pois não se pode, passados quatro meses, demitir um diretor *ad nutum,* ou seja, por ato discricionário imotivado do presidente da República, como ocorre em outros órgãos governamentais. Existem algumas previsões legais, no entanto, que amparam a demissão de um diretor. A perda do mandato só pode ocorrer caso haja condenação penal transitada em julgado, condenação em processo administrativo instaurado pelo ministro da Saúde, acumulação ilegal de cargos ou descumprimento injustificado de objetivos e metas acordados no contrato de gestão.

---

[44] A autonomia financeira da ANS não se verifica na prática, havendo grande dependência em relação ao Ministério da Saúde. Isso ocorre, em realidade, em todas as agências reguladoras, pois o caixa é único, ou seja, todo o orçamento é gerido pelo Tesouro Nacional. Em 2016, por exemplo, a ANS arrecadou, com taxas e multas, um valor consideravelmente acima do previsto no orçamento, e essa diferença foi utilizada pelo Tesouro para aumentar o superávit primário (entrevista ao autor).

[45] Com vistas a instaurar o sistema de mandatos não coincidentes, resguardando a independência dos diretores, as disposições finais e transitórias da lei de criação da ANS definiram que, na primeira gestão da ANS, três dos cinco diretores indicados para a agência teriam mandato de quatro anos, enquanto os outros dois permaneceriam na função por apenas três anos. O mesmo artigo da lei estabeleceu que três dos primeiros cinco diretores indicados seriam nomeados diretamente, após a indicação do ministro da Saúde, sem a necessidade de aprovação no Senado (BRASIL, 2000).

Muitos autores identificam o contrato de gestão como uma ferramenta de controle político do ministério em relação à agência. Alguns, inclusive, consideram a existência do contrato de gestão e, principalmente, a previsão de que seu descumprimento implique perda de mandato, como variáveis que explicariam os diferentes graus de autonomia entre as agências. No entanto, a dinâmica do contrato de gestão da ANS não permite esse diagnóstico. O primeiro contrato, durante a primeira gestão, durou três anos, sendo renovado com aditivos, o que, por si só, já mostra a fragilidade desse mecanismo de controle. Além disso, é a própria ANS que propõe alguns dos indicadores com base em seu marco estratégico. Por fim, conforme destacado por um funcionário da agência, há espaço para o não cumprimento de alguns indicadores (entrevista ao autor). Nesse sentido, o desenho institucional não parece, no caso da ANS, ter o funcionamento esperado pela literatura.

A Diretoria Colegiada é o órgão máximo da agência, responsável por discutir e deliberar, por maioria de votos, sobre as matérias sob sua competência. É na Diretoria Colegiada, por exemplo, que se julgam os recursos sobre punições às empresas em última instância. Também é de sua responsabilidade decidir sobre as principais normas regulatórias para disciplinar o setor, que são executadas por meio de resoluções normativas (RN). É necessária a presença de pelo menos três diretores, dentre eles o diretor-presidente, para a realização de uma reunião, sendo que a deliberação só poderá ocorrer com, no mínimo, três votos coincidentes.

A Diretoria Colegiada é composta das cinco seguintes diretorias: I) Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (Dipro); II) Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (Diope); III) Diretoria de Desenvolvimento Setorial (Dides); IV) Diretoria de Fiscalização (Difis); V) Diretoria de Gestão (Diges). Vale a pena detalhar o funcionamento e se familiarizar com cada diretoria, pois, como veremos, a dinâmica política e os distintos interesses do setor vão se refletir, dentro de um certo padrão, na composição dessas diretorias[46].

Há, claramente, duas diretorias principais na ANS, a Dipro e a Diope. A Dipro é responsável pela regulação assistencial, o que se desdobra em ações tais quais: registro de produtos, monitoramento da assistência prestada, acompanhamento de programas de

[46] As informações a seguir sobre as atribuições das diretorias foram retiradas do site da agência e da Resolução Normativa nº 197, de 2009, que institui o Regimento Interno da ANS (BRASIL, 2009).

promoção da saúde e prevenção de doenças, proposição de diretrizes sobre alienação de carteiras e direção técnica e, principalmente, elaboração do rol de procedimentos e definição do reajuste anual de preços dos planos individuais. Como vimos, o próprio nascimento da ANS esteve atrelado ao fortalecimento da dimensão assistencial. Essa marca de origem acompanha a trajetória institucional da agência. Não à toa, desde a segunda gestão, todos os diretores-presidentes da ANS exercem ao mesmo tempo o cargo de diretor da Dipro.

A Diope é responsável pelas regras econômico-financeiras das operadoras de planos de saúde, como autorização de funcionamento, registro e monitoramento das empresas, definição dos parâmetros de capital, autorização para cisão, fusão e transferência de controle societário e decisão sobre direção fiscal e liquidação extrajudicial. O poder da Dipro e da Diope deriva, assim, da faculdade de impor normas referentes aos produtos e às operadoras, respectivamente.

A Difis é, possivelmente, a terceira diretoria em termos de importância, pois é quem exerce o poder de polícia na agência. A Difis tem por incumbência fiscalizar as atividades das operadoras de planos de saúde e zelar pelo cumprimento das normas do setor. Para executar essa tarefa, a diretoria conta com o apoio de núcleos localizados em diversas cidades do país. É essa diretoria que instrui e decide em primeira instância todos os processos administrativos destinados à apuração de infrações e aplicação de sanções.

À Dides compete monitorar os prestadores de serviços e zelar por seu relacionamento com as operadoras de planos de saúde, coordenar a integração e a disseminação de informações setoriais e, principalmente, executar o ressarcimento das empresas ao SUS. A Dides tem ganhado maior relevância na agência, seja pelo aumento nos valores de ressarcimento ao SUS, seja pela discussão cada vez mais importante sobre como induzir os prestadores de saúde a oferecerem serviços de maior qualidade[47].

A Diges, por sua vez, volta-se para dentro da agência, sendo responsável por planejar, coordenar e supervisionar questões administrativas, financeiras e de pessoal. Nesse sentido, a Diges propõe normas relativas à política de gestão de pessoas, qualificação institucional, licitação, orçamento e finanças e gestão do conhecimento.

[47] A regulação da ANS recai, em realidade, apenas sobre os intermediários, posto que não atinge médicos e hospitais, que efetivamente prestam os serviços no setor. Essa é uma discussão central sobre os limites da atuação da agência, à qual retornaremos adiante.

Um experiente funcionário da ANS considera a estruturação da ANS no tocante às diretorias boa, pois o mercado regulado é composto de operadoras e produtos – daí a Diope e a Dipro, respectivamente. A atuação dessas diretorias demanda o funcionamento de um órgão que atue na ponta fiscalizando suas normativas: a Difis. Por fim, para que esse triângulo funcione, é necessário um suporte interno e outro externo. O interno é a Diges, que cuida de toda a gestão administrativa, enquanto o externo é a Dides, que vai apoiar o desenvolvimento do setor como um todo, atuando, especialmente, na relação entre prestador, beneficiário e operadora (entrevista ao autor).

Diferentemente de outras agências, em que os diretores atuam como conselheiros que tomam decisões gerais sobre todas as áreas, enquanto os superintendentes executam as tarefas do dia-a-dia em setores específicos, na ANS os próprios diretores têm função executiva, com cada um respondendo por uma diretoria técnica. As questões centrais, no entanto, são levadas à deliberação da Diretoria Colegiada. Assim, é possível dizer que

> um diretor tem função executiva (na sua diretoria), função 'legislativa' (enquanto membro da Diretoria Colegiada), exercendo, ainda, função 'judicante', pois julga eventuais recursos das operadoras em processos de fiscalização ou quaisquer outros processos administrativos (CONASS, 2011).

À época da pesquisa, em 2015, a ANS contava com 1.480 funcionários, dentre concursados, terceirizados, temporários e comissionados. Desses, 568 eram servidores concursados. Dada a crescente profissionalização da agência, os servidores de carreira têm ocupado cada vez mais os cargos em comissão. De acordo com a última contagem da ANS, 85% desses cargos eram ocupados por servidores. Ao mesmo tempo, apenas 17 pessoas possuíam cargos comissionados sem que tivessem qualquer vínculo com a União. Em relação ao orçamento, o valor previsto para 2015, incluindo taxas e multas arrecadadas e repasses do Tesouro Nacional, foi de R$ 271 milhões.

Capítulo 3. Características do setor, eventos significativos e principais questões regulatórias

Tendo passado em revista as principais etapas da história da saúde suplementar e de sua regulamentação, é importante aprofundarmos o conhecimento atual sobre o setor, observando suas características, eventos significativos ocorridos e questões regulatórias centrais. Especialmente ao discorrer sobre as principais disputas regulatórias, teremos a oportunidade de observar as diversas visões existentes e o caráter conflituoso e instável do setor. Analisar esses pontos será fundamental não apenas para uma compreensão mais acurada do funcionamento da saúde suplementar, mas porque a natureza e as especificidades desse setor de regulação estatal têm profundo impacto sobre a própria política.

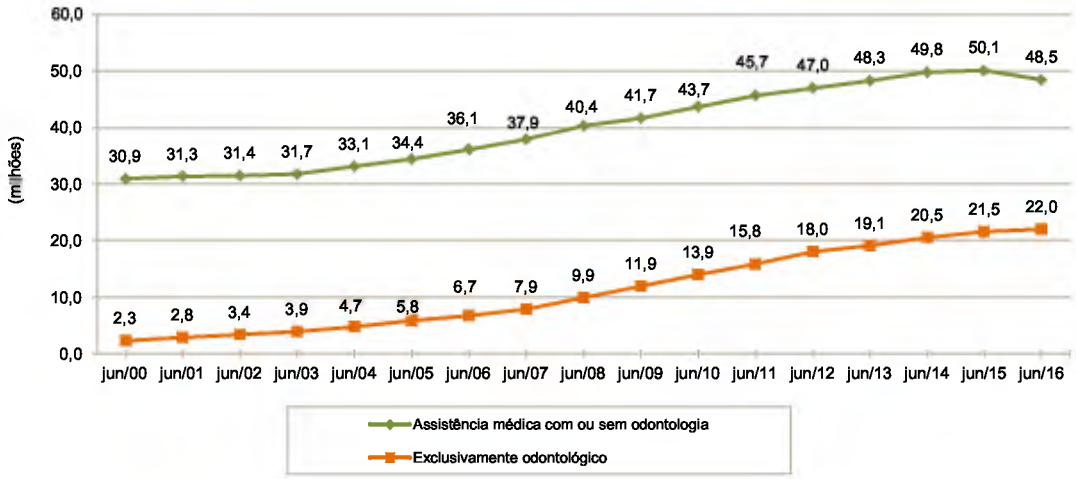
3.1 Características do setor

O Brasil possui o segundo maior mercado de planos de saúde do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos. Aproximadamente 48,5 milhões de pessoas, o equivalente a 25% da população, tinham planos de saúde em 2016. A comparação com os Estados Unidos é particularmente ilustrativa, pois dá a dimensão exata da importância do setor em nosso país. Os Estados Unidos ocupam a primeira posição nesse mercado, pois são o único país do mundo em que o financiamento e a cobertura de serviços de saúde são realizados primordialmente pelos planos privados de saúde. O Brasil, por sua vez, está na segunda posição mundial no mercado privado de planos de saúde, dispondo, concomitantemente, de um sistema público universal, que atende a grande maioria da população (SCHEFFER; BAHIA, 2010).

A maior cifra de beneficiários de planos de saúde já atingida foi 50,1 milhões, em 2015. Esse número flutuou negativamente em decorrência da crise econômica. Como veremos adiante, a maior parte dos planos de saúde é vinculada a contratos de trabalho, de modo que a elevação do desemprego impacta diretamente o número de beneficiários

de planos de saúde. De todo modo, como se pode visualizar no gráfico abaixo, a tendência tem sido de expansão contínua no número de beneficiários ao longo dos anos 2000[48].

Gráfico 1 – Beneficiários de planos privados de assistência à saúde no Brasil (2000-2016)



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)/ANS/MS

Havíamos relatado que o setor apresentara franca expansão entre o fim da década de 1980 e o início da seguinte. Como se vê, os anos 2000 não foram diferentes. De todo modo, cabe destacar que, proporcionalmente, a população assistida por planos de saúde não tem variado significativamente. De acordo com estimativa da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a proporção da população coberta era de 24,5% em 1998, passando a 27,9% em 2013 (IBGE, 2015).

Esses números não revelam, no entanto, uma importante distinção existente entre os planos de saúde. Os planos podem ser de dois tipos: individual ou familiar, por um lado, e coletivo, por outro. O primeiro tipo ocorre quando o contrato é firmado entre um indivíduo e uma operadora, seja para o titular, para um familiar ou para o titular e seus dependentes, com o indivíduo arcando com todos os custos da mensalidade. Os planos coletivos, por sua vez, são realizados entre pessoas jurídicas e se destinam a grupos

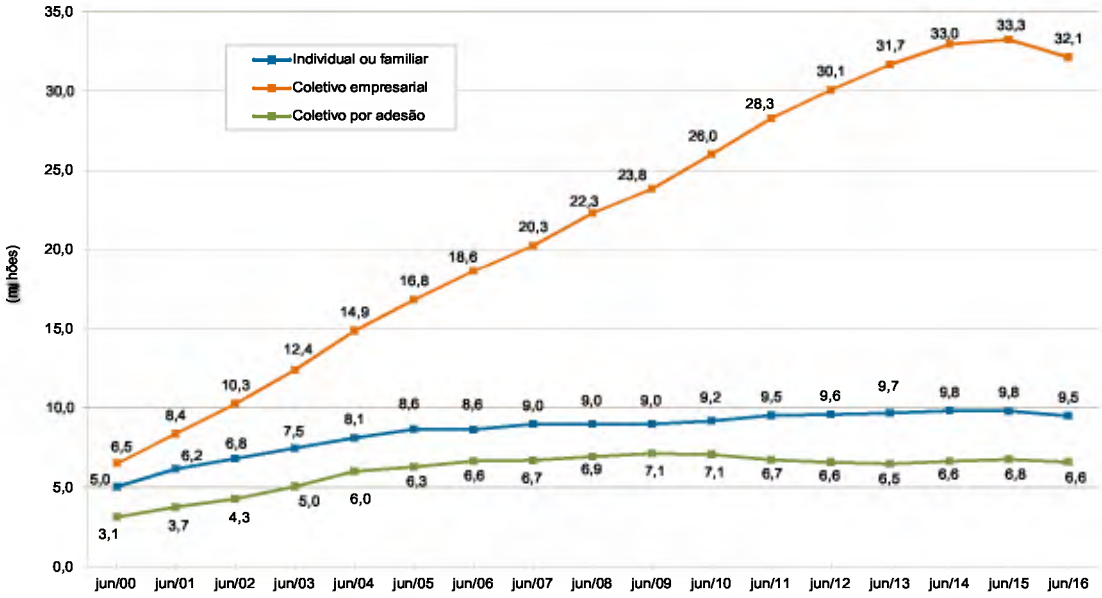
[48] Nossas análises sempre se baseiam nos planos privados de assistência médica (com ou sem odontologia), que estão representados na linha superior do gráfico, e não naqueles exclusivamente odontológicos. Embora estes venham apresentando crescimento exponencial, não é possível saber com precisão quantos dos beneficiários dos planos exclusivamente odontológicos também possuem planos de assistência médica, de modo que existe o perigo de duplicação dos números.

específicos, podendo ou não incluir dependentes. Esses planos podem ser coletivos empresariais ou coletivos por adesão.

Os planos coletivos empresariais, mais comuns no setor, são patrocinados pelo empregador, com adesão automática do empregado. Nesse regime, a empresa contratante pode arcar totalmente com a mensalidade ou descontar uma parcela da folha de pagamento do empregado. Mais recentemente, como vimos, surgiram os planos coletivos por adesão, por meio dos quais uma entidade jurídica, como uma associação ou um sindicato, contrata um plano. No entanto, diferentemente do empresarial, neste caso, a adesão do beneficiário ocorre por sua iniciativa e o pagamento fica por conta do usuário, já que não há um patrocinador.

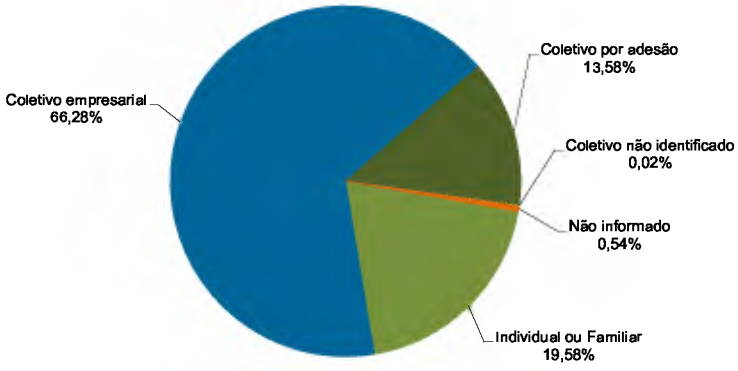
Vimos que a forte expansão inicial do mercado de saúde suplementar esteve ligada à industrialização, especialmente no estado de São Paulo. Nesse sentido, o crescimento do setor esteve assentado nos planos coletivos empresariais. As Unimeds foram pioneiras na comercialização de planos individuais e, posteriormente, as empresas de medicina de grupo, especialmente do Rio de Janeiro, passaram a atender segmentos da classe média por meio de planos individuais. Não à toa, Amil e Golden Cross, empresas do Rio de Janeiro, tinham maior proporção de clientes individuais do que as medicinas de grupo tradicionais (BAHIA, 1999). De todo modo, a carteira prioritária de todas as modalidades sempre foi composta pelos planos coletivos empresariais. Reforçando essa tendência, algumas empresas adotaram recentemente, por razões que veremos adiante, uma política de desestímulo à comercialização de planos individuais. Esse cenário, de forte predomínio dos planos coletivos, é retratado nas ilustrações a seguir, que mostram a evolução e a proporção dos diferentes tipos de planos.

Gráfico 2 – Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil – 2000-2016)



Fonte: SIB/ANS/MS

Gráfico 3 – Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil – junho/2016)

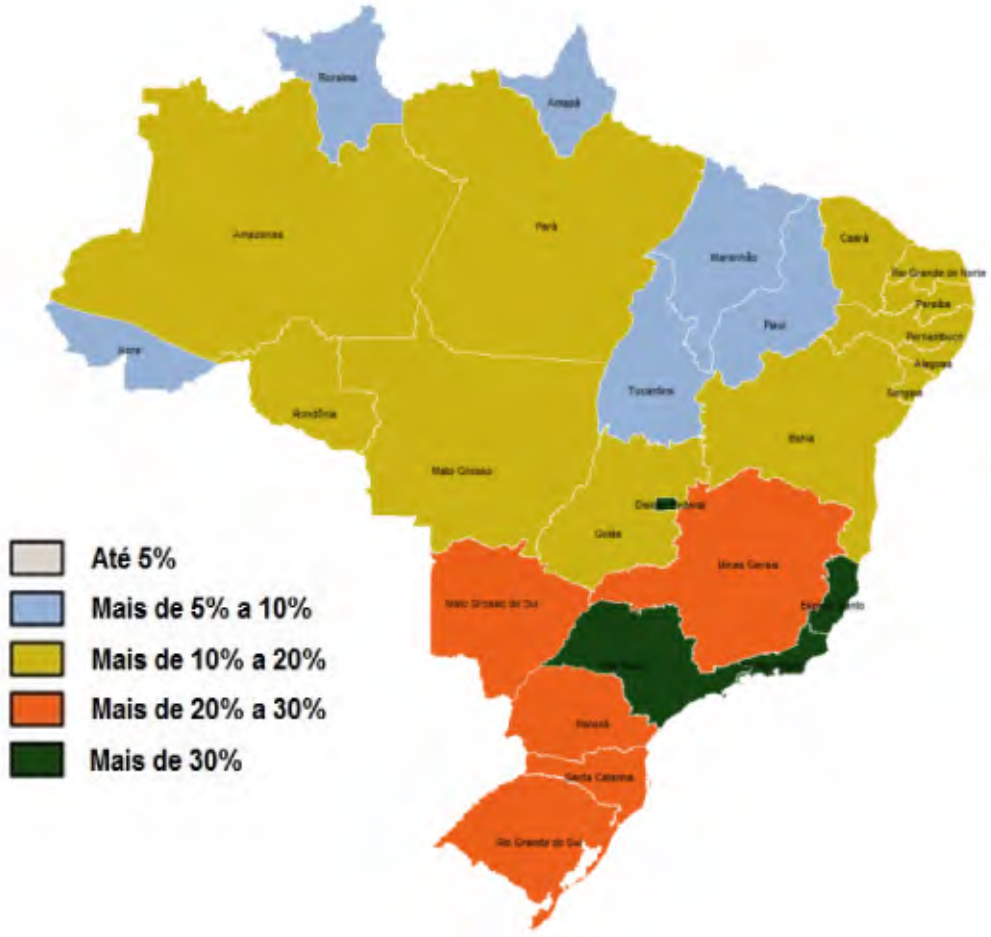


Fonte: SIB/ANS/MS

Como se vê, a primeira década deste século assistiu a um crescimento vertiginoso dos planos coletivos, que atualmente respondem por aproximadamente 80% do mercado brasileiro de planos de saúde. Outra consequência da vinculação história do setor à industrialização no Sudeste é que a maior parte da população coberta por planos de saúde está baseada nessa região, seguida dos estados da região Sul, conforme gráfico abaixo.

Alie-se a esse fato o desenvolvimento econômico concentrado e desigual no Brasil e o que se observa é uma enorme assimetria na cobertura de planos privados de saúde. As regiões mais ricas do país têm uma cobertura desproporcionalmente maior. No Sudeste, a taxa de cobertura estava próxima de 37% em junho de 2016, alcançando praticamente 43% em São Paulo, enquanto na região Norte essa proporção não chegava a 12%. A diferença entre capital e interior também é bastante significativa. Em média, 43,6% das capitais brasileiras eram cobertas por planos de saúde nesse mesmo período, ao passo que essa proporção cai a 19,4% no interior. As três capitais com maior cobertura no país são Vitória, Curitiba e São Paulo, cujas taxas são, respectivamente, 67,5%, 57,8% e 55,4% (ANS, 2016c).

Gráfico 4 – Taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por unidades da federação (Brasil – junho/2016)

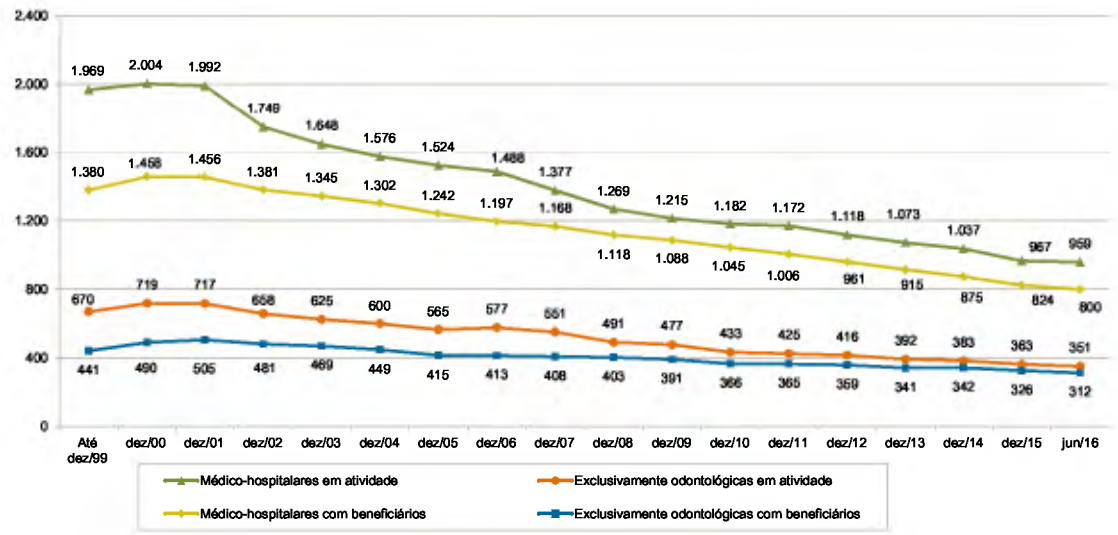


Fonte: SIB/ANS/MS e IBGE

Em relação à situação geral do setor e das operadoras de planos de saúde que nele atuam, é possível afirmar que o processo regulatório, com a imposição ininterrupta de regras, tem contribuído para enxugar o mercado. Se tomarmos como referência as

operadoras de planos médico-hospitalares ativas e com beneficiários, nota-se, no gráfico abaixo, que houve uma queda abrupta no número dessas empresas entre o início da regulação, em 1999, e hoje: passou-se de 1.380 para 800 operadoras.

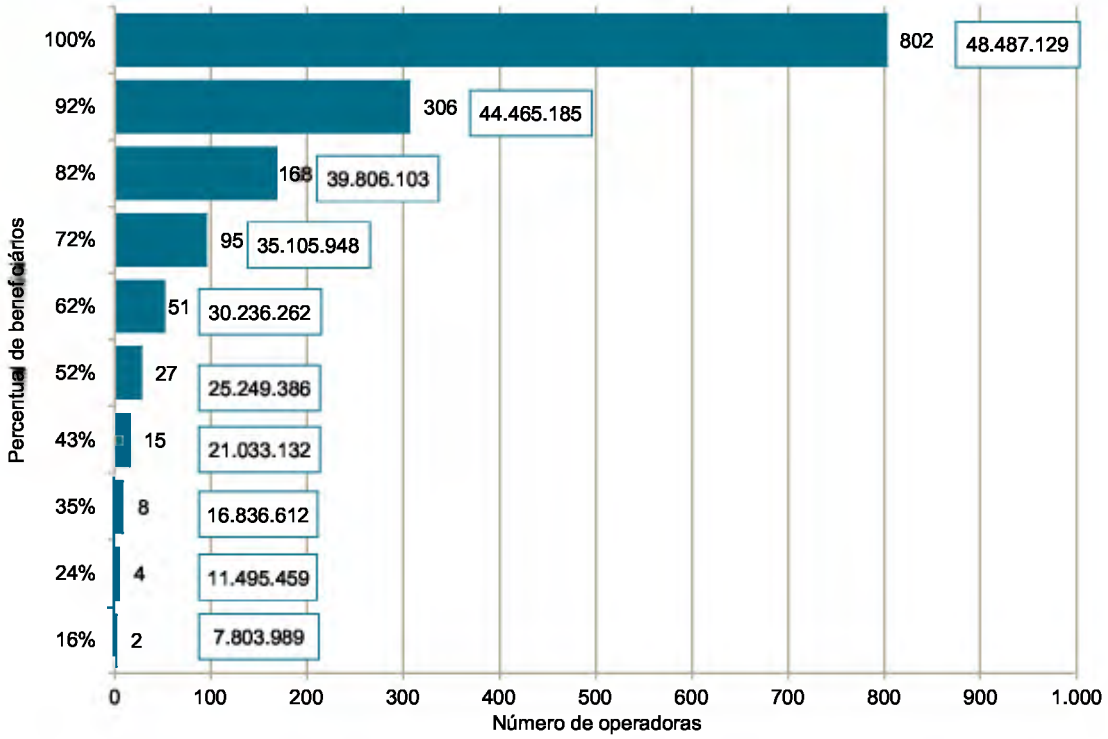
Gráfico 5 – Evolução do registro de operadoras (Brasil – dezembro/1999-junho/2016)



Fonte: CADOP/ANS/MS e SIB/ANS/MS

Mesmo com esse enxugamento, o número de operadoras ainda é relativamente grande. No entanto, se atentarmos para a distribuição dos beneficiários entre as operadoras no Gráfico 6, constataremos que o mercado de saúde suplementar apresenta uma concentração relativamente grande. Quatro empresas detêm 25% do mercado, enquanto 27 são responsáveis pelo atendimento de mais da metade dos beneficiários do país, o equivalente a mais de 25 milhões de pessoas. Pouco mais de 10% das empresas do setor (95 operadoras) concentram 72% dos beneficiários de planos do país. Para tornar essa realidade mais palpável, os números absolutos são mais incisivos: enquanto as duas maiores operadoras do segmento são responsáveis pelo atendimento de quase 8 milhões de beneficiários, as 504 menores empresas têm juntas cerca de 4 milhões. Estudo contratado pela ANS em 2015 confirmou o diagnóstico de concentração do setor, chamando a atenção, ainda, para o fato que o mercado de planos individuais apresenta-se ainda mais concentrado devido à tendência das operadoras a competir no mercado de planos coletivos em detrimento daquele (ANDRADE et al., 2015).

Gráfico 6 – Distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica por operadoras (Brasil – junho/2016)



Fonte: CADOP/ANS/MS e SIB/ANS/MS

Para que se tenha uma ideia da força do setor na economia brasileira, basta observar que as 800 empresas que nele atuam, prestando serviços a um quarto da população, tiveram um faturamento[49] de mais de R$ 155,5 bilhões em 2015, valor bastante superior ao orçamento aprovado para o Ministério da Saúde nesse mesmo ano, de R$ 109,2 bilhões, sendo que o SUS atende os outros três quartos da população. O quadro abaixo também revela que as receitas vêm crescendo de forma constante nos últimos dez anos e acima das despesas, garantindo a margem de lucro do setor.

[49] O faturamento foi calculado pela soma da "receita de contraprestações" com "outras receitas operacionais".

Quadro 3 – Receitas e despesas das operadoras médico-hospitalares, por tipo (Brasil – 2006-2016)

(R$)

Ano	Receita de contraprestações	Outras receitas operacionais	Despesa assistencial	Despesa administrativa	Despesa de comercialização	Outras despesas operacionais
2006	41.716.465.643	-	33.267.151.262	7.195.262.927	-	-
2007	50.766.682.227	8.518.257.132	40.905.609.888	9.566.913.198	1.317.341.891	8.074.411.859
2008	59.280.249.465	9.059.418.948	47.630.483.300	10.257.737.705	1.656.326.365	8.555.676.794
2009	64.404.378.852	11.914.563.534	53.463.518.036	10.893.142.233	1.919.537.766	9.932.485.239
2010	72.578.210.767	13.890.053.247	58.941.712.605	11.677.378.215	2.201.732.337	12.270.505.831
2011	82.316.439.498	14.906.221.179	67.855.757.878	12.407.939.608	2.602.737.721	13.876.747.148
2012	92.913.289.781	14.219.902.298	78.950.770.755	13.315.140.966	2.962.567.343	13.340.313.097
2013	106.510.627.259	14.930.962.271	89.751.742.236	13.970.560.194	3.277.034.259	13.622.740.537
2014	123.734.202.122	14.940.488.060	105.203.280.270	15.556.450.248	3.896.429.067	14.478.660.490
2015	140.279.758.881	15.336.478.912	118.696.330.032	16.358.329.850	4.509.880.780	15.524.446.771
2016	76.022.449.739	7.978.909.858	64.490.135.177	8.308.067.079	2.404.186.487	8.371.102.512

Fonte: DIOPS/ANS/MS

A observação das receitas apenas no ano de 2015 por modalidade de operadora permite-nos compreender melhor o funcionamento desse mercado. Atendo-se apenas às operadoras médico-hospitalares, vê-se, no quadro abaixo, que as cooperativas médicas aparecem em primeiro lugar em termos de receitas, superando as medicinas de grupo e as seguradoras, que ocupam, respectivamente, o segundo e o terceiro lugares. Com aproximadamente um terço das receitas das cooperativas e em quarto lugar estão as autogestões. Já as instituições filantrópicas ocupam a última posição e têm uma receita significativamente menor do que as outras modalidades. Até mesmo pela superioridade das receitas das cooperativas, das medicinas de grupo e das seguradoras em relação aos outros tipos de instituição, delineia-se um quadro em que o mercado é dominado por essas três modalidades.

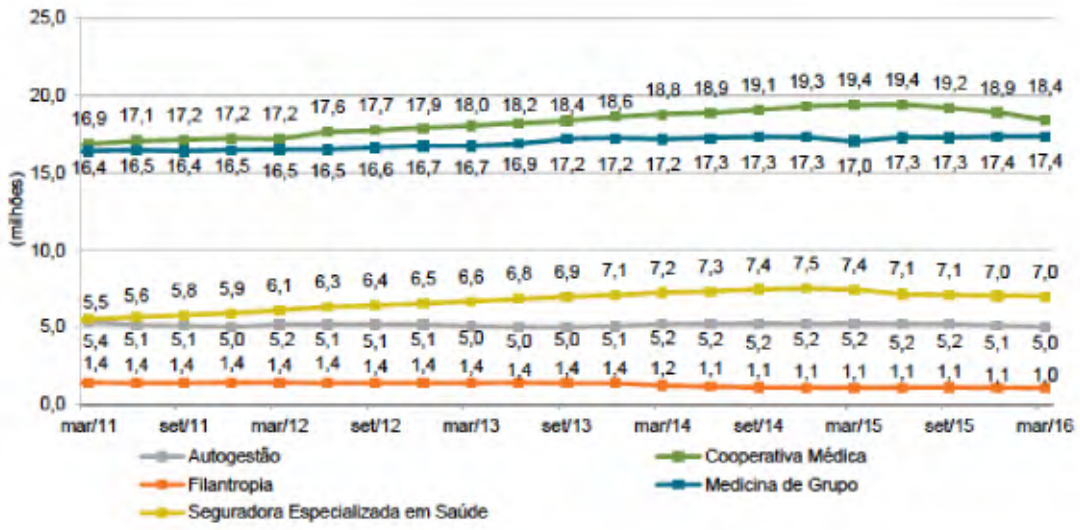
Quadro 4 – Receitas e despesas, por tipo, segundo a modalidade da operadora (Brasil - 2015)

Modalidade da operadora	Receita de contraprestações	Outras receitas operacionais	Despesa assistencial	Despesa administrativa	Despesa de comercialização	Outras despesas operacionais
Total	142.319.627.382	15.326.392.013	119.293.286.026	16.982.622.101	4.767.958.482	15.678.921.866
Operadoras médico-hospitalares	139.320.260.527	15.192.604.530	117.889.462.089	16.166.563.480	4.502.151.231	15.452.303.792
Autogestão	16.297.092.109	1.454.094.768	15.673.637.987	2.122.277.910	1.924.001	930.741.306
Cooperativa Médica	47.632.366.834	8.897.403.778	39.798.676.168	5.679.071.574	902.942.476	9.099.567.984
Filantropia	2.097.605.365	3.877.389.066	1.609.266.570	1.501.246.253	29.477.945	2.796.007.241
Medicina de Grupo	40.534.551.247	935.621.743	32.550.527.274	5.050.152.525	1.604.803.471	1.654.160.442
Seguradora Especializada em Saúde	32.758.644.972	28.095.174	28.257.354.090	1.813.815.218	1.963.003.340	971.826.818
Operadoras exclusivamente odontológicas	2.999.366.855	133.787.483	1.403.823.937	816.058.621	265.807.251	226.618.074
Cooperativa odontológica	659.472.824	99.550.313	412.181.426	222.798.930	23.947.450	94.028.372
Odontologia de grupo	2.339.894.030	34.237.170	991.642.512	593.259.691	241.859.801	132.589.702

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar (2015)

Ainda buscando qualificar e dimensionar o tamanho das diferentes modalidades de operadoras de planos de saúde no mercado de saúde suplementar, apresentamos abaixo gráfico que mostra a evolução dos beneficiários de acordo com o tipo da empresa entre 2011 e 2016. É possível observar que, de forma correspondente às receitas do setor, as cooperativas aparecem em primeiro lugar em número de beneficiários, seguidas pelas medicinas de grupo, seguradoras, autogestões e filantrópicas. Chama a atenção, no entanto, no contraste com as receitas, que, em termos de beneficiários, as cooperativas não estão tão distantes das medicinas grupo – a diferença é de um milhão. Outro ponto de destaque é que, enquanto cooperativas e medicinas de grupo aparecem próximas na liderança, atendendo por volta de 18 milhões de beneficiários, as seguradoras estão bastante abaixo, com 7 milhões. Em termos de receita, as cooperativas superam as seguradoras em 50%; no caso do número de beneficiários, essa proporção passa de 250%. Não à toa, as seguradoras aparecem próximas às autogestões em número de beneficiários atendidos, mesmo sendo a modalidade que apresentou maior crescimento nos cinco anos entre 2011 e 2016. Vale observar que as seguradoras estão em muito menor número no mercado: são 9 empresas ativas com beneficiários, ao passo que as medicinas de grupos contam com 262 e as cooperativas médicas, com 303.

Gráfico 7 – Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil – março/2011 - março/2016)



Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar (2015)

3.2 Eventos no setor

Como vimos anteriormente, a regulamentação dos planos de saúde foi um marco no setor, trazendo um mínimo de racionalidade ao mercado e garantindo algumas regras de proteção ao consumidor. O novo *status quo* afetou os diversos atores envolvidos, que se articularam e se articulam até hoje buscando mudanças no arcabouço regulatório. Nesta seção, trazemos à tona dois importantes eventos relacionados ao setor, de modo a compreender as reações dos atores e as disputas em jogo, especialmente no período subsequente à aprovação da Lei dos Planos de Saúde. Essa discussão dará a base para a próxima seção, na qual debateremos de forma mais aprofundada as grandes questões regulatórias que mobilizam o setor até hoje.

Os dois eventos a que nos referimos, provocados por atores de distintos espectros, são a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) a respeito da Lei dos Planos de Saúde e a Comissão Parlamento de Inquérito (CPI) que investigou diversos problemas relacionados à atuação das empresas no mercado de saúde suplementar.

3.2.1 A contestação da lei no Judiciário

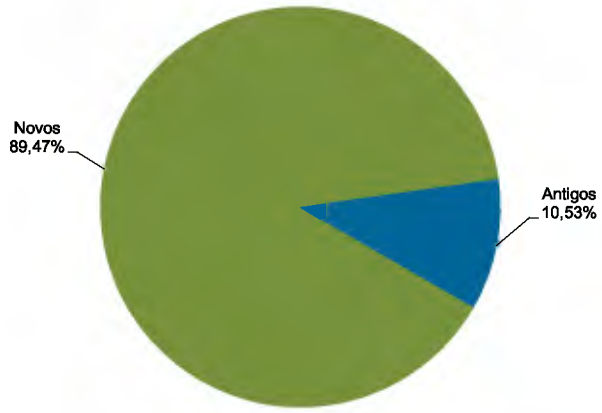
Com a aprovação da lei e a imposição de regras mais rígidas de funcionamento às operadoras, como cobertura mínima e controle de reajuste, a já mencionada Confederação Nacional de Saúde (CNS), entidade nacional representativa dos prestadores de serviços, entrou, ainda em 1998, no STF com a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1931, questionando a constitucionalidade de diversos dispositivos da Lei dos Planos de Saúde. A ação ajuizada sustentava que a lei regula seguro saúde, de modo que deveria integrar o Sistema Financeiro Nacional e, portanto, ter sido objeto de lei complementar. Além disso, afirmava ser inconstitucionais três grupos de dispositivos: regras de autorização, normas de funcionamento e órgão fiscalizador (STF, 2003). De acordo com o funcionário do Ministério da Saúde que fazia a defesa técnica no processo e, posteriormente, viria a ser diretor da ANS, "eles [dirigentes da CNS] arguem a inconstitucionalidade da lei quase toda" (entrevista ao autor).

O relator do processo no Supremo, ministro Maurício Corrêa, entendeu que a lei estava, em sua maior parte, de acordo com a ordem jurídica. Assim, questões importantes, como a cobertura mínima e o ressarcimento ao SUS, foram consideradas constitucionais e permanecem em vigor até hoje. No entanto, o juiz concedeu uma liminar em outubro de 1999, ratificada unanimemente pelo pleno do STF apenas em 2003, declarando que a lei não poderia abranger os contratos antigos, celebrados antes da edição da lei, na medida em que violava o direito adquirido. Nesse sentido, a ANS, que seria criada pouco depois da concessão da liminar, somente poderia regular os planos novos, adquiridos a partir de 1999. Assim, o STF não acolheu a argumentação do à época Advogado-Geral da União, Gilmar Mendes, segundo o qual, a não existência prévia de um marco regulatório permitiria à nova lei alcançar os contratos antigos. Esclarece-se que, até hoje, não houve sentença definitiva julgada. Em 2014, no entanto, o plenário do Supremo, ao acolher embargos de declaração que questionavam o acórdão da liminar, esclareceu que os reajustes posteriores à aprovação da lei continuam a depender de prévia anuência da ANS (STF, 2014).

Com a decisão do STF, criou-se uma cisão no mercado de planos de saúde, pela qual uma parcela da população ficaria desassistida em termos do controle regulatório do Estado. Isso significou que problemas sérios, como exclusões de coberturas, reajustes abusivos, rescisão unilateral e limitação de tempo de internação, comuns nas cláusulas de

contratos antigos, não foram sanados. Para que se tenha ideia do impacto dessa decisão, basta informar que, no início de 2004, cinco anos após a entrada em vigor da lei, 56% dos planos ainda eram "antigos" (MACERA; SAINTIVE, 2004). Mesmo dezesseis anos após a criação da ANS, 10% dos beneficiários de planos de saúde ainda permaneciam com contratos antigos e, portanto, à margem da regulação existente, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 8 – Beneficiários de planos de assistência médica por época de contratação do plano (Brasil – junho/2016)



Fonte: SIB/ANS/MS

Com essa decisão, o costume de recorrer ao Judiciário, com base no Código de Defesa do Consumidor, contra práticas abusivas foi continuado pelos beneficiários dos planos antigos. Como veremos adiante, outras questões também são reiteradamente judicializadas, seja pelos consumidores, seja pelo empresariado, o que acaba por enfraquecer a regulação do setor.

3.2.2 A CPI dos Planos de Saúde

Se, por um lado, o empresariado mostrava-se insatisfeito com a nova lei e buscava derrubá-la na Justiça, por outro, entidades de defesa do consumidor enxergavam lacunas na incipiente legislação e em sua aplicação pela ANS e procuraram provocar o sistema político a tomar medidas corretivas a respeito. O caminho encontrado foi o acionamento do Congresso Nacional.

Assim, o outro evento relevante que marcou o setor desde seu nascedouro foi a criação, em 2003, da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) com a finalidade de

investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde (BRASIL, 2003). A CPI foi instituída por iniciativa do deputado federal Henrique Fontana (PT-RS) a partir de denúncias realizadas pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), dentre as quais,

> a inserção de cláusulas abusivas nos contratos de adesão, exigência de regularidade de pagamento como pré-condição para o atendimento, carências como punição para eventuais atrasos, troca constante de profissionais e estabelecimentos credenciados e interferências das empresas em procedimentos médicos (BRASIL, 2003, p. 8).

A CPI dos Planos de Saúde foi um processo político importante, pois reuniu novamente, cinco anos após a regulamentação do setor, todos os atores nele envolvidos. As discussões realizadas na CPI e trazidas à tona em seu relatório final revelam que os conflitos que já apareciam à época da regulamentação não foram amainados, permanecendo latentes durante todo o período. Os embates envolviam, principalmente, consumidores e prestadores, por um lado, e operadoras de planos de saúde, por outro. De forma bem genérica, pode-se dizer que os consumidores reclamavam dos serviços prestados pelas operadoras, os prestadores protestavam contra a ingerência e a baixa remuneração oferecida pelas operadoras, enquanto estas criticavam a regulação excessiva, que estaria sobrecarregando o setor regulado.

Em que pese o conflito generalizado, o objetivo central da CPI, como deve ter ficado claro com os tipos de denúncias que motivaram sua criação, era garantir a proteção do consumidor e arbitrar as divergências entre médicos e operadoras. O presidente da CPI, deputado federal Henrique Fontana (PT-RS), assim resumiu sua visão para a Comissão em entrevista a um veículo da área médica:

> O que me motivou a persistir na aprovação da criação de um CPI dos Planos de Saúde foi o grande número de reclamações dos usuários. As empresas deste setor são as líderes absolutas de reclamações dos órgãos de defesa do consumidor em todo o país. [...] E a situação se agravou nos últimos anos, em função do conflito entre médicos e empresas. Existe, em alguns casos, uma chantagem de caráter econômico. [...] Há médicos sendo ameaçados de descredenciamento por cumprirem de forma exemplar sua função. As empresas alegam que pedem exames demais. E esta pressão indevida feita pelas operadoras pode gerar sérios danos à saúde da população (PORTAL MÉDICO, 2003).

Evidentemente, o setor regulado também tinha defensores seus dentre os membros da CPI. Dada sua influência na ANS, vale destacar, novamente, a atuação do deputado federal Roberto Jefferson (PTB-RJ), que, assim como nas discussões para a regulamentação do setor, manifestou-se favoravelmente às operadoras de planos de saúde

durante as audiências da CPI. Reproduzimos a seguir trecho de sua fala que espelha sua visão do setor:

> Nó estamos aqui no meio de um conflito de interesse do médico, de interesse do hospital, de interesse do laboratório, de interesse da medicina de grupo. E esta CPI só não foi mais dura porque percebeu que se apertar quebra o plano de saúde. [...] O ex-ministro da Saúde fez um pouco de política com os preços da medicina pré-paga. Congelou por quatro anos. [...] A Agência Nacional de Saúde, na minha opinião, errou gravemente quando se regozijou de ter congelado os preços, dizendo que a inflação subiu, que a inflação médica foi altíssima, que os combustíveis subiram, que a energia subiu, mas não subiu o preço da medicina pré-paga, o que gerou esse conflito que vimos desaguar aqui. [...] E, Presidente, eu ouvi ontem até discursos exacerbados, dizendo que as multinacionais querem esse mercado. Conversa! Elas foram embora. A Aetna, que era associada à SulAmérica, foi embora, foi embora. A Prudential foi embora. Estava aqui associada com o BRADESCO; foi embora. A Cigna foi embora. Essa Mapfre, espanhola, que está no Brasil, está apenas no seguro. Não veio para o seguro-saúde, não. Ficou só no seguro de roubo de carro, de residência. Não quer saber de saúde, não, porque é ferro. Sabe que não tem como se sustentar, com os preços que estão sendo praticados (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2003b, p. 16).

A CPI ouviu depoimentos de dezenas de pessoas representando os mais diversos segmentos e debateu uma vasta gama de questões por aproximadamente seis meses, o que está expresso em seu relatório final de 245 páginas. As principais questões serão discutidas na próxima seção, que tratará dos grandes temas do setor. É interessante observar que não há maior prejuízo em utilizar os debates da CPI para tratar das principais disputas do setor hoje, posto que as discussões levantadas em 2003 permanecem atuais, o que já nos dá indícios de que a conflituosidade e os impasses no setor não foram dirimidos. Prova disso, aliás, é que novos pedidos de CPI foram protocolados na Câmara dos Deputados recentemente, sendo o último em 2015 por iniciativa do deputado federal Ivan Valente (PSOL-SP).

Vale destacar, de todo modo, que a CPI fez uma série de relevantes recomendações tanto para a própria Câmara dos Deputados como para o Poder Executivo, incluindo a ANS, além de propor o indiciamento de algumas pessoas e empresas. Como seria possível depreender do parágrafo anterior e da dissertação de mestrado de Garcia (2004), que analisou o funcionamento dessa CPI, seu desfecho não importou resultados concretos e impactantes no setor. Todavia, duas medidas significativas foram tomadas pela ANS logo após a CPI. A primeira diz respeito à adequação da regulação existente ao recém-aprovado Estatuto do Idoso, que impediu o reajuste aos beneficiários após completarem 60 anos. A segunda buscou resolver o problema já discutido dos contratos antigos. Como o STF decidiu que a lei não poderia ser aplicada retroativamente, a ANS

editou uma resolução introduzindo o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos (PIAC), que visava estimular a migração aos planos novos[50].

Independentemente dos efeitos produzidos, talvez o fato mais relevante relacionado aos dois eventos aqui narrados é que a regulamentação do setor em 1998 não logrou criar um ambiente regulatório estável nem minimamente consensual entre os principais atores envolvidos. Como veremos a seguir, o setor permanece permeado por enormes disputas e conflitos nas mais diversas questões, o que provoca uma insatisfação geral e a extrapolação das querelas para o Judiciário.

3.3 Questões regulatórias

A Lei dos Planos de Saúde de 1998 e a regulação promovida pela ANS ao longo dos últimos dezesseis anos trouxeram alguns avanços importantes para o setor de saúde suplementar. Esses avanços, no entanto, são minimizados por algumas lacunas e, principalmente, pelas incontáveis divergências existentes entre os principais atores do setor. Nesta seção, relataremos alguns aspectos positivos proporcionados pela regulação, ao mesmo tempo em que discutiremos algumas questões regulatórias altamente conflituosas e polêmicas e que são, a nosso ver, pontos fulcrais da disputa no âmbito da saúde suplementar. Além de políticas específicas, trataremos também de temas mais gerais e visões que subjazem ao setor e ajudam a explicar seu funcionamento, bem como os conflitos existentes. Essas análises carregam particular importância, pois nos permitirão não apenas compreender os distintos interesses concretos em jogo, mas nos darão a base para a posterior análise das diferentes gestões da ANS ao longo do tempo. Por último, mas não menos importante, o conhecimento específico do objeto da regulação (*issue*) poderá nos oferecer subsídios relevantes para a própria compreensão da configuração do setor e do jogo político a ele relacionado.

Ao discutirmos a regulamentação do setor no capítulo 2, identificamos que seu eixo central estruturou-se em torno das regulações econômica e assistencial. Agregamos, ainda, a questão da fiscalização, das relações com o sistema público e do órgão regulador.

---

[50] Segundo Garcia (2004), esse programa teve grande dificuldade para ser implementado, tendo sido, inclusive, suspenso por decisão judicial. O órgão que impetrou a ação contra a ANS foi a Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde (ADUSEPS), pois era contrária aos elevados preços praticados pelas operadoras na migração entre os planos.

Deixando de lado a discussão sobre este último aspecto referente ao formato institucional da ANS, vamos utilizar essas categorias para avaliar algumas questões no setor. Antes, vale ressaltar que um dos principais legados da regulação é a melhoria na produção e na transparência de informações sobre o setor de saúde suplementar. Os estudos realizados antes dos anos 2000 tinham grande dificuldade até mesmo para dimensionar o tamanho desse mercado. Hoje, há uma abundância de dados disponíveis sobre as empresas, os beneficiários, os planos de saúde e o setor de maneira geral.

3.3.1 Regulação econômica

A regulação econômica talvez seja a categoria com mais questões equacionadas. As normas básicas para o funcionamento de um mercado mais saudável do ponto de vista econômico, como regras de entrada e saída do mercado, com a constituição de reservas mínimas, por exemplo, bem como a intervenção em operadoras com desequilíbrios econômico-financeiros (regimes especiais) tiveram algum êxito na consolidação do setor. Ao comentar o duplo movimento de declínio de operadoras ativas e aumento de operadoras canceladas do início da regulação até 2005, Santos (2006, p. 149) afirma que "esta melhoria também revela a melhor atuação da regulação no período". Tal visão a respeito das chamadas regras prudenciais é compartilhada por diretores de diversas gestões, inclusive as dos períodos tucano e petista (entrevista ao autor).

Talvez a principal crítica nessa seara seja referente à crescente concentração do mercado. No entanto, deve-se ter em mente que a introdução da regulação, especialmente num mercado completamente desregulado, quase que naturalmente provoca um enxugamento do setor. Isso decorre das exigências impostas tanto pela lei, ao determinar uma cobertura obrigatória mínima, como pela ANS, ao estabelecer essas regras prudenciais. Ao relatar que, das cerca de 900 operadoras ativas no mercado, 507 têm até 20 mil vidas (beneficiários), um gestor da área econômica da ANS afirma que "Se a sociedade não quer o fechamento dessas operadoras de pequeno porte porque acha que elas estão atuando em mercados que não vão ser atendidos por operadoras de grande porte, que têm uma importância local [...] aí necessariamente tem que mudar lei" (entrevista ao autor).

Fica, claro, assim, que a própria existência da lei já acarreta esse resultado. E isso ocorre mesmo com uma certa leniência da agência em relação às operadoras que não são seguradoras – vale lembrar que estas seguem regras de reservas há mais tempo que as outras modalidades. De todo modo, é fato que as grandes operadoras têm sido beneficiadas com esse processo, como ficou claro na já mencionada declaração de dirigente da Amil, para quem a empresa só existe hoje por causa da regulação. Aliás, a Amil talvez seja a empresa que mais tenha realizado aquisições no setor. Desde 2002, a operadora incorporou a Amico, Porto Seguro, Blue Life e Medial, dentre outras. Bradesco Saúde e SulAmérica também fizeram movimentos semelhantes, inclusive no mercado odontológico, que tem crescido bastante. A Bradesco Saúde entrou no controle da Odontoprev, enquanto a SulAmérica acrescentou a Dental Plan à sua carteira[51]. Mais recentemente, tem havido também uma tendência de fundos estrangeiros comprarem participações nas grandes operadoras brasileiras. Além da maior compra do setor, que foi a da Amil pela *UnitedHealth*, outros exemplos incluem a da Intermédica NotreDame pelo Bain Capital e da Qualicorp pelo Grupo Carlyle[52]. Todas essas articulações potencializam a dinâmica concentradora do mercado de saúde suplementar.

3.3.2 Fiscalização

No tocante à dimensão fiscalizatória, o dissenso já aparece com mais vigor. Os já mencionados regimes especiais, por meio dos quais a ANS interfere na gestão das empresas, parecem funcionar melhor. À época da pesquisa de campo, em 2015, havia 64 empresas em direção fiscal e mais de 70 em liquidação extrajudicial (entrevista ao autor). De acordo com Santos (2006, p. 117), esses mecanismos "têm tido um nível de efetividade bem maior que as autuações e multas, servindo como instrumento de intervenção em empresas que, por alguma motivação, econômica ou técnica, vêm deixando de prestar a devida assistência aos seus beneficiários".

---

51 http://www.sinamge.com.br/index.php/2014-06-06-02-11-03/acordos-coletivos/acordos-e-diss%C3%ADdios-2016-2017?task=download&id=16

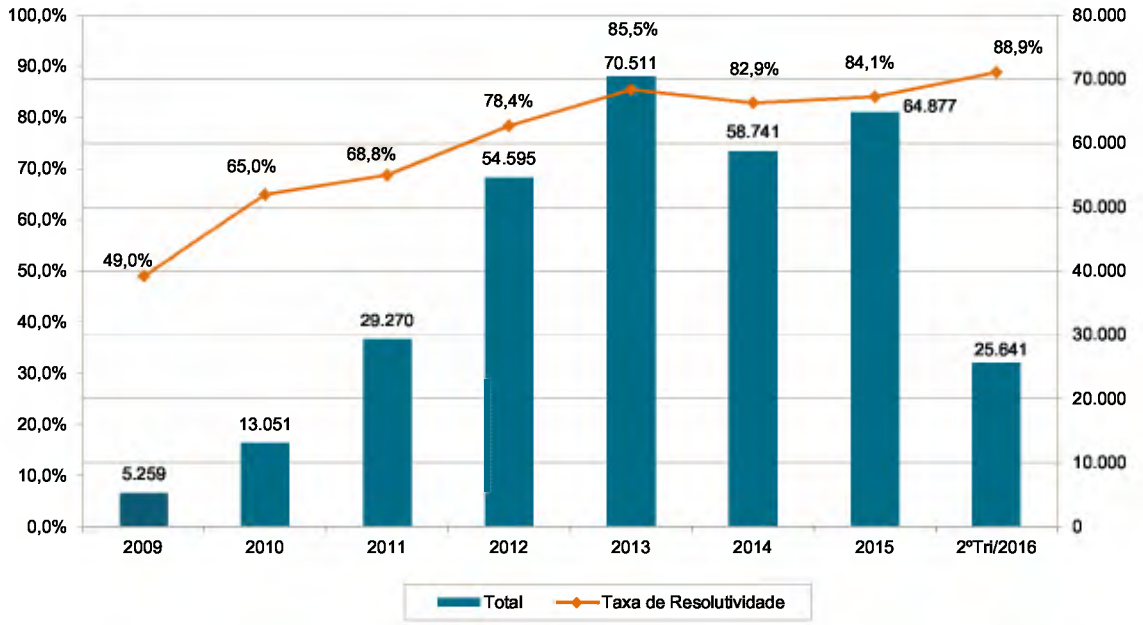
52 http://g1.globo.com/economia/negocios/noticia/2012/10/americana-unitedhealth-compra-amil-por-r-649-bilhoes.html e http://exame.abril.com.br/negocios/intermedica-e-vendida-por-r-1-8-bi-ao-fundo-bain-capital/ e http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,fundo-carlyle-dono-da-cvc-compra-empresa-de-planos-de-saude-qualicorp-imp-,583478

Os maiores embates sobre a atuação fiscalizatória da agência concernem à baixa efetividade no cumprimento das sanções impostas - especialmente as autuações nos casos de negativas de coberturas, que é o tema mais reclamado na ANS[53]. Ao aplicar uma multa, a agência instaura um processo administrativo contra uma operadora. Ocorre que esse processo é bastante moroso e pouco eficaz. Por um lado, há, de forma semelhante ao funcionamento do Judiciário, diversas possibilidades de recurso, que vão desde a Diretoria de Fiscalização até a Diretoria Colegiada da agência. Além disso, diversas operadoras optam por judicializar as autuações, o que prolonga o processo ainda mais sem que o beneficiário seja atendido. Conforme alguns entrevistados da Diretoria de Fiscalização e da Procuradoria Federal junto à ANS, muitas empresas preferem não pagar e serem inscritas na dívida ativa da União. Caso a empresa não dependa de recursos públicos para se financiar, essa pode ser uma saída vantajosa. Existe, ainda, a possibilidade de se recorrer ao Refis – programa de parcelamento de dívidas da União. Por fim, como a ANS recolhe diversos tipos de recursos das operadoras - taxa pelo número de beneficiários, taxa de registro de produto, valores relativos ao ressarcimento ao SUS e multas –, as empresas fazem um cálculo estratégico de quais devem ser pagos e quando (entrevista ao autor).

Nesse cenário, a ANS iniciou um projeto denominado Notificação de Investigação Preliminar (posteriormente renomeado para Notificação de Intermediação Preliminar – NIP), o qual foi convertido em resolução em 2010. A NIP é um mecanismo de mediação de conflitos entre operadoras e beneficiários anterior à instauração de um processo disciplinar. Nesse modelo, a ANS, instada pelo beneficiário, aciona a operadora para que, num prazo relativamente curto, atenda o cliente ou justifique o não atendimento à sua demanda. Caso a operadora não responda a contento ao problema, procede-se ao processo sancionador. Como se vê no gráfico abaixo, esse instrumento, similar ao modelo da Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel), alcançou um alto índice de resolutividade nos conflitos, o que leva diversos atores do setor a enxergarem a NIP como uma ação regulatória bem-sucedida.

[53] Até junho de 2016, 66,03% das 42.314 reclamações junto à ANS diziam respeito ao tema cobertura (Tabnet/ANS/MS).

Gráfico 9 – Resolutividade NIP (Brasil – 2009-2016)



Fonte: Tabnet/ANS/MS

Outros atores, no entanto, criticam o modelo da NIP, afirmando, em primeiro lugar, que não é papel da ANS fazer mediação ou conciliação. Antes, a agência deveria fiscalizar e punir com rigor as operadoras, de modo a servir de exemplo para as empresas infratoras e provocar uma mudança de comportamento no mercado. Afinal, o que se está fazendo, com a NIP, é criar uma etapa intermediária em que a empresa recebe nova chance de cumprir, sem ser punida, aquilo que muitas vezes já estava previsto em contrato. Nesse sentido, a ANS estaria criando incentivos para um comportamento temerário por parte das operadoras.

A argumentação dos defensores da NIP segue em linha contrária. Sua suposição é de que seria mais válido garantir a resolução da questão, conforme fica expresso na afirmação de um funcionário da ANS: "Nosso objetivo, como órgão regulador, mais do que puxar a orelha, é mudar a prática de mercado. Se existe um problema, é porque o consumidor, ele compra uma coisa que não lhe é entregue. Então nosso objetivo é fazer entregar" (entrevista ao autor). É interessante observar, nos discursos dos propugnadores da NIP, uma lógica que parece ser majoritária na ANS: trata-se da visão de que um certo acomodamento é necessário no trato com as empresas com vistas a garantir um bem maior, que seria o atendimento do beneficiário. É nessa chave e tendo em vista as dificuldades operacionais para o recebimento de multas aplicadas que devem ser lidas medidas como a Resolução Normativa nº 388/2015, que permite desconto de até 40%

para empresas que fizerem o pagamento de infrações antecipado e à vista. A NIP apresenta-se, de fato, como medida profícua na solução dos problemas enfrentados pelos consumidores. Ocorre que tal assertiva só é válida para a reduzida parcela que aciona agência. Assim, restam sérias dúvidas sobre a real mudança no comportamento das empresas no mercado. Nesse sentido, ações mais enérgicas deveriam ser tomadas para garantir a efetiva punição às operadoras que cometem muitas e repetidas infrações – é duvidoso que o incentivo via perdão parcial da multa, como na resolução mais recentemente aprovada, seja o caminho mais frutífero[54].

3.3.3 Ressarcimento ao SUS

A questão do ressarcimento ao SUS é uma discussão central da dimensão da relação entre os sistemas público e privado. Passado o primeiro obstáculo nesse tema, que foi seu questionamento na Justiça pelo empresariado, a ANS precisou implementar a obrigatoriedade do ressarcimento ao SUS pelas operadoras. Desde o início e por um largo período, a agência parece não ter priorizado o tema, além de ter encontrado muitas dificuldades técnicas para realizar a contento essa tarefa.

Para determinar o ressarcimento pelas empresas, a ANS precisa cruzar as bases de dados de beneficiários de planos de saúde cadastrados na agência com as informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) sobre os atendimentos realizados na rede SUS. Os dados relativos à rede pública são registrados de duas formas: Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC). Alegando falta de padronização na base de dados das APAC, a ANS realizou a cobrança dos valores referentes apenas às AIH até 2015, o que representa uma falta grave no exercício da regulação, além de ter significado uma substancial perda de recursos para o sistema público. Ademais, assim como no caso das autuações às empresas, há um complexo procedimento burocrático em torno do ressarcimento, de modo que as operadoras protelam o pagamento por meio de recursos na ANS, bem como pela via judicial. Isso ocorre até mesmo pela dificuldade de se avaliar corretamente as hipóteses passíveis de ressarcimento. Para que o ressarcimento seja legal, é preciso

[54] Vale notar que o perdão de dívidas das operadoras é um objetivo estratégico do setor regulado. Conforme veremos adiante, essa medida já havia sido tentada no Congresso Nacional por meio de emenda apresentada pelo deputado federal Eduardo Cunha (PMDB-RJ).

"excluir procedimentos fora da cobertura, seja pelo tipo de plano (hospitalar ou ambulatorial) ou por questões de carência e abrangência geográfica" (ANS, 2016b, p. 7).

Como resultado desse modelo de funcionamento do ressarcimento, a ANS cobrava uma fatia pequena do que era de fato devido pelas empresas e arrecadava uma porção também ínfima do que era efetivamente cobrado. Pesquisa do IDEC em parceria com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) revelou que "A ANS, em seis anos de funcionamento, cobrou das operadoras R$ 463.582.951,00. Destes, foram ressarcidos ao SUS apenas R$ 71,2 milhões, devido a recursos administrativos no âmbito da ANS e a ações judiciais movidas pelas operadoras" (IDEC; CREMESP, 2007, p. 71).

Essas limitações na atuação da agência não tardaram a ser identificadas e criticadas. Já no relatório final da CPI, em 2003, propunha-se o "Aperfeiçoamento do atual mecanismo de processamento de informações" e a "Criação da Taxa de Ressarcimento ao SUS, cujo valor será estabelecido por lei, a ser pago por todas as operadoras à ANS com destinação final ao Fundo Nacional de Saúde". Essa taxa justificava-se "tendo em vista a grande frequência de utilização do SUS pelos beneficiários de planos de saúde e a baixa efetividade do ressarcimento, atualmente comprometido por uma série de fatores, detalhados no relatório da CPI" (BRASIL, 2003, p. 210). Logo após a CPI, a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, acolhendo voto do deputado federal José Aristodemo Pinotti (PFL-SP), solicitou ao Tribunal de Contas da União (TCU) que procedesse a uma auditoria de conformidade do trabalho realizado pela ANS no tocante ao ressarcimento ao SUS. Anos depois, o órgão externo de controle verificou que as recomendações feitas à agência não haviam surtido efeito e decidiu reabrir o processo, fazendo uma densa e cuidadosa análise da inadequada sistemática adotada pela agência no tocante ao ressarcimento.

Vale trazer a lume alguns dos argumentos e achados feitos pelo TCU em seu relatório[55]. Em primeiro lugar, destacamos a crítica à não cobrança de APAC, pois apenas nos exercícios de 2003 a 2007, havia o potencial de ressarcimento da ordem de R$ 2,6 bilhões, valor mais de quatros vezes superior ao das AIH. Não á toa, o Tribunal afirma que é "injustificável e desrespeita os princípios da razoabilidade, da moralidade e da

[55] Tivemos acesso à versão digital, distribuída em 125 volumes, do relatório de auditoria TC nº 023.181/2008-0, do Tribunal de Contas da União, sob relatoria do ministro Valmir Campelo, por meio da Lei de Acesso à Informação.

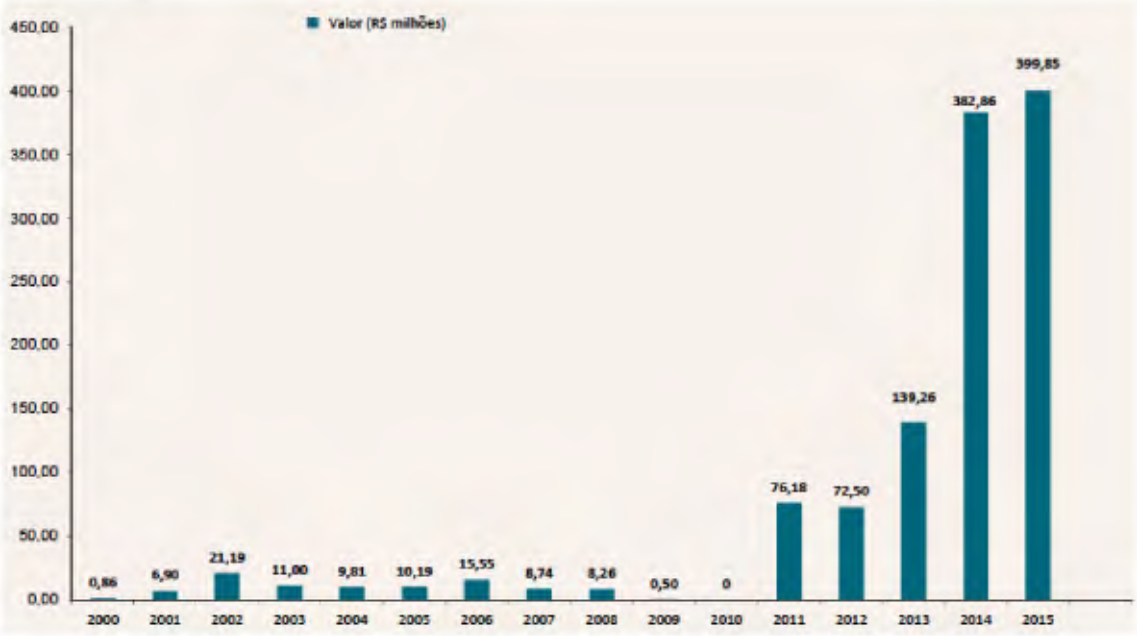
eficiência, o fato de tais procedimentos não serem objeto de ressarcimento ao SUS" (TCU, 2008, p. 459). Há também críticas à maneira como a ANS faz o batimento dos dados para fins de identificação dos atendimentos a serem ressarcidos, aos dilatados prazos tanto para as impugnações apresentadas pelas operadoras como para a análise dessas contestações, especialmente tendo-se em vista os estratagemas protelatórios mobilizados pelas empresas, e à limitação no quadro de recursos humanos da agência[56].

Com base nesse diagnóstico, o TCU tomou algumas providências. Inicialmente, propôs promover uma audiência com os servidores da ANS que lidam com o ressarcimento ao SUS, a começar pelo diretor da Dides, diretoria responsável pelo tema, para cobrá-los pelo descumprimento dos prazos estabelecidos pela agência e por violarem o princípio da eficiência, ao qual se submete a Administração Pública. Também determinou que a ANS passasse a processar as APAC, inclusive de forma retroativa. Outras medidas passavam pela readequação do processamento interno do ressarcimento, incluindo prazos e instâncias recursais, e pelo reforço do quadro de recursos humanos na área (TCU, 2008).

A pressão do TCU finalmente surtiu efeito, de modo que a agência passou a ser mais efetiva nos trâmites relativos ao ressarcimento ao SUS. Isso deveu-se à contratação de mais funcionários e a ajustes realizados, como o processamento eletrônico do ressarcimento e a análise de impugnações por amostragem. Como se pode ver no gráfico abaixo, há uma grande inflexão a partir de 2011, quando os valores repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), gestor financeiro do SUS, sobem consideravelmente.

[56] Outro ponto identificado pelo TCU é que o controle exercido pelo Ministério da Saúde, por meio do contrato de gestão, é inexistente. Trata-se de um dado interessante de se levar em conta no debate acadêmico sobre as agências reguladoras, pois grande parte da literatura utiliza o contrato de gestão como uma variável que indicaria menor autonomia da agência em relação ao ministério ao qual está subordinada. Esse não parece ser o caso aqui.

Gráfico 10 – Valor anual repassado ao Fundo Nacional de Saúde



Fonte: ANS

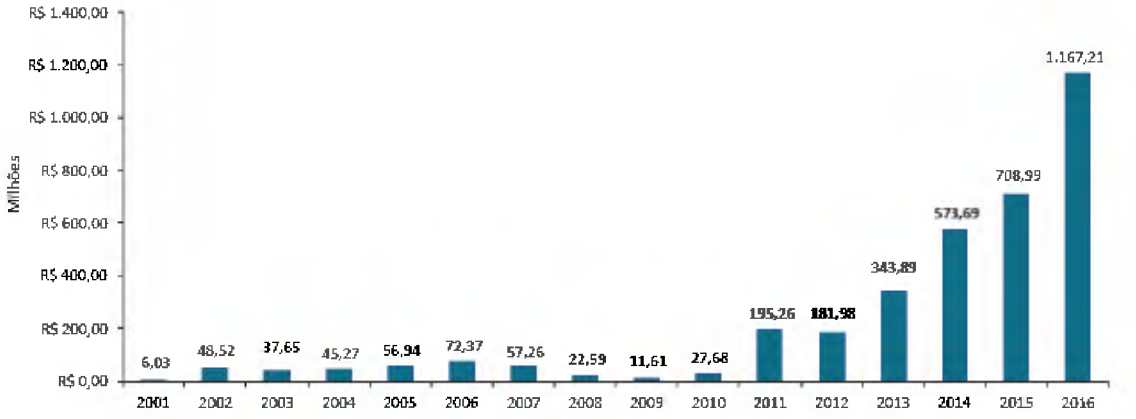
Em que pesem esses avanços, ainda há um grande passivo de recursos não recebidos. De acordo com a ANS, desde 2000, cerca de R$ 1,2 bilhão foi arrecadado pela agência, o que representa 46% do valor total passível de ressarcimento. No entanto, se considerarmos os R$ 623 milhões que estão sendo cobrados judicialmente e, portanto, não foram recolhidos, o percentual de arrecadação cai ainda mais, para 37,5%. Deve-se levar em conta, ainda, que há, aproximadamente, R$ 1,6 bilhão em análise em primeira ou segunda instância no âmbito da ANS (ANS, 2016b).

O IDEC tem uma postura crítica a esse respeito, ressaltando, para além dos dados apresentados, que apenas 24% das empresas estão completamente adimplentes, ou seja, não devem absolutamente nada à agência. De acordo com a entidade, esses 24% correspondem a uma parcela menor do que aqueles que não pagaram ou parcelaram nenhuma parte da dívida (26%). A organização de defesa do consumidor ainda repudia o fato de que a Hapvida, empresa com enorme dívida de ressarcimento junto ao SUS, teve um ex-diretor seu indicado para a diretoria da ANS[57] – embora, como veremos, sua permanência no posto tenha sido curta (entrevista ao autor).

[57] De acordo com a ANS (2016b), dentre as operadoras 100% inadimplentes, a Hapvida é a operadora com a maior dívida relativa ao ressarcimento ao SUS: R$ 42.961 milhões. A Bradesco Saúde, por sua vez, aparece, dentre as operadoras 100% adimplentes, como a maior pagadora de ressarcimento.

Independentemente das falhas regulatórias cometidas pela ANS ao longo do tempo no tocante ao ressarcimento ao SUS, deve-se reconhecer que a agência, por fim, tem aprimorado sua capacidade de arrecadação de valores destinados ao sistema público de saúde. E, para além da arrecadação, a cobrança também se tornou mais efetiva, na medida em que, como mencionamos, a partir de 2015, a ANS passou a identificar os procedimentos ambulatoriais (APAC) realizados por consumidores de planos de saúde no SUS. Como resultado, o valor total de atendimentos cobrados apresentou substancial crescimento, a ponto de, em 2016, ter ultrapassado a marca de R$ 1 bilhão, conforme se vê no gráfico abaixo.

Gráfico 11 – Valor total de atendimentos cobrados por ano



Fonte: ANS

3.3.4 Regulação assistencial

A regulação assistencial, por fim, talvez seja o campo no qual se encontrem as maiores divergências dentro do setor e, principalmente, no qual os interesses empresariais mostrem-se mais intensos. Afinal, a definição do produto a ser ofertado pelas operadoras e a consequente ampliação ou redução da proteção ao consumidor impactam diretamente os custos das empresas e, portanto, sua lucratividade. Abordaremos dois aspectos inter-relacionados que nos parecem o cerne dessa dimensão regulatória: segmentação do produto e rol de procedimentos.

A regulamentação do setor alterou significativamente o paradigma anterior de cobertura, no qual as operadoras ofereciam os serviços médicos de forma bastante limitada, em estrita observância ao contrato firmado com o beneficiário. Daí os diversos casos de internação com limitação temporal e a restrição a vários procedimentos médicos.

A Lei dos Planos de Saúde determinou o atendimento a todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças (CID) 10, elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), garantindo, assim, a integralidade da assistência à saúde.

Dois elementos correlatos merecem nossa atenção. Em primeiro lugar, a legislação determinou que a ANS definisse quais procedimentos deveriam ser obrigatoriamente cobertos pelos planos de saúde para tratar das doenças da CID 10. Esse é o papel do rol de procedimentos e eventos em saúde, atualizado a cada biênio. Trata-se, possivelmente, da política de maior pressão dentro da agência.

Por um lado, alguns atores criticam a própria existência do rol, pois limita a amplitude de procedimentos dos quais os beneficiários poderiam usufruir. Ao repudiar a ação regulatória da ANS no tocante ao rol, uma representante de entidade de defesa do consumidor destaca que

> Essa lista coloca um por um os procedimentos cobertos. É uma lógica diferente da Lei de Planos de Saúde, né, que fala que tudo deve ser coberto com a exceção de. Ela fala: não. É isso que tem que ser coberto. E é uma lista taxativa. Se não está na lista, não deve ser coberto. E não contempla todas as situações de cobertura previstas na Lei de Planos de Saúde. Por exemplo: transplante. [...] Só três transplantes são cobertos pelos planos. [...] O Judiciário já decidiu que o rol não importa, que quando você está falando de vida, de saúde, você não pode restringir procedimento. As operadoras são condenadas e mesmo assim a ANS continua fazendo um rol ilegal (entrevista ao autor).

Do outro lado, diversos atores, dentro e fora da agência criticam o rol, afirmando que o mesmo gera seleção adversa. Isso ocorreria, pois, a cada vez que ele é ampliado, aumentam os custos e diminui o número de pessoas que podem pagar por planos com essa cobertura de procedimentos. Para o empresariado, a inflexibilidade causada pela determinação rígida de uma lista de procedimentos afeta negativamente o setor, especialmente a capacidade de solvência das empresas com a imposição de altos e crescentes custos. O presidente de uma grande empresa contestou ainda o fato de a atualização do rol sempre ser precedida por consulta pública, de modo que indivíduos e organizações, principalmente aqueles ligados a especialidades médicas, exercem grande pressão para a incorporação de procedimentos ligados à sua área. Em sua visão, o resultado disso é que "o grau de arbitrariedade dessa decisão e certamente também de obediência a grupo de pressão são enormes. [...] Também não existe isso em lugar nenhum do mundo" (entrevista ao autor).

Entre esses dois polos, outros gestores da ANS ponderaram, inicialmente, que, se o rol, por um lado, limita os procedimentos, por outro, garante de forma objetiva esse patamar mínimo de cobertura, protegendo os beneficiários (entrevista ao autor). Além disso, a própria gestão dos custos assistenciais passa "de um modelo centrado no binômio sinistro/evento para um modelo mais abrangente de atenção à saúde (MATOS, 2011, p. 222). Corroborando a versão do empresariado, a adição irrefletida de procedimentos pode encarecer o produto, o que também prejudica o consumidor. Conforme explicaram diversos entrevistados, os custos na saúde são incrementais, o que significa que a inclusão de nova tecnologia no setor não substitui uma anterior, tornando a inflação médica sempre superior aos outros indicadores[58]. Assim, a expansão do rol deve levar em conta a tecnologia, a efetividade do procedimento, mas também o custo. Por fim, em resposta aos argumentos do empresariado, um funcionário da ANS explicou que há casos em que a ampliação do rol é benéfica às empresas, como quando se inclui um quimioterápico, que evita a internação de um paciente, que é um procedimento custoso. Além disso, esse mesmo entrevistado informou que o impacto máximo do aumento do rol foi de 1% (entrevista ao autor).

Na visão da ANS, a política do rol de procedimentos envolve a busca de um equilíbrio entre a cobertura e proteção do beneficiário e a sustentabilidade do mercado. É dentro dessa chave que muitos consideram essa política bem-sucedida. Concordando com essa perspectiva, Ramalho e Cruz (2010, p. 11), ao tratar de medidas positivas tomadas pela ANS, citam o rol como uma das "decisões que estão em pleno acordo com as aspirações do público usuário dos serviços suplementares e por serem de grande impacto econômico e social". Ao justificar sua escolha, os autores apontam a RN nº 167/2008, que ampliou a cobertura para consultas com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, incentivando a adoção, por parte das operadoras, de programas de promoção da saúde.

O segundo ponto diz respeito à segmentação dos planos de saúde. A principal segmentação permitida por lei é entre ambulatorial e hospitalar. Assim, é possível, por exemplo, contratar um plano mais simples que não preveja cobertura para uma internação. No entanto, todas as enfermidades para as quais o tratamento não dependa de internação devem ser atendidas com base no rol de procedimentos. No período pré-regulamentação,

[58] Exemplo disso é o PET Scan, cuja criação não inutilizou a radiografia.

os planos poderiam ser extremamente limitados, com a exclusão de doenças e a restrição de procedimentos, gerando aquilo que anteriormente denominamos de 'Plano Melhoral'. Nesse sentido, houve um avanço significativo em termos de cobertura, com a impossibilidade, por via regulatória, de maior segmentação dos planos.

A ampliação da segmentação é uma das principais demandas das operadoras, pois a possibilidade de oferecer planos mais restritivos, ditos populares, expandiria o mercado consideravelmente. Ao longo da década de 2000, as pressões oriundas do empresariado encontraram eco no Ministério da Fazenda, particularmente na Secretaria de Política Econômica, e no Ministério da Justiça, na Secretaria de Direito Econômico, que defendiam a segmentação dos planos com vistas a estimular o setor. Essa pauta, no entanto, nunca foi efetivamente considerada pelo Ministério da Saúde e pela ANS (entrevista ao autor). Apenas recentemente, no fim de 2016, com a troca de governo pós-impeachment, iniciou-se a discussão, capitaneada pelo Ministério da Saúde, sob os auspícios do ministro Ricardo Barros, para a elaboração de proposta de um plano de saúde 'popular', com acesso a menos serviços do que a cobertura mínima obrigatória estabelecida pela ANS[59].

3.3.5 Planos coletivos x planos individuais

Para além dos quatro pontos acima analisados, vale destacar outra questão de extrema relevância no debate do setor e que também abarca as dimensões econômica e assistencial da regulação, bem como o próprio poder fiscalizatório da ANS. Uma das discussões mais estruturantes e conflituosas do setor talvez seja a regulação de planos individuais x planos coletivos. A regulamentação do setor garantiu duas proteções importantes aos beneficiários de planos de saúde: o controle do reajuste dos preços e a

[59] Para não ter que mudar a lei, que já define as possibilidades de segmentação, criou-se um grupo de trabalho composto apenas pelo Ministério da Saúde, ANS e Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSEG), com vistas a discutir a possibilidade da oferta de planos com menos procedimentos do que os previstos no rol. Vale destacar que o maior doador individual da campanha de Ricardo Barros a deputado federal pelo Paraná em 2014 foi o presidente da administradora de benefícios Aliança.
Essas informações podem ser encontradas em: http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/08/1799249-ministro-quer-proposta-de-plano-de-saude-popular-pronta-em-ate-60-dias.shtml e http://www1.folha.uol.com.br/poder/2016/05/1772087-ministro-que-defende-rever-sus-foi-financiado-por-dono-de-plano-de-saude.shtml

impossibilidade de rescisão unilateral dos contratos. No entanto, essas ações regulatórias apenas são aplicadas para os detentores de planos individuais.

A Lei nº 9.656 proíbe textualmente a ruptura de contratos individuais, mas não faz qualquer menção aos coletivos. Da mesma forma, o diploma legal trata da aprovação de reajustes em planos individuais, mas não cita os coletivos[60]. De todo modo, a política com os critérios para o reajuste foi definida durante a primeira gestão da ANS e havia clareza, à época, de que sua aplicação apenas seria válida para os planos individuais[61]. Assim, incertezas jurídicas à parte, houve uma política deliberada no sentido de não estender os reajustes anuais aos planos coletivos. Tal decisão baseou-se e se baseia, ainda, no argumento de que, nesses tipos de contratos, ocorre a livre negociação entre pessoas jurídicas (a operadora e a empresa ou entidade que a contrata) com paridade de forças.

Com a regulação mais forte sobre os planos individuais, o preço inicial dos coletivos costuma ser mais baixo. No entanto, esses preços podem se igualar rapidamente, na medida em que os reajustes são realizados discricionariamente pelas próprias operadoras. Via de regra, os reajustes dos planos coletivos são superiores aos dos individuais. Mas a principal consequência dessa regulação díspar foi a crescente redução ou até extinção da oferta de planos individuais pelas operadoras, especialmente as seguradoras, com o correspondente aumento no número de planos coletivos. Como vimos no gráfico 2, a participação dos planos coletivos no mercado subiu vertiginosamente desde o início dos anos 2000, atingindo a marca de 80% nos dias de hoje. Isso significa, na prática, que a ANS não controla o reajuste de preços da grande maioria dos planos de saúde no Brasil. Outro fenômeno correlato nesse cenário, o surgimento dos chamados falsos planos coletivos, manifesta-se no oferecimento de contratos coletivos a pequenos grupos formados por duas ou mais pessoas. De acordo com Scheffer e Bahia (2010, p.

[60] No caso do reajuste, a questão é mais complexa, pois há dúvidas se o artigo 35-E da Lei nº 9.656/1998, que trata do reajuste em planos individuais, permanece em vigor após a ADI já mencionada que contestou quase a integralidade da lei (entrevista por e-mail). A Lei nº 9.961/2000, que cria a ANS, por sua vez, apenas fala da atribuição da agência de aprovar reajustes, não fazendo qualquer distinção entre tipos de contrato.

[61] Como vimos, o reajuste, por lei, deve passar pelo crivo do Ministério da Fazenda. De acordo com um entrevistado, a ANS realizava grupos de trabalho com a Secretaria de Acompanhamento Econômico, mas a decisão final era da diretoria colegiada da agência. Por duas vezes, até 2010, houve recomendação da Fazenda diferente daquela encaminhada pela ANS, a qual foi arbitrada pela presidência da República, endossando a posição da agência. Num período posterior, quando o ministro era Guido Mantega, o Ministério da Fazenda parou de opinar sobre o assunto (entrevista ao autor).

98), "Essa é uma das formas encontradas pelas empresas de planos de saúde para escapar da regulamentação mais rigorosa". Por fim, vale observar que a própria expansão acelerada dos planos coletivos por adesão, em que as pessoas aderem a associações de classe ou profissionais para ter acesso ao plano de saúde, decorre exatamente desse processo, na medida em que a adesão individual foi dificultada.

Como seria de se esperar, as críticas e conflitos relativos a esse modelo regulatório são enormes. Por um lado, algumas entidades, como o IDEC e o Cremesp (2007), reprovam veementemente a omissão da ANS, que permitiu a coletivização dos planos e deixou o consumidor desprotegido. Em sua visão, a ANS não estaria impedida legalmente de atuar sobre os coletivos. No caso da rescisão unilateral de contrato, por exemplo, conforme prevê a própria lei que regulamenta o setor, a agência deveria aplicar subsidiariamente o Código de Defesa do Consumidor, que veda expressamente esse tipo de prática. Da mesma forma, o CDC poderia ser usado como instrumento para coibir reajustes abusivos, que soem acontecer nos planos coletivos.

Um ponto especialmente delicado nessa temática é o suposto poder de barganha nas negociações dos planos coletivos. De acordo com alguns entrevistados, a maior parte dos planos coletivos tem até 30 vidas, e parte significativa refere-se a comércio, de modo que não há qualquer paridade na negociação, conforme apregoa a ANS (entrevista ao autor). Tal situação foi agravada com a emergência dos falsos planos coletivos, com pequenos grupos com Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) passando a contratar esses planos, que se mostram mais atrativos no momento de aquisição, mas que, muitas vezes, sofrem reajustes elevadíssimos em pouco tempo. O IDEC vai além, criticando a própria metodologia da agência para a definição dos reajustes dos planos individuais, posto que está baseada na média dos reajustes dos coletivos. Assim, mesmo o que a ANS regula seria regulado, em última instância, pelo mercado (entrevista ao autor).

Representantes do setor privado e alguns altos dirigentes da ANS, por sua vez, defendem que a definição do reajuste dos planos coletivos pela ANS não seria benéfica para o setor como um todo. O principal argumento levantado é que um possível reajuste não cobriria a recomposição dos custos da inflação médica, de modo que muitas empresas fechariam, levando a uma desestruturação do setor. O contrafactual aqui seria a própria trajetória dos planos individuais, que sofrem maior regulação: começaram a escassear no

mercado[62]. De acordo com o dirigente de uma associação empresarial do setor, o recente caso de intervenção e represamento governamental das tarifas de energia elétrica, com o posterior aumento exponencial dos valores, dá mostras do desastre que ocorreria no setor (entrevista ao autor).

Do ponto de vista técnico, um funcionário da ANS explicou que o reajuste na saúde suplementar tem uma especificidade que não permite comparação com as áreas reguladas pela Anatel e pela Aneel, por exemplo. Na saúde suplementar, que se baseia num sistema mutualista, o indivíduo paga o mesmo valor, independentemente de ter sido internado o ano todo ou não ter sido internado nenhuma vez. Na telefonia, de forma distinta, paga-se pelo consumo individual. Assim, para compor o valor do reajuste na saúde suplementar, deve-se levar em conta a média dos preços, como nas outras áreas, e das quantidades utilizadas (sinistralidade). Segundo esse mesmo entrevistado, hoje em dia, os reajustes da ANS, via de regra, não cobrem a sinistralidade do setor. Sob um ângulo mais político-ideológico e direto, um empresário assim se expressou sobre a própria existência de reajustes no setor: "Por que apenas no ramo de saúde tem que ser assim? Por que no seguro de vida não é assim? Por que no seguro de enchente não é assim?" (entrevista ao autor).

Em relação à rescisão contratual, prática permitida nos planos coletivos, outro gestor da ANS afirmou que a impossibilidade de romper um contrato é simplesmente incompreensível para um atuário, na medida em que o risco seria incalculável. Nesse sentido, teria havido uma regulação excessiva dos planos individuais, o que explica o crescimento dos planos coletivos. O entrevistado, com longa trajetória na agência, lembrou, ainda, que era impensável, à época da regulação, que os planos coletivos apresentassem tamanha expansão, pois sua margem de lucro era baixa (entrevista ao autor).

Funcionários da ANS ainda afirmaram que a não definição do reajuste e a possibilidade de rescisão nos planos coletivos não significam que esse tipo de contrato seja desregulado. Medidas foram tomadas para proteger o consumidor nos planos coletivos, como a periodicidade anual dos reajustes pelas empresas (antes, era a qualquer tempo e com qualquer frequência), a impossibilidade de diferenciar preços para quem vai

[62] Obviamente, deve-se levar em conta que os planos individuais tiveram sua comercialização reduzida, pois as empresas tinham a opção de focar os coletivos. Se as duas modalidades fossem igualmente reguladas, a situação seria diversa.

aderir e para quem já participa do contrato coletivo (antes, era possível oferecer um valor mais barato de adesão para o mesmo plano de uma pessoa já inserida no contrato), a permissão para rescisão apenas após um ano de contrato (antes, poderia ser em meses) e, principalmente, o *pool* de risco, que obriga as operadoras a reunirem todos os contratos abaixo de 30 vidas, independentemente do contratante, e aplicar um índice único de reajuste (entrevista ao autor).

Assim, deixando de lado momentaneamente a discussão sobre a competência legal da ANS para definir o reajuste dos planos coletivos, a opção da agência foi por regular esse tipo de contrato pela beirada. O fato, no entanto, é que, a despeito de avanços regulatórios, o mercado de planos individuais vem gradativamente fechando[63], ao mesmo tempo em que um elemento-chave da regulação, o reajuste, segue ausente dos contratos coletivos, dando margem a diversos casos de aumentos abusivos dos preços[64]. Diversos autores criticam essa posição da agência (PIETROBON ET AL., 2008; RAMALHO; CRUZ, 2010), enquanto órgãos como o TCU já estão debruçados sobre a questão dos reajustes abusivos[65]. A inação nessa questão constitui o principal exemplo na ANS daquilo que Bachrach e Baratz (1962) denominaram de não-decisão, aspecto fundamental no estudo da política, que diz respeito a elementos que sequer entram na agenda política pois são barrados anteriormente pela influência dos defensores do *status quo*. Independentemente das medidas já adotadas, em algum momento, esse conflito terá de ser mais bem equacionado, garantindo maior equilíbrio entre a capacidade de pagamento do consumidor e a solvência das operadoras. Reiteramos, de todo modo, que seria mais prudente e seguro, para evitar a mais do que provável judicialização da questão, que tal decisão fosse tomada pelo Congresso Nacional.

Vale destacar, por fim, que, a despeito do embate travado por grupos sociais para o controle dos reajustes dos planos coletivos pela ANS, a discussão que mais parece avançar é a contrária: o fim do controle dos reajustes dos planos individuais. Diversas reuniões governamentais foram realizadas, pelo menos desde 2015, com a participação

---

[63] Conforme alguns entrevistados, para se contrapor à tendência de mercado de não mais vender planos individuais, a ANS cogitou tornar essa oferta obrigatória, mas a ideia não foi adiante (entrevista ao autor).
[64] De acordo com estudo do IDEC, a partir da análise de 535 operadoras em planos com até 30 usuários, os dez maiores reajustes variaram entre 32% e 73%: http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/07/1489372-planos-de-saude-coletivos-tiveram-reajustes-de-ate-73-em-um-ano.shtml
[65] http://economia.ig.com.br/2015-01-23/tcu-abre-processo-para-investigar-reajustes-abusivos-de-planos-de-saude.html

da ANS, da Casa Civil e dos Ministérios da Saúde e da Justiça para discutir a flexibilização das regras dos planos individuais, incluindo a liberação dos reajustes, com vistas a incentivar sua comercialização[66].

3.3.6 Microrregulação

Vale debruçarmo-nos, nesta e nas próximas duas seções, sobre outras questões mais amplas e fundamentais que caracterizam o setor e nos ajudam a compreender as disputas centrais que o perpassam.

Na seção anterior, tangenciamos a discussão sobre a competência legal da ANS na regulação dos planos coletivos, especialmente no quesito controle de reajuste. Em outros aspectos, há menos controvérsias sobre o escopo de atuação da agência, sendo consensual sua limitação regulatória. Um deles é a regulação sobre os prestadores de serviços. Todo o texto da lei que regulamenta o setor está voltado para as obrigações das operadoras de planos de saúde, que são, em última instância, intermediárias da relação entre consumidor e prestador[67]. Nesse sentido, a ANS não foi dotada de prerrogativas legais para estender sua regulação sobre os prestadores de serviços, que são aqueles que, de fato, ofertam assistência à saúde à população.

Regulou-se, portanto, quem financiava a saúde suplementar, mas não quem a produzia. Isso significou, na prática, a impossibilidade de a ANS definir padrões de qualidade ou mesmo punir provedores por mau atendimento à população. Exemplo disso está no cheque-caução, cuja cobrança foi proibida pela ANS em 2003. Como os hospitais não são regulados pela agência, houve a continuidade dessa prática, restando ao órgão regulador punir a operadora ou exigir a retirada do hospital da rede credenciada. No entanto, conforme relata um ex-diretor da ANS, muitas vezes o hospital que incorria na cobrança do cheque-caução era o melhor ou o único da região, impondo à agência um complicado dilema regulatório (entrevista ao autor).

---

[66] http://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2016/02/1735907-governo-volta-a-discutir-se-autoriza-planos-de-saude-a-decidirem-reajustes.shtml e http://www.valor.com.br/empresas/4421588/governo-estuda-flexibilizar-plano-de-saude-individual

[67] Frise-se que, cada vez mais, até para ganhar competitividade no mercado, as operadoras têm verticalizado suas operações, comprando hospitais e clínicas, por exemplo. Nesse sentido, seu caráter intermediador vai se transfigurando.

A contrariedade dos prestadores com a ANS chegou ao Judiciário. A Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS) e o Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (SINDHOSP) impetraram um mandado de segurança contra a resolução da agência que proibia os cheques-caução, alegando incompetência legal para tal (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2003).

As entrevistas realizadas confirmaram essa resistência do segmento hospitalar a uma regulação da ANS. De acordo com um entrevistado, a regulação não deve atingir o prestador, que já é demasiadamente regulado, especialmente pela vigilância sanitária. A regulação deveria, dessa forma, recair apenas sobre as operadoras, que são as causadoras das externalidades negativas do setor, como glosas e falta de pagamento. Além disso, o número reduzido de operadoras (em torno de 800 e com grande concentração), no cotejo com os hospitais (6.300), dá apenas àquelas condições de manipular o mercado, o que reforçaria a necessidade de regulação unilateral (entrevista ao autor).

Na contramão dessa visão, uma representante de associação de operadoras de planos de saúde critica essa lacuna regulatória a partir de um exemplo, afirmando que

> O regulador vai onde é mais fácil controlar, então ele vai naquele que está sob o controle dele. Então ele quer, via operadora, controlar prazo de atendimento. A operadora não dá prazo de atendimento. Quem dá prazo de atendimento é o prestador. Quem tem a agenda na mão é o prestador, não é a operadora. Entendeu? Quem nega internação é o prestador, não é a operadora (entrevista ao autor).

Nesse cenário, e diante de críticas sobre uma série de más práticas das operadoras que afetam os prestadores, como a glosa de procedimentos, a interferência no tempo de internação e o modelo de remuneração por produtividade, incluindo os baixos honorários, o relatório final da CPI dos Planos de Saúde fez diversas recomendações de alteração da legislação do setor. Dentre elas, a introdução da contratualização entre operadoras e prestadores[68] e, principalmente, a atribuição de poderes legais à ANS para regular e fiscalizar a relação entre esses entes, de forma a garantir a "higidez" do setor (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2003).

A ANS tem buscado atenuar os problemas decorrentes da não regulação dos prestadores por meio de programas que induzam sua qualificação, como o Qualiss

[68] A Lei nº 13.003/2014 tornou obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13003.htm

(Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde). Esse programa era regulamentado, principalmente, pelas RN nº 267/2011 e RN nº 275/2011, que tratavam, respectivamente, da divulgação, pelas operadoras, de certos atributos de qualificação dos prestadores, e do monitoramento do desempenho dos prestadores.

Em que pesem esses esforços da ANS, o fato é que a agência não tem poderes para intervir na cadeia da saúde suplementar como um todo (hospitais, laboratórios e médicos), garantindo uma regulação assistencial e econômica holística do setor. Essa limitação ajuda a explicar alguns dos impasses do setor, a começar pelo custo desgovernado da saúde suplementar. Ao apontar a falta de regulação do complexo médico-industrial como um todo, inclusive mencionando a Anvisa, que apenas avalia se determinado produto faz mal ou bem, um entrevistado com respeitada trajetória na regulação do setor afirma que nenhum órgão analisa como a introdução de uma tecnologia impacta o custo-efetividade[69]. E assevera:

> Esse pedaço, que a Anvisa não tem e nós [ANS] não temos [...] é para onde vai o dinheiro da saúde. [...] Então a gente é o palco de festa da Roche, da Phillips, da Siemens. Você lança um aparelho novo. Enquanto o Canadá não compra, vai estudar custo-efetividade, a Espanha vai estudar custo-efetividade, a gente importa (entrevista ao autor).

Essa restrição na atuação é um primeiro elemento a indicar um certo caráter microrregulatório da ANS, que não dispõe de condições para uma regulação mais ampla do setor.

Alguns atores mais à esquerda no setor defendem que a ANS tivesse um poder de intervenção no mercado muito mais robusto. Nessa visão, a saúde suplementar deveria ser um serviço concedido, tal qual os setores petrolífero e de energia elétrica, regulados, respectivamente, pela ANP e pela Anatel. Nesse modelo, a saúde pública deveria prevalecer e, quando houvesse necessidade de suplementação, o órgão regulador poderia conceder alguma área para exploração pela iniciativa privada (entrevista ao autor).

A viabilidade desse arranjo institucional, no entanto, já foi comprometida por dificuldades de origem do setor, que são o longo enraizamento do setor privado, a Constituição Federal, ao reconhecer que a saúde também é de livre iniciativa privada, e o

[69] De acordo com o entrevistado, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) faz isso de forma primária (entrevista ao autor).

fato de a ANS não ter sucedido nenhum órgão com algum tipo de regulação setorial. Nesse cenário, lamenta um entrevistado, trabalha-se

> na microrregulação da economia, o que te cria algumas armadilhas. Ou seja, você passa a ter um viés estritamente econômico, né, para resolver problemas e você invariavelmente acabará prisioneiro da discussão sobre reajuste da carteira de planos individuais e da não regulação dos planos coletivos. [...] Você acaba ficando refém de uma visão talvez burocrática, técnica, excessivamente técnica (entrevista ao autor).

Assim, o outro lado da moeda da baixa competência regulatória da ANS seria a tecnicidade excessiva das funções da agência. Nessa mesma perspectiva, Menicucci (2007) argumenta que, ao se criar o órgão regulador fora da alçada dos espaços deliberativos do SUS, apartou-se a saúde suplementar de decisões políticas a respeito da construção da saúde universal e se adentrou lógica técnica e profissional. A autora critica os "pressupostos normativos que sustentam a superioridade de decisões tecnicamente informadas para garantir a eficiência do mercado" (MENICUCCI, 2007, p. 288). Em sua avaliação, a aposta no conhecimento técnico da agência e a consequente desconsideração da política não lograram obter um jogo de soma positiva capaz de acomodar os diversos interesses. Disso decorreria um setor conflitivo e sem sinergia.

É importante frisar também que, para além das questões estruturantes do setor e que não estão previstas em lei, a ANS tem a atuação limitada mesmo em temas que fazem parte de sua regulação cotidiana. Kerwin (1996), ao tratar dos diferentes instrumentos à disposição do sistema político para controlar a burocracia, afirma que o modo mais simples de o Congresso supervisionar as agências é aprovando leis detalhadas, de modo a deixar pouco espaço para a regulamentação. No entanto, como mostrou Godoi (2005), os legisladores brasileiros não se empenharam em garantir controles efetivos sobre os reguladores. Nesse sentido, em concordância com sua análise, entendemos que a microrregulação deve-se mais ao afã do legislador em garantir a necessária proteção ao consumidor, tendo em visto o contexto de descalabro regulatório. É por isso que a lei regulamentadora do setor desceu aos detalhes, definindo, como vimos, as segmentações possíveis e a aplicabilidade de certas normas, como o controle do reajuste, a apenas uma modalidade de contrato de plano de saúde.

Nessa perspectiva, portanto, o arcabouço regulatório do setor não conferiu grande poder à ANS, relegando-a à microrregulação setorial, de modo que os mais diversos tipos de questão, especialmente as mais estruturantes e que afetam de forma contundente os

diversos grupos de interesse, passam, muitas vezes, ao largo da ação regulatória da agência. Isso significa que políticas capazes de equacionar questões pendentes do setor requerem a ação legiferante do Congresso Nacional. Como corolário, configurou-se um setor, conforme bem alertou Menicucci (2007), altamente conflitivo e permeado por impasses que podem inviabilizar seu funcionamento. É a esta questão que nos dedicaremos na próxima seção.

3.3.7 Instabilidade, conflituosidade e impasses no setor

Um ponto relevante a se observar quando se trata de instabilidade na saúde suplementar brasileira é que o setor carrega, pelo menos, dois vícios de origem. O primeiro tem a ver com a falta de consenso em torno da regulamentação do setor. Como vimos, após a aprovação da lei, houve a edição de 44 medidas provisórias sucessivas modificando-a, de tal forma que apenas três artigos permanecem inalterados. Além disso, o texto final que vige até hoje jamais foi votado pelo Congresso Nacional, de modo que o marco regulatório do setor carece de legitimidade.

O segundo elemento é o fato de a ANS não ter sucedido nenhum órgão incumbido de regular o setor, o que equivale a dizer que não havia arcabouço regulatório prévio que servisse de referência ao trabalho da agência. Conforme explicou um entrevistado estudioso das agências reguladoras, "[...] só a ANS tem essa característica. Porque a Ancine deriva da Embrafilme, a Aneel deriva da Eletrobrás, a Anatel é uma costela da Telebrás, a ANP é uma costela da Petrobrás" (entrevista ao autor). Esse fato gerou maior resistência ao órgão regulador, do que são exemplos a indisposição do sistema cooperado a se submeter à regulação no início e a contestação ao ressarcimento ao SUS. O mesmo entrevistado arrematou afirmando ser impensável que uma empresa de telefonia questionasse o poder regulatório da Anatel, como ocorreu com a ANS.

Esses elementos, somados aos eventos marcantes e às questões regulatórias já analisados, revelam uma não aceitação do marco regulatório, o que gera um setor fortemente instável. Como não poderia ser diferente, um dos escapes desse cenário em que não há um acordo claro entre os atores sobre as regras do jogo é a alta judicialização das questões regulatórias.

Identificamos anteriormente que tanto consumidores como operadoras de planos de saúde utilizaram e utilizam o Judiciário recorrentemente para tentar garantir seus interesses e direitos. Se as empresas contestaram, no início, a lei como um todo, hoje seguem travando disputas judiciais em relação ao ressarcimento ao SUS e a multas aplicadas pela ANS. Os beneficiários dos planos, mesmo depois da regulamentação do setor, seguem acionando a Justiça, mormente para casos de negativa de cobertura.

A crescente judicialização do setor – entre 2007 e 2013, o número de acórdãos sobre planos aumentou 3.379% no Tribunal de Justiça de São Paulo - é um indicativo de que a o Judiciário não reconhece plenamente o poder regulador da ANS, acrescentando, assim, mais um ingrediente complicador na complexa trama política do setor. Para fazer frente a esse desafio, a agência tem constituído núcleos de apoio técnico no âmbito do Judiciário para subsidiar os magistrados nas decisões relacionadas à saúde suplementar[70].

Vale examinar brevemente dados de uma pesquisa de Scheffer et al. (2016) sobre a judicialização na saúde suplementar, menos para entender os casos específicos arbitrados judicialmente, mas mais para compreender o papel do Judiciário e, principalmente, informar o debate subsequente sobre as diversas concepções de saúde suplementar dos atores do setor, cuja incongruência pode levar a uma paralisia. O estudo analisou 4.059 acórdãos do Tribunal de Justiça de São Paulo nos anos de 2013 e 2014, identificando que a principal demanda do consumidor, exclusão de cobertura, responde por quase metade dos casos (47,67%). Exceção feita ao reajuste por mudança de faixa etária, todas as demais questões referem-se a aspectos da regulamentação dos planos coletivos. Em 92,4% dos acórdãos, foi acolhido o pleito do consumidor. Um dos principais argumentos constantes das decisões analisadas para obrigar as empresas a dar cobertura aos usuários é que, havendo expressa indicação médica, não se pode alegar natureza experimental ou a não previsão no rol de procedimentos. De forma geral, pode-se dizer que a Justiça, baseando-se principalmente no Código de Defesa do Consumidor, privilegia a saúde e a vida do beneficiário em detrimento das regras contratuais ou das normas da ANS[71]. A elevada taxa de aceitação das demandas dos consumidores e o

---

[70] http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/3354-ans-participa-de-reuniao-para-reduzir-judicializacao-da-saude e http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/05/1628272-planos-vao-financiar-camara-para-mediar-acoes-de-saude-no-tj.shtml

[71] A esse respeito, vale indicar que dificilmente essas decisões são reformadas em instâncias superiores, pois a Súmula nº 5 do Superior Tribunal de Justiça (STJ) já pacificou a questão, ao definir que "a simples interpretação de cláusula contratual não enseja recurso especial".

argumento jurídico que embasa as decisões revelam de forma cristalina que o setor repousa sobre frágil e instável arcabouço regulatório.

Os temas da disputa judicial refletem, em realidade, divergências conceituais mais amplas sobre a saúde e sobre o papel do Estado e do mercado na saúde suplementar. Por um lado, há grupos liberais, incluindo o empresariado, que, de maneira geral, são bastante críticos a certa visão redutora e desdenhosa do mercado no setor de saúde brasileiro, a qual se consubstanciaria numa Constituição voltada para a defesa e promoção do sistema público[72] e numa regulamentação do setor que visa replicar o modelo público na saúde suplementar.

As entrevistas com representantes do setor privado e liberais de maneira geral são esclarecedoras nesse sentido. Em relação à Carta Magna brasileira, um dirigente empresarial afirma que a definição constitucional da saúde como um direito de todos e um dever do Estado faz com que o Judiciário transplante esse modelo para a saúde suplementar, obrigando os planos de saúde a funcionarem como substitutos do SUS (entrevista ao autor). Diversos aspectos da regulação também são considerados pelo empresariado um intervencionismo excessivo no setor. A impossibilidade de segmentar o produto, comercializando planos mais 'populares', e o controle de reajustes, por exemplo, são fortemente rechaçados pelo mercado, para o qual isso equivale a regular o privado pela ótica do público. Em outras palavras, o que se estaria fazendo é estender os conceitos do setor público, como integralidade e universalidade, para o setor privado, que deve funcionar pela lógica de mercado. De acordo com um empresário do setor que já passou pela ANS, "O sistema de saúde privado que é financiado por contribuições voluntárias de indivíduos e empresas, ele é excludente mesmo, porque ele é feito para quem pode pagar" (entrevista ao autor).

A fala do vice-presidente de uma grande operadora de plano de saúde expõe de forma crua a crítica empresarial à visão da saúde privada pela ótica pública, de um direito de todos. Ao versar sobre remédios recentemente desenvolvidos no exterior para hepatite C, o empresário afirma:

> Não é aceito no país, não tem registro na Anvisa, não tem representação local, não é coberto pelo SUS, não é coberto pela saúde suplementar. A [nome da empresa] sozinha paga R$ 9 milhões ao mês de Olysio e Sovaldi. Como é que eu

[72] Na visão de um empresário, o próprio nome do sistema público de saúde brasileiro, denominado único, já revela o tratamento marginal dispensado ao mercado privado (entrevista ao autor).

> pago isso? Porque algum magistrado, dentro da prática da sua tarefa, interpreta que se o beneficiário X não tomar Sovaldi e Olysio, ele vai morrer. Mas o produto que eu vendi, que está de acordo com a lei, não cobre Sovaldi e Olysio. [...] Parte-se do princípio de que o único ente capaz de salvar a vida de uma pessoa que tem plano de saúde é a operadora de plano de saúde. Eu não sou responsável pela vida da pessoa. Eu sou responsável por cumprir um contrato (entrevista ao autor).

A discussão de base à qual o entrevistado tacitamente se refere diz respeito ao papel da saúde suplementar no Brasil. Em sua visão, se se acordar socialmente que a saúde suplementar é "*all risks*", ou seja, deve arcar com a integralidade da assistência, o reajuste deve ser liberado e haverá planos de saúde para os dez milhões mais ricos do país. Se a lógica sanitarista prevalecer, argumenta, o mercado, com as margens crescentemente comprimidas, não aguentará muito tempo e quebrará, como vem ocorrendo com diversas Unimeds, ou focará outras áreas, como fez a seguradora Marítima, que colocou sua carteira à venda, mesmo sendo bem capitalizada (entrevista ao autor). Evidentemente, autores simpáticos aos sanitaristas, mesmo reconhecendo as dificuldades das operadoras menores, fruto da concentração de mercado, contrariam essa argumentação e afirmam que as grandes operadoras auferem lucros extraordinários (Ocké-Reis, 2012).

Corroborando as dificuldades enfrentadas pelo setor, um gestor da ANS de visão mais moderada afirma que a legislação que regulamentou a saúde suplementar fez o pêndulo girar 180 graus na direção do consumidor, até mesmo pelo descalabro anterior, mas sem garantir um equilíbrio maior ao setor. Em seu ponto de vista, algumas exigências impostas pela agência, como a já mencionada impossibilidade de rescisão do contrato nos planos individuais, são demasiadamente pesadas (entrevista ao autor).

Depreende-se, da opinião da maior parte dos entrevistados do setor privado, que os grupos sanitaristas, que construíram o sistema público de saúde no Brasil, dominam não apenas o debate público sobre saúde, mas também comandam os principais postos decisórios na saúde suplementar. Isso resultaria numa agência reguladora que visa proteger o consumidor em detrimento do mercado. Um dos entrevistados afirma que, na Anatel, há uma lógica indutora do mercado, a partir da premissa de que telefonia e celular são importantes, contrariamente ao que ocorre na ANS (entrevista ao autor). Na colocação de outro entrevistado, com passagem pela agência, cuja origem não é o mercado, mas de feição liberal, "a ANS foi, durante muito tempo, de certa forma, [...] sob uma tutela de uma visão petista, sanitarista, de defesa do consumidor. Ou seja, isso aqui tem que ser um SUS. Isso aqui tem que ser o que o SUS deveria se tivesse dinheiro e gestão" (entrevista

ao autor). A frase que melhor representa a imagem da ANS para os grupos mais liberais é a de que ela mais se parece com uma agência de defesa do consumidor do que com uma agência reguladora.

Optamos por denominar os posicionamentos acima arrolados, especialmente os do empresariado, como liberais. Observamos também que um entrevistado de corte mais liberal igualou sanitaristas e consumeristas em sua visão de mundo. Sem aprofundar essa questão, vale estabelecer algumas distinções, pois essas nomenclaturas serão usadas mais adiante. Os sanitaristas, como já mencionamos, compõem um movimento que lutou, precipuamente, pela construção da saúde pública no Brasil. Não à toa, sua participação na regulamentação da saúde suplementar foi residual. Como salientou uma representante desse grupo, os sanitaristas tinham dificuldade de enxergar o capitalismo e não priorizaram a discussão sobre a saúde suplementar (entrevista ao autor). Seus interesses estiveram e continuam voltados para o aperfeiçoamento e a expansão do SUS. Nesse sentido, o próprio desenvolvimento de um setor privado autônomo e pujante parece-lhes um despropósito. Ou seja, um segmento que deveria ser marginal tomou uma dimensão enorme, enfraquecendo o apoio ao sistema público, e, pior, amparado por subsídios públicos. Por fim, a ideia de uma agência reguladora autônoma, apartada do Ministério da Saúde, criada para regular esse subsistema e, de alguma forma, promovê-lo, é alvo de duras críticas. Assim, pode-se dizer que a crítica sanitarista à saúde suplementar tem um caráter essencial e amplo.

Os sanitaristas que, como veremos, chegaram à ANS, tiveram que lidar com esse setor em funcionamento e expansão. De maneira geral, seus objetivos voltaram-se para a proteção das garantias ao consumidor proporcionadas pela lei que regulamenta o setor, evitando quaisquer flexibilizações, e, muitas vezes, para uma aproximação ou até mesmo uma equiparação dos dois sistemas. Nesse sentido, algumas iniciativas visaram reproduzir o modelo público na saúde suplementar, como criticam os liberais. Conforme aponta uma experiente funcionária da agência, havia, muitas vezes, uma confusão entre as duas áreas, exemplificada pela proposta de incluir vacinas no rol de procedimentos. Outras ideias caras ao sistema público, como prevenção e promoção da saúde, também foram importadas para as políticas da ANS. Segundo essa mesma entrevistada, brincava-se, em certo período, que a agência era de saúde "SUSplementar" (entrevista ao autor).

Os consumeristas, ligados às entidades de defesa do consumidor, não constituem, por sua vez, um grupo ou movimento unido. Trata-se tão somente de indivíduos ou organizações dedicados às mais diversas causas dos consumidores. No caso da saúde suplementar, seu objetivo é garantir a máxima proteção ao beneficiário de plano de saúde, não necessariamente elaborando opiniões e tecendo críticas sobre o papel e o crescimento do setor privado no âmbito do sistema de saúde brasileiro. Foi com esse espírito que algumas organizações, como o IDEC e os Procons, participaram do processo político de regulamentação do setor e permanecem até hoje nos debates setoriais. Em que pesem as drásticas diferenças de espaços de atuação e mesmo de concepções sobre o setor, sanitaristas e consumeristas acabam se aproximando na questão de garantia e expansão das proteções ao beneficiário, especialmente quando assumem postos no âmbito da ANS e são obrigados a lidar com a gestão do setor. Ainda que de maneira não tão rigorosa, pode-se afirmar que suas visões divergem diametralmente das concepções e posições advogadas pelos liberais no tocante à regulação do setor.

As posições contrastantes entre liberais, de um lado, e sanitaristas e consumeristas, de outro, trazidas à tona, principalmente, pelas falas de representantes do empresariado, levam-nos a duas questões igualmente importantes, quais sejam, a crise do setor e a ausência de uma política pública destinada a resolver esse problema.

Grande parte dos conflitos regulatórios apontados até o momento gira em torno dos elevados custos do setor, cuja especificidade frente a outras áreas não pode ser desconsiderada. No limite, o principal gargalo enfrentado pelo setor é o equacionamento da solvência das empresas versus a capacidade de pagamento das pessoas a partir das garantias exigidas pelo regulador aos beneficiários. Daí a disputa central ser entre expansão e flexibilização das proteções aos consumidores. Conforme alguns entrevistados, esse problema de sustentabilidade deriva do modelo atual de assistência, que está colapsando e levando o setor a uma iminente crise (entrevista ao autor).

Esse modelo assistencial está ancorado num sistema de remuneração aos prestadores por serviço realizado (*fee for service*), que é extremamente custoso e menos resolutivo, pois focado na cura da doença, e não na prevenção. Esse sistema também gera um incentivo perverso no setor, reforçando os conflitos já existentes. Como o pagamento é por serviço, os prestadores querem produzir cada vez mais para ganhar mais, enquanto as operadoras buscam autorizar menos procedimentos para auferir maiores lucros.

Se, por um lado, vive-se uma crise com impasses e conflitos de difícil conciliação que travam o deslanche do setor, por outro, nenhuma saída imediata assoma no horizonte. Isso deve-se, em parte, à inexistência de uma política pública para a saúde suplementar brasileira capitaneada pelo Ministério da Saúde, ao qual cabe, em última instância, definir as diretrizes para a saúde como um todo[73]. Passadas quase duas décadas da regulamentação do setor, o Ministério não tem uma política definida sobre qual deve ser o espaço da saúde suplementar brasileira e como devem se combinar as interfaces de dois subsistemas que funcionam menos de forma suplementar e mais de forma duplicada. Esse setor nasceu marcado por conflitos nunca acomodados, que se agravaram ao longo do tempo, e se apostou que uma agência técnica, a ANS, empenhada, sobretudo, na microrregulação, poderia dar conta de resolver as principais questões pendentes. Esse cenário comprova, portanto, o diagnóstico já exposto de Menicucci (2007), segundo a qual, transferir a responsabilidade pelo setor a uma agência reguladora não bastaria para enfrentar seus principais gargalos. É difícil imaginar, de fato, que qualquer resposta aos problemas do setor possa prescindir de uma decisão política do Ministério da Saúde ou do governo federal como um todo.

As diversas questões regulatórias e opiniões discutidas já devem ter deixado claro, a essa altura, o grau de conflituosidade no setor. De todo modo, vale reproduzir algumas falas de um ex-ministro da Saúde, pois realçam de forma cabal a especificidade do setor, que é o que dá base aos conflitos e aos impasses observados.

Sobre os impasses vividos pelo setor, o político afirma que a ANS carrega uma contradição, pois regula um setor em que não ocorre uma convergência mínima entre os principais atores envolvidos. Para explicar seu ponto, o entrevistado utiliza como exemplo a cadeia produtiva da produção de insumos farmacêuticos:

> Quando o Estado brasileiro usa o poder de compra pública, incorpora o medicamento na lista nacional do SUS, na relação nacional de medicamentos, ainda que ele baixe o preço, quando ele compra, pela escala [...], há uma confluência de interesses entre o laboratório privado nacional, internacional, o laboratório público, o estatal, os gestores municipal, estadual, a associação dos usuários [...], então, quando você olha para outra cadeia produtiva, ela construiu uma agenda nacional que tem pontos extremamente confluentes. [...] Voltando para a cadeia da saúde suplementar, a posição que os atores ocupam no cenário, ela é extremamente contraditória, de conflito, de antagonismo. Cada um rema

[73] Vale destacar a opinião de um entrevistado, para quem falta ao setor privado também, especialmente entre os prestadores, uma liderança capaz de propor e implementar novos modelos assistenciais e de gestão que racionalizem o funcionamento do setor (entrevista ao autor).

> para um lado. Então, o beneficiário, o usuário do plano de saúde, ele quer usar e pagar cada vez menos [...] A operadora quer cada vez mais, ganhar mais, mais beneficiários, receber mais, e gastar menos. Os hospitais prestadores querem cada vez prestar menos e ganhar mais, inclusive pagando menos aos seus médicos. E os médicos querem, por seu lado, cada vez mais, ganhar mais, e poder executar o que querem do jeito que querem, ou seja, com o mínimo grau de regulação. E ainda tem administradora (entrevista ao autor).

Esse equilíbrio imperfeito sobre o qual está assentado o setor deixa-o permanentemente à beira do impasse e gera conflitos irreconciliáveis, que acabam por afetar a própria ação regulatória desempenhada pela ANS. Não visão do ex-mandatário da Saúde,

> Os atores que estão posicionados nessa arena estão o tempo inteiro em disputa. [...] Não tem um jeito que você converse todos os interessados num bem comum, num interesse comum. E a ANS entra nesse jogo com um marco regulatório frágil, como a gente já conversou, que por oras, por vezes, atende o interesse do beneficiário. Se você conversou com as operadoras, eles devem ter te dito o que diziam para mim, a ANS parece um representante sindical dos beneficiários. Você vai conversar com os órgãos de defesa do consumidor, o Ministério Público, etc., eles dizem: a ANS só defende os interesses das operadoras. Você conversa com os médicos, eles dizem o seguinte: a ANS só defende os interesses das operadoras e dos prestadores. Os prestadores acham que a ANS está do lado dos beneficiários, dos médicos e das operadoras. Então é muito doido. Ela é meio a 'Geni' da história. E eu acho que na verdade é porque a equação geral, a lógica sistêmica dessa história e política não fecha. Não fecha. Entendeu? Então é um órgão que não entrega para ninguém um grau de satisfação em relação à sua participação como órgão mediador, regulador dos interesses. Ela teria que escolher um lado. À medida que ela escolhe, por exemplo, o lado dos beneficiários, introduziu a multa, introduziu os critérios de qualificação e divulgação dos planos, suspensão de venda de plano por índice de satisfação e qualidade e tal, dá grita no mercado. Ela dá o reajuste [...], ela não agrada ninguém. [...] É muito interessante constatar essa lógica [...] sabe um sistema imperfeito? Quem pensou essa história, deve ter pensado sistematicamente que esse negócio vai dar liga. Até porque o mercado tem que dar liga. As forças do mercado vão se encontrar na negociação. Coisa nenhuma! Até porque nós estamos lidando com lógica que não é mercadoria – tem a subjetividade, tem a necessidade de proteção ao usuário, tem a relação, os canais de comunicação permanente com o SUS (entrevista ao autor).

Fica claro, assim, que as duas lógicas da saúde inscritas na Constituição Federal, a saber, a saúde como direito social e a saúde como mercadoria, sob a égide do mercado, não se coadunam por definição e tampouco encontraram algum entrosamento minimamente harmonioso e aceitável no setor, se é que isso é possível.

3.3.8 Considerações finais

Tendo em vista a importância da discussão precedente para a compreensão do funcionamento do setor, vale destacarmos e reforçarmos alguns pontos, que serão retomados adiante para a análise mais geral do desenvolvimento da política da saúde suplementar brasileira.

O primeiro ponto é a especificidade do debate na saúde suplementar. A existência de pelo menos duas concepções antagônicas sobre o papel do Estado e do mercado na saúde marcam o setor, gerando conflito e falta de consenso, suas principais características. O único momento de grande inflexão no setor foi sua regulamentação, em 1998, quando o Executivo, sob a pressão dos mais diversos grupos sociais, tomou as rédeas da questão para colocar alguma ordem no caos existente no mercado e no atendimento aos consumidores.

Esse episódio, no entanto, não arrefeceu a conflituosidade, de modo que o setor permanece instável desde então. Isso se revela nas diversas divergências em questões regulatórias já discutidas, mas principalmente, em dois elementos importantes para a compreensão do setor. Um é sua perene judicialização, que vai desde o questionamento da lei como um todo até as crescentes disputas envolvendo a cobertura no atendimento. Com isso, o Judiciário assoma como ator decisivo no setor, ao lado do Executivo e do Legislativo, dos quais trataremos em maior detalhe adiante.

O outro elemento é a imobilidade do setor, incapaz de viabilizar mudanças que o adequem melhor aos interesses dos diversos grupos de interesse. Essa assertiva é válida tanto para o Congresso Nacional, que, diga-se de passagem, sequer votou a lei que regulamenta o setor, como para a ANS, que, com poucas exceções, não tomou medidas impactantes para a estrutura da saúde suplementar. É importante ressaltar que parte da inércia da ANS tem a ver com a próprio arcabouço legal do setor, que não delegou à agência poderes regulatórios mais amplos.

Esse embate no setor pode ser resumido, no interior da ANS, entre as visões liberal/de mercado e sanitarista/consumerista. Grosso modo, esta defende intensificar a regulação assistencial, ampliando os benefícios do consumidor, enquanto aquela visa flexibilizar a regulação existente e impedir a imposição de novos ônus ao setor.

Mais concretamente, o grupo sanitarista objetiva, dentre outras coisas, garantir a maior cobertura possível aos consumidores, inclusive estendendo os benefícios dos planos individuais aos coletivos, a aplicação mais rigorosa de punições e a cobrança efetiva de ressarcimento ao SUS. Por outro lado, os liberais propugnam que exigências dos contratos individuais, como impossibilidade de rescisão unilateral e controle de reajustes, sejam abolidas, a revisão da dinâmica de funcionamento do rol de procedimentos e a possibilidade de segmentar a oferta de planos. Cabe esclarecer que, dentro da visão liberal *lato sensu*, há o interesse específico de diversas empresas em flexibilizar as cobranças e sanções, bem como anistiar as dívidas, incluindo a questão do ressarcimento ao SUS. Vale lembrar que algumas mudanças podem requerer iniciativas legislativas no Congresso Nacional. É para essas questões mais centrais que convergem os interesses das empresas, justificando, como veremos no próximo capítulo, o financiamento político de campanhas, seja ao Executivo ou ao Legislativo.

Por fim, vale delimitar de forma precisa o alcance da análise que será empreendida adiante a partir das questões debatidas neste capítulo. Não é nosso objetivo discutir normativamente o espaço ocupado pela saúde suplementar no sistema de saúde do país. A assistência privada tem trajetória incrustrada no sistema de saúde brasileiro, passando a dividir espaço com o SUS após a promulgação da Constituição Federal em 1988. Conforme argumentou Menicucci (2007, p. 233), a regulação da saúde suplementar no fim da década de 1990 apenas formalizou "essa dualidade do ponto de vista legal, normativo e institucional, uma vez que, a partir daí, os dois sistemas passam a ser objeto da política de saúde de forma explícita, e não apenas por meio de não-decisões". Assim, abrindo mão de importantes discussões sobre o lugar da saúde suplementar, já realizadas alhures, nosso estudo toma como fato a existência do setor tal qual ele se configura e se debruça, principalmente, sobre o papel regulatório desempenhado pela ANS desde sua criação.

Tampouco nos empenhamos na discussão sobre o sentido originário da criação da ANS. Botaro (2012) critica a própria ideia de se criar um órgão específico e exterior ao Ministério da Saúde, em vez de se fortalecer o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Na visão da autora, não obstante não se tratar do fenômeno da captura, "Esmaecendo o papel do CNS, onde é mais significativa a presença de atores mais afinados com a defesa da saúde pública [...], a criação da ANS cristaliza um nicho onde fundamentalmente ganham

repercussão as percepções e interesses do mercado de seguros privados" (BOTARO, 2012, p. 98).

Partimos, portanto, do arcabouço regulatório e da arquitetura institucional da regulação já montados no ano 2000. Nosso intento, mais modesto e sem problematizar essas questões, é, não perdendo de vista as articulações entre os três Poderes em torno do tema, analisar empiricamente o jogo político e as decisões tomadas no âmbito da ANS ao longo de sua história.

Capítulo 4. Os grandes *players* do setor

Tendo observado as acirradas disputas regulatórias no bilionário mercado da saúde suplementar, seria de se esperar que o empresariado se mobilizasse para influenciar as grandes questões do setor. No entanto, empresariado é uma categoria muito ampla, ainda mais num mercado multifacetado como o da saúde suplementar. Tendo em vista essa característica, aliada à concentração desse mercado, com algumas empresas aparecendo com maior força, é importante dar um passo adiante e, na linha dos estudos tipicamente de *lobby*, perscrutar as principais empresas do setor. Para além dos dados econômicos brutos das operadoras, vamos observar a dinâmica de financiamento das campanhas políticas dessas empresas e a posição de seus executivos nas redes de relacionamento no setor, com vistas a analisar de forma mais acurada como o poder econômico é transformado em poder político. De posse dessas informações extremamente relevantes, estaremos em melhores condições para situar os grandes *players* do mercado com capacidade efetiva de influenciar as questões centrais do setor.

4.1 As maiores empresas do mercado

Iniciamos a análise, na linha dos dados anteriores, pelas informações sobre receitas e beneficiários por empresa, de forma a observar seu peso relativo no mercado. Os quadros abaixo ordenam as dez maiores operadoras em termos de faturamento e número de beneficiários. Praticamente as mesmas dez empresas aparecem nos dois rankings. As únicas exceções são a autogestão Geap e a Unimed do estado de São Paulo. A Geap está na sétima posição na lista por receitas, mas não figura entre as dez primeiras com maior número de beneficiários, enquanto a Unimed do estado de São Paulo apenas consta da segunda tabela, ocupando a nona posição em termos de beneficiários.

Quadro 5 – Dez maiores operadoras em receitas de contraprestações (Brasil - 2015)

Ordem	Razão Social	Receita de contraprestações (R$)
1	BRADESCO SAÚDE S/A	17.145.486.554
2	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	14.376.278.961
3	SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	10.389.668.963
4	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO	4.978.979.123
5	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL	3.358.534.239
6	CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL	3.291.379.767
7	GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE	2.836.012.215
8	UNIMED - BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	2.767.479.095
9	NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	2.563.557.371
10	HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	2.499.560.385

Fonte: ANS (2016). Elaboração própria.

Quadro 6 – Dez maiores operadoras em número de beneficiários (Brasil - 2015)

Ordem	Razão Social	Beneficiários
1	BRADESCO SAÚDE S/A	4.005.596
2	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	3.949.542
3	HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	1.938.389
4	CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL	1.769.756
5	SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	1.765.496
6	NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	1.724.444
7	UNIMED - BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	1.189.823
8	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO	926,189
9	UNIMED DO ESTADO DE SP - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOP. MÉDICAS	755,916
10	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL	708,78

Fonte: ANS (2016). Elaboração própria.

No tocante às operadoras com maior faturamento em 2015, há uma interessante variedade de modalidades de empresa. São três medicinas de grupo (Amil, NotreDame Intermédica e Hapvida), três cooperativas médicas (as Unimeds), duas seguradoras (Bradesco Saúde e SulAmérica) e duas autogestões (Cassi e Geap). Essa diversidade não implica, contudo, equidade na arrecadação de receitas. As três primeiras empresas desse ranking (as seguradoras Bradesco Saúde e SulAmérica e a medicina de grupo Amil) sobressaem fortemente em relação ao resto das operadoras, com faturamento anual superior a R$ 10 bilhões. De forma mais específica, cabe sublinhar o papel de destaque da Bradesco Saúde e da Amil, cujo faturamento em 2015 ultrapassou, respectivamente, R$ 17 e R$ 14 bilhões.

O quadro muda um pouco no que concerne ao número de beneficiários. O ponto que mais chama a atenção é o crescimento de duas medicinas de grupo, a Hapvida e a NotreDame Intermédica, que saem das duas últimas posições no ranking de faturamento e passam a ocupar, respectivamente, a terceira e a sexta posições em termos de

beneficiários. Assim, dentre as cinco maiores operadoras em número de beneficiários, contam-se duas seguradoras (Bradesco Saúde e SulAmérica), duas medicinas de grupo (Amil e Hapvida) e uma cooperativa médica (Unimed Nacional). Novamente, salientamos as posições de destaque da Bradesco Saúde e da Amil, que estão praticamente empatadas na primeira posição, cada qual com aproximadamente 4 milhões de beneficiários, mais do que o dobro do terceiro colocado. Vale ressaltar que a SulAmérica, que é, por larga vantagem, a terceira operadora com maior faturamento no setor, aparece apenas na quinta posição em termos de beneficiários.

O elemento central a ser observado, cujos dados dos quadros deixam absolutamente claro, é que uma seguradora, a Bradesco Saúde, e uma empresa de medicina de grupo, a Amil, lideram de forma inconteste o mercado de saúde suplementar, muito à frente das outras operadoras, nos dois quesitos. Ambas encerraram o ano de 2015 com aproximadamente 4 milhões de beneficiários e receitas de contraprestações que superam os R$ 14 bilhões. Em realidade, a Bradesco Saúde tinha uma sutil liderança em termos de beneficiários, ao mesmo tempo em que apresentava uma vantagem relativamente maior no faturamento. É por isso que as entrevistas foram convergentes em indicar Márcio Coriolano, presidente da Bradesco Saúde, e Edson Bueno, presidente da Amil[74], como as lideranças mais influentes no setor.

Para além da Bradesco Saúde e da Amil, vale destacar a SulAmérica, a Unimed-Rio e a Hapvida. Todas essas são empresas de grande porte e aparecem, em ao menos um dos rankings, nas cinco primeiras posições (a SulAmérica está entre as 5 maiores operadoras tanto em termos de faturamento como de beneficiários). A SulAmérica é uma seguradora brasileira conhecida, da família Larragoiti, atuando no mercado de saúde desde a década de 1970. Da mesma forma, a Unimed-Rio é uma cooperativa tradicional, tendo sido fundada também no início da década de 1970, logo após a criação da primeira Unimed, em Santos. A Unimed-Rio está muito associada a Celso Barros, que a presidiu de 1998 até 2016, quando foi destituído em meio a uma enorme crise financeira e institucional da cooperativa. A Hapvida, por sua vez, é uma operadora de uma geração mais recente das medicinas de grupo. Criada em 1993, a Hapvida tem uma trajetória diferenciada tanto por sua origem como pela base principal de operação e seu público-alvo. Surgida no Ceará e com atuação no território nacional, tornou-se a maior operadora

[74] Em 2012, a Amil foi comprada pela gigante norte-americana *UnitedHealth* pelo valor de R$ 10 bilhões. O acordo prevê, no entanto, que Edson Bueno, fundador da Amil, permaneça em seu comando.

no Norte e Nordeste, com foco prioritário no atendimento às classes C e D. A empresa, que apresentou crescimento exponencial ao longo dos anos 2000, é comandada pelos irmãos Cândido e Jorge Lima.

É importante esclarecer, ainda, que a modalidade de administradora de benefícios não aparece nos quadros, pois, como vimos, essas empresas fazem a intermediação entre beneficiários e operadoras. Assim, a ANS computa esses beneficiários para as operadoras que, de fato, oferecem os serviços. No entanto, as administradoras podem ter uma carteira de clientes significativa, a partir de contratos com diversas operadoras, o que lhes confere poder no setor. O caso mais conspícuo é o da Qualicorp, criada em 1997 por José Seripieri Filho, conhecido como Junior. A Qualicorp, maior administradora de benefícios do país, cresceu vertiginosamente durante os anos 2000, alcançando, em 2015, uma carteira de 5,1 milhões de beneficiários, número superior ao das maiores operadoras do setor. Neste mesmo ano, a empresa obteve uma receita da ordem de R$ 1,7 bilhão, o que a colocaria na 12ª posição dentre as operadoras com maior faturamento[75].

Por fim, vale destacar que, embora não sejam diretamente regulados pela ANS, cujo mandato legal incide sobre as operadoras, os prestadores de serviços são peças fundamentais na engrenagem da saúde suplementar, com alguns hospitais privados exercendo grande poder no setor. Para que se tenha uma ideia de sua força, basta observar que a receita bruta dos 80 hospitais que compõem a Anahp (associação dos hospitais) foi de R$ 22,7 bilhões em 2015 (ANAHP, 2016b). Dentre os hospitais mais importantes, pode-se mencionar o Albert Einstein, o Sírio-Libanês e a Rede D'Or São Luiz (maior rede de hospitais privados do país)[76].

Diante do exposto, vale centrarmos nossa atenção, doravante, em empresas como Bradesco Saúde, Amil, Qualicorp, SulAmérica, Hapvida, Unimed-Rio, bem como alguns prestadores de serviços. Nesse sentido, cabe observar se essas empresas também se destacam em termos de financiamento de campanha, posicionamento nas redes de

[75] Informações sobre o desempenho financeiro da Qualicorp podem ser acessadas em: http://exame.abril.com.br/mercados/cotacoes-bovespa/acoes/QUAL3/balanco

[76] A respeito da Rede D'Or São Luiz, vale mencionar matéria da Revista Exame de abril de 2015. Ao comentar que o mercado brasileiro de saúde produziu uma safra de bilionários na última década, como Edson Godoy, da Amil, e José Seripieri Filho, da Qualicorp, a revista apontava que Jorge Moll Filho, fundador da rede de hospitais D'Or, estava prestes a alcançar o primeiro posto desse ranking com a venda de parte de seu negócio para um fundo de investimentos estrangeiro: http://exame.abril.com.br/revista-exame/como-o-fundador-da-rede-d-or-foi-de-medico-a-bilionario/

relações ou mesmo na capacidade de realizar indicações políticas para postos de comando na ANS.

4.2 O financiamento de campanha na saúde suplementar

Uma boa maneira de aferir o potencial de influência dos diversos grupos empresariais, para além de sua posição econômica, é por meio da observação da dinâmica do financiamento de campanhas políticas na saúde suplementar. Trata-se de aspecto importante para a compreensão tanto das características mais gerais da imbricação entre o público e o privado, como do papel desempenhado pelos grandes *players* na política do setor. Explicitamos que nosso interesse é apenas dar uma ideia geral do padrão recente de financiamento de campanhas no setor, com destaque para as doações aos cargos mais importantes em nível federal e aos partidos políticos, e enfatizar o papel das grandes empresas do setor, de modo a verificar uma possível correspondência entre seu porte e seu financiamento da atividade política. Nesse sentido, e devido à precariedade dos dados do Tribunal Superior Eleitoral (TSE) em eleições anteriores, optamos por trazer a lume apenas alguns dados gerais de eleições anteriores e oferecer uma análise mais concentrada da última eleição geral, coincidente com o pleito presidencial, de 2014[77]. As informações a seguir amparam-se, mormente, nos dados elaborados por Scheffer e Bahia (2015), que consultaram a razão social e o CNPJ das 1.047 operadoras à época registradas na ANS na plataforma que o TSE disponibiliza para consulta às doações.

Em termos gerais, os valores doados pelas operadoras de planos de saúde vêm crescendo constante e exponencialmente desde as eleições de 2002, atingindo a marca de praticamente R$ 55 milhões[78] em 2014 – crescimento de 263% em relação a 2010. A amplitude desse crescimento revela a importância que o setor vem adquirindo na economia e política brasileiras. O quadro abaixo mostra também que houve um

[77] As eleições de 2014 foram marcadas pela maior transparência no financiamento de campanhas, pois o Tribunal Superior Eleitoral (TSE) editou a Resolução nº 23.406 com vistas a coibir as "doações ocultas", modelo que inviabilizava a identificação do vínculo entre doadores e beneficiários. Até então, havia a possibilidade de o doador transferir recursos aos comitês e diretórios partidários, que, por sua vez, os repassavam aos candidatos. As novas regras obrigaram os partidos a identificar o doador originário ao repassar os recursos para os candidatos.

[78] Esclarecemos que esses dados referem-se a doações a comitês e diretórios partidários, bem como a candidatos, visando à disputa de todos os cargos nas eleições gerais desses anos: deputado estadual, deputado federal, senador, governador e presidente.

incremento, seguido de uma redução, do número de empresas doadoras, possivelmente como fruto da concentração do mercado.

Quadro 7 – Número de empresas de planos de saúde e recursos doados nas eleições de 2002 a 2014, Brasil, 2015

Eleições	Número de empresas de planos de saúde	Recursos doados (em R$)	Valores corrigidos (IPCA-dezembro 2014)	Variação % entre os períodos eleitorais
2002	15	839.000,00	1.704.987,19	Referência
2006	62	7.138.208,18	11.135.251,42	553,10
2010	49	11.834.436,69	15.128.446,82	35,86
2014*	40	54.902.441,22	54.902.441,22	262,91

Fonte: Scheffer; Bahia (2015). * Consulta no TSE até 20/01/2015.

Destrinchando um pouco mais os dados de 2014, identifica-se que os quase R$ 55 milhões foram doados a 131 candidatos a cargos eletivos de 23 partidos. Esses recursos ajudaram a eleger a presidente da República, três governadores, três senadores, 29 deputados federais e 24 deputados estaduais, totalizando 60 postulantes. Foram pouco mais de R$ 21 milhões destinados diretamente a candidatos e aproximadamente R$ 33 milhões repassados a comitês financeiros ou diretórios partidários [79].

O partido mais beneficiado, como se vê no quadro abaixo, foi o Partido dos Trabalhadores (PT), da presidente eleita Dilma Rousseff, com 28,73% do total de recursos doados nessas eleições. O Partido do Movimento Democrático do Brasil (PMDB), do vice-presidente eleito, Michel Temer, foi o segundo mais beneficiado, com 25,01%. Assim, os dois principais partidos da coalizão no governo federal foram contemplados com mais da metade dos recursos investidos por operadoras de planos de saúde nas eleições de 2014. Na terceira posição vem o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), com 22,04%. É interessante notar que esses três partidos concentram mais de 75% de todos os recursos do setor. O resto fica pulverizado entre os outros 20 partidos.

Na eleição anterior, de 2010, o PMDB havia ocupado o posto de partido com mais recursos oriundos de planos de saúde, com 28,94% do total de doações. O PSDB vinha na sequência, com 18,16%, e o PT aparecia apenas na terceira posição, com 14,05%. Em 2006, a sequência era Democratas (DEM), PSDB e Partido Verde (PV) (SCHEFFER;

[79] Apesar da maior transparência nos dados de financiamento, brechas legais e a maneira como o TSE disponibiliza as informações dificultam o rastreamento do recurso do doador até o beneficiário final. Por isso, dos R$ 33 milhões destinados a comitês e partidos em 2014, Scheffer e Bahia (2015) foram capazes de identificar os beneficiários relativos a apenas 16,2% desses recursos. Nesse sentido, é bastante plausível que o número de candidatos financiados por operadoras de planos de saúde esteja subestimado.

BAHIA, 2013). Observa-se, desta forma, que a força eleitoral do PT, especialmente no âmbito federal, parece ter impactado as estratégias de financiamento das operadoras, que passaram a investir mais nesse partido. O PMDB, por sua vez, parece já ter consolidado sua relação com o setor desde 2010, o que se expressa nas altas proporções de doações arrecadadas das operadoras.

Quadro 8 – Destinação de recursos doados por empresas de planos de saúde, segundo partido político, Brasil, 2014

Partido	Valor R$	%
PT	15.775.000,00	28,73
PMDB	13.732.000,00	25,01
PSDB	12.103.500,00	22,04
PSB	2.850.286,22	5,19
PSD	1.926.550,00	3,5
PTB	1.766.000,00	3,21
PP	1.133.500,00	2,00
DEM	1.100.000,00	2,00
SD	770.000,00	1,00
PSC	600.000,00	1,00
PPS	560.000,00	1,00
PDT	511.000,00	0,93
PV	503.000,00	0,91
PRB	390.000,00	0,71
PRP	290.030,00	0,52
PRTB	276.500,00	0,50
PR	243.850,00	0,44
PC do B	231.225,00	0,42
PSDC	100.000,00	0,18
PHS	10.000,00	0,01
PSL	10.000,00	0,01
PT do B	10.000,00	0,01
PTN	10.000,00	0,01
TOTAL	**54.902.441,22**	

Fonte: Scheffer; Bahia (2015)

Observados o volume geral de recursos e a participação partidária no montante investido pelas operadoras de planos de saúde, vale debruçarmo-nos com maior ênfase sobre o papel das principais empresas no financiamento dos políticos, especialmente para os cargos federais. Como poderíamos supor, com base na discussão anterior sobre concentração de mercado e o enorme hiato entre empresas no que diz respeito a seu peso econômico, um número ínfimo de operadoras de planos de saúde é responsável pela maior

parte da expressiva quantidade de recursos doados em 2014. Em realidade, apenas as primeiras quatro empresas listadas no quadro abaixo doaram praticamente 95% desse volume. Amil, Bradesco Saúde, Qualicorp e as Unimeds monopolizam o mercado de doações no setor de planos de saúde. Vale a pena discutir alguns aspectos, incluindo o padrão e a estratégia de financiamento, dessas empresas doadoras.

Quadro 9 – Empresas de planos de saúde doadoras nas eleições de 2014, segundo valores doados, Brasil, 2015

Empresas doadoras (Razão Social)	CNPJ doador	Valor (em R$)
Amil Assistência Médica Internacional S/A*	29.309.127/0001-79 29.309.127/0116-18	26.327.511,22
Bradesco Saúde S.A	92.693.118/0001-60	14.065.000,00
Qualicorp Corretora de Seguros S. A.	07.755.207/0001-15	6.000.000,00
Unimeds	Vários **	5.480.500,00
Mediservice Operadora de Planos de Saúde S.A.	57.746.455/0001-78	1.075.000,00
Oralclass Assistência Médica e Odontologica Ltda-EPP	00.303.696/0001-25	566.530,00
Samel Serviço de Assistência Médica	04.159.778/0001-07	470.550,00
Plamed Plano de Assistência Médica Ltda	15.594.468/0001-29	257.500,00
Administradora Brasileira de Assistência Médica Ltda	04.043.452/0001-01	193.850,00
Vitallis Saúde S. A.	01.045.690/0001-68	190.000,00

Fonte: Adaptado de Scheffer; Bahia (2015). * Amil doou com dois CNPJs distintos. ** 23 Unimeds, com diferentes CNPJs, doaram em 2014.

O dado mais relevante da tabela é, sem dúvida, o valor absoluto e percentual doado pela Amil. Esta empresa foi responsável, sozinha, por 48% do total de doações dos planos de saúde nas eleições de 2014. Isso revela que a Amil aposta fortemente na conversão de seu peso econômico em capital político por meio do financiamento eleitoral no país. Com pouco mais da metade do valor doado pela Amil, a Bradesco Saúde foi a segunda maior doadora. Trata-se de um dado relevante, ainda mais levando-se em conta que, em 2010, a empresa não havia feito doações. De todo modo, essa informação sobre 2010, bem como o valor relativamente menor doado, na comparação com a Amil, devem ser relativizados, pois, por fazer parte do Grupo Bradesco, outras empresas do mesmo conglomerado podem cumprir essa função[80].

[80] Inclusive, a quinta empresa com maior volume de recursos doados, a Mediservice, foi adquirida pelo Grupo Bradesco (SCHEFFER; BAHIA, 2015). Mais além, vale ressaltar, como exemplo da força do Grupo Bradesco no financiamento político, que o conglomerado esteve entre os maiores doadores nas eleições de 2014. De acordo com uma das notícias veiculadas na mídia, o grupo foi o terceiro maior doador naquela

A Qualicorp, que aparece em terceiro lugar, mostra que sua estratégia também passa fortemente pelo investimento eleitoral, ainda mais se levarmos em conta a relação entre seu tamanho e o montante doado. Em outras palavras, se tomarmos como referência a Amil, o valor doado pela Qualicorp é proporcionalmente maior na comparação com seu peso econômico, medido por seu faturamento. Por fim, as Unimeds contribuíram com um valor próximo ao da Qualicorp na campanha de 2014, depois de ter sido o maior grupo doador em 2010. No entanto, deve-se ter em mente que o valor atribuído às Unimeds refere-se à soma das doações de 23 distintas Unimeds. Nesse sentido, seu investimento político é relativamente menor. Sobre sua estratégia de financiamento, Scheffer e Bahia (2015, p. 15) asseveram que "as Unimeds mantiveram em 2014 a lógica de eleições anteriores de apoiar candidatos proporcionais comprometidos com interesses das cooperativas, pautas corporativas e próximos de entidades médicas".

Para aprofundar a análise sobre as três principais empresas doadoras em 2014, vale observar sua participação no financiamento total do setor para os principais cargos disputados em nível federal. Assim, observaremos o peso dessas operadoras nas doações para presidente, senador e deputado federal. Afinal, esses são os cargos importantes no tocante às principais discussões e decisões na saúde suplementar. Com isso, teremos condições de compreender de forma mais completa as estratégias de ação das operadoras. Para essa parte da análise, utilizaremos os dados de financiamento de campanha da plataforma "Mosaico Eleitoral", elaborada pela Diretoria de Análise de Políticas Públicas (DAPP) da Fundação Getulio Vargas (FGV). Essa plataforma apresenta as doações por cargo federal disputado e por setor econômico em 2014.

Algumas delicadas ressalvas metodológicas devem ser feitas antes de procedermos à análise dos dados. Em primeiro lugar, há discrepâncias entre os valores das doações dessa plataforma e aqueles até então apresentados, oriundos do trabalho de Scheffer e Bahia (2015). Isso pode ocorrer por diversos motivos, entre eles retificações posteriores enviadas pelos partidos ao TSE, especialmente as que indicam a quais candidatos os recursos originalmente doados ao partido foram destinados. Neste caso, os dados de doação da plataforma da FGV variam "para cima" na comparação com aqueles até então utilizados. Em que pese essa importante limitação na precisão dos valores apresentados, acreditamos que a análise é válida, na medida em que nosso interesse maior

---

eleição, atrás apenas da JBS e da Odebrecht: http://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2015/01/28/doacoes-da-jbs-a-politicos-equivalem-a-185-de-emprestimos-com-bndes.htm

é apenas observar o padrão mais geral do financiamento eleitoral realizado pelas empresas.

Outro ponto de alerta é que a plataforma da FGV categorizou as empresas em 31 setores econômicos, o que pode gerar algumas arbitrariedades classificatórias, além de impossibilitar a análise dos dados apenas da saúde suplementar. Exemplo disso é que, na categoria "Saúde", que utilizamos para nossos fins, estão contidas não apenas operadoras de planos de saúde, como no estudo de Scheffer e Bahia (2015), mas hospitais e laboratórios, por exemplo. Assim, ao atentar para a proporção de doações realizadas pela Amil, estaremos observando sua participação relativa não apenas na saúde suplementar, mas na saúde *lato sensu*. Em outras palavras, estaremos diminuindo o peso relativo das operadoras de planos de saúde. No entanto, como veremos, o poder dessas empresas é tão grande que, mesmo aumentando o número total de empresas, seu peso relativo nas doações continua enorme, o que nos parece justificar o esforço empreendido. Reafirmamos que nosso interesse primordial é ter uma ideia geral das estratégias das principais empresas no financiamento político. Finalmente, informamos que, no caso específico da Qualicorp, reclassificamos a empresa, passando-a da categoria "Financeiros, Seguros e Consórcios" para "Saúde". A classificação inicial feita pela FGV deve-se ao fato de o Grupo Qualicorp também incluir uma corretora.

A partir dos dados de financiamento disponibilizados pela plataforma "Mosaico Eleitoral", construímos as seguintes tabelas, que mostram as duas operadoras com maior volume de doação por cargo federal disputado e a partilha desses recursos por partido.

Tabela 2 – Duas operadoras com maior volume de doação nas eleições de 2014, por cargo federal disputado

Cargo	Doador	Valor (em R$)	Percentual (%)
Presidente	Amil Assistência Médica Internacional S.A.	12.829.256,92	50.55
	Qualicorp Corretora de Seguros S.A.	6.000.000,00	23.64
Senador	Bradesco Saúde S/A	1.080.600,00	42.20
	Amil Assistência Médica Internacional S.A.	960.000,00	37.49
Deputado federal	Amil Assistência Médica Internacional S.A.	6.859.770,24	26.59
	Bradesco Saúde S/A	4.938.826,92	19.15

Fonte: Plataforma "Mosaico Eleitoral". Elaboração própria.

Tabela 3 – Proporção de doações recebidas pelos principais partidos, das duas operadoras com maior volume de doação nas eleições de 2014, por cargo federal disputado

Cargo	Doador	PT (%)	PMDB (%)	PSDB (%)	PSB (%)	PTB (%)	PSD (%)	Outros (%)
Presidente	Amil	90,6		4,0	5,4			
	Qualicorp	66,7		33,3				
Senador	Bradesco Saúde	9,2	38,0	15,7	9,3	27,8		
	Amil	37,5	10,4		41,7			10,4
Deputado federal	Amil	30,0	17,0	13,5		8,2		31,3
	Bradesco Saúde	9,4	28,9	11,2	5,5	6,5	11,1	27,4

Fonte: Plataforma "Mosaico Eleitoral". Elaboração própria.

Antes de tratar das empresas especificamente, é digno de nota, conforme já antecipado, o avassalador peso das operadoras no mercado de saúde mais amplo. No caso da eleição presidencial, por exemplo, as doações de Amil e Qualicorp respondem por praticamente 75% do total de investimentos realizados para esse cargo. Os dados são ainda mais impressionantes na disputa para o Senado Federal, em que a Bradesco Saúde e a Amil foram responsáveis por quase 80% dos recursos investidos. E, mesmo numa contenda com recursos mais pulverizados, como a eleição para deputado federal, essas duas empresas garantiram quase metade das doações. Esses números apenas reforçam o interesse em fazer tal análise e apontam para um papel ainda mais relevante das operadoras de planos de saúde no contexto do financiamento político no Brasil.

No tocante às empresas, o primeiro ponto a ser ressaltado é que a principal doadora do setor, a Amil, direciona grande parte de seus recursos para a disputa presidencial. Não à toa, essa empresa responde por metade de todas as doações realizadas pelas operadoras de planos de saúde aos candidatos à presidência. Dos recursos investidos nessa contenda, 90% foram destinados ao PT. Dada a alta proporção de recursos investidos nessa campanha, verifica-se que uma parcela considerável do financiamento total da Amil nas eleições de 2014 foi dirigida à campanha de reeleição de Dilma Rousseff. É possível observar também, que, de maneira geral, essa empresa priorizou candidatos do PT e, em menor medida do PMDB – neste caso, especialmente na disputa para a Câmara dos Deputados. Nesse sentido, pode-se afirmar que a estratégia precípua da Amil foi o investimento pesado na reeleição da presidente Dilma Rousseff, ao mesmo tempo que houve um foco nos partidos da coalizão no plano federal, PT e PMDB.

A Bradesco Saúde, por sua vez, não fez nenhuma doação aos candidatos à presidência da República, tendo optado por diversificar seu investimento, variando entre diferentes partidos, regiões e cargos eletivos (SCHEFFER; BAHIA, 2015). Como

mostram esses autores, as governadorias estaduais foram particularmente priorizadas. Outro cargo majoritário priorizado pela empresa é o de senador, conforme a tabela supra, que mostra que a Bradesco Saúde responde por mais de 40% dos recursos investidos pelas operadoras de planos de saúde nos candidatos ao Senado Federal. Na disputa para deputado federal, a Bradesco Saúde investiu pesado também, com valores relativamente próximos aos aplicados pela Amil. É importante notar também outra faceta da estratégia de atuação da Bradesco Saúde. Em que pese a maior diversidade partidária nas doações da empresa, conforme atestam os dados da tabela acima, os recursos para os candidatos a deputado federal, mas também aos postulantes ao Senado Federal, foram direcionados, majoritariamente, ao PMDB. Dentre os deputados federais financiados por essa operadora e eleitos, destacamos Eduardo Cunha (PMDB-RJ), que ficou marcado por relatar, justamente em 2014, uma polêmica medida provisória que perdoava parcialmente a dívida das operadoras de planos de saúde. A MP nº 267/2013 tratava, originalmente, da tributação de empresas brasileiras no exterior; no entanto, o próprio relator incluiu uma emenda para anistiar os planos, a qual foi posteriormente vetada pela presidente Dilma Rousseff[81].

Por fim, a terceira maior doadora em 2014, a Qualicorp, tem seu foco exclusivamente voltado para a disputa presidencial, não tendo realizado doações a nenhum outro cargo. A empresa canalizou dois terços de seus recursos (R$ 4 milhões) à campanha presidencial da presidente Dilma Rousseff. Os outros R$ 2 milhões foram destinados ao candidato tucano Aécio Neves. O foco na disputa presidencial tem balizado a atuação da Qualicorp, que, em 2010, financiou candidatos num total de R$ 1.9 milhão. Deste, R$ 1 milhão foi para Dilma Rousseff e R$ 500 mil a José Serra, então candidatos a presidente. Embora seja comum a priorização de um dos candidatos, ainda mais quando já ocupa o cargo em disputa, é importante destacar, conforme relatos de diversos entrevistados e numerosas notícias veiculadas na mídia[82], que o fundador da Qualicorp, Junior, tem fortes conexões políticas com o ex-presidente Lula desde 2010, o que pode explicar a preferência pelo PT na destinação dos recursos.

---

[81] Para maiores informações sobre o episódio e a posição contrária do governo à emenda, que representaria um perdão de R$ 2 bilhões para as operadoras, ver: http://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/perdao-de-2-bilhoes-para-os-planos-de-saude-12136524

[82] http://veja.abril.com.br/blog/radar-on-line/tag/jose-seripieri-junior/ e http://epoca.globo.com/tempo/noticia/2015/06/lula-e-seu-companheiro-de-viagens-o-lobista-da-odebrecht-alexandrino-alencar.html

Antes de fazer as considerações finais sobre os dados até agora vistos, vale fazer dois destaques. O primeiro é chamar a atenção, na linha do que foi exposto na seção anterior, para o poder dos hospitais, especialmente o maior grupo privado do país, a Rede D'Or São Luiz. Esse grupo foi o 5° maior doador da categoria "Saúde" na campanha presidencial de 2014, dirigindo R$ 1,1 milhão, a totalidade de sua doação, à candidata à reeleição Dilma Rousseff. Da mesma forma, esse grupo destacou-se no financiamento dos candidatos a deputado federal, tendo sido o 7° maior doador, com recursos repassados ao PMDB e ao PTB.

O segundo ponto é a necessidade de realçar também aquilo que não apareceu. Em outras palavras, até mesmo para poder destacar o peso de certas operadoras que fazem financiamento político, é importante enfatizar que outras empresas de grande porte não apareceram como doadoras de recursos na campanha de 2014. Mais especificamente, não há registros de doações eleitorais por parte de SulAmérica, Hapvida e Unimed-Rio, operadoras que, conforme destacamos anteriormente, têm relevante participação no mercado de saúde suplementar. Ou seja, essas empresas não parecem ter envidado esforços para traduzir sua força econômica em influência política por meio do financiamento da atividade política.

Os dados até aqui observados revelam, portanto, uma aguda concentração dos recursos doados em poucas operadoras de planos de saúde. Despontam, novamente, como *players* centrais a Amil e a Bradesco Saúde e, num plano subsequente, a Qualicorp. É interessante observar, assim, que as duas operadoras líderes do mercado investem pesadamente no financiamento político no Brasil, ao mesmo tempo que outras grandes empresas simplesmente não participam desse jogo político-eleitoral, o que apenas contribui para reforçar a posição daquelas. Ressalvada a limitação na interpretação do papel da Bradesco Saúde, tendo em vista a atuação mais ampla do grupo econômico no qual está inserida, vale salientar o grande empenho da Amil em potencializar sua influência política por meio do financiamento de campanhas. Talvez justamente pelo peso maior do Grupo Bradesco, a Amil busque aumentar sua projeção de poder pela massiva destinação de recursos ao meio político. Sua estratégia passa pela priorização da campanha presidencial, especialmente do incumbente, ao lado de uma vigorosa atuação junto aos candidatos à Câmara dos Deputados. Destaque-se também a Qualicorp, empresa que destoa do padrão identificado, na medida em que doa recursos bastante significativos *vis-à-vis* seu peso no setor, o que, seguramente, alavanca seu poder de influência.

Certamente, a destinação de recursos a partidos e políticos abre canais de diálogo e garante, senão impõe, a negociação a respeito dos temas decisivos, colocando essas empresas, assim, em posição de destaque no concerto político do setor[83].

4.3 A posição dos grandes *players* nas redes de conexão do setor

Outra boa maneira de aferir o potencial de influência dos diversos grupos empresariais, para além de sua posição econômica e seu investimento no financiamento político, é por meio da análise de redes sociais. Essa análise auxilia-nos a identificar as lideranças empresariais mais conectadas e mais bem posicionadas nas redes de relações do setor, o que pode potencializar o exercício de influência. Nesse sentido, as redes permitem-nos observar outra faceta do poder[84]. Em análise de redes sociais, existem algumas medidas típicas realizadas com esse propósito, particularmente em estudos sobre poder. Como as redes tornam-se difíceis de interpretar a partir de certo tamanho (ou seja, quando existem muitos nós e vínculos, poluindo o sociograma), alguns algoritmos nos softwares ajudam-nos a identificar algumas de suas características e dos indivíduos que dela fazem parte.

Para os nossos propósitos, as medidas mais importantes são as de centralidade, que dizem respeito à circulação de poder na rede. Trata-se aqui de identificar os atores mais importantes da rede, que geralmente são aqueles "located in strategic locations within the network" (WASSERMAN; FAUST, 1994, p. 169). Não à toa, "People refer to central nodes as prominent, or influential, or leaders, or gatekeepers, or as having great autonomy, control, visibility, involvement, prestige, power and so on" (BORGATTI; EVERETT; JOHNSON, 2013, p. 164). Estamos lidando, aqui, portanto, com medidas que funcionam como *proxies* da capacidade de influência desses atores.

Duas das principais medidas de centralidade são grau (*degree)* e *betweenness*. O grau, a mais simples das medidas, refere-se ao número de conexões de um determinado ator. Esta certamente é a mais intuitiva das medidas, pois associa poder ao número de

[83] Pesquisa de Santos et al. (2017) mostra que, na visão de metade dos lobistas respondentes de um *survey*, o financiamento de campanha não se restringe a garantir acesso aos decisores, mas também atingir resultados concretos.

[84] Acreditamos, a propósito, que a proibição de doações eleitorais por pessoas jurídicas, conforme decisão do STF na ADI nº 4650, de 2015, tende a reforçar a importância das redes de conexão na influência exercida pelas empresas no país.

pessoas com quem se está conectado. Assim, uma pessoa com muitas conexões teria maior capacidade de exercer influência. Conforme asseveram Borgatti, Everett e Johnson (2013, p. 166), "For example, in organizations, nodes with high degree in an organizational network tend to be the same ones that insiders will list as the important people in the group".

Betweenness diz respeito à capacidade de intermediação de um ator na rede. Imagine que um indivíduo precise chegar a outro, até mesmo para ter a oportunidade de influenciá-lo. Para falar com esse outro ator, é preciso passar por alguns intermediários, outros nós. Todos eles têm, em teoria, a faculdade de facilitar ou impedir esse contato. Assim, estar no caminho entre diversos nós dá poder ao indivíduo. Tecnicamente, essa medida calcula com que frequência um determinado nó está no menor caminho (distância geodésica) entre dois outros nós. Talvez a principal medida de poder, *betweenness*, dá conta da capacidade de controlar o fluxo de informações circulantes na rede. Não à toa, um ator com alto grau de *betweenness* é interpretado na literatura como *gatekeeper*. Olhando por outro ângulo, é possível afirmar que a importância de um ator com alta *betweenness* está no fato de que, se retirado da rede, o sistema seria desestruturado, com a possível perda de conexões entre diversos atores.

Assim, os quadros abaixo comparam essas duas medidas de centralidade para os sete indivíduos mais bem posicionados dentre os 146 nós da rede em cada um dos cincos períodos estudados. Vale lembrar que a rede engloba todos os atores do setor, como diretores da ANS, funcionários da agência, políticos e empresários[85]. O primeiro quadro ordena, de forma decrescente, os sete indivíduos mais bem relacionados – o número ao lado do indivíduo indica quantas conexões ele tem na rede da elite do setor. Cabe advertir que o posicionamento em si de um ator, especialmente num único período, não permite tirar quaisquer conclusões. O importante é observar o quadro mais geral ao longo do tempo, ao mesmo tempo em que contrastamos as duas medidas de centralidade.

[85] Embora omitamos, de maneira geral, os nomes dos atores, indicando apenas seu tipo, nomeamos as empresas às quais pertencem esses indivíduos. Assim, quando tratarmos das relações de uma determinada empresa, estamos falando, em realidade, das conexões de alguma figura a ela ligada, geralmente seu principal dirigente.

Quadro 10 – Sete nós com maior grau por período

2000-2003		2004-2006		2007-2009		2010-2012		2013-2014	
Ator	**Nº**	**Ator**	**Nº**	**Ator**	**Nº**	**Ator**	**Nº**	**Ator**	**Nº**
Funcionário público	24	Diretor ANS	34	Diretor ANS	35	Político	35	Político	35
Amil	17	Amil	19	Amil	23	Diretor ANS	27	Qualicorp	27
Político	13	Diretor ANS	18	Qualicorp	22	Amil	25	Amil	26
Ministro da Saúde	11	Diretor ANS	17	Diretor ANS	18	Bradesco Saúde	19	Bradesco Saúde	19
Diretor ANS	10	Funcionário ANS	13	Diretor ANS	18	Funcionário público	18	Funcionário público	19
Diretor ANS	10	Bradesco Saúde	13	Bradesco Saúde	17	Diretor ANS	18	Funcionário público	18
Funcionário ANS	9	Ex-ministro da Saúde	11	Diretor ANS	17	Unimed-Rio	17	Unimed-Rio	17

Fonte: Elaboração própria

O número de conexões dos empresários vinculados a essas empresas revela prestígio e proeminência. No entanto, essa conectividade pode ser um fenômeno local, ou seja, as conexões podem se dar, prioritariamente, com pessoas do entorno imediato, de modo que a influência não alcance a rede de forma mais ampla, incluindo atores estatais. Neste caso, os vínculos estariam mais restritos ao próprio círculo empresarial. Nesse sentido, é importante olhar para a principal medida de influência na rede, *betweenness*, conforme o quadro abaixo. Optamos por analisar conjuntamente os resultados das duas tabelas, pois as posições das empresas são relativamente uniformes em ambas.

Quadro 11– Sete nós com maior *betweenness* por período

2000-2003		2004-2006		2007-2009		2010-2012		2013-2014	
Ator	**Nº**	**Ator**	**Nº**	**Ator**	**Nº**	**Ator**	**Nº**	**Ator**	**Nº**
Funcionário público	2666	Diretor ANS	3132	Diretor ANS	3024	Político	3055	Político	2914
Amil	1893	Amil	1723	Amil	1562	Diretor ANS	1524	Amil	1614
Diretor ANS	1343	Diretor ANS	1526	Diretor ANS	1233	Amil	1498	Qualicorp	1398
Funcionário público	1317	Diretor ANS	902	Qualicorp	1222	Diretor ANS	1114	Funcionário público	1186
Político	1118	Político	813	Diretor ANS	1112	Bradesco Saúde	1102	Bradesco Saúde	1085
Diretor ANS	1101	Funcionário ANS	684	Funcionário público	959	Unimed-Rio	965	Unimed-Rio	886
Amil	770	Bradesco Saúde	674	Bradesco Saúde	939	Funcionário público	937	Funcionário público	877

Fonte: Elaboração própria

A observação dos quadros revela que quatro empresas já mencionadas ocupam as posições centrais de poder no setor: na ordem, Amil, Bradesco Saúde, Qualicorp e Unimed-Rio. Os dados relacionais convergem, de alguma maneira, portanto, com a posição econômica dessas empresas e sua participação no financiamento político. Isso é especialmente válido para as três primeiras, principalmente se levarmos em conta as doações eleitorais. De maneira geral, pode-se dizer que a Amil está altamente conectada e ocupa a posição de maior destaque no setor, dentre as empresas, desde a criação da agência. Em qualquer período ou medida, a Amil está entre as três primeiras posições do ranking, o que revela seu protagonismo no emaranhado de conexões do setor[86]. A

[86] A Amil aparece duas vezes no primeiro período da segunda tabela, pois dois executivos seus aparecem em posições centrais na rede de relações do setor, o que reforça ainda mais sua proeminente condição.

Bradesco Saúde começa a ganhar destaque e ingressa nas redes do setor com os governos petistas, a partir de 2003. Nos dois últimos períodos, em que Dilma Rousseff assume a presidência da República, observa-se uma ascensão da empresa, que passa a ocupar a quarta posição em termos de conexões.

A Qualicorp, que, como expusemos, cresceu fortemente nos anos 2000, especialmente na segunda parte da década, também aparece com grande e crescente destaque em dois períodos das redes: 2007-2009 e 2013-2015. No período intermediário, entre 2010 e 2012, a empresa não aparece, pois seu presidente, Maurício Ceschin, havia assumido a presidência da própria ANS por indicação de Lula, de modo que seus vínculos são identificados na tabela como de um diretor da agência. Foi essa passagem pela agência, aliás, que alavancou o desempenho da operadora no setor, que aparece entre as três primeiras posições nos dois rankings, no último período, quando Ceschin reassume a presidência da empresa. Em realidade, a Qualicorp, por meio de Ceschin, alcança o patamar mais elevado, dentre as empresas, na rede de conexões do setor no último período, mostrando que sua liderança no segmento de administradora de benefícios colocou-a, de fato, no seleto grupo das operadoras mais influentes. Não se pode esquecer, ainda, que o fundador da administradora de benefícios, Junior, muito próximo do ex-presidente Lula, não pode ser visto nas primeiras posições da tabela, mas está entre os 30 mais bem conectados, reforçando o poder da empresa[87].

O caso da Unimed-Rio, que aparece apenas nos dois últimos períodos e com menor destaque, tem caráter distinto da dinâmica da Amil e Bradesco Saúde e, em alguma medida, da Qualicorp. Essa empresa, que apareceu na quarta posição em faturamento e na oitava em termos de beneficiários, emerge na rede logo depois que um ex-diretor da agência, Alfredo Cardoso, que lá ficara por dois períodos consecutivos, assume sua

[87] A trajetória de Junior, aliás, é bastante emblemática da importância das relações (não apenas, claro) para se atingir os objetivos. Jovem de classe média baixa, Junior tentou fazer medicina, mas não conseguiu, dedicando-se, a partir de então, ao comércio. Com o apoio do criador da Golden Cross, Milton Afonso, de quem seu pai era amigo, Junior começou a vender planos de saúde de porta em porta. Mais adiante, teve a ideia de fechar um único contrato com uma entidade de classe, que ofereceria os planos de saúde da Golden Cross a vários de seus associados. Como seu pai havia sido delegado de polícia, Junior conseguiu fechar esse primeiro acordo com a Associação de Delegados de Polícia do Estado de São Paulo, dando o pontapé inicial ao que posteriormente ficou conhecido como planos coletivos por adesão. Este caso mostra, em consonância com o trabalho de Granovetter (1973), que as relações podem favorecer a conquista de emprego ou o desempenho profissional. Mas as redes de conexões também podem, de forma similar, alavancar o exercício de poder e influência. Maiores detalhes sobre a biografia de Junior e a história da Qualicorp podem ser acessados aqui: http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,o-mais-novo-bilionario-da-bolsa-imp-,743233

gestão. A empresa, no entanto, não tem apresentado bom desempenho no setor, tanto que estava, em 2016, em regime especial de direção fiscal, ou seja, sob intervenção da ANS por causa de anormalidades econômico-financeiras. Além disso, Cardoso deixou o comando da empresa, em 2016, de modo que esse nível de centralidade certamente não será sustentado.

Vale tratar, de forma mais detida, da Amil. Como pudemos notar, há uma relativa superioridade dessa operadora em relação à Bradesco Saúde no que tange à centralidade na rede. É possível que isso ocorra em função da longevidade e do perfil das lideranças dessas empresas, que são, no limite, quem constroem e mobilizam as redes de relações. Ao realizar a pesquisa, ficou claro que havia certa dificuldade dos entrevistados em definir quem relacionar a Edson Bueno, presidente da Amil, dada sua vasta rede de contatos construída ao longo de décadas. Conforme sentenciou um ex-diretor-presidente da ANS, ao ser solicitado para apontar as relações do presidente da Amil, "O Edson você pode pôr qualquer nome que você queira [...] é um grande articulador do setor há muitos anos [...] ele tem proximidade com parlamentares, ministros, ninguém deixa de receber [...]" (entrevista ao autor). Como deixam claro esta e outras entrevistas, Edson Bueno tem perfil mais assertivo, especialmente na maneira de fazer política e lobby no setor. Por sua vez, Márcio Coriolano[88], presidente da Bradesco Saúde, tem perfil mais discreto, além de aparecer menos conectado e com menor centralidade no setor.

O que parece ocorrer, portanto, é que a Amil busca superar sua principal competidora, a Bradesco Saúde, por meio de um pesado investimento nas eleições e por meio da construção e mobilização de redes de relacionamento, de modo a posicioná-la estrategicamente no setor. Tal estratégia parece fazer efeito em ao menos um aspecto bastante tangível, pois esses investimentos eleitorais, associado à centralidade da empresa, têm se traduzido, como veremos no próximo capítulo, em recorrentes indicações políticas para os cargos de direção da ANS. Assim, se o predomínio nas doações políticas já apontava para um trânsito político destacado da Amil e de seu principal dirigente, as redes de conexão parecem atestar cabalmente sua condição de empresa mais influente do setor.

[88] Márcio Coriolano foi diretor-gerente da Bradesco Saúde desde 1997, tendo assumido a presidência da empresa em 2010.

A Bradesco Saúde também exerce enorme influência no setor. Seu *modus operandi*, no entanto, é distinto, de modo que sua marca não aparece de forma clara nas indicações políticas do setor. Isso também é reflexo da maneira de fazer política e *lobby* da organização e do perfil de seu principal dirigente. Um entrevistado com trânsito na elite do poder afirmou que, mesmo sem indicar nomes, as escolhas presidenciais à agência costumam ser observadas de perto pela empresa. Esse acompanhamento próximo das indicações do setor junto à presidência da República faz sentido, na medida em que o grupo Bradesco como um todo, assim como a Qualicorp, apresentou grande crescimento e proeminência política no período dos governos tanto de Lula como de Dilma[89].

Concluímos, desta forma, reafirmando que a Amil e a Bradesco Saúde são, de fato, as empresas dominantes no setor ao longo da história da ANS, refletindo sua posição econômica e suas redes de relações. A Amil, no entanto, aparece de forma mais destacada, com grande poder de influência no setor. A Qualicorp, por sua vez, vem galgando posições desde meados da década de 2000 e parece ter se consolidado como outro importante *player* do setor. Não sabemos apontar a direção da causalidade, se é que há uma direção, mas é certo que o tamanho (seja por seu faturamento, seja por seu *market share*), a atuação destacada no financiamento de campanhas políticas e a posição central nas redes de relações certamente se reforçam e propiciam grande poder a essas empresas.

Vale destacar, ainda, de forma sucinta, algumas empresas já mencionadas, mas que não apareceram nas tabelas acima por ocuparem posições inferiores na rede de relações. Para tornar a apreciação mais elucidativa, apresentamos abaixo mais dois quadros, com as mesmas medidas de centralidade, mas agora restringimos o ranking apenas ao último período, de 2013 a 2015, e a apenas algumas empresas selecionadas para fins de nossa análise. Acrescentamos, antes do nome da empresa, sua posição no ranking geral de 146 nomes.

[89] Não à toa, o presidente do Grupo Bradesco, Luiz Carlos Trabuco, também aparece com grande centralidade nas redes de relações do setor, além de ter sido convidado, segundo noticiou a imprensa, para assumir o Ministério da Fazenda no segundo governo de Dilma Rousseff: http://www.valor.com.br/politica/3787006/trabuco-recusa-convite-para-ser-ministro-da-fazenda

Quadro 12 – Empresas selecionadas e seus respectivos graus no período 2013-2015

2013-2014		
Posição	**Ator**	**Nº**
2º	Qualicorp	27
3º	Amil	26
4º	Bradesco Saúde	19
7º	Unimed-Rio	17
15º	Bradesco Saúde	11
21º	Albert Einstein	10
25º	Anahp	9
29º	Qualicorp	9
48º	Sírio-Libanês	6
50º	Rede D'Or	6
63º	Hapvida	5
69º	SulAmérica	5

Fonte: Elaboração própria

Quadro 13 – Empresas selecionadas e suas respectivas *betweenness* no período 2013-2015

2013-2014		
Posição	**Ator**	**Nº**
2º	Amil	1614
3º	Qualicorp	1398
5º	Bradesco Saúde	1085
6º	Unimed-Rio	886
17º	Albert Einstein	395
23º	Anahp	299
27º	NotreDame Intermédica	268
28º	Rede D'Or	247
42º	Amil	44
44º	Sírio-Libanês	131
48º	Hapvida	89
72º	SulAmérica	22

Fonte: Elaboração própria

Tratemos, inicialmente, de duas importantes empresas, a saber, SulAmérica e Hapvida, que, como vimos, detêm relevante parcela do mercado, aparecendo entre as cinco maiores empresas em ao menos um dos rankings (faturamento e número de beneficiários). É interessante observar que seus dirigentes não aparecem, na primeira lista, até a 63ª posição, e, no segundo ranking, até o 48ª lugar. Da mesma forma que com o financiamento de campanhas, ausente nas estratégias dessas empresas, esse dado

reforça a discrepância entre suas posições econômicas relativas e sua centralidade nas redes de relações.

O caso da SulAmérica é o mais chamativo. Afinal, a empresa teve o terceiro maior faturamento de 2015, além de ocupar a quinta posição em termos de beneficiários. Apesar dessas credenciais, o presidente executivo da SulAmérica, Gabriel Portella, bem como o vice-presidente de Saúde, Maurício Lopes (que inclusive trabalhou na ANS no início da agência), aparecem em posições marginais nas redes de relações apuradas por esta pesquisa. A operadora não parece ter, tanto pelas redes de relações, como pela aferição das indicações políticas à ANS, que analisaremos adiante, trânsito político sequer próximo ao da Amil e da Bradesco Saúde. Isso não significa, obviamente, que suas posições não sejam levadas em conta ou que não exerçam influência no setor. Está-se argumentando apenas a respeito de seu poder relativo no setor.

A Hapvida é um caso um pouco diferente. Tal qual a SulAmérica, a empresa não investiu politicamente por meio de doações eleitorais nem aparece muito bem posicionada nas redes de relações - destaque-se, no entanto, que no segundo ranking, que capta a capacidade de intermediar relações na rede, a empresa tem desempenho melhor, ficando entre as 50 primeiras posições, à frente, inclusive, da SulAmérica. Mas a especificidade mais importante da Hapvida, que possibilitou à empresa converter sua posição ainda tímida nas redes do setor em efetiva capacidade de influência política, foi sua área geográfica de atuação. Enquanto as principais empresas estão concorrendo pela região que representa o maior mercado, o Sudeste, a empresa tornou-se líder absoluta no Nordeste, segundo maior mercado do país[90]. Aproveitando-se dessa condição, os donos da empresa, a família Lima, conseguiram estabelecer importantes relações com políticos locais, especialmente do seu estado de origem, o Ceará, que têm grande influência na coalizão que liderou o governo federal até 2016. Como veremos, a Hapvida chegou a ter voz nas nomeações políticas na ANS.

Vale ressaltar, ainda, um relevante aspecto revelado pelas ilustrações acima. Havíamos mencionado que era importante tratar dos prestadores de serviços - que não são diretamente regulados pela ANS, mas podem ser afetados indiretamente por suas regulações. Os resultados apresentados comprovam esse argumento. É por isso que figuras como Cláudio Lottenberg, presidente do Albert Einstein, Francisco Balestrin,

[90] http://exame.abril.com.br/revista-exame/cinco-anos-de-vantagem/

presidente da Anahp (associação dos hospitais), Jorge Moll, presidente da Rede D'Or São Luiz (maior rede de hospitais privados do país) e Gonzalo Vecina Neto, ex-superintendente corporativo do Sírio-Libanês, aparecem bem conectadas nas redes de relações do setor aferidas por esta pesquisa. Diga-se de passagem, todos eles aparecem à frente dos dirigentes da SulAmérica e Hapvida, empresas de destacada posição econômica.

A respeito da força dos prestadores, vale destacar que o atual diretor-presidente da ANS, José Carlos Abrahão, é oriundo da CNS (Confederação Nacional de Saúde), que, como vimos, representa federações e sindicatos de hospitais e outras entidades no país. O diretor-presidente da ANS imediatamente anterior a Abrahão, nomeado em 2013, foi André Longo, que também representava prestadores de saúde, mas não os grandes hospitais, e sim os médicos, na medida em que sua trajetória estava atrelada ao Conselho Regional de Medicina de Pernambuco. Note-se, ainda, que mesmo Mauricio Ceschin, já citado por ter presidido a Qualicorp logo antes de ser indicado diretor da ANS, em 2009, também teve passagem entre os prestadores de serviços, tendo sido diretor-superintendente do Sírio-Libanês entre 2005 e 2007.

Por fim, duas questões de caráter mais geral que emergem como corolário da discussão empreendida são a participação relativa do empresariado nas posições centrais da rede e o acesso restrito, no âmbito do empresariado, a essas posições. Em relação ao primeiro ponto, é notável o número de indivíduos ligados a empresas que ocupam as posições centrais nas redes de conexão do setor. Tendo em vista que a rede é composta por políticos, diretores da ANS, alta burocracia da agência, ou seja, atores com forte capacidade decisória, salta à vista o fato de que, de forma crescente, os empresários fazem-se presentes nos postos centrais da rede, a ponto de, no último período, quatro das sete primeiras posições referirem-se a empresários. Em outras palavras, alguns empresários dividem com diretores da ANS as principais posições de intermediação e controle do fluxo de informações nas redes do setor, o que certamente os dota de grande capacidade de influência.

A segunda questão remete ao caráter exclusivista do acesso ao poder entre os empresários. Muitas vezes argumenta-se a respeito do poder do "dinheiro" de forma genérica, sem se observar concretamente os recursos à disposição das diferentes empresas e empresários. No entanto, enquanto a maior parte das empresas viabiliza sua

representação e interesses via associações ou por meio de laços com as empresas mais bem situadas nas redes, apenas uma minúscula fração do setor regulado, por meio de seus vínculos, consegue, de fato, acesso aos postos-chave na estrutura de conexões do setor.

Os dados a seguir, conjugados com a análise já realizada, provocam reflexão sobre os dois pontos discutidos, a saber, a centralidade do empresariado nas redes de conexões e, ao mesmo tempo, o caráter restritivo dessa posição de destaque. A tabela abaixo traz a proporção de indivíduos por categoria ao longo do tempo nas redes de conexões da elite do setor.

Tabela 4 - Proporção de nós por categoria

	2000-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	2013-2014
Diretoria da ANS	4,31%	3,85%	3,65%	3,50%	3,42%
Funcionários da ANS	12,93%	30,00%	32,85%	27,97%	18,49%
Ministro da Saúde	0,86%	0,77%	0,73%	1,40%	1,37%
Políticos	15,52%	16,15%	16,79%	16,08%	15,75%
Empresariado	30,17%	30,00%	31,39%	29,37%	34,93%
Burocratas não ANS	21,55%	11,54%	8,76%	13,99%	15,75%
Outros	12,93%	6,15%	5,84%	6,99%	8,90%
Desconhecido	1,72%	0,77%	0,00%	1,40%	1,37%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração Própria

O ponto de maior destaque é o tamanho da categoria "empresariado" ao longo de todo o período. Trata-se, na maior parte do tempo, da maior categoria, ficando pouco atrás de "funcionários da ANS" em apenas um período. Observa-se, portanto, que o empresariado tem presença intensa nas redes de relações da elite da saúde suplementar. Nesse sentido, torna-se mais compreensível sua grande centralidade nas redes, como vimos acima. Por outro lado, é marcante o fato de que, com um universo tão grande de empresários conectados, uma média aproximada de 30% dos 146 nós da rede, apenas uma franja do setor regulado ocupe, de fato, as posições centrais nas redes de relações. O que temos, portanto, são algumas poucas figuras do setor regulado com muitas conexões e potencial para exercer influência na rede, e um número muito maior de empresários orbitando em torno deles e escassamente conectados.

A outra face dessa moeda é a virtual ausência de organizações da sociedade civil, como associações de defesa do consumidor ou conselhos profissionais nas redes do setor.

Se observarmos a composição da Câmara de Saúde Suplementar[91], o órgão de participação institucionalizada da sociedade na ANS, é possível identificar diversas entidades com esse perfil. Por um lado, mostra-se positiva a existência de órgãos dessa natureza, que permitem diversidade e maior equilíbrio participativo. Por outro lado, o fato de praticamente não haver indivíduos representantes da sociedade civil organizada nas redes, pelas quais circulam informações e influência, mostra o caráter desigual do jogo político e os limites de aparatos e mecanismos participativos.

[91] Para maiores informações e para a composição da Câmara, consultar: http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camss-camara-de-saude-suplementar/composicao-da-camara-de-saude-suplementar

Capítulo 5. Redes de influência e jogo político na primeira década da ANS: predomínio sanitarista

Partindo da incursão pelo arcabouço institucional e pelas características do setor, pelas questões regulatórias centrais, bem como pelos principais *players* do mercado, objetivamos realizar, neste e no próximo capítulo, uma análise do processo político de regulação da saúde suplementar ao longo da história da ANS, caracterizando o jogo político e a intermediação de interesses no setor. Essa discussão envolverá a reconstituição dos principais grupos políticos no âmbito da ANS e a análise das grandes linhas de ação e/ou decisões-chave tomadas pela agência nas diferentes gestões entre 2000 e 2017[92]. Este capítulo abrangerá as três primeiras gestões da ANS, entre os anos 2000 e 2009, enquanto o próximo abarcará as três gestões seguintes, entre 2010 e 2017.

A melhor forma de caracterizar as forças políticas atuantes na ANS é combinar a observação das redes de relações dos diretores da agência com seu perfil. Nesse sentido, procederemos a uma análise das conexões existentes entre os diretores da agência e os políticos da coalizão, ao mesmo tempo em que destrincharemos a composição político-profissional da diretoria colegiada da ANS.

Em que pese ser uma agência reguladora, dotada de independência formal, a ANS faz parte do sistema político e é, evidentemente, influenciada pelos diversos atores políticos que o compõem. Autores como Pó (2009) e Silva (2010) já demostraram os limites do desenho institucional para a atuação autônoma das agências. De forma particular, Bonis (2016) apontou para a importância de se observar a influência presidencial por meio das nomeações para os cargos de direção desses órgãos. O direcionamento político da ANS é comandado por sua cúpula, a diretoria colegiada, a qual é inteiramente indicada pelo presidente da República após aprovação no Senado Federal. Além disso, sabemos que as indicações políticas no Brasil são moeda de troca fundamental na relação entre Executivo e Legislativo para a montagem das coalizões governamentais. A ANS situa-se, portanto, na confluência desses dois Poderes, de modo que a análise das conexões dos diretores deve levar em conta os atores dessas duas esferas.

[92] Conforme chamaremos a atenção tempestivamente, a análise das redes de influência e do embate político estender-se-á até 2017, mas o exame da produção regulatória será realizado até 2014 apenas, posto que a atual gestão não findou ainda.

Assim, nosso objetivo último, ao montar essas redes de relações, é identificar quais grupos ou forças estiveram por trás das indicações políticas aos cargos de direção da ANS, revelando, desta forma, de que maneira os conflitos do setor foram transplantados para o interior da agência. Ao fazê-lo, estaremos evidenciando os grupos e as agendas políticas que estiveram em disputa e no poder na ANS ao longo do tempo.

Essas conexões da elite do setor serão apresentadas por meio de sociogramas. Esse mapa de interações, no entanto, é insuficiente, posto que incapaz, por si só, de revelar as forças que apoiaram as indicações políticas aos cargos de direção da agência. Nesse sentido, é fundamental que os dados descritivos de rede sejam amparados com informações qualitativas colhidas junto aos entrevistados, garantindo a contextualização política mais completa possível. No tocante à trajetória político-profissional dos diretores da agência, a pesquisa recorreu, para além das entrevistas, à análise dos currículos disponíveis no *site* do Senado Federal e em *sites* de relacionamento profissional, como o *Linkedin*, bem como ao exame de dados de filiação partidária coletados junto ao Tribunal Superior Eleitoral (TSE). O recurso às entrevistas é imprescindível não apenas para ajudar a descortinar os diversos grupos que dão sustentação aos diretores da ANS, mas também para auxiliar na caracterização do perfil desses dirigentes, revelando seus interesses, visões e ideias.

Por sua vez, as informações referentes às grandes linhas de ação das diferentes gestões da ANS foram obtidas por meio da combinação de três instrumentos. Em primeiro lugar, foram analisadas as principais resoluções expedidas pela agência entre 2000 e 2014, que representam as políticas mais amplas adotadas pela ANS. Cabe esclarecer que fizemos um recorte no tipo de decisão a ser analisada. Assim, da miríade de tipos normativos existentes na agência (Instrução Normativa, Súmula, Resolução Operacional, etc.), interessava-nos observar as decisões que efetivamente importavam impacto regulatório no setor. Nesse sentido, seguindo modelo adotado por Matos (2011), restringimo-nos à análise das Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC) e das Resoluções Normativas (RN)[93]. Conforme explica Santos (2006, p. 115), essas "são as resoluções de maior impacto sobre o mercado, trazendo maior detalhamento e imprimindo a política

[93] As RDC's vigoraram do início da agência até janeiro de 2002, quando foram substituídas pelas RN's (MATOS, 2011).

institucional. As demais cumprem o papel mais de regulamentação interna à ANS com função mais operacional".

Em função da tecnicidade das normas e com vistas a garantir uma análise mais abrangente, capaz de captar a direção política mais geral por gestão, complementamos essas informações com a análise dos relatórios de gestão da agência e com o suporte narrativo de entrevistados, que representam um amplo leque de interesses do setor.

Esperamos, com essa abordagem de caráter mais estrutural, ser capazes de identificar a inserção dos atores, com suas agendas e projetos, e, por conseguinte, a estrutura e distribuição de poder existentes no âmbito da ANS, analisando como isso se traduziu, ao longo do tempo, em resultados políticos concretos. Isso significa observar se as medidas tomadas pela agência tinham por objetivo deixar o mercado menos regulado, flexibilizando exigências e dificultando sanções, ou ampliar a regulação existente, impondo novas obrigações aos agentes de mercado. Se formos bem-sucedidos na empreitada, teremos maiores condições de avaliar a influência exercida e se há sinais de captura da ANS, com o favorecimento do mercado em detrimento dos consumidores, conforme enunciam autores como Scheffer e Bahia (2010) e Ocké-Reis (2012).

5.1 Período 2000-2003: estruturação da ANS

O primeiro momento cobre os anos de 2000 a 2003, período que vai da criação da ANS até o fim do mandato do primeiro diretor-presidente da agência[94]. É o único período em que o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) comandava o governo federal, sob a presidência de Fernando Henrique Cardoso (FHC). O ano de 2003 marca a chegada ao poder do presidente Luís Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT).

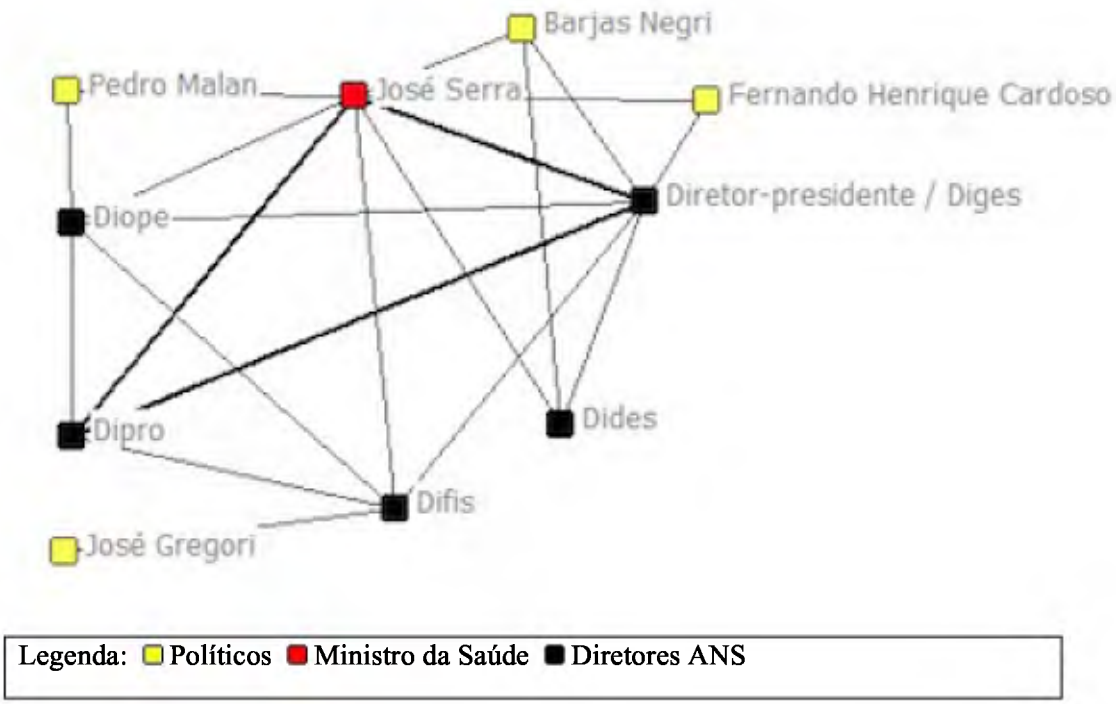
O fato de a ANS ter sido gestada nesse período e, como vimos, ter sido fruto de uma disputa entre os Ministérios da Fazenda e da Saúde, com desfecho favorável a este

[94] É importante esclarecer que, como vimos, os mandatos dos diretores da agência são propositadamente não coincidentes. Assim, como dividimos os períodos conforme a gestão dos diretores-presidentes da ANS, necessariamente alguns diretores terão ocupado esse posto ao longo de duas gestões diferentes. Nesses casos, optamos por alocar o diretor na gestão em que ele exerceu a maior parte de seu mandato. Assim, se há, por exemplo, duas gestões, uma de 2004 a 2006 e outra de 2007 a 2009, e um diretor ocupou o posto entre 2006 e 2008, ele só aparecerá como diretor na segunda rede. Da mesma forma, é comum na agência que diretores ocupem provisoriamente mais de uma diretoria durante as vacâncias ou, por vezes, que troquem de diretoria. Também neste caso, os diretores aparecem designados nas diretorias em que permaneceram por mais tempo.

último, deu amplos poderes ao ex-ministro da Saúde, José Serra, para definir os contornos da nova agência e, principalmente, para fazer as nomeações para sua diretoria. Tal fato foi reforçado pela disposição legal que determinou que três dos cinco diretores da primeira gestão seriam nomeados diretamente pelo Executivo, sem ter de passar pelo crivo do Senado Federal.

A figura a seguir nos ajuda a observar esse processo ao trazer as relações existentes entre os diretores da ANS, o ministro da Saúde e os políticos. A espessura dos laços entre os atores indica a intensidade dessa relação.

Figura 1 - Rede entre diretoria colegiada da ANS, políticos e ministro da Saúde
2000-2003



Fonte: Elaboração Própria

Chama a atenção o fato de todos os políticos da rede de conexões pertencerem ao Executivo – além do presidente da República, Barjas Negri era secretário-executivo de Serra no ministério da Saúde, José Gregori, ministro da Justiça, e Pedro Malan era ministro da Fazenda. A ausência de parlamentares ou outros políticos reforça o argumento de que o Executivo e, particularmente, o ministro Serra, teve ampla liberdade para compor a diretoria colegiada da agência, sem ter de negociar cargos com outros partidos da coalizão. Além da coalizão governista sob Fernando Henrique Cardoso ser mais coesa do que em futuras gestões, a área da Saúde era tocada sem impedimentos por seu ministro.

O ministro Serra escolheu Januário Montone, homem de sua confiança e à época diretor na Anvisa, para a Diretoria de Gestão (Diges), exercendo ao mesmo tempo o cargo de diretor-presidente. Para a Dipro, diretoria mais poderosa da agência, Serra optou por João Barroca, funcionário de carreira do Banco do Brasil na área de planos de saúde e, à época, principal formulador da regulamentação do setor no Desas, vinculado ao Ministério da Saúde. Fazendo um aceno aos diversos grupos que participaram do processo de regulamentação dos planos de saúde, o ministro indicou Maria Stella Gregori para a Diretoria de Fiscalização (Difis). Gregori era originária do Procon-SP e sua nomeação visava dar voz, portanto, aos consumidores. Ela também era filha do ministro da Justiça, José Gregori, e por isso aparece a ele conectada na rede. Esses foram os três nomes nomeados por Serra sem a necessidade de sabatina do Poder Legislativo.

Para a Diope, diretoria responsável pela regulação direta das empresas e segunda em importância na agência, o nome acertado foi o de Solange Mendes. Mendes era diretora da Superintendência de Seguros Privados (Susep), vinculada ao Ministério da Fazenda, o que explica sua conexão ao ministro Malan. Como vimos, a Fazenda disputou com a pasta da Saúde o mandato para regular o setor, de modo que essa indicação refletiu uma acomodação desses distintos interesses no âmbito da ANS.

O quinto integrante escolhido para a diretoria colegiada da ANS foi Luiz Arnaldo Cunha, designado para a Dides. Chamado por um entrevistado como "um dos homens do Bresser", por ter feito parte da equipe do ex-ministro no MARE, ocupava à época uma diretoria adjunta na Anvisa (entrevista ao autor). Sua indicação deu-se por sugestão do diretor-presidente da ANS, Januário Montone, que trabalhava com ele na Anvisa. O quadro abaixo resume a composição da diretoria colegiada.

Quadro 14 – Perfil diretoria colegiada ANS – 2000-2003

Nome	Posição/Cargo	Governo	Partido	Instituição anterior
Januário Montone	Diretor-presidente / Diges	FHC 2	PSDB	Ministério da Saúde
Luiz Arnaldo Cunha	Diretor Dides	FHC 2		Ministério da Saúde
Solange Beatriz Mendes	Diretora Diope	FHC 2		Ministério da Fazenda
João Barroca	Diretor Dipro	FHC 2		Ministério da Saúde
Maria Stella Gregori	Diretora Difis	FHC 2		Procon/SP

Fonte: Elaboração própria

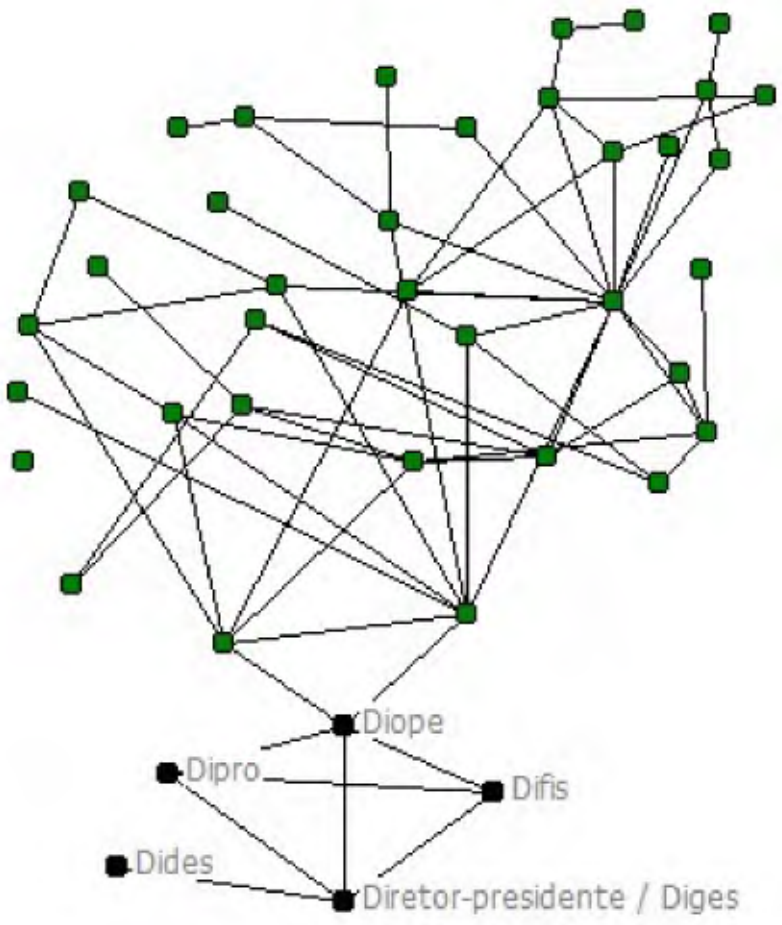
Vale destacar dois elementos. O primeiro é, novamente, a ascendência do ministro Serra sobre a ANS. Embora possa soar estranho, trata-se do único período em que o ministro da Saúde aparece conectado a todos os diretores da agência. Além disso, como demonstra a espessura dos laços, sua conexão é muito forte com os dois principais diretores da ANS: Montone, que a presidiu, e Barroca, que chefiava a Dipro. Esses dados revelam que o ministro da Saúde, diferentemente das futuras gestões, realmente foi capaz de viabilizar uma diretoria à sua imagem e semelhança na agência, o que lhe daria condições de definir uma atuação que estivesse dentro de seu interesse.

O segundo ponto é que, como vimos, Serra priorizou a nomeação de gestores do governo para a diretoria da ANS. Não à toa, a formação dessa primeira gestão destoa das ulteriores, dominadas por médicos. Nesse sentido, a caracterização dos grupos políticos dessa gestão é peculiar em relação às subsequentes, dominadas pelo embate entre sanitaristas e liberais. É possível afirmar, assim, que a primeira gestão da ANS estava dividida em três grupos: i) gestores vinculados ao Ministério da Saúde (diretor-presidente, diretor Dipro e diretor Dides) e, portanto, alinhados à forte regulamentação do setor encabeçada por Serra; ii) um mais liberal, ligado ao Ministério da Fazenda, e representado pela indicação de Solange Mendes à Diope; iii) outro vinculado aos interesses dos consumidores, que se expressava na indicação de Maria Stella Gregori para o comando da fiscalização da agência.

Os grupos liberais têm, em geral, uma interface mais próxima e uma sintonia mais fina com o empresariado. Apesar do caráter incipiente da ANS, já se deslinda, desde esse primeiro momento, um padrão de articulação entre o empresariado e a ANS, que é a

conexão prioritária via Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (Diope), ocupada pela representante do grupo mais liberal na agência. Essa diretoria vai se tornar o canal central de conexão para o empresariado, pelo qual certamente circulam informações sensíveis sobre o setor e por onde o setor regulado buscará exercer influência. De certo modo, é natural que isso ocorra na Diope, pois se trata da diretoria encarregada de definir os critérios e requisitos econômico-financeiros das operadoras, bem como outorgar ou cancelar o registro de funcionamento das mesmas. Não deixa de ser interessante notar, contudo, que justamente por essas características, a maior parte dos laços do empresariado é lançado ou estabelecido com essa diretoria. A figura abaixo revela o início desse padrão de intermediação de interesses.

Figura 2 - Rede entre diretoria colegiada da ANS e setor regulado
2000-2003



Legenda: ■ Diretores ANS ■ Representantes do setor privado

Fonte: Elaboração própria

Nesse primeiro período, a Diope é a única diretoria vinculada ao setor privado. Em realidade, apenas o Bradesco, por meio de dois executivos, constituiu laços com essa diretoria[95]. Chama a atenção, por outro lado, o fato de que nenhuma outra diretoria tenha estabelecido laços com o setor regulado. Mas isso se deve à novidade do órgão regulador, bem como seu contexto de criação, que permitiu ao ministro Serra fazer as indicações à sua discrição, o que significou nomes mais técnicos vinculados ao governo e com poucos laços com a sociedade. É possível afirmar, assim, que a ANS nasce relativamente insulada e voltada para sua organização interna.

A tarefa da primeira gestão da ANS, como não podia ser diferente, era estruturar a agência, que, como vimos, não sucedeu nenhum órgão. A Anvisa, por exemplo, é sucedânea da Secretaria de Vigilância Sanitária, o que já a dotava de recursos mínimos em termos de pessoal e arcabouço regulatório. No caso da ANS, o desafio, portanto, era maior. Era necessário formatar o órgão administrativamente, elaborando seu regimento interno, bem como organizando a arrecadação de receitas. No tocante ao pessoal, foi preciso contar, prioritariamente, com servidores cedidos, temporários, terceirizados e consultores contratados por meio de agências internacionais – o primeiro concurso ocorreu apenas em 2005.

Do ponto de vista regulatório, havia muito por fazer, uma vez que o modelo bipartite anterior não havia sido bem-sucedido. Assim, foram criados programas básicos, como o Sistema de Informações de Produtos, para acompanhamento da assistência prestada aos consumidores, o Disque-ANS, o Programa Parceiros da Cidadania, que funciona como canal de diálogo com a sociedade civil organizada, e o Índice de Reclamações.

Da mesma forma, foram regulamentados os procedimentos para fiscalização e sanção às operadoras, com a fixação das penalidades cabíveis e os valores de multa. Outras resoluções trataram dos termos de ajuste de conduta e ampliaram o valor das multas para infrações que produzissem efeitos de natureza coletiva. Em relação ao ressarcimento, a regulação já enfrentava as primeiras dificuldades operacionais, não apenas pelo recente questionamento jurídico, mas também pela resistência das operadoras em fornecer os dados das carteiras de clientes para batimento com os dados do SUS.

[95] Um dos laços estabelecidos com a empresa ocorre por meio de relações conjugais.

Mas, pensando em grandes tônicas regulatórias da agência, é possível dizer que esse primeiro período foi marcado pela regulação econômico-financeira. Nas palavras de Matos (2011, p. 248), "o fulcro da regulação foi o do saneamento econômico-financeiro das operadoras e no estabelecimento de regras contábeis que permitiram um controle mais efetivo do equilíbrio atuarial do sistema". Essa opção não foi casual. Tendo em vista o caos do mercado, especialmente no tocante à solvência, e a oportunidade gerada pela existência do arcabouço regulatório da Susep, ainda mais com uma diretora oriunda desse órgão, houve uma política deliberada de mimetizar o modelo do setor de seguros, impondo rapidamente rotinas e procedimentos com vistas sanear o mercado por meio de regras de regulação das garantias financeiras (entrevista ao autor). Não à toa, a diretoria responsável pela regulação assistencial (Dipro) teve muito mais trabalho - ao ineditismo da regulação de produto correspondia a inexistência de modelos prontos nos quais se espelhar.

O próprio relatório de gestão do período confirma esse diagnóstico. A maior parte do texto é dedicado à temática econômico-financeira. Além disso, não apenas foram emitidas diversas resoluções sobre essa questão (acompanhamento econômico-financeiro, plano de recuperação, revisão técnica, planos de contas, etc.), como a segunda metade da gestão teve como foco justamente acompanhar os efeitos da regulação, garantindo o saneamento do mercado (ANS, 2004).

É interessante notar, num aparente paradoxo, que a própria diretoria de cunho mais liberal, a Diope, foi justamente a que apresentou o maior furor regulatório. Isso se deve não apenas à experiência anterior da Susep, mas ao próprio escopo da regulação. Se lembrarmos, o Ministério da Fazenda, de onde vem a diretora da Diope, era contrário à forte regulamentação assistencial do setor realizada em 1998, mas favorável a uma normatização econômico-financeira das operadoras, nos moldes do ramo securitário. Isso nos conduz aos dois pontos finais.

Em relação às distintas posições ideológicas existentes na ANS, é importante ter clareza que, a despeito da posição defendida – a diretora da Diope é contra a regulação dos reajustes pela agência, por exemplo -, não necessariamente a atuação será conforme, materializando-se com firmeza e clareza. É importante, portanto, observar se as condições dadas permitem o exercício do posicionamento assumido.

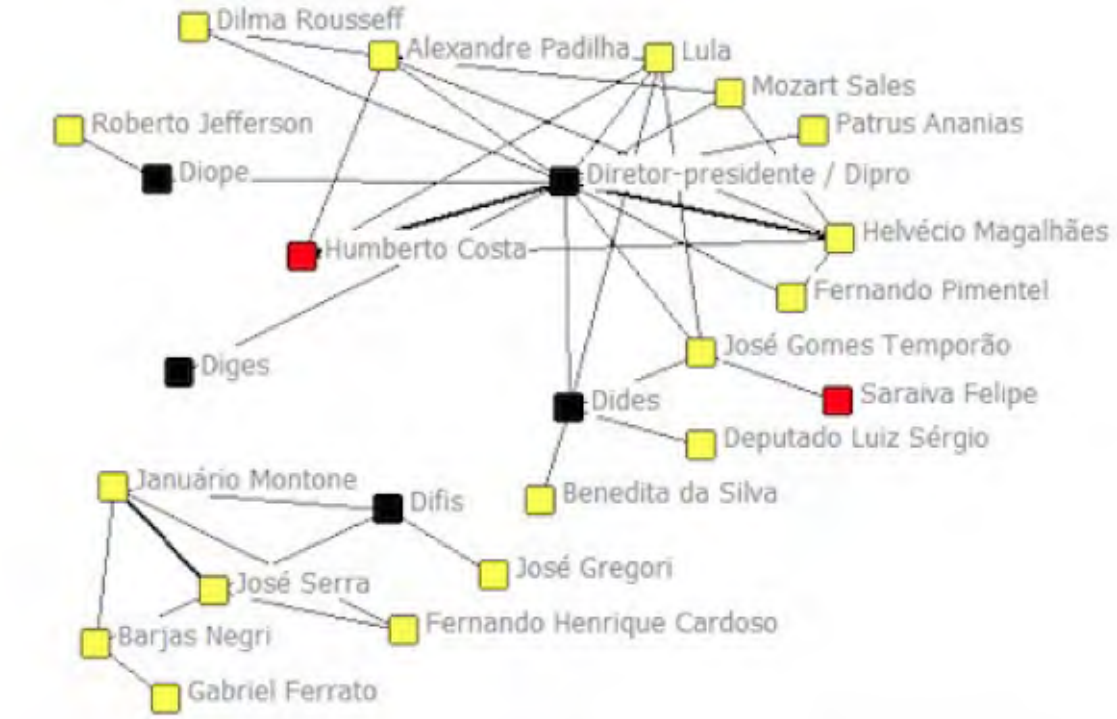
À primeira gestão não restou muito espaço para inovação, por assim dizer, pois lhe cabia dar corpo àquilo que a forte regulamentação de 1998 havia determinado. De algum modo, portanto, a dinâmica do momento, conjugada com a questão discutida acima sobre a Diope, acabou por atenuar, em alguma medida, as diferenças existentes entre os grupos dentro da ANS.

5.2 Períodos 2004-2006 e 2007-2009: as gestões sanitaristas do PT

O segundo e o terceiro períodos correspondem aos anos de 2004 a 2006 e 2007 a 2009 e marcam a transição de poder do PSDB para o PT no governo federal e, por consequência, na ANS. Como essas duas gestões apresentam forte linha de continuidade, sendo inclusive a única vez em que a agência é presidida consecutivamente pelo mesmo diretor-presidente, optamos por agrupá-las na mesma seção.

Esses dois períodos mostram um cenário completamente diferente, de maior penetração política, pois diversos atores políticos aparecem envolvidos no jogo do setor. Isso decorre, em parte, da necessidade do governo federal, agora presidido pelo presidente Lula, do PT, de estabelecer coalizões para governar a área da saúde – ainda mais se se tiver em conta que o primeiro ministro da Saúde indicado por Lula, Humberto Costa, era do mesmo partido do presidente. Em parte, isso se deve à disputa de poder dentro do próprio PT. Essa multiplicidade de atores pode ser observada na figura abaixo.

Figura 3 - Rede entre diretoria colegiada da ANS, políticos e ministro da Saúde **2004-2006**



Fonte: Elaboração Própria

Naturalmente, com a passagem de poder do PSDB para o PT, a quase totalidade dos diretores foi trocada. A única remanescente foi Maria Stella Gregori, da Difis, que, num acordo costurado na transição entre os dois governos, teve seu mandato renovado antes do término da gestão FHC. É possível notar que ela permaneceu isolada no governo do PT. Os políticos do período anterior aparecem vinculados a Gregori, mas nem eles nem ela têm quaisquer ligações com a nova diretoria ou outros políticos da nova coalizão governista. Assim, pode-se considerar que esse grupo teve seu último momento de influência na agência.

O governo comandou a montagem da diretoria colegiada nas quatro vagas remanescentes. O PT dividiu entre si a ocupação de três diretorias, negociando a última com outro partido da base aliada, o PTB. O ministro Humberto Costa indicou Fausto dos Santos, médico sanitarista de Minas Gerais, que à época trabalhava no Ministério da Saúde, à Dipro e à presidência da agência[96], contemplando o PT-MG. Isso é evidenciado

[96] Vale destacar que, a partir desse momento, o diretor-presidente da ANS sempre ocupará a Dipro, diretoria mais poderosa. Diversos entrevistados criticaram essa mudança efetuada por Fausto dos Santos, pois

pelas conexões de Fausto com Fernando Pimentel, prefeito de Belo Horizonte, Patrus Ananias, ex-prefeito de Belo Horizonte e à época ministro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, dentre outros. O diretor-presidente da agência, Fausto dos Santos, indicou pessoalmente Gilson Caleman, um sanitarista histórico, para a comandar a Diges. O caráter pessoal da escolha fica evidenciado pela Diges não apresentar relações com ninguém na rede exceto o diretor-presidente.

Dois grupos distintos do PT, em realidade, disputaram as vagas da agência. Além do PT-MG, o PT-RJ mostrou-se muito influente na ANS, emplacando José Leôncio Feitosa na Dides. Feitosa aparece ligado ao deputado federal pelo PT-RJ Luiz Sérgio e à ministra Benedita da Silva, ex-governadora do Rio de Janeiro até o final de 2002. Além de médico pessoal do ex-presidente Lula, Feitosa havia sido secretário de Saúde de Benedita da Silva no Rio de Janeiro, de modo que sua indicação esteve mais relacionada ao apoio da ministra[97].

Por fim, a rede revela que, pela primeira vez, um partido da coalizão, o PTB, esteve por trás da nomeação de um diretor. O deputado federal Roberto Jefferson (PTB-RJ)[98] indicou Alfredo Cardoso, vinculado à Amil, para assumir a Diope, responsável pela regulação das empresas. O apoio de Jefferson expressa, na verdade, a força da Amil. Segundo relatos dos entrevistados, Edson Bueno, dono da Amil, teria feito algumas indicações, via aliados, como Jefferson, e o nome de Alfredo Cardoso foi o que passou pelo crivo do Ministério da Saúde e da Casa Civil (entrevista ao autor). Desde então, a Amil passou a contar com um diretor com passagem em seus quadros na Diope, indicado, inclusive, por partidos diferentes. Isso denota que a empresa tem um papel mais relevante do que eventuais partidos aliados na conformação da diretoria colegiada da ANS. O quadro a seguir traz a composição completa da diretoria colegiada.

---

acreditam que o diretor-presidente deve exercer um papel gerencial mais proeminente na agência, o que significaria ocupar a Diges. Além disso, acumular a Dipro, diretoria com mais atribuições, seria excessivo para o diretor-presidente (entrevista ao autor).

[97] A expectativa inicial de Feitosa, dada sua proximidade com Lula, era assumir o Ministério da Saúde. Depois, até mesmo por ter sido o primeiro petista nomeado para a ANS, acreditava que seria o diretor-presidente da agência. No entanto, o ministro optou por Fausto dos Santos (entrevista ao autor).

[98] Já havíamos observado, em outras ocasiões, o posicionamento favorável de Jefferson ao setor privado. Não é de se estranhar, assim, que sua campanha a deputado federal em 2002 tenha recebido R$ 25 mil de de três diferentes operadoras de saúde. É curioso notar, no entanto, que nenhuma delas era a Amil (TSE, 2002). Mas, como sabemos a essa altura, isso pode ter ocorrido via repasses dos diretórios partidários.

Quadro 15 – Perfil diretoria colegiada ANS – 2004-2006

Nome	Posição/Cargo	Governo	Partido	Instituição anterior
Fausto Pereira dos Santos	Diretor-presidente / Dipro	Lula 1	PT	Ministério da Saúde
Gilson Caleman	Diretor Diges	Lula 1		Faculdade de Medicina de Marília
Maria Stella Gregori	Diretor Difis	Lula 1		Procon/SP
Alfredo Cardoso	Diretor Diope	Lula 1		Amil
José Leôncio Feitosa	Diretor Dides	Lula 1	PT	Secretaria de Estado de Saúde/RJ

Fonte: Elaboração Própria

O fato mais relevante a se identificar é que, a partir desse período, os grupos sanitaristas ligados ao PT ganham força no interior da agência, de modo que o conflito central passa a se consubstanciar na oposição entre sanitaristas e liberais - neste caso, vinculados ao empresariado. Esse período ainda contou, como vimos, com a presença na Difis, de Maria Stella Gregori, de viés consumerista; no entanto, foi o último período com essa característica, pois a disputa central passou a ser entre sanitaristas e liberais. Assim, esse período segue com três grupos centrais dentro da rede: i) os sanitaristas, ligados ao PT, que são o maior grupo, ocupando a presidência da agência junto com a Dipro, a Dides e a Diges; ii) os consumeristas, posicionados na Difis; iii) os liberais, representados na Diope[99].

O terceiro período, entre 2007 e 2009, não apresenta grande variação, até mesmo pela renovação de três diretores da agência. Com isso, mantém-se o padrão de uma diretoria ligada ao PTB e à Amil (Diope), e outras três com o PT. Durante o segundo mandato de Lula, com o Ministério da Saúde sob a gestão de José Gomes Temporão (PMDB), Fausto dos Santos continuou no comando da agência e da Dipro. A Dides seguiu liderada por José Leôncio Feitosa, enquanto a Diope permaneceu sob o comando de Alfredo Cardoso. Vale destacar que, embora Roberto Jefferson permaneça vinculado a Alfredo Cardoso na rede, nesse período o deputado petebista já tivera seu mandato cassado durante o escândalo do "Mensalão". Segundo relatos dos entrevistados, o senador Renan Calheiros (PMDB-AL) teve papel central na recondução de Alfredo Cardoso

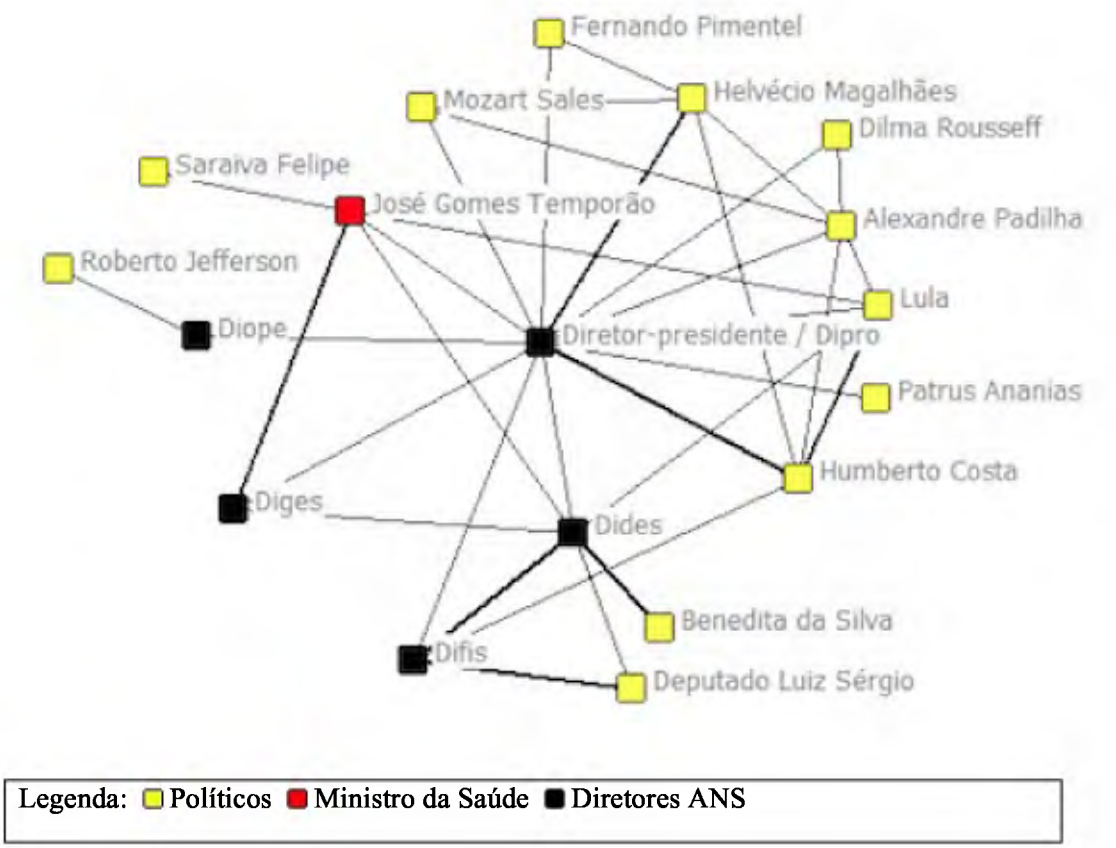
[99] Como não há necessariamente uma ligação direta entre origem empresarial e posição ideológica, vale esclarecer que o próprio diretor da Diope se define desta maneira. Em suas palavras, "eu sou o ser menos intervencionista que você pode imaginar. Eu acredito numa agenda um pouco mais liberal" (entrevista ao autor).

(entrevista ao autor). Esse fato reforça a ideia de que a força por trás da indicação de Cardoso pode ser identificada na Amil, mais do que em qualquer partido em específico. Além disso, é um primeiro indício da ligação entre PMDB e Amil, que, como veremos, é bastante próxima e intensa.

As duas mudanças na composição da diretoria colegiada ocorreram na Difis, com a saída de Gregori, ligada ao PSDB, e na Diges, com a saída de Gilson Caleman, ligado ao diretor-presidente, Fausto dos Santos. A Difis foi ocupada por Eduardo Sales, procurador federal de carreira vinculado ao PT do Rio de Janeiro e, particularmente, ao deputado federal Luiz Sérgio (PT-RJ)[100]. Assim, o PT/RJ, que já dirigia a Dides, foi fortalecido com o comando da Difis. Gilson Caleman não foi reconduzido ao cargo de diretor da Diges, apesar dos esforços do diretor-presidente, Fausto dos Santos. Hésio Cordeiro, sanitarista histórico filiado ao PDT, foi indicado para a Diges sob os auspícios do ministro da Saúde, José Gomes Temporão, do PMDB. A diferença partidária entre Temporão e Cordeiro é minimizada pelo elo mais forte que os liga, que é o campo da saúde coletiva. A figura a seguir mostra a rede de relações do período, revelando as conexões do diretor da Difis com o deputado Luiz Sérgio e do diretor da Diges com o ministro Temporão.

[100] Eduardo Sales foi procurador-chefe do município de Angra dos Reis na gestão de Luiz Sérgio. Em realidade, Sales já ocupava o posto de procurador-geral na ANS, também por indicação do deputado petista, quando foi alçado a diretor da agência. Sua nomeação contou com o beneplácito de Fausto dos Santos.

Figura 4 - Rede entre diretoria colegiada da ANS, políticos e ministro da Saúde **2007-2009**



Fonte: Elaboração Própria

Vê-se, assim, que a segunda gestão da ANS no governo do PT teve uma linha de continuidade em relação à primeira, com a permanência da disputa central entre sanitaristas e liberais. A saída de Caleman, homem de confiança do diretor-presidente, não alterou esse quadro, na medida em que seu substituto, Hésio Cordeiro, também era um sanitarista histórico e se alinhava a esse grupo. Com a indicação de Eduardo Sales, outro quadro ligado ao PT, para a Difis, no lugar de Gregori, vinculada ao governo tucano e aos consumeristas, reforçava-se ainda mais o grupo sanitarista, em oposição à Diope, de perspectiva liberal. Embora viesse da carreira jurídica, Eduardo Sales compunha com os sanitaristas da agência, comandados pelo diretor-presidente Fausto dos Santos. Em realidade, o lado sanitarista foi fortalecido, pois, no limite, a principal mudança do segundo para o terceiro período foi a substituição de uma diretora consumerista por um

diretor da área jurídica, mas alinhado partidária[101] e politicamente à ala sanitarista. O quadro a seguir resume essa composição.

Quadro 16 – Perfil diretoria colegiada ANS – 2007-2009

Nome	Posição/Cargo	Governo	Partido	Instituição anterior
Fausto Pereira dos Santos	Diretor-presidente / Dipro	Lula 2	PT	Ministério da Saúde
Alfredo Cardoso	Diretor Diope	Lula 2		Amil
José Leôncio Feitosa	Diretor Dides	Lula 2	PT	Secretaria de Estado de Saúde/RJ
Hésio Cordeiro	Diretor Diges	Lula 2	PDT	Universidade de Estácio de Sá
Eduardo Sales	Diretor Difis	Lula 2		Advocacia-Geral da União

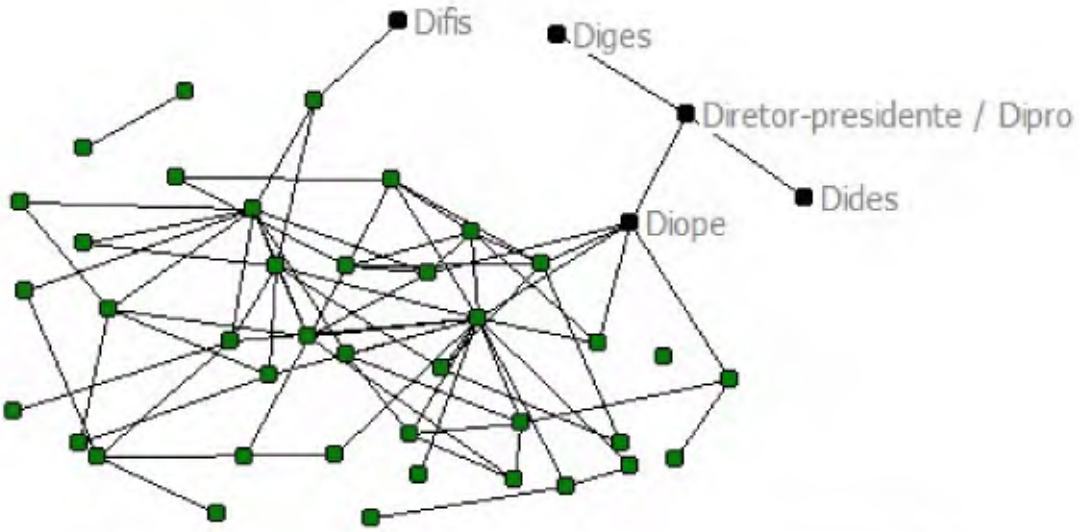
Fonte: Elaboração Própria

A posição solitária da perspectiva liberal na Diope reforçou o padrão encetado na primeira gestão de essa diretoria servir como principal canal aos interesses do empresariado, conforme se observa nas redes a seguir. No segundo período, a ex-diretora da Diope, Solange Mendes, vai para o setor privado e mantém seu vínculo com a diretora Maria Stella Gregori, da Difis, que permanece na agência. À parte essa conexão, apenas a Diope possui laços com o empresariado. Essa tendência se repete no período seguinte, com apenas a Diope, sob a mesma direção, ligando esses dois polos. Com a origem empresarial de Alfredo Cardoso, seria de se esperar uma expansão dos laços com o setor privado, o que de fato ocorre, passando de dois na primeira gestão para cinco e depois quatro nos dois períodos subsequentes. Se por um lado isso pode refletir uma consolidação da agência, que procura regularizar seu relacionamento com os principais *players* do setor privado, por outro poder-se-ia interpretar como a institucionalização de um canal privilegiado de interlocução para o empresariado na agência.

[101] Embora Eduardo Sales não fosse filiado ao PT no momento de sua indicação à agência, conforme mostra o quadro 14, ele já havia sido filiado até a década de 1990, além de sua vinculação política ser com a sigla petista.

Figura 5 - Redes entre diretoria colegiada da ANS e setor regulado

2004 - 2006

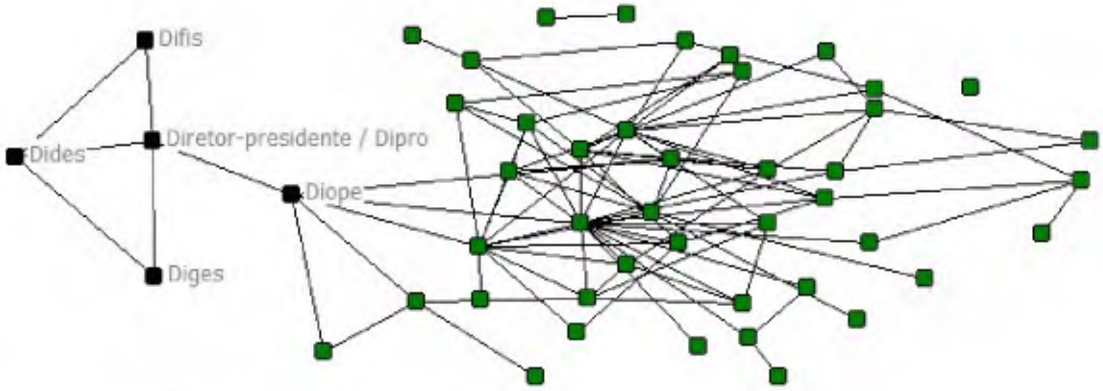


Legenda: ■ Diretores ANS ■ Representantes do setor privado

Fonte: Elaboração própria

Figura 6 - Redes entre diretoria colegiada da ANS e setor regulado

2007 - 2009



Legenda: ■ Diretores ANS ■ Representantes do setor privado

Fonte: Elaboração própria

De fato, algumas posições do empresariado, ou de parte dele, ou ações que poderiam beneficiá-lo, foram veiculadas por meio da Diope. Segundo interlocutores na agência, Cardoso buscou, por várias vezes, transferir a atribuição de controle do reajuste

de preços da Dipro para a Diope. Mesmo sem sucesso na empreitada, ele defendia tetos de reajuste maiores do que aqueles propostos pela Dipro (entrevista ao autor)[102].

Em relação ao posicionamento mais geral da Diope sob o comando de Cardoso, diversos entrevistados afirmaram que a diretoria tinha forte orientação pró-grandes empresas, de modo que o principal enfrentamento interno na agência era em torno de não regular tão fortemente o setor do ponto de vista econômico, a ponto de inviabilizar as pequenas operadoras, especialmente nas modalidades filantrópica e cooperativa médica (entrevista ao autor). Tal visão, condizente até mesmo com o apoio que levou Cardoso à agência, da Amil, não seria propriamente liberal, mas sim de mercado, ou de uma fração dele.

A Diope, no entanto, estava isolada na ANS, de modo que apenas encontrou algum respaldo às suas posições de defesa do mercado na área econômica do governo, especialmente na Secretaria de Política Econômica e nos órgãos de defesa da concorrência à época, quais sejam, a Secretaria de Acompanhamento Econômico, também do Ministério da Fazenda, e a Secretaria de Direito Econômico, ligada ao Ministério da Justiça. Essas instituições eram importantes interlocutores da ANS e sempre manifestavam sua preocupação com a sustentabilidade e o crescimento do setor (entrevista ao autor).

Nesse cenário, seria implausível supor que a minoritária Diope poderia influenciar o direcionamento mais geral de uma ANS dominada pelo grupo sanitarista. De fato, as principais evidências do período apontam para uma gestão que colocou a expansão e o aperfeiçoamento da regulação assistencial no centro da agenda regulatória, conforme as preferências dos sanitaristas. De forma particular, o diretor-presidente, Fausto dos Santos, trouxe com força as ideias de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, caras ao sistema público.

O objetivo central dessa regulação assistencial, afastando-se do foco econômico-financeiro da gestão anterior, era

[102] É interessante notar, como observou um alto funcionário da ANS, que não é tão profícuo ao empresariado ter um indivíduo alinhado a suas posições na Diope, como ocorreu ao longo de toda a história da agência. Embora essa diretoria tenha capacidade de endurecer com as empresas menores ou ser mais flexível em algumas regras, o impacto econômico significativo é exercido pela Dipro, que controla o rol de procedimentos e o reajuste de preços (entrevista ao autor). A ocupação de diretorias é definida entre os diretores no âmbito da própria ANS.

> incorporar, às práticas assistenciais adotadas pelas operadoras, um modelo de promoção e prevenção que se afastasse do viés economicista, baseado em eventos/sinistros e na produção de procedimentos. Também aqui foi pensada uma aproximação com os princípios de universalidade, equidade e integralidade definidos esfera do sistema público (MATOS, 2011, p. 219).

Nas palavras de uma ex-funcionária da agência, o propósito da nova gestão, da qual ela participara, "era fazer com que esse setor se compreendesse como setor saúde. Que essas operadoras deixassem de perceber o fazer delas como uma mera intermediação financeira. Que se responsabilizassem pela [...] assistência à saúde" (entrevista ao autor).

O carro-chefe desse processo foi o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, implementado no fim de 2004 e institucionalizado em 2006 por meio da RN nº 139. Esse programa tinha como eixo central induzir a qualificação das operadoras, fomentando a transformação do modelo assistencial e a gestão de um modelo de atenção integral à saúde, estimulando ações de promoção e prevenção, e aperfeiçoando a qualidade dos dados econômico-financeiros. Para atingir esse objetivo, o programa criou indicadores para diversas dimensões da atuação das operadoras que deveriam ser avaliadas, como atenção à saúde, estrutura e operação, econômico-financeira e satisfação do beneficiário. A partir daí, foi criado o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), com 50% dos indicadores relacionados à dimensão da qualidade assistencial, que servia como instrumento de avaliação comparada das operadoras (ANS, 2010).

Até mesmo autores críticos à atuação da agência citam essa iniciativa, reconhecendo, embora com ceticismo, que a ANS buscava incentivar uma transformação mais profunda no modelo assistencial da saúde suplementar, capaz de "produzir impactos significativos sobre o perfil da oferta de serviços, ao desenhar um conjunto de incentivos – econômicos e assistenciais – voltado às operadoras e aos prestadores" (OCKÉ-REIS, 2012, p. 91).

Outras duas ações relevantes nessa linha merecem ser citadas. Uma foi a edição da RN nº 94, no início de 2005, que impulsiona as empresas a adotarem os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças para seus beneficiários. Com o fito de garantir a adesão ao programa, a resolução condicionou a extensão dos prazos de constituição de reservas financeiras à apresentação de programas de promoção e prevenção. A outra medida diz respeito às atualizações do rol de procedimentos, introduzindo procedimentos de promoção e prevenção e incorporando, como já vimos, equipes multiprofissionais.

Outra deliberação importante da agência, que beneficiou o consumidor, foi a regulamentação das regras de mobilidade entre os planos individuais com portabilidade de carências. De forma ainda incipiente e marginal, a segunda gestão de Fausto dos Santos à frente da ANS buscou regular os planos coletivos. Mediante outra atualização de rol de procedimentos, a agência ampliou a cobertura desses planos para acidentes de trabalho e procedimentos de saúde ocupacional[103]. Ainda em relação aos planos coletivos e com vistas a coibir o processo de falsa coletivização, a ANS decidiu ordenar as atividades das administradoras de benefícios, que já atuavam no mercado e cresciam de forma desregulada. Outra norma da agência vedou que os reajustes dos planos coletivos, que podiam acontecer a qualquer tempo, fossem aplicados com periodicidade inferior a 12 meses (ANS, 2010).

A leitura do relatório de gestão desses dois períodos denota uma menor atenção dada às dimensões fiscalizatória e de interação com o sistema público. A dificuldade de cobrança das multas e do ressarcimento ao SUS não parece ter sido minimamente equacionada. Os dados de ressarcimento do Gráfico 10 deixam claro esse ponto. Quanto à fiscalização, não obstante o processamento mais célere das reclamações, não se apresentam dados de arrecadação. A principal aposta da gestão era a NIP, que ainda estava em fase de teste.

Do ponto de vista institucional, convém destacar um acontecimento importante para a consolidação da ANS, que foi a autorização, por lei, para a realização dos primeiros concursos públicos, a criação de carreiras e a organização do quadro de pessoal da agência. Em 2005 e 2007 foram realizados dois concursos públicos, com a contratação de centenas de servidores, o que significou um importante passo para a consolidação da burocracia da ANS.

Em resumo, é possível asseverar que as duas gestões sanitaristas vinculadas preponderantemente ao PT tiveram como marca e norte a regulação assistencial. Na primeira gestão, Fausto dos Santos implementou uma agenda mais ambiciosa, que visava alterar o paradigma de assistência à saúde. Ao tentar induzir novas práticas às empresas, encontrou forte resistência do mercado. Considerado tecnicamente competente e politicamente habilidoso, o diretor-presidente foi capaz de liderar a pauta assistencial com

[103] Embora discutida e votada em 2009, a RN nº 211, que garantiu essa nova cobertura, foi publicada apenas em janeiro de 2010, na transição entre as gestões.

grande credibilidade, fazendo o enfrentamento e as mediações necessárias com o mercado dentro e fora da agência.

Capítulo 6. Redes de influência e jogo político na segunda década da ANS: fortalecimento liberal

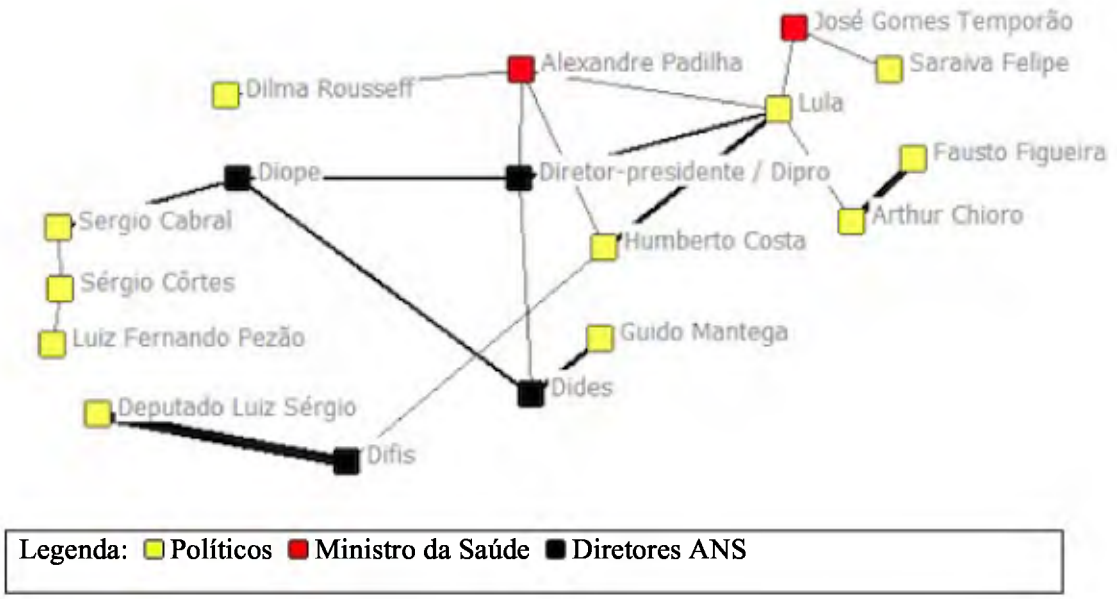
Este capítulo dá seguimento à análise anterior sobre o jogo político no âmbito da ANS. O período coberto agora vai de 2010 a 2017, abarcando as três gestões subsequentes na agência.

6.1 Período 2010-2012: inflexão liberal?

A quarta gestão na ANS, coincidente com a transição entre os governos Lula e Dilma Rousseff, marca uma profunda inflexão na configuração política da agência. O grupo sanitarista ligado ao PT, que havia predominado ao longo dos anos 2000, torna-se minoritário na agência. Por outro lado, indivíduos de origens diversas chegam à ANS, conformando uma diretoria colegiada de perfil bastante heterogêneo, especialmente na comparação com os períodos anteriores. A figura abaixo retrata esse movimento[104].

[104] Como houve transição presidencial nesse período, com mudança no Ministério da Saúde, optamos por deixar na figura os dois presidentes e os dois ministros do período.
Destaque-se, ainda, que a Diges ficou sem um diretor pleno até 2012, último ano dessa gestão – daí aparecerem apenas quatro diretorias na figura. Assim, o diretor que assumiu em 2012 será retratado somente no período subsequente, de 2013 a 2015. Como a Diges era ocupada por um sanitarista, a vacância nesse período contribuiu para enfraquecer essa ala na agência.

Figura 7 - Rede entre diretoria colegiada da ANS, políticos e ministro da Saúde **2010-2012**



Fonte: Elaboração Própria

O PT, referência dos sanitaristas, perde bastante poder na agência, mantendo apenas uma diretoria sob seu controle, com a recondução de Eduardo Sales[105] à Difis[106]. A Dipro, juntamente com a presidência, e a Dides saem de seu comando. A principal mudança na agência se dá justamente na presidência, que sempre havia sido ocupada por homens de confiança (e filiados) do partido do presidente da República. O novo diretor-presidente nomeado foi Mauricio Ceschin, um empresário sem ligação partidária, o que inclusive explica sua única relação na rede se dar com Lula, que cuidou pessoalmente de sua indicação. Ceschin, cuja trajetória está intimamente associada às empresas de planos de saúde, inclusive ocupando a presidência da maior administradora de benefícios do país, a Qualicorp, no momento de sua indicação, é o primeiro diretor da Dipro e diretor-presidente da agência oriundo do mercado. Como vimos, Ceschin havia trabalhado também no Hospital Sírio-Libanês, que reúne um grupo de médicos influentes junto ao ex-presidente Lula e a diversos políticos. Assim, suas conexões vão além das operadoras

[105] Embora tenhamos situado Eduardo Sales, da Difis, no grupo sanitarista, é interessante observar que Luiz Sérgio (PT-RJ), o mentor de sua indicação, cujo nome está historicamente associado ao movimento metalúrgico, recebeu R$ 30 mil da operadora de planos de saúde Aliança para sua campanha a deputado federal em 2010 (TSE, 2010).

[106] Por um grande período dessa gestão, Eduardo Sales ocupou a Diges interinamente.

de planos de saúde – um dos articuladores de sua indicação, aliás, foi Roberto Kalil Filho, médico de Lula nesse mesmo hospital e ex-calouro de Ceschin na universidade.

O padrão de comando na Diope, por sua vez, não foi muito alterado, mesmo com a saída de Alfredo Cardoso, que concluíra seu segundo mandato. Leandro Reis Tavares, que havia sido diretor adjunto de Cardoso e também tinha passagem pela Amil[107], assumiu essa diretoria. Havíamos identificado que a intermediação entre a Amil e a ANS já havia sido conduzida por Renan Calheiros, do PMDB, no período anterior[108]. Desta feita, quem operacionalizou essa indicação, renovando os vínculos entre partido e empresa, foi o PMDB do Rio de Janeiro, via governador Sérgio Cabral, conforme se vê na rede. Destaque-se que, apesar da participação da Amil na indicação, o diretor nomeado, Leandro Tavares, tem relação pessoal com Cabral (entrevista ao autor). Vale realçar que o governador Cabral recebeu R$ 100 mil da Amil em sua campanha à reeleição de 2010 (TSE, 2010).

Esse episódio, com a consolidação do vínculo de diversas alas do PMDB com a Amil para influenciar a ANS, é revelador de que o partido começa a se afirmar mais clara e definitivamente no jogo político da agência, o que reflete, de alguma forma, as transações políticas mais amplas levadas a cabo para a formação da coalizão governista. Se lembrarmos, é na transição entre os governos Lula e Dilma Rousseff que o PMDB assume papel de maior destaque na coalizão, inclusive com a indicação do vice-presidente da República, Michel Temer.

Vale ressaltar, ainda, que, ao ser nomeado, Leandro Tavares assumiu provisoriamente a Difis no lugar de Eduardo Sales. Isto porque, ao fim de seu mandato, Sales não foi imediatamente reconduzido ao cargo, tendo seu nome preterido em favor de

[107] É interessante observar que o apoio das empresas no tocante às indicações não necessariamente se dá a pessoas oriundas de seus quadros que exerciam atividade executiva ou tratavam do relacionamento institucional com o governo. Isso pode dar um verniz mais técnico à indicação, embora não faça sentido, pois o que interessa, no limite, é a congruência ideológica do indivíduo com a empresa e sua capacidade levar adiante determinadas pautas. Exemplo disso é a nota divulgada pela ANS em 2012 em resposta a uma matéria publicada pela Folha de São Paulo, na qual a agência faz questão de corrigir o jornal quanto ao cargo ocupado por Leandro Reis Tavares na Amil, afirmando que seu posto era o de chefe-médico da Amil Resgate Saúde de Niterói, que seria uma "atividade exclusivamente médica": http://www.ans.gov.br/sala-de-imprensa/noticias-comentadas/1858-esclarecimento-sobre-a-compra-da-amil-

[108] Vimos anteriormente que, até as eleições de 2014, era muito difícil rastrear os recursos doados eleitoralmente. Assim, não identificamos doações de operadoras de planos de saúde, especialmente da Amil, ao senador Renan Calheiros (PMDB-AL), cuja última eleição disputada foi para o Senado Federal em 2010. Detectamos, porém, que seu filho, Renan Calheiros Filho (PMDB-AL), foi o candidato a governador no Brasil que mais recebeu recursos da Amil em 2014. Foram R$ 725 mil doados por meio da direção estadual do partido em Alagoas (TSE, 2014). Evidentemente, esses apoios podem estar interligados.

Tavares. Assim, apenas em meados de 2010, após meses ocupando um cargo de confiança na Ancine, Eduardo Sales conseguiu apoio para voltar à Difis, ao passo que Leandro Tavares era deslocado para a Diope (entrevista ao autor).

Um dos principais motivos para a indicação preferencial de Tavares em detrimento de Sales é que aquele contou com a gestão do ex-ministro da Fazenda, Antonio Palocci, junto a Lula, em sua indicação para a diretoria da ANS (entrevista ao autor). O apoio a Tavares ganha sentido quando se tem em conta que Palocci, que seria coordenador da campanha presidencial de Dilma Rousseff no ano seguinte, em 2010, trabalhava como consultor para a Amil nesse período. Foi em novembro de 2009, quando ocorreu a indicação de Tavares, que a Amil anunciou a compra da Medial, negócio para o qual Palocci prestou seus serviços[109]. Reforça-se, assim, como seria de se esperar, a vastidão do apoio que a Amil consegue angariar em âmbito governamental. Embora os principais movimentos para fazer indicações à ANS partam dos partidos da coalizão, sua influência alcança o núcleo central do principal partido da coalizão, o PT.

Essas três primeiras indicações (Difis, Dipro e Diope) ocorreram ainda no governo Lula. Em 2011, já sob a presidência de Dilma e na gestão do novo ministro da Saúde, Alexandre Padilha (PT), Bruno Sobral, gestor federal de carreira com atuação no ministério da Fazenda e, desde 2009, na ANS, assumiu a Dides - daí sua conexão com Guido Mantega, à época ministro. Em realidade, segundo relatos, Mantega fez questão absoluta dessa indicação[110]. Em todo caso, o perfil mais tecnocrático da escolha coaduna-se com o novo *modus operandi* de gestão da coalizão inaugurado por Dilma. A ilustração abaixo traz o quadro de diretores do período.

Quadro 17 – Perfil diretoria colegiada ANS – 2010-2012

Nome	Posição/Cargo	Governo	Partido	Instituição anterior
Mauricio Ceschin	Diretor-presidente / Dipro	Dilma 1		Qualicorp
Eduardo Sales	Diretor Difis	Dilma 1		Advocacia-Geral da União
Bruno Sobral de Carvalho	Diretor Dides	Dilma 1	DEM	Ministério da Fazenda
Leandro Reis Tavares	Diretor Diope	Dilma 1		Amil

[109] http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mercado/79951-conversas-diretas-destravaram-impasse.shtml
[110] Nelson Barbosa, secretário-executivo do Ministério da Fazenda, e Antonio Henrique Silveira, secretário da SEAE, tiveram papel central nessa escolha (entrevista ao autor).

Fonte: Elaboração Própria

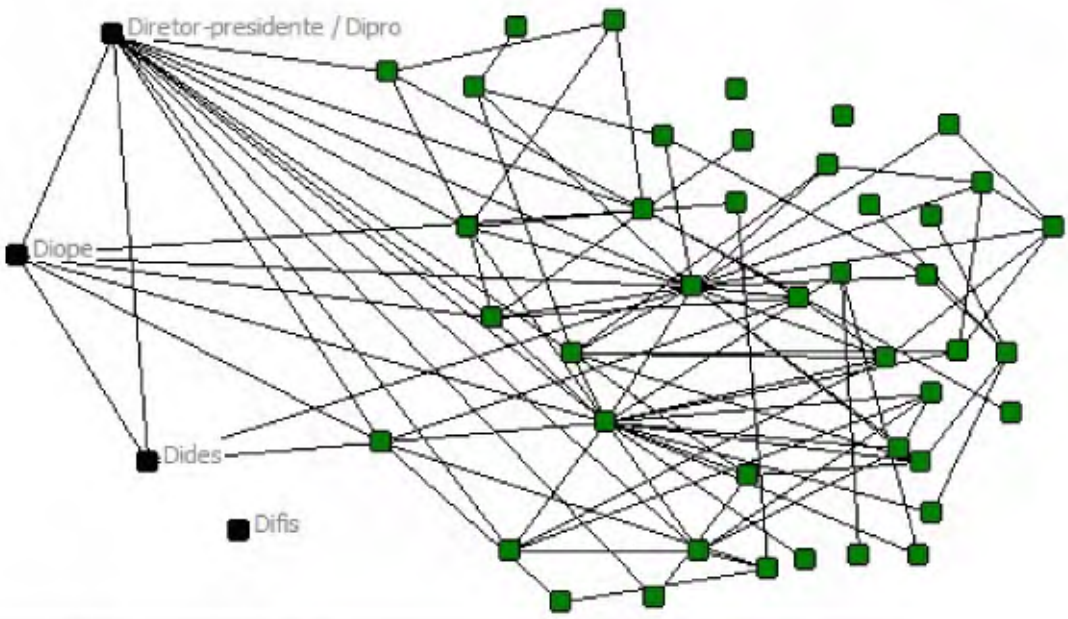
No cenário de uma diretoria colegiada reduzida, observa-se, inicialmente, que apenas o diretor da Difis, Eduardo Sales, representava a coalizão sanitarista anterior. Não à toa, conforme seu relato, a partir desse momento, ele passa a ser corrente minoritária na agência (entrevista ao autor). À Diope, que costuma encarnar uma visão mais empresarial, foi agregada a Dipro, diretoria mais importante da agência, que, pela primeira vez, passou a ser comandada por um representante empresarial – simultaneamente à presidência da ANS, frise-se. A incógnita maior, para compreender o sentido da nova composição na agência, estaria, portanto, na Dides, agora encabeçada por um funcionário público federal.

As informações apontam para mais um diretor de perfil mais liberal. Sua formação, origem e trajetória dão pistas nesse sentido. Como vimos em diversas ocasiões, o Ministério da Fazenda costuma ter uma posição de maior defesa do mercado. Sua passagem pela Secretaria de Acompanhamento Econômico e sua atuação dentro da agência, na qual ocupou justamente o posto de diretor-adjunto na Diope, reforçam as evidências de uma posição mais liberal. Formado em engenharia, com mestrado em economia, Sobral defendia uma regulação mais parcimoniosa e algumas pautas mais liberais, como a livre precificação no setor, sem o controle de reajustes (entrevista ao autor). Por fim, um fato interessante que reforça o caráter liberal do novo dirigente é sua filiação ao Democratas (DEM), partido de cunho liberal e de oposição ao governo. De todo modo, o próprio diretor informou que se filiou ao então PFL[111] Jovem em 1997, tendo desistido na sequência de participar de quaisquer atividades (entrevista ao autor).

Observa-se, assim, uma profunda reconfiguração política, que redistribuiu o poder na ANS, favorecendo uma visão mais liberal na saúde em detrimento dos grupos sanitaristas. Como seria natural, essa recomposição de forças no interior da agência teve impactos no padrão mais geral de intermediação com o empresariado. Com a novidade de um empresário ocupando a presidência, a Dipro uniu-se à Diope na canalização dos interesses empresariais, ao mesmo tempo em que as conexões com o setor regulado se expandiram, conforme a figura abaixo.

[111] O Partido da Frente Liberal (PFL) é o antecessor do Democratas (DEM), surgido em 2007. Nas entrevistas, ficou claro que nenhum dos atores políticos ligados ao PT no setor, como ministros e dirigentes da agência, tinha conhecimento desse fato.

Figura 8 - Rede entre diretoria colegiada da ANS e setor regulado
2010 - 2012



Legenda: ■ Diretores ANS ■ Representantes do setor privado

Fonte: Elaboração própria

A Diope, agora comandada por Leandro Tavares, manteve o mesmo número de conexões com o setor privado. Enquanto isso, a Dipro assume a dianteira nesse contato com o empresariado. Como presidência e Dipro são ocupadas pela mesma pessoa, pode-se dizer que, pela primeira vez, há um numero relevante de empresários com acesso direto à presidência da agência. Vale destacar, ainda, que, pela primeira vez, um terceiro diretor aparece ligado ao empresariado, embora com menor grau de conexão. Trata-se justamente de Bruno Sobral, da Dides. Com isso, as relações do empresariado com a agência tornam-se mais amplas e capilarizadas.

Resta avaliar, entretanto, se a mudança na correlação de forças implicou, de fato, uma alteração no direcionamento geral da ANS, com medidas que revertessem a tendência de proteção ao consumidor via regulação assistencial.

A análise do conjunto da obra desse período, ancorada na observação das resoluções aprovadas e no diálogo com atores estatais e não estatais dos dois lados da disputa, aponta, em que pesem algumas divergências, para um aprofundamento da regulação assistencial. De fato, com base em algumas medidas que veremos a seguir, alguns entrevistados chegaram a caracterizar esse período como o de maior regulação de assistência à saúde na história da ANS.

Vale destacar as principais ações regulatórias dessa gestão. Uma delas é o Programa de Incentivo à Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (Qualiss), criado pela RN nº 267/2011. Por meio desse programa, a ANS fixa parâmetros de qualificação dos prestadores, os quais devem ser divulgados pelas operadoras de planos de saúde. Objetiva-se, desta forma, aumentar a disponibilidade de informações aos consumidores na hora de adquirir um plano, estimular os prestadores a se qualificarem e fomentar a concorrência no setor. Vale destacar que outra resolução instituiu o Qualiss Indicadores, programa de monitoramento que avalia o desempenho dos prestadores. A participação no programa é voluntária para os prestadores e obrigatória para aqueles pertencentes à rede própria das operadoras (ANS, 2012a). Trata-se de medida indutora para compensar a já mencionada incompetência legal da agência para regular os prestadores de serviços.

Além da direção fiscal, intervenção da ANS em operadoras com dificuldades econômico-financeiras, há também a direção técnica, que visa à correção de falhas assistenciais (riscos à qualidade ou ao atendimento dos beneficiários) das empresas por meio da nomeação de um diretor técnico. Esse regime especial foi regulamentado por meio da RN nº 256. Outra medida foi a expansão da portabilidade de carências. Por um lado, houve a flexibilização de alguns requisitos, como a redução da permanência mínima no plano a partir da segunda portabilidade e a criação da portabilidade especial para beneficiários de planos extintos. Por um outro, o direito à portabilidade foi estendido aos beneficiários dos planos coletivos por adesão, o que significou a ampliação dessa garantia a mais de cinco milhões de pessoas (ANS, 2012).

Em que pese o avanço representado pela portabilidade nos planos coletivos por adesão, a medida mais impactante do período nessa área e umas das principais da gestão foi o chamado *pool* de risco. Por meio dele, buscava-se enfrentar o já discutido problema da falsa coletivização e as dificuldades relacionadas à não regulação do reajuste nos planos coletivos. Em 2012, mais de 85% dos planos coletivos possuíam até 30 beneficiários apenas[112], sendo que mais de 75% dos clientes desses planos recebiam reajustes superiores a 10%. O número reduzido de beneficiários implicava uma baixa diluição dos riscos nessas carteiras, gerando o potencial de altos reajustes. A situação envolvia, assim, uma quantidade significativa de planos coletivos com perfil individual,

[112] Em termos de quantidade de beneficiários, o impacto desses planos pequenos é muito menor. Menos de 12% dos beneficiários estão em planos coletivos com até 30 vidas (ANS, 2012).

sem margem para barganha por parte dos beneficiários. Nesse cenário, a ANS implementou o *pool* de risco, que é o agrupamento desses contratos de até 30 vidas para fins de determinação do reajuste. Assim, as operadoras devem considerar conjuntamente todos os beneficiários desses tipos de planos, de forma a diluir o risco, e determinar um único reajuste anual para todos os beneficiários nessa condição. O objetivo dessa norma é estabilizar os reajustes desses contratos, minimizando a vulnerabilidade dos beneficiários dessa modalidade, e incentivar a comercialização de planos individuais, em extinção no mercado, como vimos (ANS, 2012). Assim, mesmo sem tocar no cerne da questão dos planos coletivos, que é o não controle dos reajustes, buscou-se, em alguma medida, minorar o impacto negativo desse fato para os beneficiários mais desamparados desse tipo de plano.

Por fim, a principal medida da gestão na área assistencial, e aquela de maior impacto no setor, particularmente para o mercado, foi a determinação dos prazos máximos de atendimento, regulamentada pela RN nº 259/2011. A partir dessa norma, as operadoras devem garantir a disponibilização de profissionais médicos dentro de certos parâmetros temporais – consultas básicas, em até sete dias úteis, enquanto as outras especialidades variam de 10 a 14 dias úteis, por exemplo. A partir do monitoramento do cumprimento dessa norma pelas operadoras, diversas sanções podem ser impostas pela agência. Com base no número de reclamações em dois trimestres consecutivos, em contraste com o número total dos beneficiários da operadora, a punição de maior eficácia regulatória estabelecida foi a suspensão da comercialização de novos planos. Em julho de 2012, o segundo relatório de monitoramento levou a ANS a suspender a comercialização de 268 planos de saúde de 37 operadoras. Apenas com a readequação dos planos, as operadoras podem voltar a vender esses planos (ANS, 2012). Até hoje, o anúncio dos planos suspensos é a medida de maior repercussão midiática da agência[113].

Para além de sua conspicuidade, é possível afirmar que a medida consubstanciou o segundo momento de enfrentamento ao mercado, após a primeira gestão de Fausto, visto que o impacto para as empresas foi enorme. De acordo com um informante de entidade representativa do empresariado, os custos dessa resolução não foram recuperados até hoje pelas indústrias (entrevista ao autor). Não à toa, trata-se da medida

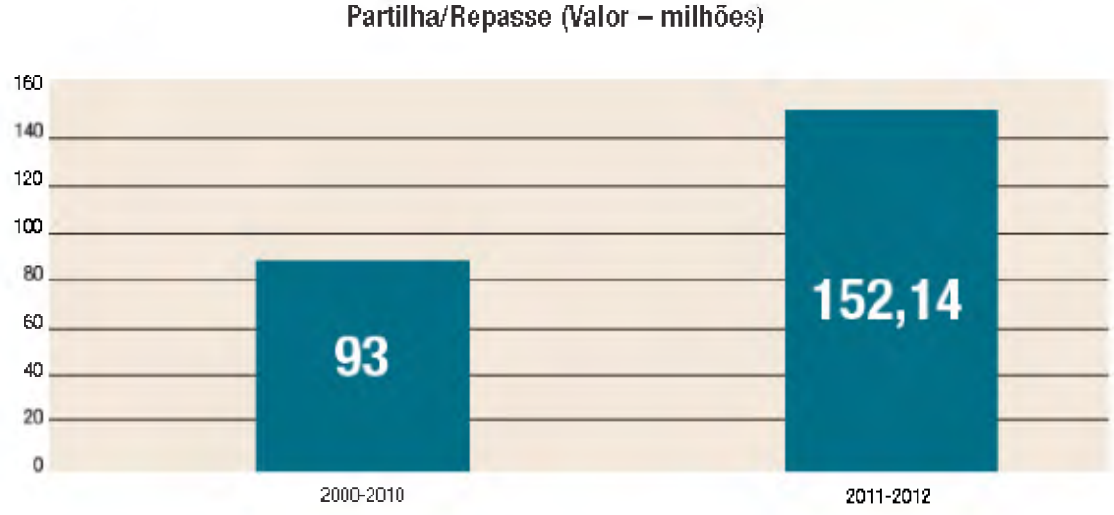
[113] Diversos relatos dão conta, inclusive, que a partir da gestão seguinte, o próprio ministro da Saúde, Alexandre Padilha, fazia questão de anunciar essas medidas, pois eram populares e geravam visibilidade (entrevista ao autor).

mais temida pelos empresários do setor. Um ex-dirigente da agência que trabalha em consultoria do setor disse que

> a questão do tempo de atendimento é uma coisa que na prática, eu estou vendo aqui, que funcionou, ou seja, as operadoras estão muito preocupadas em manter tempos de atendimentos básicos. Então correm atrás disso para não ter [...]. O medo é muito grande, com razão, né, de ter uma suspensão de comercialização, etc. (entrevista ao autor).

Para além das questões assistenciais, duas outras questões merecem ser comentadas. Em primeiro lugar, algumas normas foram aprovadas para aperfeiçoar a coleta e a transmissão de dados sobre os beneficiários, alicerce de todo o processo de ressarcimento ao SUS. Outro gargalo importante nessa área era a escassez de pessoal. O ex-diretor-presidente da agência, Mauricio Ceschin, informa que, ao chegar na agência, havia cinco funcionários responsáveis pelo setor. Nesse cenário, ele afirma que "se eu tivesse que atualizar o estoque de ressarcimento que eu tinha na agência com aquela estrutura, eu demoraria 23 anos" (entrevista ao autor). Assim, viabilizou-se a contratação de 89 servidores temporários para lidar com o passivo existente. Como resultado, mais de R$ 152 milhões foram repassados ao Ministério da Saúde no biênio 2011-2012. Isso representou aproximadamente 65% a mais de todo o valor arrecadado pela ANS desde sua criação, em 2000, como se pode observar no gráfico abaixo. Tendo em vista o histórico da atuação da ANS no tema, de que já tratamos, essas mudanças representaram um importante avanço. Conforme resume um funcionário da agência, ao falar da gestão Ceschin, "foi ele que bota o ressarcimento ao SUS de volta nos trilhos" (entrevista ao autor).

Gráfico 11 – Valores repassados ao Fundo Nacional de Saúde



Fonte: (ANS, 2012b)

A segunda questão diz respeito à fiscalização. Essa gestão regulamentou a NIP, que, como vimos, estava em fase de teste anteriormente. Houve, portanto, uma continuidade na ação, até mesmo pelo fato de o diretor propositor ser Eduardo Sales, que permaneceu à frente da Difis nessas duas gestões. Assim, a aposta da gestão foi na mediação de conflitos entre operadoras e beneficiários exclusivamente nas questões de negativa de cobertura. Com isso, esperava-se criar um mecanismo de resolução das denúncias e ao mesmo tempo reduzir a abertura de procedimentos administrativos. Como pudemos observar no gráfico 9, os índices de resolutividade da NIP são, de fato, altos. Embora se constitua como uma ação meritória, vale lembrar que um número significativo de beneficiários não acessa a agência, além de permanecer problemática a efetividade da cobrança das sanções aplicadas.

Como as gestões de Fausto dos Santos e de Mauricio Ceschin foram, possivelmente, as mais marcantes da história da ANS, vale observar algumas diferenças entre os dois diretores-presidentes. Como afirmam diversos funcionários da agência, Fausto, como era chamado, tinha uma cabeça sanitarista, enquanto Ceschin tinha um perfil mais profissional, executivo. Enquanto Fausto buscava trazer as noções sanitaristas de promoção e prevenção para alterar o modelo assistencial da saúde suplementar, Ceschin procurava, a partir de uma visão do todo do mercado, implementar uma agenda mais precisa de ajustes nas diversas falhas existentes, como no caso dos planos coletivos com poucos beneficiários e nos prazos de atendimento (entrevista ao autor).

Ambos eram considerados extremamente inteligentes, dispostos ao diálogo e ao debate de ideias, além de talentosos politicamente, atingindo seus fins por meio da negociação ou cooptação. O estilo executivo de Ceschin revelava-se de duas formas. Inicialmente, pelo ritmo avassalador de trabalho trazido à agência, ressaltado pela grande maioria dos entrevistados. Concretamente, foi possível notar essa característica pela proposição e implementação da primeira agenda regulatória da ANS no biênio 2011-2012. Essa agenda serviu como instrumento de planejamento e previsibilidade regulatória, ao mesmo tempo em que garantiu maior transparência nas ações da agência. Por fim, vale destacar que, buscando se proteger da "pecha de ser do mercado", e sendo pragmático, de modo a evitar problemas futuros, Ceschin não levou funcionários para ocupar cargos na agência, assim como abdicou de utilizar recursos públicos para suas viagens ou moradia. Esses elementos ajudam a compreender sua recusa em aceitar a renovação de seu mandato à frente da agência, a despeito de convites do governo

(entrevista ao autor). Ceschin tinha, portanto, uma agenda a ser implementada durante seu único mandato e buscou fazê-lo.

Evidentemente, há muita divergência sobre o que seria a agenda de Ceschin no período. Muitos atores do setor, especialmente os sanitaristas, mas também alguns funcionários da ANS, creem que, concomitantemente à agenda assistencial, havia uma outra paralela de beneficiamento do mercado. Uma entrevistada coloca a questão de forma sutil, ao tratar da gestão Ceschin: "deve atender aos interesses para os quais veio e ao mesmo tempo não desassiste outros" (entrevista ao autor). Sendo esse período um momento crucial da agência e de nossa análise, vale trazer a lume alguns dos argumentos utilizados por aqueles que acreditam que essa gestão representou uma ruptura na história da agência, com recuos e um direcionamento pró-mercado.

Um primeiro ponto, levantado por alguns entrevistados, é que a vinda de Ceschin teria como meta organizar e expandir as administradoras de benefícios, modalidade empresarial de onde ele era egresso (entrevista ao autor). As duas resoluções que regulamentaram esse novo formato institucional foram aprovadas, no entanto, justamente na gestão do sanitarista Fausto dos Santos. As RN nº 195 e RN nº 196 entraram em vigor em julho de 2009. De fato, Ceschin assume uma diretoria na agência ainda nesse ano, no final da gestão Fausto. Mas sua entrada ocorre apenas em novembro. Poder-se-ia argumentar que tal medida faria parte de um acordo para sua ida à ANS. Embora não tenhamos informações a respeito, vale observar que mesmo funcionários ligados aos sanitaristas reconhecem que a regulamentação ao menos garante maior proteção aos beneficiários (entrevista ao autor). Por fim, alguns entrevistados afirmaram que, mesmo não regulamentando a medida, o papel de Ceschin teria sido o de organizar as administradoras de benefícios, que teriam crescido aceleradamente no período. Esse tipo de operadora pode, realmente, ter tomado forma e expandido com maior ímpeto a partir de então, mas vale explanar que não encontramos evidências de ações no período, como modificações substantivas nas resoluções, que poderiam ter contribuído para tal resultado.

A outra questão mais estrutural destacada seria a concentração de mercado ocorrida no período, particularmente a entrada do capital estrangeiro, como no caso da autorização dada pela ANS para a compra da Amil pelo grupo *UnitedHealth* em 2012. De acordo com uma entrevistada, os processos de aquisição no setor eram combatidos na ANS, por favorecer a prática oligopolista, para a qual também chama a atenção Ocké-

Reis (2012). No entanto, na gestão Ceschin, essa atitude teria mudado, sendo o principal exemplo a compra da Amil, a maior da história do setor. A partir desse momento, teria crescido o movimento de concentração das grandes operadoras, com a consequente quebra de outras, como as Unimeds (entrevista ao autor).

Realmente, as notícias têm mostrado que as aquisições no setor têm se intensificado recentemente, especialmente com a entrada de fundos estrangeiros no mercado. Vale destacar o pano de fundo dessa discussão, que é justamente a permissão para que empresas ou fundos estrangeiros participem do setor saúde no Brasil. A Constituição Federal é expressa em seu artigo 199 ao afirmar que "É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei" (Brasil, 1988). Como a Lei dos Planos de Saúde autoriza a participação do capital estrangeiro, é muito provável que os fundos adquirissem parte das operadoras para ter acesso indiretamente aos prestadores de serviços, adentrando tacitamente nessa área. No caso da Amil, a empresa norte-americana assumiu 22 hospitais pertencentes à operadora brasileira[114].

Como já vimos, a NotreDame Intermédica foi comprada pelo fundo Bain Capital em 2014, enquanto houve relatos, em 2016, de negociações para que os fundos Carlyle e GIC (fundo soberano de Cingapura), que têm participação na Rede D'Or, façam uma oferta pela administradora de benefícios Qualicorp[115]. Por outro lado, diversas Unimeds, inclusive as maiores, têm falido e deixado o mercado. Esse foi o caso da Unimed Paulistana, que quebrou em 2015. No caso da Unimed-Rio, quarta maior em faturamento e oitava em número de beneficiários, após uma intervenção infrutífera (direção fiscal e técnica), a ANS recomendou, no fim de 2016, que a empresa venda sua carteira de clientes[116]. Além da Unimed-Rio, outras sete unidades, como Manaus e Belém, apresentavam graves dificuldades em 2015, estando sob intervenção da agência. O governo federal tem se mostrado bastante preocupado com a possibilidade de calote por parte das Unimeds - sua dívida com a União atinge quase R$ 1,25 bilhão. Por outro lado, outras Unimeds, como a de Belo Horizonte, têm apresentado bom desempenho e

---

114 http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mercado/79953-estrategia-envolve-planos-para-baixa-renda-expansao-regional-e-tecnologia.shtml

115 http://fusoesaquisicoes.blogspot.com.br/2016/07/fundos-carlyle-gic-e-cvc-partners.html e http://blogs.oglobo.globo.com/lauro-jardim/post/inicio-de-namoro-entre-rede-dor-e-qualicorp.html

116 http://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2016/10/14/ans-recomenda-que-unimed-rio-passe-clientes-para-outros-saiba-o-que-fazer.htm

exportado seu modelo de gestão para outras unidades, como Vitória, Porto Alegre e Curitiba, todas lucrativas[117].

Se é verdade que a tendência concentradora, com a financeirização da saúde suplementar, tem se intensificado, também é certo que esse processo vem ocorrendo desde a regulamentação do setor, que trouxe consigo um enxugamento do mercado. É por isso que, como vimos, a própria Amil vem adquirindo diversas empresas desde 2002 pelo menos. Dentre elas, destaca-se a multimilionária compra da Medial, ainda em 2009. A trajetória da Bradesco Saúde também revela processo semelhante, na medida em que a empresa comprou, entre 2002 e 2010, 23 empresas, além de ter expandido sua área de atuação, com a aquisição de participação nos Laboratórios Fleury[118]. Além disso, outras empresas, como a própria Qualicorp, já tinham participação de capital estrangeiro antes da transação da Amil[119]. Evidentemente, a compra da Amil chamou a atenção por ser a maior transação da história do setor. E não apenas isso. Conforme se noticiou à época, a autorização da ANS ocorreu em apenas 15 dias e foi realizada no período final tanto do mandato de Ceschin, como de Leandro Tavares[120]. A Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da ANS (Assetans), organização crítica à atuação da agência, também desaprovou o processo, afirmando que mudanças legais no âmbito da ANS foram realizadas pouco tempo antes, detalhando o procedimento de aquisição de empresas nacionais por estrangeiras, exatamente como demandaria a análise da venda da Amil[121].

Mesmo reconhecendo o impacto da decisão específica sobre a Amil, não se pode afirmar que se tratou de medida inédita, assim como não se tem informação de nenhuma regra que tenha sido alterada pela gestão Ceschin que pudesse favorecer, dali em diante, esse tipo de transformação estrutural no âmbito do mercado. Ainda em relação ao caso concreto da Amil, vale dizer, a autorização da transação foi aprovada pelos cinco diretores da agência, incluindo Eduardo Sales, da Difis. Diga-se de passagem, a essa altura, outro dirigente recém-nomeado e ligado ao PT, André Longo, que aparecerá nas redes do

---

117 http://exame.abril.com.br/revista-exame/na-unimed-o-perigo-ainda-nao-passou/ e http://www.valor.com.br/empresas/4423536/divida-das-unimeds-passa-de-r-12-bi-e-governo-teme-calote

118 http://www.sinamge.com.br/index.php/2014-06-06-02-11-03/acordos-coletivos/acordos-e-diss%C3%ADdios-2016-2017?task=download&id=16

119 http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,fundo-carlyle-dono-da-cvc-compra-empresa-de-planos-de-saude-qualicorp-imp-,583478

120 http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mercado/79948-em-13-dias-projeto-samba-virou-maior-negocio-do-setor-de-saude.shtml. Para a nota de esclarecimento da ANS, consultar: http://www.ans.gov.br/sala-de-imprensa/noticias-comentadas/1858-esclarecimento-sobre-a-compra-da-amil-

121 http://www.assetans.org.br/redesocial/file/view/15423/a-aquisicao-da-amil-pela-united-health-e-a-ans

próximo período, também votou favoravelmente[122]. Como houve diversas críticas ao papel de Mauricio Ceschin nesse episódio, seria interessante indagar também, embora não tenhamos condições de avaliar de forma aprofundada essa questão, se, tendo em vista a heterogeneidade do setor, seria vantajoso para ele, vinculado à Qualicorp, empresa à qual retornaria após sua saída da agência, fortalecer a posição da Amil no mercado.

Quem, de fato, mudou as regras mais gerais do setor, abrindo-o para o mercado estrangeiro, foi a presidente Dilma Rousseff, ao sancionar, em janeiro de 2015, a Lei nº 13.097, oriunda da MP nº 656/2014, que autoriza investimentos externos na saúde, como em hospitais e clínicas. Mais precisamente, a lei permitiu "a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde" (BRASIL, 2015). Em realidade, a MP enviada pelo Executivo tratava, principalmente, de desonerações às empresas. O deputado federal Manoel Junior (PMDB-PB)[123] incluiu a emenda nº 376, dando redação ao artigo 142. É importante destacar que o governo manteve a emenda incluída, a despeito de parecer da Advocacia-Geral da União recomendando o veto parcial ao artigo por considerá-lo inconstitucional. No entendimento do órgão, o dispositivo constitucional define a proibição como norma, sendo que as ressalvas previstas em lei devem ser compreendidas como alusão a casos excepcionais[124].

Por fim, vale mencionar brevemente a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei dos Planos de Saúde, que trata dos direitos de aposentados e demitidos. Segundo alguns entrevistados, a RN 279/2011 representou um retrocesso regulatório da agência. O motivo principal é que se permitiu que essas duas categorias sejam alocadas em contratos específicos, separados da massa geral de trabalhadores da empresa, para fins de cálculo do reajuste. Conforme prevê a lei, demitidos podem permanecer no plano por um certo período, enquanto os aposentados, a depender do tempo de contribuição, podem manter o plano indefinidamente. No entanto, essas duas categorias tendem a maximizar a utilização dos planos, seja pelo tempo exíguo de permanência no mesmo, seja pela idade, no caso do aposentado. Nesse sentido, tal medida, ao desvincular essas duas categorias

[122] Informa-se que medidas como a autorização para a compra de uma operadora não são realizadas por meio de uma norma como a resolução normativa.
[123] O deputado recebeu recursos da Bradesco Saúde na campanha eleitoral de 2014 (TSE, 2014).
[124] http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,agu-considera-inconstitucional-regra-que-permite-capital-estrangeiro-na-saude,1628432

do restante dos trabalhadores, tenderia a gerar reajustes muito maiores. Este, sim, parece ser um caso concreto de uma norma do período que pode debilitar a proteção dos beneficiários. Foi com esse entendimento que Eduardo Sales preferiu votar contrariamente à medida, gerando uma divergência na votação em relação aos outros três diretores presentes.

Apesar não termos identificado, ao longo da gestão Ceschin, evidências robustas de ações ou normas que pudessem ter alterado o curso anterior da agência, decidimos, com vistas a emprestar maior rigor à investigação, proceder a uma análise típica do fenômeno acadêmica e popularmente conhecido como porta giratória (*revolving door)*.

A porta giratória diz respeito ao processo pelo qual funcionários de um órgão governamental vão para o setor privado ou representantes do empresariado migram para o governo. Tal fenômeno é observado atentamente, na medida em que existe o risco de que o comportamento desses atores seja, ao menos em parte, determinado pela perspectiva de transição entre esses dois polos. Assim, um representante do empresariado, uma vez que assuma uma função governamental, pode, por exemplo, dirigir suas ações para beneficiar o setor privado. Ou, alternativamente, um funcionário governamental, antes de passar para o setor privado, mas diante dessa expectativa no futuro, pode tomar medidas que também tragam ganhos ao empresariado. Nas palavras de Gormley (1979, p. 666), "The revolving door hypothesis, in effect, states that such an exchange of employees influences the voting behavior of regulatory commission".

Gormley (1979) analisou os votos divergentes de dois anos na agência reguladora norte-americana Federal Communications Commission (FCC) para identificar se o padrão de votos dos dois diretores com passagem pelo setor privado destoava do resto da diretoria colegiada. Tal abordagem é oriunda dos estudos sobre o comportamento dos juízes nos Estados Unidos.

Resolvemos seguir a mesma metodologia, observando o padrão de votos na agência durante a gestão Ceschin. Essa parece ser a maneira mais direta de testar o efeito da porta giratória ou das diferentes posições com a mudança na composição da diretoria colegiada nesse período. Em outras palavras, pessoas oriundas do mercado ou de posição liberal tenderiam a votar conjuntamente e em oposição ao grupo sanitarista. Em nosso caso, estamos interessados em identificar se Eduardo Sales, da Difis, votava consistentemente em oposição aos outros três diretores, de perfil mais liberal.

Neste momento, apresentaremos apenas os dados relativos à gestão Ceschin. No entanto, a coleta de dados foi realizada para todas as gestões da ANS até janeiro de 2015, quando o diretor-presidente do último período analisado deixa a agência. Assim, passamos a explicar qual foi o método para angariar as informações abrangendo todos os períodos. Para a verificação do padrão de votação da diretoria colegiada da ANS, seguimos o procedimento anterior para a análise das decisões regulatórias, restringindo-nos às resoluções normativas e às resoluções de diretoria colegiada, que são as principais normas emanadas pela agência.

Consultamos o rol completo de resoluções no próprio *site* da agência. No preâmbulo de cada resolução, havia a indicação da data da reunião em que aquela norma havia sido aprovada pela Diretoria Colegiada. A partir dessa informação, identificamos a ata da reunião e checamos os diretores presentes e o voto de cada um, organizando essas informações numa planilha. No total, foram 464 resoluções expedidas entre 2000 e 2015. Como algumas resoluções e atas não constavam no *site* da ANS ou estavam incompletas, fizemos um pedido via Lei de Acesso à Informação para obter as informações faltantes[125]. Das 56 resoluções com pendências, recebemos respostas referentes a 38. A agência não conseguiu resgatar informações de 18 resoluções. Desse modo, restaram 446 resoluções. Como esses dois tipos normativos também são utilizados para questões *interna corporis*, e não apenas para ordenar o comportamento e o funcionamento do setor regulado, optamos por excluir da população analisada as resoluções atinentes ao regimento interno da agência, até porque essas normas não geram, via de regra, maiores controvérsias. Ao retirar as 113 normas de caráter interno, construímos uma base de dados com 333 resoluções com impacto regulatório.

A análise dos dados é bastante interessante e vem ao encontro de nossas suposições. Não foi possível realizar um teste do agrupamento dos votos, pois, das 68 resoluções normativas aprovadas durante a gestão Ceschin, em apenas uma houve divergência. Foi justamente na já mencionada votação sobre a regulamentação dos direitos de demitidos e aposentados, quando Eduardo Sales divergiu dos outros três diretores. Assim, Sales, que era o único diretor vinculado ao grupo sanitarista do PT e afirmara, em entrevista, que havia se tornado a corrente minoritária na agência, votou consistente e convergentemente com os outros diretores. Essa votação em bloco revela

[125] Processo nº 25820.003599/2016-86.

uma unidade na atuação dessa gestão, o que reforça os indícios de que não houve, de fato, inflexão de viés liberal na atuação da agência no período.

Sem dúvida, houve, no período 2010-2012, uma substantiva mudança no perfil do alto escalão da ANS, com o predomínio de forças mais liberais e ligadas ao mercado. Essa recomposição, no entanto, não parece ter provocado uma alteração no curso mais geral da agência. As resoluções aprovadas pela agência não indicam uma flexibilização nas regras para as empresas ou uma regulação mais branda. Ao contrário, nesse período são intensificadas algumas regulações assistenciais que beneficiam os consumidores, impondo custos às empresas. De fato, a regulação possivelmente considerada mais benéfica aos consumidores e mais onerosa ao setor regulado da história da agência foi aprovada nesse período, que é o estabelecimento de prazos máximos para o atendimento. Não à toa, foi durante a gestão de Ceschin que a ANS esteve mais próxima do órgão máximo do governo federal no tocante à defesa dos consumidores, a Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon), ligada ao Ministério da Justiça, conforme relatou a própria responsável pela autarquia (entrevista ao autor).

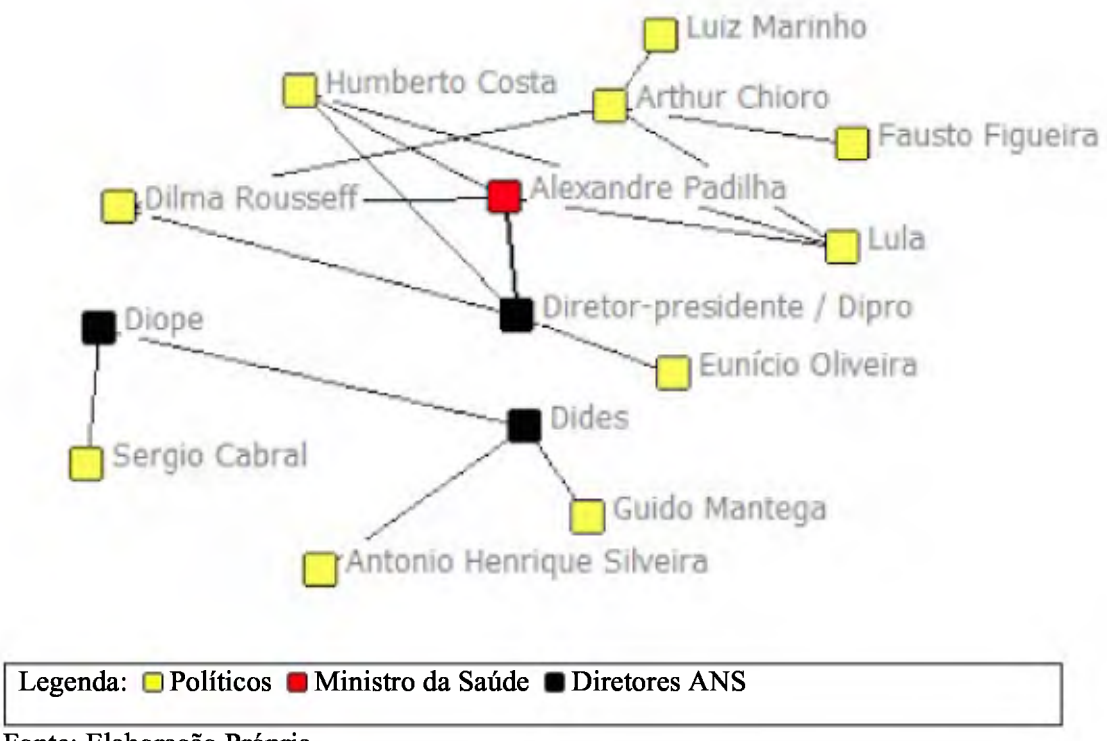
A despeito dos pontos de vista divergentes, boa parte dos entrevistados, inclusive funcionários de viés sanitarista com passagem pela agência, corrobora essa visão. Um ex-dirigente sanitarista, após reconhecer que o mercado foi "hegemônico" no período, afirma que "na época do Mauricio Ceschin [...] saiu essa regra, por exemplo, do tempo de atendimento, que eles [empresários] têm um verdadeiro pavor" (entrevista ao autor). Outra entrevistada, ligada aos sanitaristas petistas, vai na mesma linha ao tratar de Ceschin: "Eu tenho impressão que [...] ele fez um mandato totalmente consumerista" (entrevista ao autor).

Concluímos, assim, que a gestão Ceschin representou mais uma continuidade do processo político-regulatório anterior do que uma inflexão liberal no âmbito da ANS. As diferenças, assim, são mais de ritmo do que de direção. É importante realçar, por outro lado, que o aumento da presença liberal na agência, bem como o incremento nos laços com o empresariado, parece ser um processo contínuo com potenciais impactos na regulação e ao qual, portanto, devemos estar atentos. Essas questões serão discutidas em maior profundidade no próximo capítulo.

6.2 Período 2013-2014: uma gestão de transição

O quinto período analisado, sempre correspondendo às gestões dos diretores-presidentes da ANS, é o mais curto, englobando apenas os anos de 2013 e 2014, ainda no primeiro mandato da presidente Dilma Rousseff. Isso ocorre porque André Longo, que liderou a ANS após a saída de Mauricio Ceschin, já estava na agência há um ano e, portanto, só pôde exercer a presidência por mais dois anos, até janeiro de 2015. Trata-se, como veremos, de um período completamente atípico. Não só pela brevidade do mandato do diretor-presidente da agência, mas pela alta rotatividade dos diretores. Como consequência e por apenas expormos nas redes os diretores que estiveram na agência por pelo menos metade da gestão do diretor-presidente, a figura a seguir retrata um período com apenas três diretores na ANS.

Figura 9 - Rede entre diretoria colegiada da ANS, políticos e ministro da Saúde **2013-2014**



Fonte: Elaboração Própria

De forma resumida, o que ocorreu na agência nesse período foi a saída de Mauricio Ceschin e de Eduardo Sales, enquanto André Longo assumia a presidência, tendo como colegas Bruno Sobral, cujo mandato se encerraria em abril de 2014, e Leandro Tavares, que teve seu mandato renovado ainda no primeiro semestre de 2013. Embora não conste da rede, vale informar que Eduardo Sales permaneceu na agência até

agosto de 2013, ao passo que três novos diretores tomam posse a partir de maio de 2014, mas apenas aparecerão na rede do próximo período. Como se vê, houve grande circulação de distintos diretores em momentos diversos da gestão de Longo. É nesse sentido que consideramos essa gestão de transição. O quadro a seguir traz a composição da diretoria colegiada no período.

Quadro 18 – Perfil diretoria colegiada ANS – 2013-2014

Nome	Posição/Cargo	Governo	Partido	Instituição anterior
André Longo	Diretor-presidente / Dipro	Dilma 1		Sindicato dos Médicos/PE
Leandro Reis Tavares	Diretor Diope	Dilma 1		Amil
Bruno Sobral de Carvalho	Diretor Dides	Dilma 1	DEM	Ministério da Fazenda

Fonte: Elaboração Própria

Em termos de composição política, esse período marca uma relativa continuidade com a gestão anterior. Por um lado, a continuidade do Sobral e de Tavares na Dides[126] e na Diope, respectivamente, numa diretoria colegiada composta por apenas três diretores, revela que as forças liberais e empresariais permaneciam majoritárias na agência. Vale frisar, novamente, que Eduardo Sales permaneceu à frente da Difis até agosto de 2013, de modo que o desequilíbrio não foi uniforme no tempo. Por outro lado, alguns elementos desse período, como veremos a seguir, apontam para um fortalecimento do campo empresarial e do PMDB, que, no caso, funcionam como dois lados da mesma moeda.

Apesar da composição de forças semelhante ao período anterior, uma diferença relevante dessa gestão é que a presidência da agência retorna ao controle do PT. Esse fortalecimento do partido se dá, como vimos, pela nomeação de André Longo, cuja indicação havia sido apoiada pelo ministro da Saúde, Alexandre Padilha - trata-se, em realidade, de sua primeira indicação à agência. Como se pode intuir pela espessura do vínculo na rede, o ministro tinha relações pessoais muito próximas com Longo, com quem ele havia militado no movimento médico desde os tempos universitários (entrevista ao autor). Longo era um médico cuja carreira foi construída no Sindicato dos Médicos de Pernambuco. Assim, diferentemente de outros diretores apoiados pelo PT, mais ligados

[126] Informa-se que, por quase metade do período em que permaneceu na agência nessa gestão, Bruno Sobral foi diretor da Difis. De todo modo, mesmo com a troca, manteve-se como diretor interino na Dides.

ao movimento sanitarista, sua indicação teve mais a feição de um aceno a uma relevante categoria de prestadores, os médicos.

Como vimos, ainda em 2013, Leandro Tavares foi reconduzido à Diope com o apoio do PMDB, dando seguimento ao padrão de indicações vinculadas à Amil nessa diretoria. A partir desse momento, a força do PMDB na ANS mostra-se progressiva, o que pode ser atestado pela nomeação, ainda em 2013, de Elano Figueiredo para a Diges – embora seu nome, por razões que expomos a seguir, não aparece na rede. Figueiredo, que havia sido adjunto de Longo na Diretoria de Gestão desde 2012, teve seu nome questionado após entidades de defesa do consumidor denunciarem a omissão, em seu currículo apresentado perante o Senado, de sua atuação em empresas do setor de planos de saúde. Diante desse quadro, a Casa Civil solicitou à Comissão de Ética Pública da Presidência da República que se posicionasse a respeito. A Comissão aprovou por unanimidade a recomendação de demissão de Figueiredo. Assim, com menos de dois meses no cargo, Elano Figueiredo renunciou ao posto. O nome de Elano Figueiredo estava particularmente vinculado à Hapvida (foi diretor jurídico da empresa), maior operadora da região Nordeste, com sede no Ceará[127]. Tal informação é importante, pois o apoiamento a Elano para a vaga na ANS ocorreu por meio do senador cearense pelo PMDB, Eunício Oliveira[128]. Assim, não fosse o crasso erro de Figueiredo, a agência teria tido em seus quadros mais um nome oriundo do mercado, replicando, em alguma medida, a distribuição de poder na gestão anterior.

Um último ponto que vale mencionar, pois reforça as informações do perfil de um diretor, diz respeito a outra confusão quando da indicação de um nome à diretoria da ANS. Ainda em 2014, a presidência da República indicou ao Senado Federal o nome de Bruno Sobral para recondução à diretoria da agência. No entanto, menos de duas semanas depois, enviou mensagem ao Senado solicitando a retirada de tramitação dessa indicação. Segundo entrevistados, o episódio esteve relacionado à polêmica medida provisória que perdoava parcialmente a dívida das operadoras de planos de saúde. Ao que consta, Bruno Sobral teria auxiliado tecnicamente a Câmara dos Deputados na redação da justificativa

---

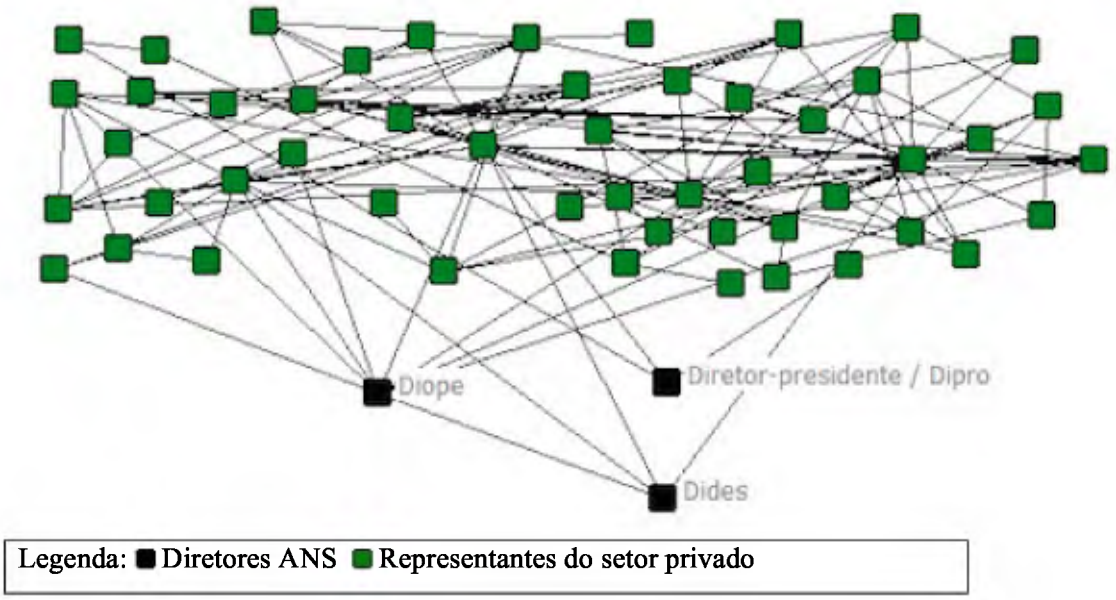
127 http://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/elano-figueiredo-diretor-da-ans-renuncia-mandato-apos-denuncias-de-ligacao-com-planos-de-saude-10235672

128 De acordo com um entrevistado, o senador Eunício Oliveira (PMDB-CE) queria que Figueiredo assumisse uma diretoria desde 2012, o que teria sido rejeitado pelo ministro Alexandre Padilha. Em troca, Padilha teria ofertado que Elano ocupasse o cargo de diretor-adjunto de seu indicado, André Longo, posto que ele assumiu no início de 2012.

dessa iniciativa. Ao tomar ciência do fato, a presidente Dilma Rousseff teria desistido de sua nomeação (entrevista ao autor).

Com a saída de Ceschin da presidência da agência, que era o principal elo com o empresariado, e a assunção de Longo, ligado ao sindicato médico, os laços com o empresariado retomam seu canal precípuo via Diope, conforme a figura abaixo.

Figura 10- Rede entre diretoria colegiada da ANS e setor regulado
2013 - 2014



Fonte: Elaboração própria

Embora o jogo continuasse a pender para o lado liberal, a própria inconstância no alto escalão da ANS no período não dava condições para que qualquer tipo de redirecionamento ocorresse na agência. Além disso, vale lembrar, a presidência da agência, que tem peso político, havia mudado de mãos. Por outro lado, o novo diretor-presidente da agência tampouco conseguiu criar uma agenda factível capaz de aprofundar a regulação assistencial existente. Assim, essa gestão caracterizou-se mais como um período de transição, sem grandes mudanças e mesmo sem uma linha clara de atuação.

A análise do relatório de gestão do período parece confirmar essa impressão, uma vez que boa parte das ações elencadas diz respeito ao aperfeiçoamento de iniciativas anteriores. Destaquemos, sucintamente, as principais medidas e resultados do período. O ressarcimento ao SUS continuou em trajetória ascendente, apresentando um salto de 82% de 2013 para 2014. A arrecadação das multas, déficit regulatório grande da agência, quadruplicou entre 2012 e 2014, passando de R$ 27,2 milhões para R$ 124,4 milhões. O melhor desempenho deve-se a medidas gerenciais, incluindo a contratação de servidores

temporários, mas também ao incentivo ao parcelamento trazido pela aprovação de uma lei federal. Outra norma do período que impactou o trabalho da ANS foi a já mencionada Lei nº 13.003/2014, que alterou a legislação do setor tornando obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços. Uma das iniciativas mais propaladas e bem-sucedidas da ANS foi a obrigatoriedade de as operadoras criarem ouvidorias vinculadas às suas estruturas organizacionais (ANS, 2015).

Talvez a questão mais marcante e polêmica da gestão Longo tenha sido o debate em torno do parto normal. No Brasil, dados de 2012 mostravam que o percentual de partos cesáreos na saúde suplementar ultrapassava 84%, muito acima da proporção de 40% do sistema público. Já no final do mandato de Longo, a ANS editou uma resolução que visava estimular o parto normal. Dentre as novas regras, havia a ampliação do acesso à informação pelas beneficiárias, que poderiam solicitar às operadoras os percentuais de cirurgias cesáreas por médico e por estabelecimento. Além disso, tornou-se obrigatória a utilização do partograma, documento que registra tudo que acontece durante o trabalho de parto (ANS, 2015).

Essa medida foi desaprovada por entidades médicas, que criticaram, por exemplo, a exposição do médico a partir da informação individualizada sobre o percentual de cesáreas desses profissionais[129]. Possivelmente, o grande enfrentamento realizado por André Longo em sua gestão foi essa questão do parto normal. Segundo um experiente funcionário da agência, "O André foi muito mais presidente do que diretor da Dipro propriamente. Mas o André comprou brigas boas, como essa do parto, que agora a gente está aí na mídia falando, discutindo" (entrevista ao autor). Essa opinião, além de corroborar a centralidade da questão do parto nessa gestão, revela, de forma indireta, que não houve tantas iniciativas assistenciais, visto que Longo não tinha uma atuação muito presente na Dipro, responsável pela regulação assistencial.

Em que pese esse enfrentamento realizado por Longo, que talvez apenas alguém com sua origem pudesse realizar, parece ser consensual entre os entrevistados a tese de que essa gestão não teve um rumo claro. Se, por um lado, nenhuma inflexão foi realizada, por outro, poucas medidas inovadoras ou de alcance foram levadas a cabo para intensificar a regulação de assistência à saúde como em gestões passadas. Muitos

129 http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/planos-terao-que-pagar-por-cesarea-se-mulher-assinar-termo-de-compromisso-diz-ans-16674329

atribuem esse fato às características de Longo. Um representante do empresariado afirmou, ao comentar o desempenho de Longo, que "ele tinha menos domínio do setor [...]. Ele ouvia muito, mas acho que tinha menor poder decisório, vamos dizer assim" (entrevista ao autor). De forma mais crítica, um sanitarista ligado ao PT com passagem pela agência afirmou que Longo "não tinha capacidade de fazer os embates" (entrevista ao autor). Por fim, o presidente de uma operadora sintetiza bem, e de forma elegante, o que foi essa gestão:

> [...] um período mais de transição, né? Em que acho que se tentou talvez dar conta de muitos projetos ao mesmo tempo. Então, enfim, acho que talvez não tenha nessa do André Longo na minha memória nada que tenha marcado muito profundamente a gestão. Mas acho que ela deu sequência ao que vinha sendo desenhado nas gestões anteriores (entrevista ao autor).

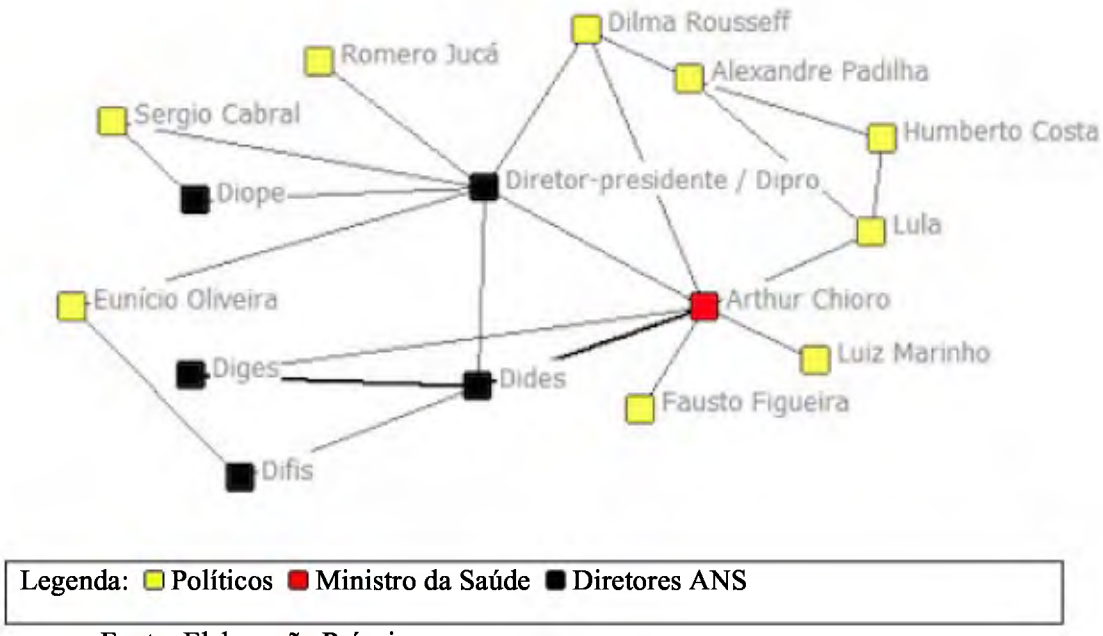
6.3 Período 2015-2017: reequilíbrio no embate político?

Como esse último período refere-se à atual gestão da ANS, ainda inconclusa, portanto, decidimos, nesta seção, apenas expor as redes de relações do setor, oferecendo um quadro geral da política recente, mas sem realizar qualquer análise sobre o desempenho ou a regulação adotada[130]. A compreensão do cenário dessa gestão será relevante para o debate que travaremos no próximo capítulo.

O período da atual gestão é uma boa síntese do conflito que marca o setor e está refletido no jogo político da ANS. Dois aspectos da composição da diretoria colegiada da agência merecem ser destacados. Primeiramente, observa-se claramente o contínuo fortalecimento do PMDB, especialmente do Senado, na ANS. O outro ponto é que uma novidade parece estar surgindo como fruto do amadurecimento institucional da agência. Os quadros sanitaristas históricos que eram levados à ANS apoiados, principalmente, pelo PT estão sendo substituídos por servidores concursados da própria agência. A figura a seguir traz informações desse cenário.

[130] As redes de relações desse período são as mesmas do anterior (2013-2014), uma vez que nosso último recorte no tempo, durante as entrevistas, foi de 2013 a 2015, ano da pesquisa de campo. A única diferença é que atualizamos o *status* dos diretores e do ministro da Saúde. A rigor, mudanças podem ter acontecido e provocado alterações nas relações desde então. É importante deixar claro, assim, que os mapas de conexões que apresentamos nesta seção são uma "fotografia" do ano de 2015. Felizmente, todos os diretores dessa gestão foram indicados até 2015, de modo que, para a rede entre diretoria colegiada, políticos e ministros, acreditamos ter conseguido captar de forma fidedigna as transformações políticas na agência mais recentemente.

Figura 11 - Rede entre diretoria colegiada da ANS, políticos e ministro da Saúde **2015-2017**



Fonte: Elaboração Própria

Essa gestão significou uma grande renovação da diretoria da agência, que ocorreu já sob a gestão do novo ministro da Saúde, Arthur Chioro, à época secretário de Saúde de São Bernardo do Campo (SP), e que assumiu o posto em fevereiro de 2014 após a saída de Alexandre Padilha. Chioro, assim como Padilha, manteve maior proximidade com a ANS do que outros ministros. No caso de Chioro, a ligação era bastante próxima, pois já havia sido inclusive consultor da agência.

Tratemos, inicialmente, da Diope e da presidência da agência, sempre associada à Dipro. A Diope é a única diretoria que seguiu chefiada pela mesma pessoa, Leandro Tavares, cujo mandato, que tivera apoio de Sérgio Cabral e Antonio Palocci, já havia sido renovado em 2013, como vimos. Vale destacar que a Diope é a diretoria mais estável e homogênea da ANS em termos de nomeação – foram apenas dois diretores entre 2004 e 2016, com trajetória semelhante e que foram reconduzidos ao cargo com apoio do PMDB (PTB, na fase inicial) e da Amil.

A Dipro e a presidência foram destinadas a José Carlos Abrahão, que também contou com o apoio do PMDB – tanto do Rio de Janeiro, via Sérgio Cabral, como do Senado, por intermédio de Eunício Oliveira, Romero Jucá e Renan Calheiros, senadores pelo Ceará, Roraima e Alagoas, respectivamente. A indicação do novo diretor-presidente

da ANS também foi avalizada por Edson Bueno, presidente da Amil[131]. Abrahão era presidente da CNS, entidade representativa dos estabelecimentos e prestadores de serviços de saúde privados, desde 2003 até assumir seu posto na agência[132]. Era a segunda vez que a agência seria presidida por alguém vindo do setor privado. No entanto, duas diferenças em relação a Ceschin, o outro diretor-presidente oriundo do mercado, valem ser afirmadas. A primeira é que Abrahão não vem de uma empresa específica, mas sim de uma associação do setor. E não de qualquer uma. É importante lembrar que a CNS foi a organização que ajuizou a ADI no STF questionando a Lei dos Planos de Saúde, inclusive a obrigatoriedade do ressarcimento ao SUS[133]. O outro ponto é que, diferentemente da outra ocasião, quando Ceschin foi escolhido diretamente por Lula, com o apoio de parte do empresariado, claro, Abrahão é uma indicação do PMDB. Assim, 2015 marca a primeira vez em que o diretor-presidente da ANS é indicado pelo principal partido da base aliada, consolidando, definitivamente, o poder do PMDB na agência.

Vale aprofundar brevemente a discussão sobre a Amil e o PMDB. O primeiro ponto, que se já anunciava com os dados relacionais e de perfil de seu presidente, Edson Bueno, é que a Amil tem um poder descomunal no setor, especialmente nas indicações à ANS. Sua teia de relações é tamanha que tal assertiva é válida independentemente do partido, que pode funcionar, às vezes, como portador dos interesses da operadora. Evidentemente, as agremiações também obtêm benefícios dessa relação com o empresariado. Seja como for, se antes o PTB tinha força na base do governo, agora é o PMDB que cumpre esse papel, especialmente a bancada no Senado, que é a maior daquela Casa há pelo menos duas legislaturas. As figuras do PMDB do Senado que mais aparecem nas redes do setor são a de Romero Jucá e Eunício Oliveira, mas diversos entrevistados ressaltam, como já expusemos, que Renan Calheiros costuma operar politicamente por meio de intermediários, de modo que seu nome não fica visível, mesmo que sua atuação nessa área seja relevante[134].

---

131 http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2015/05/21/internas_polbraeco,483941/renan-desafia-governo-federal-e-segura-sabatinas-das-agencias-reguladoras.shtml

132 José Carlos Abrahão entra na agência, de fato, em 2014, permanecendo à frente da Diges até 2015.

133 Não à toa, entidades da sociedade civil decidiram, novamente, recorrer à Comissão de Ética Pública da Presidência da República contra a nomeação. Diferentemente do caso de Elano Figueiredo, a Comissão não acatou o pedido. Para maiores informações sobre o caso, consultar: http://www.idec.org.br/em-acao/em-foco/idec-e-organizaces-civis-da-saude-recorrem-contra-nomeaco-de-jose-carlos-abraho-ao-cargo-de-direco-na-ans

Realçando o papel da Amil nesse jogo, um perspicaz observador e partícipe dos processos políticos da agência afirmou: "Agora, quem está por trás desse processo todo é o Edson, né? Tanto pelo PMDB, com o Renan, com o próprio Cabral [...]". E prossegue, ressaltando outro ponto já mencionado, que é a diferença de atuação da Amil em relação à Bradesco Saúde: "Porque, o que que acontece? O Bradesco, ele acaba não fazendo muito esse jogo, entendeu? Então o Trabuco [presidente do Grupo Bradesco], claro que ele movimenta o povo lá, mas não é [...] eles não deixam impressão digital. [...] E também porque Bradesco é uma S.A. mais, eles não gostam de ficar muito visível" (entrevista ao autor).

Ainda a respeito da maneira de fazer lobby, vale destacar a fala de outro entrevistado.

> As medicinas de grupo [...] o que se tinha eram posicionamentos e formas de atuação menos sistemáticas e mais baseadas em relações pessoais. A maior parte das medicinas de grupo, isso acabou, eram empresas de dono. Hoje todas essas empresas [...] são entidades de capital aberto ou com um fundo controlado [...] (entrevista ao autor).

Essa fala, em contraste com a anterior, é bastante elucidativa. Empresas importantes, como SulAmérica e Bradesco Saúde não parecem com força nas redes de relações e sua atuação nas indicações políticas é menos sistemática. Assim, é possível que estejamos passando por uma transição e até mesmo uma profissionalização no modo de atuação política das empresas, sendo a Amil um resquício de um modelo anterior. Para além da importância de se compreender essa questão, que merece ser aprofundada, será desafiador buscar apreender como a influência será exercida doravante.

Voltando à composição da diretoria colegiada da ANS, junto com Abrahão, foi indicada à agência, para a Difis, Simone Freire. A assunção de Freire ao cargo expressa um movimento ambíguo. Por um lado, foi a primeira vez que uma servidora concursada da própria ANS assumiu um cargo de direção. Por outro, sua indicação teve o aval do senador Eunício Oliveira (PMDB-CE). Simone Freire era diretora-adjunta de Elano Figueiredo, de quem era próxima. Com a renúncia de Figueiredo, que também havia sido

[134] Corroborando nossa análise sobre o crescente papel do PMDB, vale citar a delação premiada do ex-senador Delcídio do Amaral. De acordo com o documento, "há verdadeira 'queda de braços' para indicação de nomes para as agências reguladoras relacionadas à área da saúde, até pela visibilidade negativa que o Caso Lava Jato impôs aos setores de energia, engenharia e petróleo" e, portanto, "especial atenção deverá ser dada à ANS e Anvisa, cujas diretorias foram indicadas pelo PMDB do Senado, principalmente pelos senadores Eunício Oliveira, Renan Calheiros e Romero Jucá. Jogaram 'pesado' com o governo para emplacarem os principais dirigentes dessas Agências" (STF, 2016).

alçado a esse posto com a ajuda do senador, surgiu a possibilidade da indicação de Freire, "meio como uma redenção do Elano", conforme aponta um entrevistado (entrevista ao autor).

Para a Dides, dessa vez por ação direta do ministro da Saúde, foi indicada Martha de Oliveira, também servidora de carreira da ANS e muito próxima de Chioro[135]. Não à toa, sua única ligação política fora da agência nas redes é com o ministro, que chancelou seu nome[136]. Por fim, em meados de 2015, inteirando, após longo período, o quadro da diretoria colegiada, outra técnica de longa história na agência, embora não concursada, assumiu a Diges com o patrocínio do ministro Arthur Chioro: Karla Coelho. O quadro abaixo traz a composição completa da ANS.

Quadro 19 – Perfil diretoria colegiada ANS – 2015-2017

Nome	Posição/Cargo	Governo	Partido	Instituição anterior
José Carlos Abrahão	Diretor-presidente / Dipro	Dilma 2		Confederação Nacional de Saúde (CNS)
Leandro Reis Tavares	Diretor Diope	Dilma 2		Amil
Martha Oliveira	Diretora Dides	Dilma 2		ANS
Simone Freire	Diretora Difis	Dilma 2		ANS
Karla Coelho	Diretora Diges	Dilma 2		ANS

Fonte: Elaboração Própria

Um último elemento importante a destacar sobre a montagem da diretoria colegiada nesse período é a queda de braço entre PT e PMDB pela presidência da ANS, com desfecho favorável a este último. Chioro defendia que Martha de Oliveira assumisse a presidência, a qual ela exerceu interinamente no início de 2015, após a saída de André Longo. O PMDB do Senado, por sua vez, empenhava-se pela indicação de Abrahão. A essa altura, a última vaga da diretoria colegiada da ANS não havia sido definida e se tornou importante peça no xadrez político. Pela correlação de forças no Senado, no qual o PMDB é majoritário, o partido conseguiu emplacar Abrahão na presidência. Em contrapartida, o ministro Chioro viabilizou o nome de Karla Coelho para a última vaga

[135] Martha de Oliveira inclusive é casada com um amigo e, por muito tempo, sócio de Chioro.
[136] Assim como Abrahão, Simone Freire e Martha de Oliveira assumiram cargos de diretoria ainda ao longo de 2014.

na agência. Conforme um entrevistado, a cessão da presidência da agência ao PMDB foi a moeda de troca para garantir a entrada de Coelho (entrevista ao autor).

A despeito da nova composição, a configuração das forças políticas na ANS nesse período renova o velho embate entre forças sanitaristas e liberais ou ligadas ao empresariado. Mais do que isso. Com Chioro no ministério da Saúde, que é muito próximo ao grupo sanitarista ligado a Fausto dos Santos, diretor-presidente da agência entre 2003 e 2010, os nomes indicados pelo ministro advêm desse círculo. Martha de Oliveira e Karla Coelho são dois quadros técnico-políticos vinculados ao SUS e a Fausto dos Santos, com quem trabalharam. Por outro lado, a Dipro, juntamente com a presidência da agência, e a Diope, são ocupadas por grupos liberais indicados pelo PMDB com forte ligação ou mesmo originários do setor privado. Por fim, a Difis é ocupada por Simone Freire, servidora de carreira com laços, ainda que tênues, com o PMDB. Seu alinhamento poderá ser decisivo nessa nova fase. De todo modo, na comparação com os períodos imediatamente anteriores, houve um realinhamento de forças, com os sanitaristas, sob os auspícios de Arthur Chioro, recobrando um pouco de seu espaço na agência, que era francamente minoritário desde o fim da gestão de Fausto dos Santos, em 2010. Se de 2003 até o final da década, houve uma hegemonia sanitarista na ANS, a qual foi solapada a partir desse momento com a ascensão de grupos liberais, a gestão atual parece trazer algum reequilíbrio ao jogo, embora, é sempre bom frisar, a presidência seja ocupada por um representante empresarial. Vale reafirmar, ainda, que, ao menos até a gestão anterior, a mudança no pêndulo das forças políticas no interior da ANS não parece ter provocado mudanças na direção geral da agência.

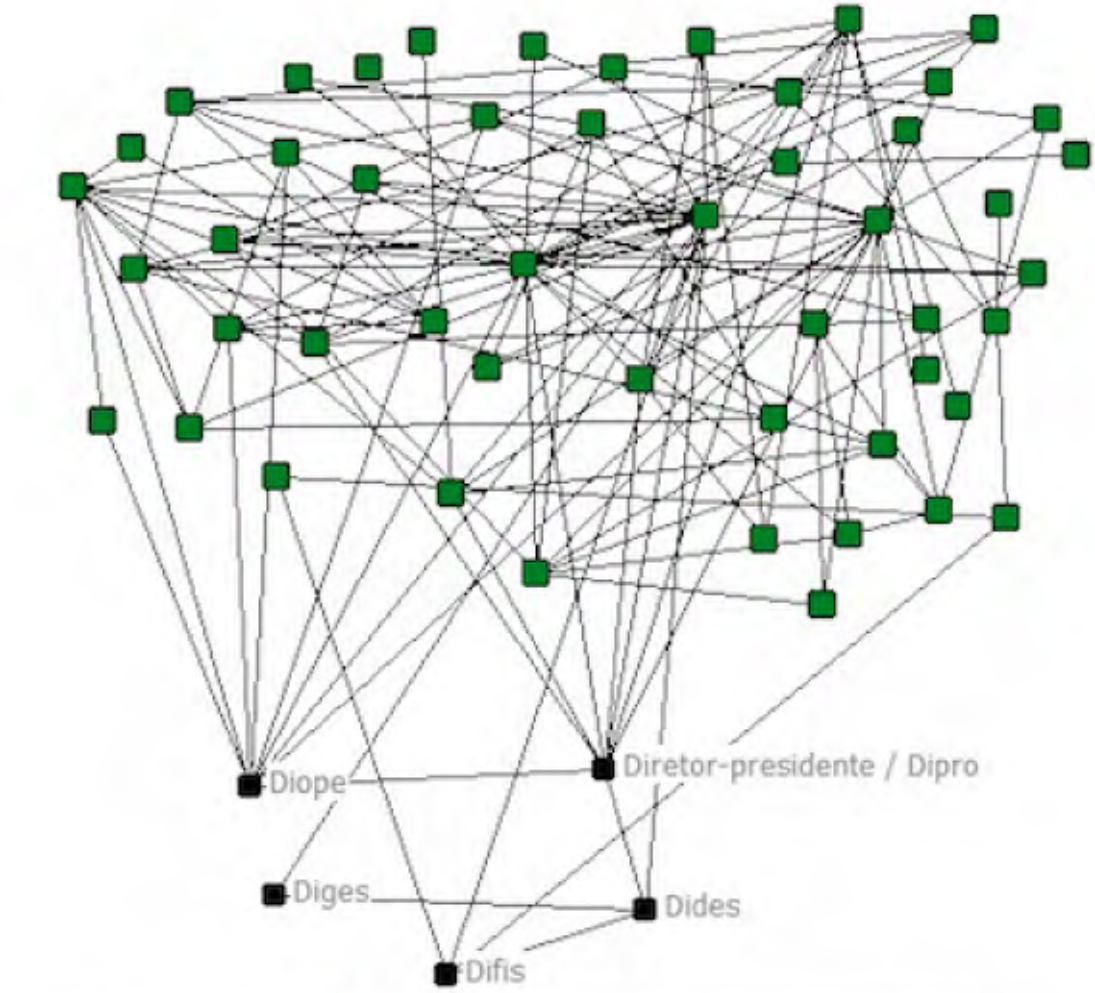
É importante observar, finalmente, a mudança mais recente ocorrida na agência, não refletida nas figuras acima. Em abril de 2016, Leandro Tavares, ligado ao PMDB e à Amil, renunciou ao seu cargo de diretor da Diope, alegando motivos pessoais, no meio do imbróglio político do *impeachment* da ex-presidente Dilma Rousseff, que teve justamente o PMDB como pivô. Na sequência, Rousseff indicou Fausto Figueira, filiado ao PT e muito próximo ao ex-ministro da Saúde, Arthur Chioro, conforme se pode observar na rede do período atual. Se confirmada, tal mudança recolocaria a ANS nas mãos dos sanitaristas, confirmando a trajetória de fortalecimento desse grupo. No entanto, com o afastamento de Rousseff, Michel Temer, que assumiu a presidência em seu lugar, retirou a indicação anterior e nomeou Leandro Fonseca para o posto em dezembro de 2016. Fonseca é gestor federal da carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão

Governamental, com trajetória assentada no Ministério da Fazenda, assim como Bruno Sobral, ex-diretor da Dides. Desde 2010, atuava na agência, tendo trabalhado justamente como diretor-adjunto de Leandro Tavares na Diope, que inclusive o trouxe para a ANS. A escolha de Fonseca, também de perfil mais liberal, conseguiu manter, dessa forma, o *status quo* na agência, com o compartilhamento de poder entre sanitaristas e liberais[137].

Conforme esperado, a redistribuição de poder na agência trouxe mudanças no padrão de articulação com o empresariado, que retomou o modelo de 2010, com a presidência somando-se à Diope como canal precípuo para o estabelecimento de laços com o mercado. Como revela a figura abaixo, a Dides e a Diges, ocupadas por servidoras sanitaristas, têm poucos vínculos com o empresariado.

[137] É interessante observar que diversas entidades da sociedade civil criticam a origem empresarial de alguns diretores. Tal manifestação pode ser válida, mas, certamente, a observação do posicionamento, independentemente da proveniência do ator político, e das ações dos diretores são mais relevantes para situá-los no jogo político do setor.

Figura 12 - Rede entre diretoria colegiada da ANS e setor regulado
2015 - 2017



Fonte: Elaboração própria

Observamos, assim, um padrão, iniciado com a criação da agência, pelo qual a Diope é a expressão máxima da permeabilidade na relação entre Estado e mercado. As próprias nomeações revelam esse objetivo. Excetuando-se o primeiro período, no qual a titular da Diope não vinha do setor privado, embora mantivesse relações pessoais com representantes do empresariado (e após deixar o cargo, foi para o setor privado), todos os diretores subsequentes tiveram passagens prévias pelo setor privado. Ao que parece, portanto, a estratégia do empresariado para projetar poder na ANS passou, primordialmente, pela ocupação de cargos na Diope e pela utilização dessa posição para estabelecer vínculos e canais diretos de contato, garantindo a manutenção e expansão da intermediação entre setor regulado e agência.

A tabela a seguir resume e reforça essa argumentação, trazendo informações sobre a rede egocentrada dos diretores da Diope. Rede egocentrada, em análise de redes, refere-se às conexões de um ou mais egos, ou nós. Assim, em vez de atentarmos para as características principais das redes como um todo, focamo-nos em alguns indivíduos, de modo a obter uma maior compreensão da inserção daquele nó na rede. Ao fazê-lo, "we can get a sense of the structural constraints and opportunities that an actor faces" (HANEMMAN; RIDDLE, 1999, p. 31).

Os dados abaixo mostram o percentual das conexões com o empresariado dentre todas as conexões dos diretores da Diope ao longo do tempo. Ou seja, tendo em vista que um diretor pode se relacionar com todas as categorias anteriormente identificadas, como funcionários da agência, políticos, ministro da Saúde, servidores públicos de fora da ANS, interessa-nos saber se a relação com o empresariado desponta como a mais frequente. Observando-se a tabela, é possível notar que os vínculos com o setor regulado passam a adquirir importância crescente nos círculos de relacionamento dos diretores da Diope.

Tabela 5 - Proporção de vínculos com empresários na rede egocentrada do diretor da Diope

2000-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	2013-2014
20%	29,5%	21,5%	31,2%	50%

Fonte: Elaboração Própria

Capítulo 7. Fatores políticos, institucionais e setoriais determinantes da influência na ANS e da configuração da regulação na saúde suplementar

A discussão do capítulo anterior trouxe-nos algumas interessantes contribuições teóricas e empíricas sobre os fatores que explicam as diversas posições no embate político. Nenhum fator explicativo é totalizante nem unívoco, podendo variar conforme o contexto. O papel do financiamento de campanha, dos partidos políticos, da ideologia e da origem dos atores políticos deve ser relativizado e analisado contextualmente. Todos esses elementos são importantes, claro, mas possivelmente contribuem de forma mais robusta para nossas explicações se utilizados conjuntamente.

Como vimos, a caracterização do embate entre sanitaristas e liberais/empresariado depende de uma combinação de diversos fatores não necessariamente óbvios. Há deputados financiados por planos de saúde que indicaram diretores da ANS que compuseram com os sanitaristas. Por outro lado, a maior parte dos políticos que atuaram em prol de uma ou algumas operadoras na indicação de nomes à agência recebeu recursos de alguma forma, seja via financiamento, seja via consultoria, de operadoras de planos de saúde. Até mesmo como decorrência desse fato, há políticos em todo o espectro partidário que agem favoravelmente às empresas, inclusive no PT, partido que, de maneira geral, sustentou a coalizão sanitarista na ANS. Essa não unicidade se revela também no interior do governo, que acaba albergando os mais distintos interesses. Posições mais liberais, em muitos casos alinhadas aos interesses empresariais, vêm do próprio governo, particularmente do Ministério da Fazenda. É por isso que não é de se estranhar que uma gestão como a atual na ANS, de composição majoritária de servidores públicos, inclusive funcionários de carreira da agência, replique a disputa entre sanitaristas e liberais. De forma inversa, indivíduos com origem empresarial podem adotar posições caras aos sanitaristas.

Foi, portanto, na conjunção desses diversos elementos que pudemos identificar os embates políticos existentes na ANS desde seu nascedouro. Contrariamente às expectativas, no entanto, a alteração no pêndulo das distintas forças políticas internas à agência não parece ter provocado mudanças bruscas na direção mais geral da regulação

da ANS. Nesse sentido, é importante explorar outros fatores, de ordem política, institucional e relativa à especificidade do setor e do objeto regulado, que ajudam a explicar a não inflexão liberal na agência e a conformação mais ampla da regulação na saúde suplementar. Com isso, esperamos aportar contribuições teóricas sobre como instituições, *politics* e *policies* (e o quanto elas são *issue-specific*) se inter-relacionam e impactam na configuração de um setor de políticas públicas (COUTO; ARANTES, 2006).

Esperamos ter demonstrado, até o momento, que a ANS apresentou uma linha relativamente contínua de atuação ao longo das diferentes gestões. Tratou-se, de maneira geral, de aperfeiçoar a regulação assistencial, desenvolvida especialmente a partir da primeira gestão de Fausto dos Santos, de forma incremental, para usar a concepção de Lindblom (1959). Em outras palavras, cada gestão procurou avançar, gradualmente, sobre o legado do período anterior. Essa estabilidade na política pública, resistente até mesmo a alterações nas forças políticas internas à agência, é uma forte característica da regulação na ANS. De fato, identificamos que, mesmo no período majoritariamente sanitarista, os liberais acabaram pactuando em torno dessa agenda. A tabela abaixo é uma complementação da análise anterior que fizemos do padrão de votos na gestão Ceschin. Decidimos estender essa investigação para todas as gestões da ANS até a última conclusa, em 2014[138].

Tabela 6 - Padrão de votos nas Resoluções Normativas com impacto regulatório

	2000-2003	**2004-2006**	**2007-2009**	**2010-2012**	**2013-2014**	**Total**
Unanimidade	116	49	50	67	40	322
Divergente	6	4	0	1	0	11
Quem divergiu	Maria Stella Gregori	Maria Stella Gregori	-	Eduardo Sales	-	-
Total	122	53	50	68	40	333

Fonte: Elaboração própria

A análise dos dados é bastante surpreendente, pois mostra que as distintas perspectivas não se traduziram em votos díspares nas principais regulações da agência. Ao contrário, a esmagadora maioria das votações ocorreu por unanimidade. Curiosamente, a maior divergência verificada não se dá no contexto da oposição entre

[138] Em realidade, a penúltima coluna da tabela traz dados até janeiro de 2015, quando se encerrou o mandato de André Longo, diretor-presidente do período.

sanitaristas e liberais, mas sim por parte da representante dos consumidores em relação aos outros diretores da agência. Mas mesmo assim a divergência é residual. Na primeira gestão, Maria Stella Gregori, oriunda do Procon-SP, não chegou a divergir nem em 5% das votações. O período seguinte, em que ela dividiu a diretoria colegiada com colegas que foram escolhidos pelo governo petista que chegava ao poder, foi o que apresentou o maior percentual de divergência, atingindo 7,5%. Depois disso, entre 2007 e 2014, o único voto divergente foi o já mencionado de Eduardo Sales na questão dos demitidos e aposentados. Os liberais alocados na Diope jamais votaram em oposição aos sanitaristas, nem quando eram majoritários nem quando eram minoritários. Em realidade, é possível afirmar que o caso desviante nas votações na ANS não diz respeito aos grupos políticos, mas à própria pessoa da Maria Stella Gregori.

Em que pese a já verificada migração de indivíduos do setor privado para postos de direção na ANS, a análise do padrão de votos relativiza o fenômeno da porta giratória, ao menos do ponto de vista de seus efeitos em termos de posicionamento dissonante dos indivíduos liberais ou oriundos do mercado perante as principais decisões da agência. Mesmo se considerarmos a possibilidade de *logrolling*, ou seja, acordos prévios entre os dirigentes de correntes distintas de modo que cada grupo possa aprovar ao menos parte de sua agenda, é preciso observar que esses compromissos não tiveram o condão de alterar o direcionamento mais geral da agência. Esses elementos evidenciam que a regulação assistencial incremental avançou a partir de um forte consenso entre os diversos grupos. Cabe explicarmos, assim, quais fatores podem ter contribuído para a não inflexão liberal e para forjar esse consenso estrutural na agência.

7.1 Obstáculos a uma inflexão liberal

Comecemos explicando os fatores que dificultam que uma agenda liberal clara e unificada se imponha na agência. O primeiro elemento, que diz respeito a mais uma faceta da especificidade do setor, é a heterogeneidade do mercado. Em que pese haver interesses comuns que podem favorecer o empresariado como um todo, a variação de formatos institucionais das operadoras de planos de saúde que observamos anteriormente envolve também interesses distintos dentro do setor, a depender do nicho explorado, da forma de organização ou controle da rede de serviços e do próprio modo de atuação no mercado. Conforme exemplifica um entrevistado com passagem na ANS e especializado em

regulação econômica, o setor é composto por "um conjunto de empresas que não tem uma linha única. E assim, o fim do reajuste não é uma unanimidade no setor. Até porque beneficiaria muito mais uma Amil do que, por exemplo, o Bradesco. E certamente não beneficiaria a Qualicorp" (entrevista ao autor).

Um funcionário da ANS com passagem em outro setor regulado reafirma essa característica da saúde suplementar, chamando a atenção justamente para o contraste entre a menor uniformidade de interesses do lado do mercado em relação aos beneficiários:

> Agora, o que é interessante, é muito interessante, isso é realmente uma coisa bastante peculiar no setor é que, quando você fala de prestadores, você fala assim: Vou negociar determinado aspecto regulatório com os prestadores, estou pensando em fazer isso e tal. Você nunca encontra um nível de consenso muito forte entre eles, seja operadora, seja prestador. Talvez os beneficiários, eles ainda tenham um conjunto de posições assim mais homogêneas (entrevista ao autor).

Verifica-se, assim, mais um elemento a reforçar o caráter caleidoscópico dos interesses presentes no setor, concorrendo para dificultar o consenso no mercado e a possibilidade de concepção de uma agenda privada consolidada que pudesse influenciar mais fortemente a ANS. Tendo em vista esse pano de fundo, e pensando nos indicados pelo empresariado que serviram como diretores na agência, observamos que nunca houve um bloco consistente de representantes de algum segmento específico do mercado. A Amil sempre teve um indicado na ANS, mas restrito à Diope. Os diretores-presidentes oriundos do mercado, por sua vez, sempre provinham de outros segmentos, como administradora de benefício ou prestadores de serviços, como atualmente. Agregue-se a isso o fato de o campo liberal também ser composto por indivíduos oriundos do governo, ampliando o leque de heterogeneidade.

Esse desacordo no mercado atua como inibidor de uma ação mais concertada no âmbito da agência. Tratando da ausência do consenso do mercado sobre algumas políticas públicas específicas, um ex-diretor da agência simula o raciocínio de um mandatário da agência diante da possibilidade de implementar uma agenda de corte liberal, mas benéfica a apenas uma fração do mercado:

> Por que eu vou me desgastar com uma coisa que eu vou desagradar todo o status quo político, eu vou desagradar o meu servidor, eu vou desagradar os sanitaristas, eu vou desagradar os consumeristas, né, eu vou desagradar o presidente da

> República e o ministro? E do outro lado eu vou agradar um dos atores ou dois dos atores? Você fala: pô, eu não vou entrar nessa (entrevista ao autor).

Outro fator extremamente forte, de cunho institucional, a bloquear iniciativas mais liberalizantes na ANS é sua burocracia sanitarista. Embora tardiamente, a agência logrou consolidar seu corpo profissional ao longo do tempo. Os concursos públicos realizados, oferecendo altos salários e exigindo uma grande *expertise*, forjaram um quadro técnico altamente qualificado e fomentaram o *esprit de corps* na ANS. Conforme explicou uma funcionária da agência,

> Ali as pessoas vestem a camisa mesmo. Porque, primeiro, querem garantir o seu emprego, tá? Garantir uma boa ocupação, um conforto ali dentro. E depois porque existe a crença de que a agência desempenha uma importante função na sociedade [...]. O salário é bom, eu tenho boas condições de trabalho aqui, eu sou reconhecida na sociedade pelo que eu faço, porque o meu trabalho é importante (entrevista ao autor).

A crescente institucionalização da ANS enquanto burocracia pública pode ser vista na tabela abaixo. É possível identificar uma consolidação dos funcionários da agência conectados à elite do setor, bem como o aumento contínuo da proporção de concursados, que, aliás, passaram a ocupar cargos cada vez mais importantes na ANS – a ponto, como vimos, de alcançar postos de diretoria a partir de 2014. A tabela mostra essa evolução a partir do número e proporção de funcionários da ANS na rede e da quantidade de concursados.

Tabela 7: Dados sobre funcionários da ANS nas redes da elite do setor

	2000-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	2013-2014
Nº de funcionário da ANS	15	39	45	40	29
Proporção na rede	13%	30%	33%	28%	20%
Nº de concursados	0	7	14	14	13
Proporção de concursados	0%	18%	31%	35%	45%

Fonte: Elaboração Própria

Esses elementos são corroborados pela pesquisa de Bersch, Praça e Taylor (2013), que analisaram a autonomia e a capacidade de 95 órgãos da burocracia federal, como ministérios, institutos, fundações e agências reguladoras. Os autores identificaram 29 órgãos com alta capacidade técnica e autonomia política – dentre eles, as chamadas "ilhas

de excelência", como o Ministério da Fazenda, o Banco Central e o Ministério das Relações Exteriores, que apresentam altas taxas dessas duas variáveis. A ANS aparece dentre esses órgãos, destacando-se mais pela capacidade que pela autonomia.

Uma burocracia forte certamente tem maior capacidade de negociação e barganha, reduzindo o espectro de ações possíveis levadas a cabo pelos dirigentes máximos de uma instituição. Cabe inquirir apenas para que lado penderá a burocracia. Ou, no linguajar dos estudos organizacionais ou sobre a burocracia, qual seria sua missão. Nas palavras de Wilson (1989, p. 95), "When an organization has a culture that is widely shared and warmly endorsed by operators and managers alike, we say the organization has a sense of *mission*" (grifo do autor). No caso da ANS, o direcionamento mais geral foi para o campo sanitarista, conforme atestam entrevistados dos dois campos da disputa e do que dá prova uma recente ação no âmbito da diretoria colegiada.

Com os primeiros concursos públicos em 2005 e 2007, a ANS trocou a totalidade de seu quadro técnico, que hoje acumula mais de dez anos de experiência. Como a agência era dominada no período por sanitaristas, liderados por Fausto dos Santos, a formação dos novos servidores seguiu essa linha. Como reconheceu um alto funcionário ligado ao grupo sanitarista da agência, "O processo de formação tinha muito SUS, relação público-privado, fizemos uma certa catequese, né, nesse processo (entrevista ao autor)". Esse momento fundante é particularmente relevante, pois permite que a burocracia seja moldada de forma mais fácil, a despeito de outros fatores. Wilson (1989, p. 96) reflete de forma certeira sobre esse ponto:

> But sometimes an organization is endowed with a sense of mission despite ambiguous goals, personal predispositions, group pressures, and situational imperatives. This usually occurs during the formative experience of the organization, an experience shaped and interpreted by a founder who imposes his or her will on the first generation of operators in a way that profoundly affects succeeding generations.

Essa característica da institucionalidade da ANS também foi confirmada pelo grupo mais liberal. Um representante dessa ala afirmou que a seleção na agência priorizou o conhecimento técnico sanitarista, em detrimento de outras disciplinas, como economia e ciência política, que poderiam tornar a regulação mais "equilibrada". O entrevistado ainda ressaltou que a Diope conseguiu atrair pessoas com maior racionalidade econômica, tornando-a menos sanitarista (entrevista ao autor).

Ambos os entrevistados identificam as consequências desse processo para o jogo político interno da agência. Conforme aponta o sanitarista:

> O fato de você ter trocado 100% dos servidores entre 2005 e 2007 gerou uma, digamos, uma estabilidade, uma estabilização que é difícil de romper, entendeu? Para ir para lá e fazer isso [introduzir agenda liberalizante], o cara tem que ser bom, conseguir enfrentar. Primeiro, precisa ter uma agenda e, segundo, precisa ter capacidade de enfrentamento para poder reverter ou superar as dificuldades colocadas pelos próprios funcionários da casa (entrevista ao autor).

Ao menos dois ex-diretores de viés liberal reconheceram a dificuldade de fazer avançar questões mais liberalizantes na ANS. Um deles explanou esse fato, narrando que

> Tudo que você faz que não se coaduna com uma visão consumerista e sanitarista vai ter uma resistência muito grande do servidor interno que vai ver aquilo como uma sacanagem. Você está ali fazendo sacanagem porque você foi indicado por não sei quem. [...] Existe uma visão institucional de protecionismo" (entrevista ao autor).

O entrevistado ainda arrematou vaticinando que "um governo liberal hoje teria muita dificuldade na ANS" (entrevista ao autor).

Um acontecimento recente e inédito na agência ajuda-nos a verificar e compreender o peso desse fator institucional. Como vimos, a diretoria colegiada até o fim de 2016 era composta por duas sanitaristas que estão na agência desde o início, dois representantes do mercado e uma quinta servidora concursada, mas que havia sido apoiada pelo senador Eunício Oliveira, do PMDB, partido que está por trás das indicações mais ligadas ao empresariado. Havia dúvidas, assim, para que lado penderia a ANS. A incerteza foi sanada durante a 445ª reunião da diretoria colegiada, ocorrida em 01/06/2016[139]. Já com a renúncia do diretor da Diope, Simone Freire, servidora ligada ao senador peemedebista, compôs com as outras duas diretoras sanitaristas, provocando um movimento de realinhamento e alterando a geopolítica da agência. Contra o voto isolado do diretor-presidente, José Carlos Abrahão, as três diretoras o destituíram da diretoria mais poderosa da agência, a Dipro, designando-o para a Diges. Com a troca, Karla Coelho assumiu a Dipro. Destaque-se ainda que, em sua justificativa, a diretora Martha Oliveira trouxe à baila sua condição de servidora da agência e argumentou que o diretor-presidente ocupar a Diges é uma velha demanda dos funcionários.

[139] Desde abril de 2016, a ANS passou a transmitir ao vivo pelo *YouTube* as reuniões da diretoria colegiada. A reunião mencionada pode ser vista aqui: https://www.youtube.com/watch?v=GyYtSNf7Eik. A ata da reunião pode ser acessada em: http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Atas_da_diretoria/ata_445.pdf

Não resta dúvida, portanto, que a burocracia sanitarista da ANS, especialmente ao ocupar os postos mais altos da agência, serve como contrapeso a quaisquer iniciativas liberais na agência. Cabe observar, apenas, que esse processo no interior da agência, embora lento, é dinâmico. Um ex-diretor da agência, crítico à visão sanitarista dos servidores, afirmou que fez gestões para que o último concurso fosse mais diversificado nas disciplinas (entrevista ao autor).

Outros dois elementos relevantes, também de ordem institucional, são o mecanismo de *positive feedback* e o já discutido caráter microrregulatório da agência. O primeiro ponto está diretamente ligado à noção de *path dependence*, cara aos autores neoinstitucionalistas, para os quais é importante atentar não apenas para a maneira como o jogo político impacta as políticas públicas, mas também para o fato de que as políticas públicas, uma vez implementadas, condicionam os processos políticos e a própria trajetória da política pública a partir de sua constituição inicial. Assim, uma política iniciada em certa época tomará determinado rumo, sendo possível que, num momento posterior, ao se querer alterar essa política, apenas alguns caminhos estarão à disposição – esse é o significado do conceito de *path dependence*. Nesse modelo, haveria, portanto, uma tendência continuísta das políticas públicas, reforçada por diversos mecanismos, entre eles o *positive feedback*. Ao explicar seus efeitos, Pierson (2004, p. 21) afirma que "This is because the relative benefits of the current activity compared with once-possible option increases over time. To put it in a different way, the costs of switching to some previously plausible alternative rise". No caso da ANS, é importante retroceder até 1998, época da regulamentação do setor, para compreender como funciona esse mecanismo. Diversas medidas de proteção ao consumidor introduzidas pela Lei dos Planos de Saúde, como o reajuste e a vedação à rescisão unilateral nos contratos individuais, estão consolidadas e são defendidas por diversos grupos na sociedade e no governo. Nesse sentido, torna-se cada vez mais difícil e custoso, do ponto de vista político, tomar medidas que retirem ou reduzam essas garantias. De modo específico, um ex-diretor da agência de viés mais liberal afirmou que, embora considere disfuncional a manutenção do controle de reajustes nos planos individuais, seria muito difícil retroagir nessa questão, agora que se tornou uma proteção ao consumidor (entrevista ao autor).

Em relação à microrregulação na ANS, que também tem raiz no arcabouço regulatório de 1998, vale pontuar, como vimos anteriormente, que a agência não tem atribuição para regular uma série de questões, uma vez que a lei que regulamentou o setor

já pormenorizou as principais proteções ao consumidor. Assim, questões centrais que o empresariado gostaria de ver modificadas permanecem fora da alçada da ANS. Um ex-diretor da agência, ao comentar os objetivos últimos do empresariado na saúde suplementar, explicou que "O interesse do setor está na 'subsegmentação', que é o que poderia fazer com que eles expandissem, naturalmente calcada em algum nível de subsídios do governo" (entrevista ao autor). Como vimos anteriormente, a segmentação permitida já está prevista em lei. Ou seja, a demanda central do setor regulado, seja no caso da segmentação, seja na questão dos subsídios, não encontra eco ou respaldo legal na agência. Não à toa, diversas reivindicações do mercado são direcionadas ao Congresso Nacional ou ao que poderíamos chamar de Executivo central, integrado pela presidência da República e os ministérios.

Por fim, vale analisar com alguma atenção e cautela o papel da política. O elemento político explicativo mais óbvio a se notar numa eventual mudança de rumo da ANS seriam justamente as indicações políticas à diretoria colegiada. Como isso não ocorreu, os fatores institucionais e setoriais acima arrolados parecem explicar suficientemente, à primeira vista, os embaraços para uma inflexão liberal na agência. Mas outros elementos políticos, como o clima político, a mídia e a trajetória profissional, parecem concorrer para dissuadir alterações de monta no curso da agência.

Em primeiro lugar, o clima político no governo não favorecia mudanças de cunho mais liberal. Como a ANS segue uma toada incremental, talvez apenas um choque externo, vindo do Executivo ou do Legislativo, pudesse fazer a agência mudar suas políticas. E, apesar dos conflitos internos, era improvável que a coalizão governamental liderada pelo PT desde 2003 provocasse a ANS nesse sentido. Tanto é que apenas recentemente, com a troca do governo Dilma Rousseff, em 2016, forjou-se um movimento, capitaneado pelo novo ministro da Saúde, Ricardo Barros, para tentar convencer a agência, como vimos, a flexibilizar as regras de cobertura do rol de procedimentos. A mídia também parece confluir com o clima político, como apontam diversos entrevistados, ao citar matérias críticas de O Globo[140] ou artigos de professores, como Ligia Bahia e Mario Scheffer. Um ex-diretor de viés mais liberal resume bem esse ponto:

[140] Pela estar localizado na mesma cidade que a ANS, o Rio de Janeiro, o jornal O Globo faz um acompanhamento muito mais sistemático da política do setor do que outros, tornando-se o veículo mais influente.

> Assim, eu acho que é sempre mais fácil, do ponto de vista de discutir com a mídia, de discutir com os políticos, você fazer uma política pró-consumerista do que fazer uma política de liberalização. [...] Eu não acho que tenha tido uma inflexão. [...] Eu acho que não tinha clima político talvez [...]. Eu acho que não tinha, quem entrou, no caso do Mauricio, sofreu na entrada, muita porrada, né? Tomou muita porrada dos sanitaristas, quase que uma porrada preventiva pro cara não fazer nada de diferente (entrevista ao autor).

Essa última questão assinalada pelo entrevistado, referente à trajetória de Mauricio Ceschin, que presidiu a agência entre 2010 e 2012, é particularmente interessante e merece maior desenvolvimento. Diversos atores do setor apontaram para esse fato contraintuitivo de a origem no mercado poder ter um peso negativo e contraproducente, na perspectiva de quem espera a implementação de medidas liberais. Nesse sentido, as indicações políticas teriam, sim, um peso, mas contrário ao esperado. Conforme relatou um alto dirigente sanitarista,

> na verdade, assim, né, eu sempre, já conversei isso com vários diretores de empresas, essa coisa de você colocar um operador do mercado diretamente é uma bobagem, né, porque você gera suspeição sobre todos os atos do indivíduo e não é por ali que ele consegue. Tanto que na época do Mauricio Ceschin [...] saiu essa regra, por exemplo, do tempo de atendimento, que eles têm um verdadeiro pavor (entrevista ao autor).

A burocracia sanitarista da ANS vem a reforçar esse mecanismo da trajetória profissional, o que é notado por outra servidora com passagem pela agência, que compartilha a mesma opinião sobre Mauricio Ceschin: "Eu tenho impressão que para não ficar sob suspeição, ele fez um mandato totalmente consumerista. Totalmente. *Senão ele não se sustentava lá dentro, entendeu?*" (grifo nosso). Ao vaticinar que a gestão do atual diretor-presidente, José Carlos Abrahão, seguirá o mesmo padrão de não inflexão, a entrevistada acrescenta, no entanto, que ela deverá ser mais tímida, posto que "ele não está conseguindo juntar internamente" (entrevista ao autor). Essa fala sobre a dificuldade de acomodar distintos interesses dentro da ANS revelou-se premonitória, posto que sua entrevista antecedeu o movimento interno da agência para destituir Abrahão da Dipro.

A entrevista dessa funcionária ainda traz um elemento interessante a ser explorado em futuras pesquisas. De acordo com ela, a gestão mais "tímida" de Abrahão terá como causa não apenas a burocracia sanitarista, mas também o fato de que ele "tem uma influência política maior, ele tem muitos apoios políticos importantes" (entrevista ao autor). Com essa colocação, a entrevistada quis expressar que o atual diretor-presidente da ANS tem muitos *stakeholders* a quem reportar, de modo que sua liberdade de ação na agência ficaria comprometida.

7.2 O caráter consensual da ANS

Tendo passado em revista os fatores que contribuíram para obstaculizar inflexões liberais no âmbito da ANS, vale discutir, brevemente, três elementos institucionais que explicam o caráter uníssono da atuação da agência. Isso é importante, pois não apenas a ANS não alterou seu rumo, como, mesmo antes disso, os liberais, quando eram minoritários, compuseram com os sanitaristas. Em parte, isso tem a ver com outra faceta da microrregulação. As amarras à atuação mais abrangente da ANS não se dão apenas em questões que beneficiariam o empresariado, mas também em aspectos que privilegiariam os consumidores, impondo uma regulação geral num nível muito microscópico. No campo sanitarista, essa questão aparece travestida como uma crítica ao traço tecnocrático da ANS. Em linha similar à de Menicucci (2007), Ocké-Reis (2012, p. 117) questiona a atuação da agência, ao afirmar que

> "[...] embora se saiba a importância de se utilizarem conhecimentos científicos, técnicos e informacionais como base para a aplicação de políticas voltadas à regulação, o viés pragmatista acabaria por enfraquecer a capacidade regulatória da Agência de exercer seus princípios normativos".

No entanto, o próprio autor reconhece que as possibilidades de mudança no setor, com um "projeto sistêmico e democrático", esbarram no caráter microrregulatório da agência: "Contudo, para ganhar densidade política e se materializar na prática, tal projeto deve prever mudanças na Constituição de modo a alterar o modelo regulatório visando à integração dos sistemas público e privado de saúde" (Ocké-Reis, 2012, p. 118).

O arco estreito de decisões possíveis acaba por funcionar, assim, como um estímulo ao compromisso. Essa característica aparece na fala de um ex-diretor vinculado aos sanitaristas, que critica a inexistência de um poder de outorga na agência que a permitisse definir de forma estrutural a atuação do setor privado na saúde brasileira: "Você fica prisioneiro do consenso. Por quê? Porque nós seguimos, exatamente, esse vício de origem, essa Constituição, essa norma constitucional, que a meu ver, é um pouco manca" (entrevista ao autor).

Combinado a esse caráter microrregulatório, está incorporada na missão institucional da agência a ideia de que a regulação deve ser mediada e equilibrada entre os diversos atores do setor. Tal entendimento foi introduzido desde o nascedouro da ANS e pode ser notado numa fala do ministro Serra em 2001 num simpósio sobre saúde suplementar realizado no Senado Federal:

> A Agência Nacional de Saúde não é uma agência dos consumidores. Ela cuida do conjunto do setor. Ela tem que tornar o conjunto do setor viável, o que significa também defender os direitos dos consumidores. Mas ela tem que cuidar do conjunto. Isso também gera incompreensão quando não se unem entidades de defesa do consumidor, que vêem nela uma concorrência, ou exigem que ela se comporte como se fosse um Procon de determinado estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

As entrevistas explicitam que, dos primeiros diretores até os funcionários atuais, há uma clareza sobre esse caráter moderador da ANS. Uma funcionária que permaneceu por diversos anos na agência afirma que

> Na verdade, na verdade, essa é a grande diferença entre órgão de defesa do consumidor e a agência. Porque a agência tem uma percepção também que o mercado tem que sobreviver. Então o mercado também não pode só ser entubado, entubado goela abaixo de tudo. Porque ele um custo (entrevista ao autor).

Assim, a ANS concilia o *éthos* sanitarista com a visão de que o mercado de saúde suplementar deve prosperar. Isso explica, por exemplo, o fato de um dos ex-diretores sanitaristas, responsáveis por implementar a pauta de regulação assistencial na agência, defender que os planos coletivos não tenham os reajustes definidos pela ANS, reivindicação básica de diversas entidades de defesa dos consumidores e, inclusive, de lideranças sanitaristas (entrevista ao autor)[141]. Essa concepção de regulação mediada aproxima os distintos polos na agência e também favorece o consenso.

Por fim, o terceiro fator institucional tendente a harmonizar as decisões diz respeito ao desenho institucional da agência. Inicialmente, o próprio fato de a ANS deliberar de forma colegiada já induz a negociação e a busca de consenso entre as partes. No entanto, a ANS tem uma peculiaridade em relação a diversas outras agências reguladoras, que acaba reforçando esse efeito. Trata-se da extrema fragmentação entre as diretorias. O insulamento das diretorias deve-se ao processo de designação dos diretores para diretorias específicas. Por esse mecanismo, o diretor na ANS não tem apenas um cargo político, tornando-se também o responsável técnico por sua área. A agência estruturou-se, assim, de forma extremamente fragmentada, com cada diretoria voltada ao cumprimento de suas próprias tarefas sem uma plena integração ou articulação com os demais setores. Outras agências, como a Aneel, optaram pelo formato de superintendências. Segundo esse modelo, os diretores ficam responsáveis por

[141] Essa postura do dirigente sanitarista tem o sentido daquilo que Lindblom (1982) denominou de "retrospective punishment", mecanismo mediante o qual os formuladores de políticas públicas, antecipando reduções de investimento por parte do empresariado, vetam certas decisões que afetariam o "mercado".

supervisionar todas as áreas da agência, como um conselho, enquanto os superintendentes, que podem ser servidores da agência, atuam como os diretores na ANS, cuidando de questões operacionais de áreas específicas[142].

A tabela abaixo ratifica esse cenário, trazendo informações sobre o grau de conectividade entre os diretores da agência. A densidade, em análise de redes, mede justamente a proporção existente dentre todas as conexões possíveis. De acordo com Hanneman e Riddle (2005, p. 99), "The density of a network may give us insights into such phenomena as the speed at which information diffuses among the nodes [...]". Assim, trata-se de um bom indicador da coesão ou fragmentação existente entre os diretores.

Tabela 8 - Densidade da diretoria colegiada da ANS por período

	2000-2003			2004-2006			2007-2009			2010-2012			2013-2014		
Categoria	Nós	Relações	Densidade	Nós	Relações	Densidade	Nós	Relações	Densidade	Nós	Relações	Densidade	Nós	Relações	Densidade
Diretoria ANS	5	7	0,7	5	3	0,3	5	6	0,6	4	3	0,5	3	1	0,3

Fonte: Elaboração própria

Como se pode notar, há uma integração relativamente alta no primeiro período da rede, quando os cinco diretores estabelecem entre si 70% das relações possíveis, o que faz sentido, se levarmos em conta o papel destacado de Serra na escolha da diretoria. No entanto, após essa gestão, há uma grande flutuação na conectividade, com períodos em que a proporção de laços existentes desce a apenas 30%. Tendo em vista que são, no máximo, cinco diretores por período, não seria demasiado esperar que todos ou a maioria deles aparecessem conectados uns os outros. No entanto, a média da densidade na diretoria da agência ao longo de sua história é menor que 50%. Essa informação sugere-nos que realmente não há uma grande integração entre as diretorias da ANS[143].

Uma das consequências relevantes desse processo é a especialização e a decorrente assimetria de informação entre os diretores da ANS. Quando uma pauta é levada à diretoria colegiada, ela já foi exaustivamente analisada pelas áreas técnica e jurídica de cada diretoria. Nas palavras de um funcionário da agência, o parecer de um diretor em relação a determinado tema acaba constituindo-se a "manifestação do diretor técnico da área", tornando-se mais difícil para outro diretor barrar a proposta (entrevista

[142] Um grande número de entrevistados defendeu a introdução desse arranjo institucional na ANS. Nas palavras de um funcionário da agência, com esse modelo, "você diminui esses problemas de descontinuidade de ações [decorrentes da vacância de diretoria], você favorece mais o diálogo e todo mundo fica poderoso, né, porque todo mundo dá palpite em todos os assuntos" (entrevista ao autor).

[143] Vale esclarecer que, evidentemente, todos os diretores da agência se conhecem. No entanto, as redes de relações apontam justamente para os vínculos construídos de forma mais consistente.

ao autor). Esse modelo institucional também estimula uma maior congruência nas decisões da agência[144].

Esses três fatores acima ajudam a explicar a convergência nos votos dos diretores, mas não nos oferecem indícios específicos sobre por que a regulação assistencial, pró-consumidor, também foi encampada e até mesmo aprofundada pelos liberais. Assim, vale apenas acrescentar que, dentro da margem de ação possível da ANS, os próprios liberais concordavam que havia lacunas graves nesse aspecto que deveriam ser corrigidas. Como bem destacou um dirigente liberal, após elencar as dificuldades para a introdução de uma agenda mais liberal durante a gestão de Ceschin:

> Mas o fato é que ele também tinha uma agenda interessante do ponto de vista de avanço da regulação no sentido de proteção do consumidor, que não era uma coisa maluca, era uma coisa justa. Vamos colocar essa coisa do tempo de atendimento como o marco disso, que era meritório e que de certa forma tinha que ser feito mesmo. Existia abuso mesmo (entrevista ao autor).

A gestão Ceschin, aliás, é particularmente elucidativa para se entender essa dinâmica do funcionamento da ANS, pois diversas matérias foram destravadas sob essa mesma lógica de se corrigir falhas regulatórias pendentes. Uma questão que é particularmente cara tanto aos sanitaristas como aos consumeristas, é o ressarcimento ao SUS, que estava praticamente paralisado na agência desde seu início. Boa parte das críticas de captura na ANS dizia respeito à sua inação nesse aspecto. Foi justamente na gestão Ceschin que esse problema começa a ser equacionado. Por certo, diversos fatores ao longo do tempo impactaram nesse desfecho, entre os quais destacamos a pressão do TCU. De todo modo, esse episódio nos dá pistas de que parte das críticas sobre a conduta da ANS deve ser atribuída menos à captura e mais à incompetência, às limitações legais e burocráticas e à falta de priorização politica.

[144] Vale especular sobre possíveis consequências de uma alteração do modelo institucional da ANS para o da Aneel. No tocante à estrutura interna, a burocracia seria fortalecida face àqueles com mandato, uma vez que os superintendentes ficariam responsáveis pelas áreas técnicas. Em relação à influência de atores externos via diretores, é interessante observar dois aspectos. Por um lado, os diretores perderiam atribuições técnicas, de modo que as áreas ficariam mais protegidas ou insuladas. Por outro, todos os diretores teriam maior capacidade de vocalização sobre todos os temas, de modo que a agência como um todo poderia ficar mais permeável a interesses externos.

7.3 Executivo, Legislativo, Judiciário, fortalecimento empresarial e influência

À guisa de conclusão, é importante tecer alguns comentários sobre influência, empresariado e outras arenas políticas na saúde suplementar. Observamos que a ANS implementou uma regulação assistencial incremental ao longo do tempo, sendo que aos distintos diretores-presidentes da agência coube apenas o controle do ritmo desse processo. Embora de caráter microrregulatório, essa regulação impôs custos marginais crescentes ao empresariado.

À ação da agência soma-se o relevante papel do Poder Judiciário no setor. O protagonismo do Poder Judiciário advém da própria especificidade da saúde suplementar, que é vista, a depender da posição ocupada pelo observador, ora como mercadoria, ora como direito social. O Judiciário, invariavelmente, interpreta o setor segundo a lógica constitucional de direitos e ignora o arcabouço regulatório definido pela lei que regulamentou o setor e pela própria agência, dando recorrentes ganhos de causa ao consumidor contra as operadoras de planos de saúde. Essa característica do setor conformou, assim, o jogo político na saúde suplementar, introduzindo na disputa o Poder Judiciário, que também concorre para impor forte ônus às empresas.

Nesse cenário, uma estratégia bastante plausível para o empresariado seria incidir sobre o Judiciário e sobre a ANS. No caso dos tribunais, já há iniciativas do setor regulado nesse sentido. Vimos que a ANS tem fomentado a criação de núcleos pelo país para mediar a relação entre operadoras e consumidores. Quando da constituição do primeiro núcleo, no Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP), em 2015, foi anunciado que entidades representativas dos planos de saúde bancariam a instalação e o funcionamento dessas câmaras de mediação. Instituições de defesa do consumidor e de médicos mostraram-se preocupadas também com a possibilidade de esses núcleos serem formados por especialistas e advogados das próprias empresas, o que caracterizaria uma interferência no Poder Judiciário[145].

Do mesmo modo, observamos que o empresariado, ao longo do tempo, intensificou suas conexões com a diretoria colegiada da agência e, manejando de forma estratégica os acessos crescentes na coalizão governamental, aumentou a ocupação de

[145] A matéria ainda informa que a sala onde funcionaria o núcleo no TJ-SP foi reformada pela Abramge e pela Fenasaúde: http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/05/1628272-planos-vao-financiar-camara-para-mediar-acoes-de-saude-no-tj.shtml

postos no âmbito da ANS. De fato, o empresariado foi capaz de expandir seus vínculos com a agência para além da alta cúpula da diretoria colegiada. A tabela abaixo, que apresenta dados sobre os vínculos de funcionários da agência com o empresariado, por diretoria[146], revela que as conexões do mercado ocorrem também num círculo mais expandido de poder, com funcionários da elite da agência, que ocupam posições de destaque dentro da ANS.

Tabela 9 - Vínculos de funcionários da ANS com empresariado por diretoria e por período

	2000-2003		2004-2006		2007-2009		2010-2012		2013-2014	
Diretoria	**Relações**	**%**	**Relações**	**%**	**Relações**	**%**	**Relações**	**%**	**Relações**	**%**
Diope	1	50%	6	75%	7	33%	7	30%	9	31%
Dipro	1	50%	0	0%	4	19%	3	13%	8	28%
Difis	0	0%	0	0%	3	14%	2	9%	3	10%
Dides	0	0%	0	0%	2	10%	9	39%	1	3%
Diges	0	0%	0	0%	0	0%	1	4%	3	10%
Outros	0	0%	2	25%	5	24%	1	4%	5	17%
Total	2	100%	8	100%	21	100%	23	100%	29	100%

Fonte: Elaboração própria

Como se pode verificar na tabela, é crescente no tempo o número de vínculos estabelecidos com funcionários da agência, especialmente a partir do período 2007-2009[147]. E, conforme esperado, a Diope constitui-se no principal canal de intermediação com a ANS para o empresariado também no caso dos escalões inferiores da agência. Excetuando-se o período entre 2010 e 2012, em que a Dides está à frente, a Diope aparece como a diretoria com mais conexões com o setor privado por meio dos funcionários da agência.

Tendo em vista a intensa vinculação entre os setores público e privado, entendemos pertinente realizar uma abordagem mais abrangente do fenômeno, observando também a migração entre os dois campos. A tabela abaixo traz a informação sobre porta giratória para os 146 indivíduos da rede[148].

[146] A categoria "Outros" indica que o funcionário não pertence a nenhuma diretoria, podendo estar ligado, por exemplo, à secretaria geral ou ao gabinete, ambos vinculados à presidência da agência.

[147] É importante esclarecer que a tabela traz informações sobre vínculos entre funcionários da ANS e empresários. Assim, o número de vínculos é, em geral, maior que o número de funcionários. A título de exemplo, os sete vínculos oriundos da Diope no período 2007-2009 dizem respeito a cinco funcionários dessa diretoria.

[148] O foco de nossa análise do fenômeno da porta giratória está na transitividade, ou seja, na observação das migrações existentes entre períodos. Assim, se uma pessoa transita do setor privado para o público entre o período 2004-2006 e o período 2007-2009, ela não será contabilizada novamente na passagem subsequente, de 2007-2009 para 2010-2012, caso permaneça na nova posição. Além disso, cada célula na tabela mostra o número de indivíduos e a diretoria à qual pertenciam. Entre parênteses está indicado com a letra "D" se, do total por diretoria, algum indivíduo era diretor. Exemplificando, do período 2000-2003 para

Tabela 10 – Migração entre os setores público e privado por diretoria e por período

Direção da migração	2000-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	2013-2014
Setor privado para ANS	1 Difis	2 Diope (D) 1 Dipro	1 Diope (D)	1 Diges 1 Dides 1 Dipro (D)	1 Dipro
ANS para o setor privado		1 Dipro 1 Diope (D)	2 Diope 1 Difis (D)	1 Diope (D) 1 Dides	3 Dides 2 Dipro (D) 1 Diope 1 Diges

Fonte: Elaboração Própria

A tabela revela a existência do fenômeno da porta giratória no âmbito da ANS, com um total de 24 casos observados ao longo do tempo no interior da elite da saúde suplementar no Brasil aqui estudada. No entanto, tendo em vista o número de diretores e funcionários da ANS e empresários na rede (na maior parte do tempo, esse número passa de 80 por período), não é possível afirmar que se trate de fenômeno difundido no setor. De todo modo, alguns pontos valem ser destacados.

O fenômeno da porta giratória ocorre com maior intensidade na cúpula da ANS, na medida em que, em praticamente todos os períodos, há migração de diretores entre os setores público e privado. É interessante notar que, ao contrário do que é alardeado na mídia e entre setores da sociedade civil, o aspecto mais comum dessa migração da diretoria é que ela ocorra no sentido público para o privado. Ou seja, muitos diretores, após o término de seus mandatos, passam a trabalhar em empresas do setor regulado ou em consultorias que prestam serviços para essas empresas.

Há também uma intensificação na migração da ANS para o setor privado, tanto de diretores como de outros funcionários, na transição para o último período. São oito indivíduos da agência, sendo dois diretores, que, após 2012, passaram a trabalhar no setor privado. Dentre os seis funcionários, quatro trabalhavam na agência pelo menos desde o período 2004-2006, sendo que um era servidor concursado e abandonou essa condição. Essas informações podem ser interpretadas dentro da chave já mencionada, qual seja, a de uma intensificação nas relações entre a ANS e o setor privado, o que inclui não apenas a abertura e o estabelecimento de mais canais e mais vínculos para o exercício de

o período 2004-2006, dois indivíduos da rede da elite do setor foram da ANS para o setor privado, sendo que um era da Dipro e um da Diope. O indivíduo que deixou a Diope era diretor.

influência, mas também um maior intercâmbio de pessoas entre as esferas pública e privada.

Por fim, em relação ao papel das diretorias, não há um predomínio da Diope na origem ou destino dos funcionários e diretores que circulam entre os setores público e privado. Embora a Diope apareça com leve vantagem, com sete indivíduos, há um equilíbrio entre essa diretoria e a Dipro e a Dides, cada uma com seis indivíduos envolvidos na migração entre os dois setores. De todo modo, trata-se da única diretoria da qual, na transição entre todos os períodos, há indivíduos migrando para o setor privado. São cinco casos, sendo dois diretores e três funcionários da agência.

Os dados mostram que a permeabilidade entre agência e mercado é crescente. No entanto, em que pese uma ou outra medida, esse processo não parece ter sido capaz, até o momento, de alterar o direcionamento mais geral da ANS. Evidentemente, se essa trajetória de intermediação de interesses entre público e privado na agência prosseguir, novas composições da diretoria colegiada poderão contornar a blindagem atual. O mais provável, por ora, é que eventuais mudanças, se vierem a ocorrer, deverão se dar por meio de choques externos, como a iniciativa já mencionada do atual ministro da Saúde, Ricardo Barros.

O funcionamento da regulação na ANS parece operar, assim, segundo a lógica do modelo do "equilíbrio pontuado", de Baumgartner e Jones (1993). Partindo do "incrementalismo" de Lindblom, os autores afirmam que as políticas públicas tendem, de fato, a seguir um padrão de longa estabilidade, com mudanças mínimas e incrementais no tempo, mas acrescentam que esse equilíbrio é interrompido por momentos de rápidas e intensas mudanças. É possível, inclusive, interpretar 1998 como um desses momentos de forte transformação após um longo período de estabilidade desregulada. Um dos eixos de análise desse modelo para explicar a estabilidade e a mudança no processo político das políticas públicas é a estrutura institucional. De acordo com os autores, dadas a complexidade e a multiplicidade dos temas e a racionalidade limitadas dos indivíduos, as questões políticas são delegadas pelas autoridades a agentes governamentais em subsistemas políticos. Nas palavras de Capella (2006, p. 42), "As decisões, em muitos subsistemas, são dominadas por um número pequeno de participantes que compartilham um entendimento comum sobre uma questão e criam monopólios, limitando o acesso de novos atores e restringindo o surgimento de novas ideias". Dessa configuração é que

decorre o equilíbrio incremental, o qual só é rompido em conjunturas críticas, quando a atenção a uma questão extrapola os limites dos subsistemas e chega ao macrossistema político. No caso da ANS, a pressão do sistema político está vindo, por ora, do Executivo central, mas por meio da tentativa de "convencimento" da agência pelo ministro da Saúde. Em algum momento, no entanto, os atores se depararão com a necessidade de mudanças mais impactantes, especialmente na lei que regulamentou o setor. Resta saber, nesse caso, em que momento isso poderá ocorrer e para qual lado se inclinará a mudança. As recentes transformações legislativas, que veremos abaixo, podem nos dar pistas sobre o sentido dessa mudança.

Tratando de atores externos, e tendo em vista não apenas as dificuldades encontradas na burocracia da ANS, mas também o seu caráter microrregulatório, o caminho mais promissor para o empresariado seria a ação junto ao Executivo central e ao Poder Legislativo, ancorada no financiamento de campanhas. Nessas instâncias, de fato, foram mais visíveis a articulação e, principalmente, a influência exercida pelo empresariado. Mencionemos *en passant* algumas das medidas mais impactantes aprovadas pelo Congresso Nacional e/ou sancionadas pela presidência da República[149].

A maior parte dessas medidas, já destacadas ao longo da exposição, teve tramitação recente, convergindo com o período de intensificação da permeabilidade com a ANS e com o crescimento das doações de campanha. A primeira foi a MP nº 619/2013, convertida na Lei nº 12.873/2013, que concedia benefícios econômicos ao setor estimados em R$ 4 bilhões por meio da redução de 80% na base de cálculo do Programa de Integração Social (PIS) e da Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS)[150]. Outra medida foi a MP nº 627/2013, que teve a inclusão de uma emenda que perdoava R$ 2 bilhões em multa. Essa matéria, no entanto, foi vetada pela presidência da República. Por fim, destaque-se a sanção presidencial da MP nº 656/2014, inclusive com a emenda que permitiu a participação do capital estrangeiro na assistência à saúde. Essa última medida parece ter surtido rápido efeito, pois, segundo se noticia, as fusões de hospitais podem movimentar R$ 5 bilhões em 2017 e 2018. Fundos estrangeiros, hospitais, como a Rede D'Or, e operadoras, como a Amil, parecem estar se preparando

[149] Solicitamos à Câmara dos Deputados, por meio do pedido nº 161222-000186 da Lei de Acesso à Informação, a relação de todos as proposições referentes a planos de saúde que foram aprovadas pelo Congresso Nacional entre 2000 e 2015. Foram enviadas 20 proposições, entre projetos de lei e medidas provisórias.

[150] http://www.apm.org.br/noticias-conteudo.aspx?id=10082

para novos investimentos[151]. Cabe destacar que todas essas proposições ocorreram durante o governo de Dilma Rousseff.

No tocante aos benefícios econômicos, além da recente lei que garantiu desonerações tributárias suplementares, destaque-se que o setor já conta com um forte arcabouço institucionalizado de incentivos econômicos. A principal forma de apoio governamental ocorre por meio de renúncia fiscal, cuja dimensão é importante evidenciar. Somados os diversos tipos de renúncia, como abatimento de despesas em saúde no Imposto de Renda e isenções fiscais a entidades filantrópicas, o valor pode ter ultrapassado R$ 25 bilhões em 2013, de acordo com estimativa de Ocké-Reis e Gama (2016). Proporcionalmente, as pessoas físicas, via dedução do Imposto de Renda, são as mais beneficiadas, respondendo por 37,8% das renúncias fiscais, equivalente a R$ 9,5 bilhões. Desse montante, os subsídios destinados a planos de saúde alcançaram o significativo valor de R$ 6,4 bilhões. Identifica-se, assim, que, para além das diversas questões regulatórias debatidas, inclusive no tocante às relações público-privado, há uma séria discussão a ser realizada sobre o financiamento da saúde no Brasil, a começar pelos subsídios públicos ao setor privado. Vale lembrar que o subsídio estatal ao setor privado é, com justeza, a principal crítica sanitarista à saúde suplementar brasileira. Afinal, enquanto o SUS segue subfinanciado, recursos públicos são canalizados para estimular o setor privado.

Conclui-se, dessa maneira, que, se por um lado não houve desvio de curso na microrregulação praticada pela ANS, em que pesem os espaços de influência angariados pelo empresariado, por outro as conexões e o financiamento realizados pelas grandes empresas parecem ter-lhes assegurado condições de crescimento, especialmente por meio de subsídios e da permissão ampliada de fusões e aquisições via mercado externo. A custos marginalmente impostos ao setor regulado pela agência, correspondeu a possibilidade de uma forte expansão propiciada pelo Executivo central e pelo Poder Legislativo. Assim, se os fatores institucionais são predominantes na explicação do papel da ANS, o jogo político externo à agência é determinante para se compreender a configuração mais ampla da regulação na saúde suplementar, em particular as oportunidades abertas à atuação empresarial. Na esfera política mais ampla, ou macrossistema, na terminologia de Baumgartner e Jones (1993), o jogo é claramente mais

[151] http://exame.abril.com.br/negocios/fusoes-de-hospitais-podem-movimentar-r-5-bilhoes-em-dois-anos/

desigual e favorável ao setor privado. Nesse sentido, resta saber se a influência empresarial conseguirá se estender, igualmente, à ANS e ao Judiciário. No caso deste último, a dificuldade é maior, não apenas por sua maior impenetrabilidade, fruto da vitaliciedade e inamovibilidade típicas das carreiras de juiz, mas pela própria fragmentação desse Poder, especialmente na primeira instância. Desse modo, as atenções devem ser voltadas, principalmente, à atuação da ANS daqui em diante.

Conclusões

Esta tese procurou analisar o jogo político e a influência no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) desde sua fundação, em 2000, até os dias de hoje. Superando a disseminada crença de que o desenho institucional das agências reguladoras as dotaria de ampla autonomia, e ancorados numa profícua literatura sobre a importância das indicações políticas aos cargos de direção das burocracias governamentais, analisamos as redes de influência que se estabeleceram na ANS ao longo do tempo. Para tanto, examinamos as nomeações aos cargos na diretoria colegiada da agência, desvendando, a partir do perfil e trajetória, bem como das coalizões de apoio aos indicados, os projetos e agendas políticas que esses atores carregavam e as alianças que formavam para implementar suas agendas. De forma a robustecer a análise, captando o papel do empresariado nessas redes de influência, fizemos uma extensiva análise do poderio das principais operadoras de planos de saúde a partir de dados de faturamento, financiamento de campanha e centralidade nas redes de relações. Dessa maneira, fomos capazes de reconstituir as principais disputas políticas na ANS ao longo de sua história.

Concomitantemente, analisamos as principais questões regulatórias que dividem os grupos políticos no setor e que emergem como desafios para a ação regulatória da ANS. A partir do contraste entre as principais regulações emitidas pela ANS e os padrões de votos dos diretores, por um lado, e as forças políticas que comandaram a agência nas diferentes gestões, pudemos inferir como as disputas de poder no âmbito da agência se traduziram em decisões políticas ao longo do tempo. Em outras palavras, identificamos em que medida as distintas forças políticas na ANS conseguir influenciar o direcionamento mais geral da agência.

Ao adotar esse percurso, distanciamo-nos de abordagens mais pluralistas que estudam o *lobby*, ou a ação política mais direta e pontual de grupos econômicos para influenciar decisões políticas. No presente trabalho, considerando as dinâmicas políticas na história da ANS, assumimos uma perspectiva de cunho mais estrutural, capaz de assimilar de forma mais sutil e completa como os diversos interesses, inclusive de grupos de pressão, são transpostos e se materializam em disputas de poder dentro da agência. Assim, o papel dos grupos de interesse não é negligenciado na análise, que consegue,

desse modo, revelar de forma mais efetiva o exercício da influência num horizonte mais largo.

Essa investigação mostrou-nos que, após a chegada ao poder do PT em 2003, a agência foi ocupada, primordialmente, por grupos políticos de viés mais sanitarista, que implementaram uma agenda de regulação assistencial mais próxima à do sistema público, com foco em prevenção e promoção da saúde. A despeito da maioria sanitarista, observou-se que, desde esse período, iniciou-se um padrão pelo qual a diretoria responsável pela regulação direta das operadoras foi ocupada por figuras ligadas ao empresariado e, particularmente, à Amil. Como mais de um partido funcionou como transmissor dos interesses desta empresa, concluímos que seu papel é ainda mais relevante do que os partidos da coalizão na nomeação de diretores na ANS.

Ao fim da década de 2000, novas nomeações alteraram radicalmente a composição da diretoria colegiada da ANS, conformando uma equipe de perfil mais liberal. Ao contrário das expectativas, no entanto, a agência não alterou seu rumo de forma substancial. Antes, seguiu e até aprofundou a toada incremental de regulação assistencial que marca sua trajetória desde que o grupo sanitarista formou maioria na ANS. Essa uniformidade na ação dos diversos grupos políticos na agência exprime-se, inclusive, no padrão de votos dos diretores, que apresenta rara divergência.

A não inflexão liberal não pode ser explicada, assim, apenas pela política, aqui entendida como a correlação de forças entre grupos políticos distintos que ocupam os cargos centrais na ANS por meio das nomeações. Assim, para compreender esse fenômeno, necessitamos recorrer a fatores institucionais e relativos à especificidade do setor e do objeto da regulação, que foram negligenciados, via de regra, pelas principais teorias da regulação. Conforme exploramos no capítulo inicial, partindo da observação das limitações dessas correntes, buscamos articular diversas variáveis para tentar compreender como interesses sociais são traduzidos institucionalmente para produzir resultados regulatórios. Isso significou ir além das abordagens exclusivamente focadas nos grupos de interesse e daquelas que se ancoravam unicamente no controle exercido por um dos Poderes sobre as agências governamentais.

De modo concreto, adotamos uma perspectiva mais abrangente que, sem tencionar oferecer um modelo analítico completo, captasse o papel de variáveis institucionais e setoriais na explicação das possibilidades de influência na ANS. Nesse sentido, elementos

como a autonomia burocrática, o arcabouço regulatório e o formato institucional das diversas empresas que atuam no setor foram integrados à análise para explicar a não inflexão liberal na agência. Assim, pudemos observar, por exemplo, como a heterogeneidade dos modelos de operadoras de saúde reduzem as perspectivas de consenso no lado do setor regulado, inibindo uma ação forte e concertada do empresariado, como a profissionalizada burocracia da ANS tem um viés sanitarista que dificulta quaisquer ensaios de introdução de uma agenda mais liberal que flexibilize as garantias dos consumidores, e como o caráter microrregulatório da agência deixa fora de seu escopo boa parte do programa que grupos liberais gostariam de ver implementado. Da mesma forma, variáveis como o estreito escopo legal da agência, seu formato institucional de fragmentação da diretoria colegiada e o *éthos* mediador da ANS concorrem para favorecer o consenso nas decisões entre sanitaristas e liberais.

Embora direcionado à influência e funcionamento da ANS, atentamos também para a maneira como outros fatores, como a conflituosidade inerente ao setor fruto das distintas visões sobre a saúde e o consequente protagonismo do Poder Judiciário, explicam a configuração mais geral do setor de saúde suplementar. Além disso, em relação à influência especificamente, procuramos mostrar também que algumas das empresas do setor têm um poder desproporcional e, se não conseguiram mudar ainda o curso regulatório da ANS, certamente vêm auferindo crescentes benefícios, seja pela histórica imbricação com o Estado que lhes garante fortes isenções fiscais, seja pelas redes de relações e financiamentos com os Poderes Executivo e Legislativo que se traduzem em medidas que fomentam e expandem o mercado de saúde suplementar, a despeito das decisões da ANS. Revelamos, ainda, como as relações entre a ANS e o empresariado têm se expandido, assim como a ocupação de diretorias por representantes do setor regulado ou por figuras de corte liberal é maior do que em períodos anteriores. Ademais, pressões externas vindas do Ministério da Saúde têm se avolumado para que a agência flexibilize suas regulações. Assim, cabe indagar por quanto tempo o direcionamento político-regulatório mais amplo da ANS conseguirá manter-se intacto.

A literatura empírica que trata do funcionamento da burocracia no Brasil ainda é escassa, especialmente no tocante às relações com o sistema político e em seu papel na produção de políticas públicas ou regulação estatal. Um dos objetivos desta tese foi justamente realizar um estudo de caso denso e detalhado que pudesse deslindar as dinâmicas e processos internos de uma burocracia pública, a ANS no caso, bem como sua

relação com o entorno, tanto outras arenas políticas, como grupos de interesse. Embora focado nessa agência, esperamos que o estudo possa ensinar também sobre o funcionamento das agências reguladoras em geral e do próprio Estado brasileiro. Como pano de fundo dessa análise, confiamos realizar contribuições teóricas no tocante à importância da política, das instituições e do setor para a compreensão mais abrangente da influência, do Estado e da regulação estatal.

Referências Bibliográficas

ABERBACH, J.; PUTNAM, R. D.; ROCKMAN, B. **Bureaucrats and Politicians in Western Democracies**. Revised ed. edition ed. Cambridge, Mass.; London: Harvard University Press, 1981.

ABRAMGE. **Portal da Abramge**. Disponível em: <http://www.abramge.com.br/>.

ALMEIDA, C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. **IPEA**, v. Texto para Discussão nº 599, 1998.

ANAB. **Portal da Anab**. Disponível em: <http://www.anab.com.br/>.

ANAHP. **Portal da Anahp**. Disponível em: <http://anahp.com.br/>.

ANAHP. **Observatório Anahp**. São Paulo: Anahp, 2016b.

ANDRADE, M. V. et al. **Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil**: Série Cooperação em Saúde Suplementar no Brasil. [s.l.] Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2015.

ANS. **Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_saude.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2017.

ANS. **Relatório de Gestão 2000 - 2003: 4 anos de ANS**. Rio de Janeiro: ANS, 2004.

ANS. **Relatório de Gestão - Janeiro de 2004 a Abril de 2010**. Rio de Janeiro: ANS, 2010.

ANS. **Relatório de Gestão 2010-2012**. Rio de Janeiro: ANS, 2012a.

ANS. **Relatório de Atividades 2012**. Rio de Janeiro: ANS, 2012b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Prestacao-de-Contas/Relatorio_de_Atividades/2012_relatorio_atividades.pdf>.

ANS. **Relatório de Gestão 2013/2014**. Rio de Janeiro: ANS, 2015.

ANS. **Portal da ANS**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/>. Acesso em: 16 nov. 2016a.

ANS. **Boletim informativo: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS**. Rio de Janeiro: [s.n.].

ANS. **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos.** Rio de Janeiro: ANS, jun. 2016c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/caderno_JUNHO_2016_total.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2016.

ARANTES, R. et al. Controles democráticos sobre a administração pública no Brasil: Legislativo, tribunais de contas, Judiciário e Ministério Público. **In: Fernando Luiz Abrucio, Maria Rita Loureiro e Regina Silvia Pacheco (org.): Burocracia e Política no Brasil: Desafios Para o Estado Democrático no Século XXI**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2010. p. 392.

BACHRACH, P.; BARATZ, M. S. Two Faces of Power. **The American Political Science Review**, v. 56, n. 4, p. 947–952, 1962.

BAHIA, L. **Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

BAIRD, M. F. **O lobby na regulação da propaganda de alimentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa**. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, 18 jun. 2012.

BAIRD, M. F. O lobby na regulação da publicidade de alimentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 57, p. 67–91, mar. 2016.

BAIRD, M. F.; FERNANDES, I. F. DE A. L. Flying in Clear Skies: Technical Arguments Influencing ANAC Regulations. **Brazilian Political Science Review**, v. 8, n. 2, p. 70–92, set. 2014.

BAUMGARTNER, F. R. et al. **Lobbying and Policy Change: Who Wins, Who Loses, and Why**. 1 edition ed. Chicago; London: University of Chicago Press, 2009.

BAUMGARTNER, F. R.; JONES, B. D. **Agendas and Instability in American Politics**. [s.l.] University of Chicago Press, 1993.

BAUMGARTNER, F. R.; LEECH, B. L. **Basic Interests: The Importance of Groups in Politics and in Political Science**. [s.l.] Princeton University Press, 1998.

BECKER, G. S. A Theory of Competition Among Pressure Groups for Political Influence. **The Quarterly Journal of Economics**, v. 98, n. 3, p. 371–400, 1983.

BERSCH, K.; PRAÇA, S.; TAYLOR, M. **State Capacity and Bureaucratic Autonomy Within National States: Mapping the Archipelago of Excellence in Brazil**. In: The Latin American Studies Association Conference. Washington D.C.: 29 maio 2013Disponível em: <http://www.asmetro.org.br/portal/attachments/article/1140/bersch-praca-taylor-state-capacity-and-autonomy-may-1_lasa.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2017

BID. **A política das políticas públicas: progresso econômico e social na América Latina: relatório 2006**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

BONIS, D. **Os limites do desenho institucional: uma investigação empírica dos mecanismos da influência presidencial sobre as agências reguladoras independentes no Governo Federal brasileiro**. Tese de doutorado. Fundação Getulio Vargas (FGV) - SP, 2016.

BORGATTI, S. P.; EVERETT, M. G.; FREEMAN, L. C. **Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis**. Harvard, MA: Harvard, MA: Analytic Technologies, 2002.

BORGATTI, S. P.; EVERETT, M. G.; JOHNSON, J. C. **Analyzing Social Networks**. 1 edition ed. Los Angeles i.e. Thousand Oaks, Calif.; London: SAGE Publications Ltd, 2013.

BOTARO, N. **Saúde e Mercado: uma análise da atuação da ANS no fortalecimento do mercado de planos e seguros privados de saúde no Brasil.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2012.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Câmara da Reforma do Estado da Presidência da República, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>.

BRASIL. **O Conselho da Reforma do Estado**. Brasília: MARE, 1997. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno08.pdf>.

BRASIL. Lei nº 9.656. Lei dos Planos de Saúde. . 3 jun. 1998.

BRASIL. Lei nº 9.961. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. . 28 jan. 2000.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 32. Altera dispositivos dos arts. 48, 57, 61, 62, 64, 66, 84, 88 e 246 da Constituição Federal, e dá outras providências. . 11 set. 2001.

BRASIL. Resolução normativa nº 197. Institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências. . 16 jul. 2009.

BRASIL. Lei nº 13097. . 19 jan. 2015.

BRESSER PEREIRA, L. C. **Reforma do Estado para a cidadania: A reforma gerencial na perspectiva internacional**. São Paulo: Editora 34, 1998.

CABRAL, E. R. **Articulação de interesses do empresariado industrial no processo de produção da regulação ambiental: convergências e divergências**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/VCSA-874SBR>. Acesso em: 8 mar. 2017.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Regimento Interno da Câmara dos Deputados**. Brasília: Brasília: Edições Câmara, 1989.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Diário da Câmara dos Deputados. Data pesquisada: 16/10/98.**, 16 out. 1998.

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.].

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Diário da Câmara dos Deputados. Departamento de Taquigrafia, Revisão e Redação. Notas taquigráficas relativas à Reunião Ordinária da CPI - Planos de Saúde de 19/11/2003.**, 19 nov. 2003b. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/52-legislatura/cpisaude/notas/nt191103.pdf>

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. **BIB. Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, v. 61, p. 20–40, 2006.

CARPENTER, D. **The Forging of Bureaucratic Autonomy: Reputations, Networks, and Policy Innovation in Executive Agencies, 1862-1928.** Princeton, N.J: Princeton University Press, 2001.

CARPENTER, D. P. Protection without Capture: Product Approval by a Politically Responsive, Learning Regulator. **American Political Science Review**, v. 98, n. 4, p. 613–631, nov. 2004.

CARRIGAN, C.; COGLIANESE, C. The Politics of Regulation: From New Institutionalism to New Governance. **Annual Review of Political Science**, v. 14, n. 1, p. 107–129, 2011.

CMB. **Portal da CMB**. Disponível em: <http://www.cmb.org.br/>.

CNS. **Portal da CNS**. Disponível em: <http://www.cns.org.br/#inicio>.

CONASS. **Saúde suplementar**: Coleção Para Entender a Gestão do SUS, Volume 12. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_12.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2016.

COSTA, V. A dinâmica institucional da reforma do Estado: um balanço do período FHC. **In: Abrucio, Fernando e Maria Rita Loureiro (org.). O Estado numa Era de Reformas: os Anos FHC**. Brasilia: MP, Seges, 2002. p. 316.

COUTO, C. G.; ARANTES, R. B. Constituição, governo e democracia no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 61, p. 41–62, jun. 2006.

CRUZ, V. **Agências reguladoras: entre mudanças institucionais e legados políticos**. Tese de doutorado. IUPERJ, 2007.

CZAPSKI, S.; MEDICI, A. **O Cavaleiro da Saúde: a saga de Juljan Czapski, criador dos planos de saúde no Brasil**. Osasco, SP: Novo Século, 2011.

DINIZ, E.; BOSCHI, R. **Empresariado nacional e Estado no Brasil**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

DOWNS, A. **An Economic Theory of Democracy**. 1st edition ed. Princeton, N.J.: Harper and Row, 1957.

EVANS, P. B.; RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, T. (EDS.). **Bringing the State Back In**. Cambridge Cambridgeshire ; New York: Cambridge University Press, 1985.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. DE. A universalização excludente : reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **IPEA**, Planejamento e políticas públicas. - Brasília, ISSN 0103-4138, ZDB-ID 11348070. - 1990, p. 139-161. v. 3, n. Planejamento e políticas públicas, p. 139–162, 1990.

FBH. **Portal da FBH**. Disponível em: <http://fbh.com.br/>.

FENASAÚDE. **Portal da Fenasaúde**. Disponível em: <http://www.cnseg.org.br/fenasaude/a-federacao/>.

FERNÁNDEZ-I-MARÍN, X.; JORDANA, J.; BIANCULLI, A. C. Are regulatory agencies independent in practice? Evidence from board members in Spain. **Regulation & Governance**, v. 10, n. 3, p. 230–247, 2015.

FIGUEIREDO, A. C.; LIMONGI, F. D. M. P. **Executivo e legislativo na nova ordem constitucional**. Edição: 2 ed. [s.l.] Editora FGV, 1999.

FRITSCHLER, A. L. **Smoking and politics: policymaking and the Federal bureaucracy**. [s.l.] Appleton-Century-Crofts, 1969.

FURLONG, S. R.; KERWIN, C. M. Interest Group Participation in Rule Making: A Decade of Change. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 15, n. 3, p. 353–370, 1 jul. 2005.

GARCIA, M. **A Comissão Parlamentar de Inquérito dos planos de saúde**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004.

GEORGE, A. L.; BENNETT, A. **Case Studies and Theory Development in the Social Sciences**. Fourth Printing edition ed. Cambridge, Mass: The MIT Press, 2005.

GERBER, B. J.; TESKE, P. Regulatory Policymaking in the American States: A Review of Theories and Evidence. **Political Research Quarterly**, v. 53, n. 4, p. 849–886, 1 dez. 2000.

GILARDI, F.; JORDANA, J.; LEVI-FAUR, D. **Regulation in the Age of Globalization: The Diffusion of Regulatory Agencies Across Europe and Latin America**. Rochester, NY: Social Science Research Network, 1 maio 2006. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/abstract=960739>. Acesso em: 18 fev. 2017.

GODOI, G. **"Como se regulam os reguladores?" Um olhar sobre o processo decisório legislativo de constituição de três agências reguladoras brasileiras**. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, 2005.

GORMLEY, W. T. A Test of the Revolving Door Hypothesis at the FCC. **American Journal of Political Science**, v. 23, n. 4, p. 665–683, 1979.

GRANOVETTER, M. S. The Strength of Weak Ties. **American Journal of Sociology**, v. 78, n. 6, p. 1360–1380, 1973.

HANNEMAN, R. A.; RIDDLE, M. **Introduction to Social Network Methods**. [s.l.] University of California, Riverside, 2005.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde : 2013 : acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento.** Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em:

<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2016.

IDEC; CREMESP. **Planos de saúde: nove anos após a Lei 9.656/1998. As falhas da regulamentação. A omissão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O comporamento do mercado.** São Paulo: [s.n.].

KERWIN, C. **Normatização - como entidades governamentais escrevem leis e fazem políticas**. Rio de Janeiro: Nórdica, 1996.

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives, and public policies**. New York: Longman, 1995.

KLIJN, E. Redes de políticas públicas: una visión general. In: **In: Kickert, W.J.M. & Koppenjan, J.F. (org.): Managing complex networks**. Londres: SAGE, 1998.

LEMOS, L. **Controle Legislativo em Democracias Presidencialistas: Brasil e EUA em perspectiva comparada**. Tese de doutorado. UNB, 2005.

LEVINE, M. E.; FORRENCE, J. L. Regulatory Capture, Public Interest, and the Public Agenda: Toward a Synthesis. **Journal of Law, Economics, & Organization**, v. 6, p. 167–198, 1990.

LEVY, B.; SPILLER, P. T. (EDS.). **Regulations, Institutions, and Commitment: Comparative Studies of Telecommunications**. Cambridge ; New York: Cambridge University Press, 1996.

LIJPHART, A. **Modelos de Democracia**. Edição: 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

LINDBLOM, C. E. The Science of "Muddling Through". **Public Administration Review**, v. 19, n. 2, p. 79–88, 1959.

LINDBLOM, C. E. The Market as Prison. **The Journal of Politics**, v. 44, n. 2, p. 324–336, 1982.

LOUREIRO, M. R.; ABRUCIO, F. L. Política e burocracia no presidencialismo brasileiro: o papel do Ministério da Fazenda no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 41, p. 69–89, out. 1999.

LOUREIRO, M. R.; OLIVIERI, C.; MARTES, A. C. Burocratas, partidos e grupos de interesse: o debate sobre política e burocracia no Brasil. **In: Fernando Luiz Abrucio, Maria Rita Loureiro e Regina Silvia Pacheco (org.): Burocracia e Política no Brasil: Desafios Para o Estado Democrático no Século XXI**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2010. p. 392.

LOWI, T. J. American Business, Public Policy, Case-Studies, and Political Theory. **World Politics**, v. 16, n. 4, p. 677–715, 1964.

LOWI, T. J. Four Systems of Policy, Politics, and Choice. **Public Administration Review**, v. 32, n. 4, p. 298–310, 1972.

MACERA, A.; SAINTIVE, M. **O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil**. Brasília: SEAE/MF, 2004. Disponível em: <http://www.seae.fazenda.gov.br/central-de-documentos/documentos-de-trabalho/documentos-de-trabalho-2004/DT_31.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

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

MANCUSO, W. P. O lobby da indústria no Congresso Nacional: empresariado e política no Brasil contemporâneo. **Dados**, v. 47, n. 3, p. 505–547, 2004.

MARQUES, E. As políticas públicas na Ciência Política. In: **In: Eduardo Maques e Carlos Aurélio Pimenta de Faria (org.): A Política Pública Como Campo Multidisciplinar**. São Paulo e Rio de Janeiro: Editora Unesp e Editora Fiocruz, 2013. p. 288.

MARQUES, E. C. **Estado e redes sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: Fapesp, 2000.

MARQUES, E. C. **Redes sociais, instituições e atores políticos no governo da cidade de São Paulo**. [s.l.] Annablume, 2003.

MATOS, J. B. B. DE. **As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado**. Tese de doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2011.

MCCUBBINS, M. D.; SCHWARTZ, T. Congressional Oversight Overlooked: Police Patrols versus Fire Alarms. **American Journal of Political Science**, v. 28, n. 1, p. 165–179, 1984.

MÉDICI, A. C. **O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil: dimensão, estrutura e funcionamento.** Brasília, 1990.

MELO, M. A. As agências regulatórias: gênese, desenho institucional e governança. **In: Fernando Abrucio e Maria Rita Loureiro (org.). O Estado numa Era de Reformas: os Anos FHC**. Brasília: MP, Seges, 2002. p. 316.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Simpósio: Regulamentação dos Planos de Saúde, 28 e 29 de agosto de 2001, em Brasília.**Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.slideshare.net/nilsonpazjr/anais-simpsio-da-ans>. Acesso em: 19 jan. 2017

MINTZ, B.; SCHWARTZ, M. Interlocking Directorates and Interest Group Formation. **American Sociological Review**, v. 46, n. 6, p. 851–869, 1981.

MOE, T. M. Control and Feedback in Economic Regulation: The Case of the NLRB. **The American Political Science Review**, v. 79, n. 4, p. 1094–1116, 1985.

MOE, T. M. An Assessment of the Positive Theory of "Congressional Dominance". **Legislative Studies Quarterly**, v. 12, n. 4, p. 475–520, 1987a.

MOE, T. M. Interests, Institutions, and Positive Theory: The Politics of the NLRB. **Studies in American Political Development**, v. 2, p. 236–299, abr. 1987b.

MORAN, M. Understanding the Regulatory State. **British Journal of Political Science**, v. 32, n. 2, p. 391–413, abr. 2002.

NAZARENO, L. R. DE. **Redes sociais e coalizão de governo em Curitiba 1985 - 2004**. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, 11 ago. 2005.

NORTH, D. C. Institutions. **Journal of Economic Perspectives**, v. 5, n. 1, p. 97–112, mar. 1991.

NUNES, E. **O Quarto Poder – Gênese, contexto perspectivas e controle das agências reguladoras**. In: II SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE AGÊNCIAS REGULADORAS DE SERVIÇOS PÚBLICOS. Brasília: Instituto Hélio Beltrão, 2001

NUNES, E. DE O. **Agências reguladoras e reforma do Estado no Brasil: inovação e continuidade no sistema político institucional**. [s.l.] Editora Garamond, 2007.

OCDE. Proposal for a taxonomy of heath insurance. **OECD Study on Private Health Insurance**, p. 21, jun. 2004.

OCKÉ-REIS, C. O. O Estado e os planos de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 51, n. 1, p. 124–147, 2000.

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

OCKÉ-REIS, C. O.; GAMA, F. **Radiografia do gasto tributário em saúde – 2003-2013**. Brasília: IPEA, maio 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160530_nt_19_radiografia_gasto_tributario_saude_2003_2013.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2016.

OLIVA, R. **Accountability parlamentar no presidencialismo brasileiro: decifrando o caso das agências reguladoras**. Tese de doutorado. Fundação Getulio Vargas (FGV) - SP, 2006.

OLIVIERI, C. Política, burocracia e redes sociais: as nomeações para o alto escalão do Banco Central do Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, n. 29, p. 147–168, nov. 2007.

OLSON, M. **The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups, Second printing with new preface and appendix**. Revised edition ed. Princeton, N.J.: Harvard University Press, 1971.

PELTZMAN, S. Toward a More General Theory of Regulation. **The Journal of Law & Economics**, v. 19, n. 2, p. 211–240, 1976.

PEREIRA, C.; BERTHOLINI, F.; RAILE, E. D. All the President's Men and Women: Coalition Management Strategies and Governing Costs in a Multiparty Presidency. **Presidential Studies Quarterly**, v. 46, n. 3, p. 550–568, 1 set. 2016.

PIERSON, P. **Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis.** Princeton: Princeton University Press, 2004.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L. DO; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 767–783, 2008.

PÓ, M. V. **O Jogo Regulatório Brasileiro: a Estabilidade Contratual para além da Autonomia das Agências**. Tese de doutorado. Fundação Getulio Vargas (FGV) - SP, 2009.

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**, v. 40, n. 4, p. 679–698, ago. 2006.

PORTAL MÉDICO. **CPI contra os abusos dos planos de saúde - Entrevista com o deputado federal Henrique Fontana**. Disponível em: <http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3391: &catid=3>.

PRZEWORSKI, A. Sobre o desenho do Estado: uma perspecitva agente x principal. In: **In: Luiz Carlos Bresser Pereira e Peter Spink (org.): Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 3a. ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 1998.

RAMALHO, P.; CRUZ, V. **Saúde suplementar no Brasil: a mão visível do Estado na regulação do mercado de planos privados de saúde**. . In: 7o Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política. Recife: 2010

SALGADO, L. H. Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional. **IPEA**, v. Texto para Discussão nº 941, p. 56, mar. 2003.

SANTOS, F. P. DOS. **A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde suplementar**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2006.

SANTOS, W. G. DOS. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. [s.l.] Editora Campus, 1979.

SANTOS, M. Representação de Interesses na Câmara dos Deputados: o Lobby e o Sucesso da Agenda Legislativa da Indústria. **Revista Ibero-Americana de Estudos Legislativos**, v. 3, n. 1, 1 jan. 2014.

SANTOS, M. et al. O lobby no Brasil: profissionalização, estratégias e influência. **IPEA**, no prelo. p. 47, 2017.

SCHEFFER, M. et al. **Judicialização na saúde suplementar**. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/1_-_Mario.pdf>.

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.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 96–103, mar. 2013.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. **Representação política e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014**. 25 fev. 2015. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf>.

SCHLOZMAN, K. L.; TIERNEY, J. T. **Organized Interests and American Democracy**. New York: Harpercollins College Div, 1986.

SILVA, R. B. DE A. E. **Órgãos reguladores autônomos e políticas de nomeações - O caso do Conselho Administartivo de Defesa Econômica**. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, 21 nov. 2011.

SILVA, M. **O desenho institucional em prática: uma análise da independência das agências regulatórias brasileiras (1997-2009)**. Brasília: Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda, 2010. Disponível em: <http://www.esaf.fazenda.gov.br/assuntos/premios/premios-1/premios/viii-premio-seae-de-monografias-edicao-2013/monografias-2010/2-lugar-tema-2-profissionais>. Acesso em: 27 dez. 2016.

STF. **Supremo julga ADI sobre planos de saúde**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=61116&caixaBusca=N>. Acesso em: 17 nov. 2016.

STF. **Plenário acolhe embargos em ADI sobre planos de saúde**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=278093>. Acesso em: 17 nov. 2016.

STF. **Delação premiada de Delcídio do Amaral**. Brasília: [s.n.].

STIGLER, G. J. **The Citizen and the State: Essays on Regulation**. Chicago: University of Chicago Press, 1975.

TAGLIALEGNA, G. H. F.; CARVALHO, P. Atuação de grupos de pressão na tramitação do Projeto de Lei de Biossegurança. **Revista de Informação Legislativa**, v. 43, n. 169, p. 161–188, jan. 2006.

TAYLOR, M. M. O Judiciário e as políticas públicas no Brasil. **Dados**, v. 50, n. 2, p. 229–257, 2007.

TCU. **Relatório de auditoria**. Brasília: TCU, 2008.

TOLEDO, D. G. C. DE. **Estratégias nacionais de catch-up aeronáutico**. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, 5 jul. 2013.

TSE. **Sistema de Prestação de Contas Eleitorais (SPCE)**. Disponível em: <http://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-anteriores/eleicoes-2002/sistema-de-prestacao-de-contas-eleitorais-eleicoes-2002>.

TSE. **Sistema de Prestação de Contas Eleitorais (SPCE)**. Disponível em: <http://spce2010.tse.jus.br/spceweb.consulta.receitasdespesas2010/abrirTelaReceitasCandidato.action>.

TSE. **Sistema de Prestação de Contas Eleitorais (SPCE)**. Disponível em: <http://inter01.tse.jus.br/spceweb.consulta.receitasdespesas2014/abrirTelaReceitasCandidato.action>.

UNIDAS. **Portal da Unidas**. Disponível em: <http://www.unidas.org.br/>.

UNIMED. **Portal da Unimed**. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/>.

VOGEL, D. **Fluctuating Fortunes: The Political Power of Business in America**. Washington, D.C.: Beard Books, 1989.

VOGEL, S. K. **Freer Markets, More Rules: Regulatory Reform in Advanced Industrial Countries**. Ithaca, NY: Cornell University Press, 1998.

WASSERMAN, S.; FAUST, K. **Social Network Analysis: Methods and Applications**. 1 edition ed. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 1994.

WERNECK, H. Os Seguros Privados de Saúde no Brasil: uma análise taxonômica a partir da OCDE. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, v. Texto para Discussão No. 02, p. 26, 1 abr. 2010.

WERNECK VIANNA, M. L. T. **Articulação de interesses, estratégias de bem-estar e políticas públicas: a americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 1995.

WILSON, J. Q. **Bureaucracy: What Government Agencies Do and why They Do it**. [s.l.] Basic Books, 1989.

WILSON, W. O estudo da Administração. **Revista do Serviço Público**, v. 56, n. 3, p. 349–366, 2005.

WOOD, B. D.; WATERMAN, R. W. **Bureaucratic Dynamics: The Role Of Bureaucracy In A Democracy**. Boulder: Westview Press, 1994.

YACKEE, J. W.; YACKEE, S. W. A Bias Towards Business? Assessing Interest Group Influence on the U.S. Bureaucracy. **Journal of Politics**, v. 68, n. 1, p. 128–139, 1 fev. 2006.