

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

Nittina Anna Araujo Bianchi Botaro

**SAÚDE E MERCADO: uma análise da atuação da ANS no fortalecimento do mercado
de planos e seguros privados de saúde no Brasil.**

JUIZ DE FORA

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

Nittina Anna Araujo Bianchi Botaro

Saúde e Mercado: uma análise da atuação da ANS no fortalecimento do mercado de planos e seguros privados de saúde no Brasil.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História, área de concentração de Poder, Mercado e Trabalho, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em História.

Orientador: Prof. Dr. Ignacio José Godinho Delgado

JUIZ DE FORA
2012

Nittina Anna Araujo Bianchi Botaro

Saúde e Mercado: uma análise da atuação da ANS no fortalecimento do mercado de planos e seguros privados de saúde no Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História, área de concentração de Poder, Mercado e Trabalho, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em História.

Defendida e aprovada em 05 de setembro de 2012.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ignacio José Godinho Delgado – Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dra Valeria Lobo– Membro Titular
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dra Ligia Bahia– Membro Titular
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Botaro, Nittina.

Saúde e Mercado: uma análise da atuação da ANS no fortalecimento do mercado de planos e seguros privados saúde no Brasil. / Nittina Botaro.

– 2012.

106 f. : il.

Dissertação (Mestrado em História – Poder, Mercado e Trabalho)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

1. Planos e programas de saúde - Brasil. 2. Serviços de saúde. 3. Saúde pública. I. Título.

CDU 614.2(81)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Fátima e César, pela dedicação, esforço e sacrifício em prol da minha educação.

A minhas três queridas irmãs, Clarissana, Swelen e Jordana.

Ao meu sobrinho Pedro, que trouxe um frescor para a família toda.

Ao Thiago pelo carinho e companheirismo em todos os momentos.

A todos meus professores da Universidade Federal de Juiz de Fora, pelo saber transmitido durante a graduação e a pós-graduação

Ao professor Ignacio José Godinho Delgado, pela dedicação, paciência, amizade e sobretudo pela confiança. Agradeço também a todos os seus comentários, críticas e sugestões que foram feitos ao longo desses quase cinco anos que trabalhamos juntos. Eles foram essenciais para a minha formação pessoal e profissional. Sem a participação ativa do professor Ignacio a realização deste trabalho não seria possível. Muito obrigada.

Aos professores Valéria Lobo, Eduardo Condé e Ligia Bahia pela participação da banca e pelas contribuições valiosas para esse trabalho, em especial a Ligia, tão solícita e participativa deste projeto.

A todos os funcionários da Universidade Federal de Juiz de Fora, principalmente os relacionados ao programa de pós-graduação em História.

A CAPES pela bolsa concedida nos anos do curso.

E aos meus amigos Helenice Dias, Paula Ferraz, Carolina Ferreira, Carla Dias, Heitor Loureiro, Luiz César Junior, Rafael Bara, Amanda Beloti, Fernando Vianini, Alessandra Belo,

Daniela Oliveira, Bruna Lenzi e tantos outros meu muito obrigada pelo incentivo, apoio e conforto.

Índice

Introdução	11
Capítulo 1 <i>O Estado de Bem Estar Social: origens dos sistemas de saúde</i>	13
1.1 Médicos, hospitais, empresas de planos e seguros de saúde, governos e usuários	13
1.2 Welfare State	24
1.2.1 Modelos do Welfare State	27
1.2.2 O legado histórico	30
Capítulo 2 <i>A Trajetória do Sistema de Saúde no Brasil</i>	38
2.1 O Sistema de Saúde no Brasil	38
2.1.1 A Trajetória da Previdência no Brasil	38
2.1.2 O Caminho em direção ao SUS	41
2.1.3 PEC 29 e a proposta da criação das OS	46
2.2 Trajetória dos Planos de Saúde no Brasil	50
2.3 Modalidades	61
2.3.1 Medicina de Grupo	61
2.3.2 Cooperativas Médicas	63
2.3.3 Auto – gestão	64
2.3.4 Seguradoras	65
2.4 Casos	66
2.4.1 Policlínica Central	66
2.4.2 Samcil	67
2.4.3 Unimed Santos	68
2.4.4 Unimed Santa Maria	70
2.4.5 Cassi	71
2.4.6. Bradesco Seguro	72
2.4.7. SulAmérica Seguros	72
Capítulo 3 <i>Agência Nacional de Saúde Suplementar</i>	74
3.1 Câmara de Saúde Suplementar	74
3.1.1 Origem e Composição	74
3.1.2 Os debates sobre as empresas de planos e seguros de saúde e suas relações com médicos e usuários	76
a) Reajustes de planos e seguros de saúde	77
b) Honorários Médicos	78
c) A regulação dos planos	78
d) A ação da Câmara de Saúde Suplementar e a ANS	80
3.2 Diretoria Colegiada	81
3.2.1 Origem e Composição	81
3.2.2 Resoluções Normativas e Resoluções da Diretoria Colegiada	82
3.2.3 Resoluções Operacionais - Configurando o mercado de empresas de planos e seguros de saúde	85
3.2.4 Casos de Alienação de carteira de beneficiários	87
a) Samcil	88
b) Avimed	89
3.2.5 Casos de compra de empresas de planos e seguros de saúde sem	90

restrições econômicas	
a) AMIL	90
b) Bradesco Seguro	92
3.3 Ações externas	95
<i>Considerações finais</i>	100
<i>Bibliografia</i>	105

Resumo

O objeto deste trabalho é o estudo da presença dos planos de saúde privados nos sistema de saúde brasileiro desde o final do século passado, com foco na ação regulatória desenvolvida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Serão destacados os debates e resoluções de sua Diretoria Colegiada e as atas da Câmara de Saúde Suplementar. Em especial nessa última é possível identificar a participação dos diferentes atores que estão presentes na operação do sistema de saúde. Em nosso caso, vamos considerar apenas aqueles que, de certa forma, têm interesse direto na regulação e no funcionamento dos planos de saúde, isto é, as empresas de planos e seguros de saúde os médicos, os hospitais, o governo e os usuários.

Palavras – chave: Planos de saúde. Welfare State. ANS.

Introdução

O objeto deste trabalho é o estudo da presença dos planos de saúde privados nos sistema de saúde brasileiro desde o final do século passado, com foco na ação regulatória desenvolvida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Serão destacados os debates e resoluções de sua Diretoria Colegiada e as atas da Câmara de Saúde Suplementar. Em especial nessa última é possível identificar a participação dos diferentes atores que estão presentes na operação do sistema de saúde. Em nosso caso, vamos considerar apenas aqueles que, de certa forma, têm interesse direto na regulação e no funcionamento dos planos de saúde, isto é, as empresas de planos e seguros de saúde os médicos, os hospitais, o governo e os usuários.

Em geral, a presença expressiva dos seguros de saúde privados no âmbito de um sistema de saúde nacional está relacionada à natureza desse último. Sistemas de saúde universais, marcados pela definição da saúde como um direito da cidadania, tendem a desestimular, quando não interditam, a expansão dos planos de saúde privados. Do mesmo modo, sistemas de viés corporativo, nos quais o acesso aos serviços de saúde está relacionado à contribuição compulsória dos trabalhadores e empregadores no âmbito das categorias profissionais, também esmaecem o desenvolvimento dos planos privados. O terreno fértil para a afirmação desses é a presença de um sistema de saúde liberal, que garante assistência apenas a públicos mais vulneráveis, com acesso definido por testes de meios. Nesse caso, segmentos médios e endinheirados têm que contar com a medicina liberal e/ou com os planos privados.

No caso brasileiro, contudo, há um elemento específico que tende a conferir importância aos planos privados, não obstante a trajetória brasileira apresentar-se como um processo marcado pela transição de um sistema corporativo a um sistema formalmente universal. Trata-se do viés contencionista e segmentado do sistema público de saúde brasileiro. Tal viés expressou-se, num primeiro momento pelo caráter fragmentado e incipiente dos serviços nos principais institutos. Com a LOPS, de 1960 e, principalmente, com a criação do INPS, em 1966, verifica-se a uniformização do atendimento para as principais categorias profissionais, num cenário marcado pelas dificuldades de sustentação financeira do sistema e pela exclusão dos trabalhadores não vinculados ao mercado formal. Nesse processo, acentuou-se a provisão dos serviços, em especial hospitalares, efetuada por agentes privados. Por fim, desde a criação do SUS, o acesso universal definido

constitucionalmente combinou-se às incertezas e problemas no financiamento, que tem impedido o rompimento com a dependência dos provedores privados, bem como uma segmentação no atendimento, uma vez que, embora com direito ao acesso nos serviços fornecidos pelo SUS, setores importantes da classe trabalhadoras, além dos segmentos mais favorecidos da população, optam por planos de saúde e pela medicina liberal.

A criação da ANS, em 1999, definiu uma estrutura institucional de regulação comum aos sistemas liberais e ao predomínio do provimento privado dos serviços. O Conselho Nacional de Saúde aparece ainda, formalmente, como a principal instância de regulação do sistema de saúde brasileiro, contudo seu alcance sobre o setor privado, tomado como *suplementar*, é substancialmente reduzido com a criação da ANS. Sustenta-se neste trabalho que tal agência, especialmente sua Diretoria Colegiada, tende a configurar-se como uma arena permeável aos interesses dos planos de saúde privados, uma vez que insulada da pressão de atores cujas percepções e interesses favoreçam o fortalecimento do setor público, mais evidente na composição do Conselho Nacional de Saúde. Neste sentido, tem evidenciado dificuldades na fiscalização dos planos de saúde, com uma operação mais concentrada nas dimensões financeiras e mercadológicas do sistema suplementar, em geral favorecendo a concentração do setor. É certo que a Câmara de Saúde Suplementar da ANS dispõe de uma composição e funcionamento que dão voz a diferentes atores que desenvolvem relações com os planos de saúde, como usuários, hospitais e médicos. Contudo, além de dispor de caráter meramente consultivo, a CSS lida com os conflitos que ocorrem nos marcos da operação rotineira dos planos de saúde, consagrando a dissociação entre a regulação do setor público e do setor privado.

No primeiro capítulo da dissertação apresentamos os atores e as arenas que entendemos ser mais relevantes para a análise da trajetória recente do sistema de saúde brasileiro. Na primeira seção, introduzimos alguns elementos teóricos importantes para essa análise, como a noção de arena, considerações sobre os processos de formação da agenda pública, além de indicações sobre as estratégias de atuação dos diferentes atores no âmbito das arenas decisórias, valendo-me das formulações de Lowi, Kingdon e Hirschman. Na segunda seção, discorremos sobre casos paradigmáticos do Estado de Bem Estar Social, considerando as condições em que são gerados e as coalizões envolvidas em seu aparecimento, destacando dentro deles a forma como se estrutura o setor de saúde e o peso que adquire o setor privado. Nesse caso, foram decisivas as formulações de Swaan, Esping-Anderson, Delgado e Giovanella.

No segundo capítulo, apresentamos, na primeira seção, um panorama da trajetória dos planos e seguros de saúde no Brasil, ressaltando o período inicial desse serviço, sua expansão e o momento atual. Na segunda parte, traçamos um perfil das características gerais dos segmentos de medicina de grupo, cooperativas, auto-gestão e seguros. Na parte final, apresentamos estudos de caso de cada segmento do sistema suplementar de saúde. Em boa medida, nos valhemos das formulações de Bahia, Meniccuci, Boaventura, Martins, Cunha, *Ocké-Reis* entre outros.

Por fim, no terceiro capítulo discorremos sobre a presença das empresas de planos e seguros de saúde na Agência Nacional de Saúde. Adicionalmente, consideramos as principais ações desenvolvidas pela categoria médica em torno de temas que afetam sua relação com as empresas. Os debates travados na Câmara de Saúde Suplementar da ANS e a presença em movimentos desenvolvidos na sociedade são os focos da investigação realizada. Por fim, consideramos a atuação da Diretoria Colegiada e seu papel no processo de concentração do mercado de planos de saúde no Brasil.

As fontes utilizadas foram basicamente as atas da Câmara de Saúde Suplementar e as Resoluções formuladas pela Diretoria Colegiada da ANS. Adicionalmente, acompanhamos os andamentos de projetos de leis e leis que contemplaram a temática da saúde no Congresso Federal.

O Estado de Bem Estar Social: origens dos sistemas de saúde.

No primeiro capítulo, apresentamos, na primeira parte, os atores e as arenas que entendemos serem mais relevantes para a análise da trajetória recente do sistema de saúde brasileiro, introduzimos algumas noções importantes para esta análise. Na segunda parte, analisamos brevemente alguns casos paradigmáticos do Estado de Bem Estar Social, considerando as condições em que são gerados e as coalizões envolvidas em seu aparecimento, destacando dentro deles a forma como se estrutura o setor de saúde.

1.1 Médicos, hospitais, empresas de planos e seguros de saúde, governos e os usuários

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é constituída por duas arenas fundamentais: a Câmara de Saúde Suplementar (CSS) e a Diretoria Colegiada (DC) da ANS. Tais organismos são responsáveis, respectivamente, por reunir representantes de todos os segmentos da sociedade que protagonizam as relações no setor, em caráter consultivo, e por promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. Consideramos as coalizões formadas entre médicos, hospitais, empresas de planos e seguros de saúde e o *pessoal* do governo, no intuito de identificar como essas forças se articularam, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Optamos por iniciar nossa investigação a partir de 1998, ano da assinatura da Lei dos Planos de Saúde e da criação da CSS.

No ano de 2000, através da promulgação da Lei nº 9.961/00¹, foi criada a ANS com o papel de regulamentar a saúde suplementar, como também a Diretoria Colegiada da ANS, responsável por promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. Ademais, a CSS passou a ser órgão consultivo da ANS.

A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar foi amplamente estimulada pelos anseios de investimento do mercado internacional na saúde brasileira. A ANS foi responsável por estabelecer um padrão de disputa, procedimento e transação para o exercício das empresas de planos e seguros de saúde. Ela conduziu, por um lado, à criação de um regimento próprio para o investimento do capital estrangeiro neste serviço e, por outro, ao

¹ BRASIL. **Lei 9.961/00**, 5 de Janeiro de 2000.

nivelamento dos atendimentos, preços e procedimentos oferecidos empresas de planos e seguros de saúde aos pacientes².

A agência foi instituída como um recurso para regular o investimento externo neste serviço, e neutralizar organizações que tendiam a criar monopólios no mercado brasileiro, além de favorecer a fiscalização da evasão fiscal, proveniente do status filantrópico. Objetivava também, homogeneizar os contratos de planos e seguros de saúde e ampliar a cobertura de assistência³.

As primeiras Agências Reguladoras (AR) foram criadas em meio às tentativas de reforma do Estado Brasileiro, na segunda metade da década de 1990. Conforme os propósitos da reforma prevista, a atuação do governo deveria desenvolver-se em três níveis. Um primeiro nível estratégico, encarregado de formular, supervisionar e analisar a implantação das políticas públicas. Um segundo nível, designado pela realização das políticas exclusivas, como regulação, fiscalização, segurança e previdência básica. Neste segundo nível se situariam as Agências Reguladoras. Finalmente, num terceiro nível estariam presentes as funções não exclusivas do governo, no qual bens e serviços públicos podem ser fornecidos por organizações estatais, associações sem fins lucrativos e mesmo empresas privadas, sujeitas ao controle social.⁴

A criação de tais agências foi motivada tanto para a fiscalização da qualidade dos serviços quanto para a execução de metas definidas nos contratos com as respectivas empresas de planos e seguros de saúde. As agências reguladoras ditas de “primeira geração”, criadas em 1996 e 1997, são atuantes em setores da infraestrutura. Trata-se dos casos da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), da Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) e da Agência Nacional do Petróleo (ANP)⁵. Por sua vez, as agências de “segunda geração” seriam aquelas criadas em 1999 e 2000, mais ligadas a setores em que há características competitivas no mercado: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar. As agências classificadas como de “terceira geração” são a Agência Nacional de Águas (ANA), a Agência Nacional de Transportes

² GAMA, Anete Maria; REIS, Carlos Otávio Ocke; SANTOS, Isabela Soares; BAHIA, Ligia. “O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil”. *Saúde debate*; 26(60):71-81, jan.-abr. 2002.

³ Idem.

⁴ MATOS, João Boaventura Branco de. **As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado**. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2011.

⁵ As únicas agências que têm base constitucional são a ANATEL e ANP, essas instituições são chamadas de órgãos reguladores e não Agências; as demais foram criadas por decisão do legislador.

Aquaviários (Antaq), a Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT) e a Agência Nacional do Cinema (Ancine), todas criadas no período de 2000 e 2001.⁶

Conforme João Boaventura Branco de Matos, assim como a reforma do governo brasileiro ainda é uma obra inacabada em diversos aspectos, as ARs encontravam-se em mesma situação, uma vez que elas também estão em construção, situando-se entre as esferas da influência privada e pública, equilibrando interesses dos atores e coordenando ações do governo no sentido de garantir o interesse público e expandir os mecanismos de transparência e prestação de contas.⁷

Iniciativas para o andamento de tal construção foram percebidas em pelo menos dois momentos do governo Lula, embora sob diversos aspectos eles se distanciassem da perspectiva que orienta a formação de agências reguladoras, que é a atribuição de papel de destaque ao setor privado no provimento de diversos serviços, cabendo ao governo o papel de fiscalização e regulação. Uma primeira iniciativa de destaque foi o Projeto de Lei (PL) nº 3.337, do ano de 2004, o qual demonstra o interesse do governo de aperfeiçoar o modelo das ARs a fim de “corrigir as lacunas decorrentes do ineditismo dessas entidades no ordenamento da Administração Pública Federal”.⁸ Nas palavras da então Ministra da Casa Civil

A questão fundamental é que as agências são criadas, na verdade, num vazio prévio de definições legais e institucionais. É como se as agências tivessem de suprir tudo o que estava faltando.”⁹

Cinco anos mais tarde, em 2009, o PL das ARs já somava 165 propostas de emenda. Até mesmo por parte das próprias agências reguladoras houve mobilização no sentido de propor ajustes para o PL do Executivo. Contudo, com a eclosão da crise financeira internacional e seus impactos sobre o ritmo do crescimento brasileiro, especialmente no ano de 2009, que exigiram maior concentração em iniciativas de curto prazo, a decisão das ARs foi deixada de lado.¹⁰

A criação da ANS instituiu um mecanismo de intermediação entre as empresas de planos de saúde e os provedores privados que escapa ao ambiente regulatório definido na

⁶ MATOS, João Boaventura Branco de. op cit.

⁷ Idem.

⁸ Idem.

⁹ ROUSSEFF, Dilma. ‘Agências Reguladoras: avaliação de performance e perspectivas’ CAMARA DOS DEPUTADOS Apud MATOS, João Boaventura Branco de p. 89.

¹⁰ MATOS, João Boaventura Branco de. op cit.

Carta de 1988, que erige o Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹¹ como arena fundamental para definição dos rumos do sistema de saúde brasileiro. Importa, portanto, compreender as condições em que emerge e sua relação com os atores relevantes.

Nesta pesquisa vamos buscar integrar as análises que partem dos recursos de poder dos atores àquelas que enfatizam o peso do sistema institucional. O foco que permite tal integração são as *arenas decisórias*, que envolvem a participação dos atores. Para tanto, a utilização do conceito de arena, na pesquisa, refere-se àquele construído por Theodore Lewi, a partir das suas reflexões sobre o caso norte-americano. Na ocasião, Lewi propôs a teoria da *Arena do Poder*, fundamentado na idéia de que cada tipo de política pública – nos termos de Lowi as políticas seriam basicamente distributivas, redistributivas ou regulatórias - determina um tipo singular de relação (ou discussão) política, ou seja, uma arena.¹²

No caso específico da saúde pública, as duas arenas formadas, Diretoria Colegiada da ANS e Câmara de Saúde Suplementar, podem ser definidas como arenas regulatórias, visto que, a política de saúde se constrói a partir do conflito entre coalizões políticas de interesses opostos, que geram claramente uma distinção entre favorecidos e desfavorecidos, através de coalizões fortes, porém efêmeras.

Importa assinalar, contudo, que tais arenas não esgotam o processo decisório relativo às políticas de saúde. Com frequência, médicos e hospitais buscam contornar dificuldades encontradas em arenas que compartilham com outros atores através do contato direto com dirigentes de agências executivas, como o Ministério da Saúde, eventualmente menos permeável a pressões de usuários e a outros profissionais que se fazem representar nas arenas indicadas a cima. Além disto, como verificamos em estudo realizado sobre o Conselho Nacional de Saúde, o alheamento de representantes do executivo, dos prestadores de serviço e dos médicos pode ser utilizado como tática para esvaziar uma arena decisória, embora esta, formalmente seja responsável pelo setor de saúde¹³.

¹¹ A partir da década de 1990, o Conselho atingiu o patamar de órgão colegiado com representação de diversos setores da sociedade e poder deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, conforme definido pela segunda Lei Orgânica da Saúde 8.142/90, em seu segundo parágrafo. A partir dessa data, as resoluções aprovadas pelo CNS deveriam servir para guiar as políticas adotadas pelo Ministério da Saúde. Vários segmentos da sociedade são introduzidos ao colegiado do CNS, iniciando um dialogo entre pessoas comuns - representantes da CUT, Força Sindical, Associações de bairro -, especialistas em saúde pública - profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas), como também especialistas da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde -.

¹² LOWI, Theodore J. **American Business, Public Policy, Case-Studies and Political Theory**. World Politics, vol. XVI, 1964.

¹³ DELGADO, Ignacio, BOTARO, Nittina. “Conselho Nacional de Saúde: uma das faces da política de saúde no Brasil” **Revista eletrônica Principia – Caminhos da Iniciação Científica**. UFJF, jan 2009. Acessado em primeiro de marco de 2010. Disponível em www.ufjf.br/principia.

No que concerne a análise das agendas debatidas, vamos nos valer da abordagem sobre os *múltiplos fluxos*, desenvolvida por John Kingdon, que identifica três momentos diferentes nos processos decisórios. Em primeiro lugar, a identificação de um *problema* pelos atores envolvidos no processo decisório; em segundo lugar, à geração de *idéias viáveis* do ponto de vista técnico e de custo tolerável; e por fim, à ocorrência de um processo político de *barganha* entre atores sobre a temática. Assim, quando esses três fluxos convergem, sobretudo em momentos de crise, mudanças na agenda são efetuadas.¹⁴

Segundo John Kingdon, políticas públicas são constituídas por quatro dinâmicos processos: afirmação de uma agenda; considerações sobre as alternativas para a formulação das políticas públicas; a escolha de uma das alternativas possíveis; e por fim, a implantação da decisão. O pesquisador, no entanto, preocupou-se mais com os dois primeiros momentos da política pública, quando desenvolveu seu modelo de *Múltiplos Fluxos*, com intuito de analisar as políticas públicas nas áreas de saúde e transporte do governo estadunidense. Conforme, Ana Claudia N. Capella, Kingdon tentou responder no trabalho *Agendas, Alternativas e Políticas Públicas*¹⁵, “por que alguns problemas se tornam importante para um governo”.¹⁶

Como dito acima, para John Kingdom, idéias/problemas atingem o patamar de agenda quando há uma convergência entre três fluxos, são eles: problemas, soluções ou alternativas e política.¹⁷

Em poucas linhas, o primeiro fluxo diz respeito à conversão de uma *questão* em um *problema*, no momento que os atores acreditam que devam fazer algo a respeito. No segundo fluxo, o pesquisador defende que alternativas e problemas não são geradas em pares, na verdade existem soluções prontas a espera de problemas¹⁸. Contudo, apenas idéias que se mostrem viáveis do ponto de vista técnico, com baixo custo, e que revelem valores compartilhados podem adquirir conotação de solução. Por fim, o terceiro fluxo, *político*, exerce seu poder sobre a agenda a partir de três elementos, o humor nacional, forças políticas e mudanças de pessoas no próprio governo.¹⁹

¹⁴ CAPELLA, Ana Claudia N. “Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de Políticas” Públicas. In: HOCHMAN, Gilberto (org) **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

¹⁵ KINGDOM, J. **Agendas, alternatives, and Public Policies**. 3 ed., New York: Harper Colins, 2003.

¹⁶ CAPELLA, Ana Claudia N. “Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de Políticas Públicas”. IN: HOCHMAN, Gilberto (org) **Políticas Públicas no Brasil**. op cit.

¹⁷ KINGDOM, J. op cit . CAPELLA, Ana Claudia N. op cit.

¹⁸ Uma abordagem mais clara sobre o assunto encontra-se nas formulações da Teoria da Lata de Lixo, (SOUZA, Celina. “Estado de Arte da Pesquisa em Políticas Públicas”. IN: HOCHMAN, Gilberto (org) op cit.).

¹⁹ KINGDOM, J. op cit. CAPELLA, Ana Claudia N. op cit.

No limite, quando os três fluxos convergem, uma janela de oportunidade se abre e mudanças nas agendas governamentais acontecem. No entanto, a participação dos empreendedores de política é fundamental para a concretização das mudanças, uma vez que são eles os responsáveis por investir recursos nessas idéias e concretizar a convergência dos três fluxos. Esses atores podem ser representantes do legislativo, do executivo, de grupos de interesse, da comunidade acadêmica ou da mídia.²⁰

Adicionaremos às proposições de Kingdom, as formulações de Hirschman que assinalam que os indivíduos reagem a mudanças ou deterioração do desempenho de firmas, organizações e até mesmo do próprio governo, por meio de três diferentes comportamentos, quais sejam, saída (da economia), voz e lealdade (da política).²¹

Embora referindo-se aos indivíduos, as formulações de Hirschman podem ser utilizadas para a análise da prática dos atores sociais e, em nosso caso, para identificar como os atores relevantes na área da saúde operam nas arenas decisórias do sistema de saúde brasileiro.²²

Saída é um mecanismo por excelência da economia; uma opção típica de mercado. Contudo, ela não se restringe a relações de consumo, sendo utilizada em todos os domínios das relações sociais. São exemplos desse comportamento, a desistência da compra de um produto em favorecimento a outro menos oneroso e de melhor qualidade; como também a ausência de atores em arenas que são membros, seja por eles subestimarem a legitimidade daquele espaço para o debate, ou por eles creditarem aos participantes daquele ambiente grande poder de veto para suas agendas/interesses.²³

Por sua vez, *voz* remete à opção do indivíduo pela participação ativa nas arenas, e *lealdade* refere-se ao posicionamento favorável a aliados nas reuniões.²⁴

Cumpra, ainda, assinalar que as decisões tomadas no período delimitado por este trabalho ocorrem num cenário *já marcado pela expansão dos planos privados de saúde e pelo predomínio da oferta privada de serviços de saúde*.

No limite, podemos relacionar, pelo menos, oito setores de onde se formam atores ligados à operação do sistema de saúde. Governo, burocracia pública, rede hospitalar, profissionais da saúde, complexo industrial da saúde, rede de distribuição e venda de medicamentos, empresas de planos e seguros de saúde e usuários. A estratégia de atuação

²⁰ Idem.

²¹ HIRSCHMAN, Albert O. **Exit, voice and loyalty: responses to decline in firms, organizations and states**. Cambridge: Harvard 1970.

²² Idem.

²³ Idem.

²⁴ Idem.

desses personagens pode variar, nos termos das indicações de Albert Hirschman vistas acima. Adicionalmente, as relações cruzadas entre os atores podem se desenvolver em momentos de convergência de interesse. As arenas em que estes atores se relacionam, por seu turno, dependem, naturalmente, da estrutura institucional definida nos marcos fundadores da ordem institucional que as circunscreve. Entretanto, a participação dos atores em cada arena esta diretamente ligada ao grau de permeabilidade desses mesmos atores nas respectivas arenas²⁵.

Dentre os oito atores endógenos acima mencionados, em primeiro lugar, podemos identificar o governo. Sua atuação é circunscrita pelas escolhas passadas do processo de estruturação dos sistemas nacionais de saúde, pelas diferentes coalizões e perspectivas ideológicas que definem suas preferências e escolhas e, boa parte das vezes, por constrangimentos do ambiente macroeconômico e institucional. Em segundo lugar, destaca-se a burocracia pública na área de saúde, cuja organização está diretamente ligada às formas prevalecentes no campo dos sistemas nacionais de saúde, embora tendencialmente afinada com o fortalecimento de seu caráter público. Em terceiro lugar, podemos considerar como atores relevantes os hospitais, públicos e privados, cujos principais interesses associam-se aos temas ligados ao financiamento do sistema público, à regulação dos nexos entre o público e o privado na área de saúde e à regulação dos contratos do sistema público com os prestadores de serviços. Em quarto lugar, aparecem os profissionais da área da saúde, sobretudo os médicos, que, por seu conhecimento específico, detém influência sobre a estrutura da demanda de medicamentos e serviços de saúde. Em quinto lugar, podemos identificar diferentes segmentos do complexo industrial da saúde, fornecedor de insumos e equipamentos para o sistema, que buscam estabelecer relações comerciais com os médicos e hospitais, além de buscar interferir junto a arenas que deliberam sobre as políticas regulatórias e de compras governamentais na área de saúde. Em sexto lugar, aparece o setor de distribuição e venda de medicamentos, cujos interesses dispõem de potencial para estabelecer relações convergentes e/ou conflitivas com usuários, prestadores de serviço e a indústria, apresentando, também, disposição de influir no ambiente regulatório mais geral do sistema. Em sétimo, as empresas de planos e seguros de saúde, especialmente interessadas na

²⁵ Acompanhamos aqui as formulações de Delgado que discute as conexões entre os diferentes atores *endógenos* que compõem o sistema de saúde, com foco nas *relações cruzadas* que estabelecem entre si, em torno de determinadas *agendas*, que são debatidas nas diferentes *arenas* em que tais conexões se verificam. (DELGADO, Ignacio “Social Welfare, Health and Pharmaceutical Industry: preliminary notes for a comparative analysis between England, Brazil and Argentina”. In: **Working Paper Series**. N° 12-130. London: Department of International Development/London School of Economics, 2012. Disponível em <http://www2.lse.ac.uk/internationalDevelopment/publications/Home.aspx> Acessado em seis de agosto de 2012.

regulação dos serviços que oferecem, afetando a relação com o governo, a burocracia da área, e os médicos. Por fim, os usuários dos serviços, o ator mais interessado por todos os temas discutidos na área da saúde, contudo o grupo mais afetado pela assimetria de informação²⁶.

O quadro abaixo delinea as conexões possíveis entre tais atores, considerando os temas da agenda do sistema de saúde que têm mais interesse, as arenas em que tendem a atuar e as eventuais relações cruzadas que estabelecem entre si.

Quadro número 01. Relações de Poder

Atores	Agenda - Temas de Interesse	Arenas	Relações Cruzadas
Governo / Ministérios ou Secretarias de Saúde	- Financiamento - Constrangimento da política macroeconômica e da disputa com outros órgãos do governo Regulação – todos os temas da área	- conselhos de saúde -ANS e ANVISA - Congresso Federal, -opinião pública	Com todos os atores e arenas
Burocracia Pública da Área de Saúde / associações representativas de servidores	- Financiamento - Regulação – todos os temas da área, em especial a relação entre setor público e prestadores de serviços	- conselhos de saúde - ANS e ANVISA - Congresso Federal -opinião pública	Com médicos, hospitais e governo
Médicos / associações representativas conselhos profissionais	- Financiamento - Regulação – em especial as questões relativas à regulamentação do exercício profissional, remuneração e à regulação das relações entre setor público e prestadores de serviços	- conselhos de saúde -ANS, CFM, AMB, FBM - Congresso Federal -opinião pública	Com hospitais, governo, planos de saúde, indústria farmacêutica
Hospitais / associações representativas	Financiamento Regulação - em especial as questões relativas às relações entre setor público e prestadores de serviços	- conselhos de saúde ANS, ANAHP, FHP - Congresso Federal -opinião pública	Com hospitais, governo, planos de saúde, indústria farmacêutica
Complexo Industrial da Saúde (destaque para	Financiamento Regulação – em especial	-ANVISA - Agência Reguladora de	Com hospitais, governo,

²⁶ DELGADO, Ignacio. **Social Welfare, Health and Pharmaceutical Industry: preliminary notes for a comparative analysis between England, Brazil and Argentina** op cit.

indústria farmacêutica) / associações representativas	sistema de patentes e disposições normativas sobre produção, comercialização e consumo	direito de propriedade intelectual (INPI) - Congresso Federal - opinião pública	médicos, planos de saúde,
Empresas de Saúde / associações representativas	Regulação	- conselhos de saúde - ANS, Abramge, Unidas, Unimed - Congresso Federal - opinião Pública	Com hospitais, governo, planos de saúde, médicos
Usuários dos serviços	- Em tese todos os temas	- conselhos de saúde - parlamento - opinião pública - Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde(ADUSPS)	- Com todos os atores e arenas

Fonte: DELGADO, I. G. **Social Welfare, Health and Pharmaceutical Industry: preliminary notes for a comparative analysis between England, Brazil and Argentina** op cit.

Como indicado anteriormente, privilegiaremos as relações estabelecidas entre aqueles atores que têm interesse mais direto em temas da agenda do sistema de saúde que se relacionam com a operação dos planos privados de saúde. Para isto, vamos considerar as posições que assumem na arena reguladora dos planos de saúde no Brasil, a ANS. Adicionalmente, vamos cotejar suas manifestações fora desta arena, seja porque a tomam²⁷ como insuficientes para defesa de seus interesses, seja porque a entendem como impermeável a estes últimos, situação em que prevalece a estratégia de *saída*.

A título de registro, apontamos abaixo as principais entidades representativas de médicos, empresas de planos e seguros de saúde e hospitais. O governo, naturalmente se expressa por via de seus representantes nas arenas decisórias da área. Já os usuários tendem a se expressar de forma fragmentada, em diversas entidades, frequentemente relacionadas a determinados tipos de doenças. Por isto não foram nomeados aqui.

As principais entidades que, de certa forma, expressam a perspectiva dos médicos, são o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB). Criado em 1951, o Conselho Federal de Medicina possui atribuições constitucionais de regular, orientar e fiscalizar a atividade médica, sendo o órgão hierarquicamente superior aos demais conselhos de medicina, responsável por produzir resoluções e julgar em último grau recurso,

²⁷ Infelizmente não foi possível efetuar um balanço extenso da atuação das entidades representativas dos diferentes atores aqui mencionados, o que tende a limitar o alcance de nosso estudo. De todo modo, cremos que ele traz diversos elementos para compreensão das relações entre os atores e dos temas da agenda que os aproximam ou distanciam.

procedimentos éticos e administrativos. Atua, também, na defesa da saúde e dos interesses da categoria médica. Por sua vez, a Associação Médica Brasileira tem por prioridade auxiliar os profissionais e os estudantes em questões científicas, organizar palestras, congressos e demais eventos, mas cumpre também papel importante na defesa de interesses dos médicos. Assim, por tudo que foi dito, o CFM tem em sua essência a responsabilidade de representar a categoria médica em debates que envolvam o sistema de saúde como todo.

Os hospitais no Brasil se representam, principalmente por duas entidades: a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANHP) e a Federação Brasileira de Hospitais (FBH). A primeira foi criada em 11 de maio de 2001 e busca representar fundamentalmente o setor privado. A segunda, fundada em 1962 é mais tradicional, e dispõe de caráter misto, pois abriga também os hospitais públicos.

Por fim, as entidades representativas das empresas de planos e seguros de saúde se organizam, em boa medida, de modo a expressar a diversidade do setor, como veremos adiante. Merecem destaque as associações representativas das cooperativas médicas²⁸, da medicina de grupo²⁹, dos seguros de saúde³⁰ e das empresas que funcionam no sistema de autogestão³¹. São elas, respectivamente: a União dos médicos (Unimed), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), o Conselho Nacional de Seguros Privados (Cnsp) e a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas).

Atentos a esses cinco atores, buscamos, como já indicado, estudar as ações dos médicos, governos, hospitais, empresas de planos e seguros de saúde e usuários dentro dos limites da ANS. Para tanto, vamos analisar as atas e resoluções da Câmara de Saúde Suplementar e da Diretoria da ANS, a fim de identificar as estratégias traçadas por esses personagens no que tange a expansão – ou não – das empresas de saúde. Também vamos analisar a atuação desses grupos fora da Agência Nacional de Saúde em dois casos específicos, quais sejam a Emenda Constitucional número 29 (EC29) e a proposta de criação das Organizações Sociais na Saúde (OSs).

²⁸ Constituída conforme o disposto na Lei número 5764 de 1971, as cooperativas médicas são instituições nas quais os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviço,

²⁹ Medicina de grupo são formadas por empresas médicas que administram planos de saúde para empresas, indivíduos e famílias, com estrutura de atendimento baseada principalmente na utilização de serviços e uma rede credenciada

³⁰ Sociedades autorizadas a operar planos de saúde, devendo seu estatuto social vedar a atuação em qualquer outro ramo ou modalidade. A instituição provedora realiza a intermediação financeira entre determinado grupo de indivíduos através da prática do reembolso para os serviços utilizados.

³¹ Entidades que operam o serviço de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes.

Feita a apresentação desses cinco importantes atores para a expansão dos planos e seguros de saúde no Brasil, acompanharemos as principais características dos modelos Welfare State e dos sistemas de saúde na Inglaterra, Suécia, Alemanha e EUA, o que nos permite considerar situações em que diferentes coalizões ensejam a constituição de sistemas de saúde diversos. A análise da trajetória de casos paradigmáticos, por seu turno, no contraste com a trajetória brasileira, favorece um entendimento melhor da formação de nosso sistema de saúde e da particularidade que, nele, envolve a relação entre o público e o privado.

1.2 Welfare State

É comum o entendimento de que, em 1946, com a assinatura do Plano Beveridge pela Inglaterra, o cenário mundial foi apresentado ao moderno Estado de Bem Estar Social. O novo padrão de governo concedeu direitos e garantias a sua população, diferentemente de modelos estatais anteriores. Os quais, na maior parte das vezes, desvinculavam a proteção social da concessão de direitos, quando não os colocavam em campos opostos. O Welfare State tem como diferencial a forma como as atividades estatais se entrelaçam com o papel do mercado e da família em termos de provisão social.³²

O Estado de Bem Estar Social aparece como uma resposta a todas as transformações que Polanyi designou como a “grande transformação”³³ e que instauram a ordem capitalista moderna, incluindo no circuito do mercado, de três elementos que sempre havia ficado fora dele: a força de trabalho humana, a terra e o dinheiro. Neste cenário, desenvolve-se o entendimento de que a situação dos trabalhadores era um problema que deveria ser enfrentado coletivamente. Surge, portanto, a necessidade de desenvolver formas compensatórias de coesão social, que auxiliem a reprodução da força de trabalho necessária ao progresso capitalista.

Conforme Abram de Swaan, o Estado de Bem Estar Social foi um processo de mudança e rearranjo nos elos da interdependência humana e de seus impactos. Os elos de interdependência fundariam a necessidade dos cuidados com os destituídos que sofriam adversidades temporárias ou permanentes.³⁴ Neste processo, temos a gênese da chamada consciência social, fundamental na formação de uma identidade coletiva e nacional, definida

³² ESPING ANDERSEN, G. “As três Economias Políticas do Welfare State”. *Revista Lua Nova*, n24, setembro de 1991. p.11.

³³ POLANYI, Karl. *A Grande Transformação* - as origens de nossa época. Rio de Janeiro, Editora Campus Ltda, 1980.

³⁴ SWAAN, A. *In Care of the State*. Cambridge. Polity Press, 1988.

como "consciência do crescimento intensivo e extensivo dos laços de interdependência, junto com a disposição de contribuir com os remédios para as adversidades e deficiências que afetam os outros" ³⁵

O Estado, por isso, torna-se uma organização legítima, devido à formação dessa consciência social, e capaz, devido às suas características específicas, de regular os efeitos negativos das interdependências sociais, que, ao longo do tempo, tendem a ser reduzidas a soluções legais e administrativas sob a responsabilidade de uma burocracia.³⁶ Segundo Swaan, a complexidade crescente das configurações sociais forçou a formação de uma autoridade pública capaz de extrair compulsoriamente recursos da sociedade e produzir políticas de largo alcance para solucionar ou remediar os efeitos da interdependência social, como também formar uma "consciência" sobre essa interdependência e sobre a necessidade de contribuir para remediar os seus efeitos negativos.³⁷

Esping Andersen acrescenta que o Estado de Bem Estar Social é muito mais complexo que todas as práticas de concessão de garantias e direitos que o antecederam. As formas como as atividades estatais se relacionam com o mercado e com a família em termos de provisão social são determinantes para que se faça a caracterização do Estado de Bem Estar Social.³⁸ Assim, a grande preocupação de Andersen foi formular uma teoria da social-democracia que se reporte a três componentes: a estrutura, a formação e as alianças de classe, procurando perceber as relações entre a classe, o Estado e o poder³⁹

R. Mishra assinala que o modelo do Welfare State não só redefine a base com a qual se dá o reconhecimento de direitos dos cidadãos, como também tem como característica a regulamentação da economia de mercado e a afirmação de políticas econômicas de viés keynesiano⁴⁰.

Para além disso, conforme Ignacio Delgado, o aparecimento das políticas sociais remete não só ao processo de interdependência fruto da vida moderna, mas também à "interação, o conflito, o entendimento entre determinados atores da sociedade capitalista". Esses atores seriam o *pessoal* do governo, os trabalhadores assalariados, os empresários capitalistas e os trabalhadores autônomos (pequenos proprietários e outros).⁴¹

³⁵ Ibidem.p.10.

³⁶ Idem.

³⁷ Idem.

³⁸ ESPING-ANDERSEN. "As três economias políticas do Welfare State" op cit.

³⁹ Idem.

⁴⁰ MISHRA, R. **Globalization and the Welfare State**. Northampton : Edward Elgar, 1999.

⁴¹ DELGADO, I. G. **Previdência Social e Mercado no Brasil**: a presença empresarial na trajetória da política social brasileira. São Paulo: LTr, 2001. p.38 e 39.

De modo geral, as décadas de 1950 a 1970 foram marcadas pelos limites do programa do Welfare State e pela implantação de sistemas de saúde, ainda que o seguro saúde tenha prevalecido⁴². O leque de benefícios e serviços se abriu, devido, entre outros motivos, às reivindicações dos trabalhadores e à prosperidade econômica, como, também, uma movimentação internacional em prol desses valores.⁴³

A Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, foi um importante instrumento para a legitimação da proteção previdenciária, sobretudo no artigo número 85, ao determinar que

"todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar social, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, o direito à segurança no caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle".⁴⁴

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919, também trouxe ao cenário internacional em sua convenção nº 102, no ano de 1952, em Genebra, questões importantes os anseios e propósitos no campo da proteção social. Desta convenção resultaram as seguintes conclusões

"Seguridade Social é a proteção que a sociedade proporciona a seus membros, mediante uma série de medidas públicas contra as privações econômicas e sociais que de outra forma, derivam do desaparecimento ou em forte redução de sua subsistência como consequência de enfermidade, maternidade, acidente de trabalho ou enfermidade profissional, desemprego, invalidez, velhice, e também a proteção em forma de assistência médica e ajuda às famílias com filhos".⁴⁵

Destaco alguns acordos assinados entre países a favor da seguridade social: Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966); Protocolo de São Salvador (1988), Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica – 1969). A primeira Constituição a incluir a previdência social ao seu conteúdo foi a do México, em 1917 (art. 123)⁴⁶; em seguida, a alemã, em 1919 (art. 163)⁴⁷

⁴² Seguro Social tem como característica central a cobertura de grupos ocupacionais por uma relação contratual. Por seu turno, o modelo de seguridade social garante a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital.

⁴³LOBATO, Lenaura de Vasconcelhos Costa e GIOVANELLA, Lígia. "Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica". IN GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelhos; NORONHA, José Carvalho de ; CARVALHO, Antonio Ivo de (org) op cit . p. 120.

⁴⁴ **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Assembléia Geral das Nações Unidas. Dez de dezembro de 1948.

⁴⁵ GENEBRA. **Normas Mínimas da Seguridade Social**. Organização Mundial do Trabalho. 1952.

⁴⁶ MEXICO. **Constituição Federal do México**. Cidade do México. 1917.

⁴⁷ ALEMANHA. **Constituição Federal da Alemanha**. Frankfurt. 1919.

O aparecimento dos Welfare State está, pois, relacionado aos movimentos de autodefesa da sociedade com a emergência da ordem capitalista. São favorecidos pelo desenvolvimento de uma consciência social que emerge com a percepção de fenômenos de interdependência associados ao domínio de tal ordem. Mas seus padrões diferenciam-se conforme determinadas condições, que veremos abaixo, notadamente as coalizões que participam em sua implantação. Por fim, cabe destacar o papel cumprido pelas agências internacionais no pós Segunda Guerra, para difusão dos preceitos relativos à proteção social.

1.2.1 Modelos do Welfare State e Sistemas de Saúde

Esping Andersen considera que existiram três modelos padrões de Welfare State, influenciados diretamente pelas coalizões formadas entre as classes sociais⁴⁸.

O primeiro modelo trata-se do corporativista ou conservador. Neste formato, os benefícios são garantidos aos trabalhadores formais e além disso, a proporcionalidade dos auxílios está diretamente relacionada ao cargo formal desempenhado pelo empregado. O financiamento e a gestão do sistema são predominantemente divididos entre empregados e empregadores e também entre o governo. Neste caso, o impacto redistributivo das políticas é pequeno e o modelo de seguros prevaleceu. O exemplo clássico é o alemão.⁴⁹

Social democrata ou público universalista corresponde a um segundo modelo do Welfare State. O universalismo e a desmercantilização atingem amplamente a classe média e os trabalhadores, assim, todos os segmentos sociais são incorporados a um sistema universal de políticas sociais. Diferentemente do modelo corporativista, neste formato, os valores das aposentadorias e pensões são baseadas em maior grau no mínimo vital, com padrões de repartição simples. Sua administração é feita pela gestão estatal e é basicamente burocrática, ao menos nos momentos iniciais. Os exemplos clássicos são os países escandinavos.⁵⁰

Por fim, no formato liberal-residual predomina a assistência aos comprovadamente pobres, reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência. Neste modelo, prevalece o consenso de que o mercado garantiria aos cidadãos todos os recursos e serviços necessários, por isso, trata-se de um sistema mais sensível ao peso da iniciativa

⁴⁸ ESPING ANDERSEN. G. “As três Economias Políticas do Welfare State”. op cit.

⁴⁹ ESPING ANDERSEN. G. “As três Economias Políticas do Welfare State” op cit. Sonia . “Estado de Bem-Estar, Desenvolvimento Econômico e Cidadania: algumas lições da literatura contemporânea” IN: HOCHMAN, Gilberto (org). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. DELGADO, Ignacio. **Previdência Social e Mercado no Brasil**. op cit.

⁵⁰Idem.

privada. Por fim, a política social possui o caráter temporal e limitado. O exemplo clássico é os Estados Unidos da América.⁵¹

Os sistemas de saúde são componentes dos diferentes Estados de Bem Estar Social e sua caracterização tem sido efetuada a partir, principalmente dos mecanismos de acesso e da propriedade dos “fatores médicos de produção”. De um lado, temos situações em que predomina a rede hospitalar pública, garantida por impostos, associada ao acesso universal de todos os cidadãos aos serviços. Noutra extremo, temos a prevalência da medicina liberal e dos seguros privados, associados ao predomínio da rede hospitalar privada. Numa posição intermediária, é possível apontar a presença de sistemas com acesso universal, porém associados ao predomínio da rede hospitalar privada. Por fim, sistemas corporativos são marcados pelo acesso aos serviços de saúde por via de mecanismos ocupacionais, combinados à participação, maior ou menor, de provedores privados.

Conforme Ignacio Delgado, existem pelo menos três fatores que explicam as diferentes trajetórias dos formatos do Estado de Bem-Estar Social. Primeiro, o modelo econômico e político daqueles países – economia aberta ou fechada, sistema político autoritário ou democrático –; segundo, a participação dos trabalhadores⁵² e, finalmente, as configurações de mercado.⁵³

Primeiramente, países com economias abertas tendem a ter grupo de empresários industriais mais resistentes à adoção de políticas sociais, sobretudo se essas práticas forem financiadas por tributos que afetem o preço dos produtos. Dessa forma, o empresariado prefere o financiamento do Welfare State a partir de impostos gerais e diretos. Por outro lado, países com economia fechada revelam um empresariado favorável ao financiamento por tributos que incidem direto no produto.⁵⁴

Por seu turno, regimes democráticos são mais sensíveis as pressões da sociedade, o que pode afetar o desenvolvimento do Welfare State. As democracias favorecem o surgimento da organização de trabalhadores, a constituição de partidos que representam os trabalhadores com maior capacidade de atuar na arena política e liderar coalizões que instauram políticas de proteção social atuantes na arena política⁵⁵. Todavia, como é o caso dos EUA, na ausência de organizações políticas que canalizem as demandas dos trabalhadores para o governo, esta possibilidade pode ser mitigada, favorecendo pressões

⁵¹ Idem.

⁵² Interessa a nossa pesquisa, o tipo de mobilização dos trabalhadores, a maneira como eles respondem aos desafios da ação coletiva, as formas de organização e as relações entre o partido operário e os sindicatos.

⁵³ DELGADO, Ignacio **Previdência Social e Mercado no Brasil**. op cit. p. 58.

⁵⁴ Ibidem. p 60.

⁵⁵ Idem.

fragmentárias que dificultam a edificação de formas públicas mais abrangentes. Regimes autoritários podem dispor de maior capacidade para implantar políticas sociais do que democracias, entre outros motivos, por impedir ao máximo a participação da sociedade. Conforme Delgado, as coalizões presentes durante os regimes autoritários na Alemanha e nos países comunistas foram contundentes para a determinação do modelo de política social implantada.⁵⁶

No que diz respeito à participação dos trabalhadores, num primeiro momento, seu peso específico está radicado na sua participação na sociedade e na proporção de indústrias que um país detém. Contudo, caso esses empregados sejam desarticulados e não formem uma identidade política, os resultados de suas demandas não serão tão bem atendidos, visto que os problemas sociais causados pela operação capitalista tendem atingir o status de agenda com menos intensidade para o governo. Um bom indicativo da força política desse ator é o grau de sindicalização dos trabalhadores, entretanto, o sucesso de suas demandas está sujeito à participação dos trabalhadores industriais na arena política. Os movimentos trabalhistas podem ser autônomos ou tutelados. No primeiro caso há mais possibilidade de independência política e inserção de demandas nas arenas, diferentemente do segundo caso.

“importa salientar que o poder dos trabalhadores industriais dispõe de um caráter inescapavelmente relacional, com o que as coalizões efetuadas, o peso específico de outros atores e as configurações de mercado têm papel crucial na determinação de sua influencia”.⁵⁷

Por fim, as configurações de mercado também podem afetar a dinâmica dos atores em torno das políticas sociais modernas. O desenvolvimento acelerado industrial e do trabalho assalariado podem acarretar, por um lado, lutas por salários melhores, diminuição da jornada de trabalho; e por outro lado, indenização por acidentes, doenças e as aposentadorias.⁵⁸

A arquitetura dos sistemas de saúde apresenta ligações com os modelos de Welfare State dos países correlatos, contudo em algumas regiões essa conexão entre o modelo do Estado de Bem Estar Social e o sistema de saúde não se realiza. Na Inglaterra, por exemplo, a política de saúde se desenvolveu sob um viés universal, entretanto, o Welfare State inglês é tomado em algumas análises como residual. Por outro lado, Suécia, Alemanha e EUA apresentam, respectivamente, modelos universal, universal / corporativo e residual, tanto na saúde quanto no modelo de Estado de Bem Estar Social.

⁵⁶ Ibidem. p. 61.

⁵⁷ Ibidem. p. 60.

⁵⁸ Ibidem. p. 62.

A parcela da população coberta por planos e seguros de saúde na Suécia era desprezível no ano de 2003. Este serviço era desfrutado por famílias de maior renda, via contrato individual ou empresarial com as empresas.⁵⁹No ano de 2003, aproximadamente 10% da população do Reino Unido era coberta por planos ou seguros de saúde, sendo essa parcela da sociedade formada pela população de maior renda.⁶⁰ Por sua vez, o seguro social alemão cobria em meados de 1995, 86,6% da população da Alemanha, 10,67% eram assegurados por seguros privados, 0,14% da população não tinham nenhum seguro e 2,60%⁶¹ eram cobertos por outros planos.⁶² No ano de 2006, aproximadamente 86% da população norte americana era coberta por planos de saúde; sendo que parte desses contratos era voluntário⁶³ e outra porção obrigatório. Ou seja, aproximadamente 47 milhões de estadunidenses não eram cobertos por nenhum tipo de empresa de saúde.⁶⁴ Desta forma, países onde o sistema de saúde foi fortemente estimulado pelo governo, inclusive com a incorporação da categoria médica ao serviço público, a introdução e a expansão de planos e seguros de saúde foram dificultadas ou impedidas como no caso sueco.

Na próxima seção vamos acompanhar a participação de atores sociais no desenvolvimento dos modelos de Welfare State e do sistema de saúde na Alemanha, EUA, Suécia e Inglaterra.

1.2.2 O legado histórico

No início do século XX, a Alemanha vivia um regime autoritário e tinha como prática a defesa de sua indústria frente à indústria inglesa. Ademais, a grande indústria favorecia o aumento da força dos trabalhadores, os quais associados à social-democracia formavam uma

⁵⁹ BAHIA, Lígia e SCHEFFER, Mario. “Planos e seguros privados de saúde”. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelhos; NORONHA, José Carvalho de ; CARVALHO, Antonio Ivo de (org).op cit. p. 514.

⁶⁰ Idem.

⁶¹ Ibidem. p.157.

⁶² No Canadá o sistema de saúde, chamado de Medicare, é baseado no financiamento público dos serviços, que são providos por instituições privadas sem fins lucrativos. Os médicos, tanto clínicos gerais quanto os especialistas, são autônomos e recebem de acordo com o número de pacientes que atendem. O seguro público não cobre alguns tratamentos oftalmológicos, dentários e nem com tratamentos considerados não-essenciais, como o psicológico. Além disso, pouco mais da metade dos medicamentos também estão fora da área de cobertura do seguro público. Por conta disso, em 2004, de acordo com estimativa da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), 65% da população tinha algum tipo de seguro de saúde privado, usado para custear, parcial ou totalmente, os procedimentos não cobertos pelo Medicare. A maioria é paga por empresas, associações comerciais e sindicatos, e faz parte de um pacote de benefício considerado compulsório, ou seja, que os trabalhadores não podem recusar.

⁶³ Trata-se de contratos entre empresas empregadoras ou indivíduos/familiares e operadoras de saúde.

⁶⁴ Este contrato é feito entre governos federais/estaduais e operadoras de saúde.

identidade política forte. Assim, as políticas sociais modernas alemãs foram fruto do desejo do empresariado – preocupado com o movimento operário⁶⁵; do governo – temendo um possível avanço de programas socialistas - e do próprio trabalhador – que também teve algumas demandas atendidas e ocupou espaço nos organismo de direção tripartite que acompanharam o estabelecimento do Estado de Bem Estar Social.⁶⁶

O início do século XX na Suécia foi marcado pela prática do livre comércio, adesão ao sufrágio universal, garantia de direitos dos sindicatos, da formação de um forte movimento de trabalhadores industriais e de um marco definitivo para a trajetória deste país: a passagem para a democracia. As instituições que anteriormente garantiam uma série de vetos para as agendas políticas passaram a ser preenchidas por sociais democratas, devido ao sistema de representação proporcional e à eleição indireta da primeira Câmara. Assim, com maioria no parlamento, o Executivo tinha suas deliberações automaticamente sancionadas nas votações.⁶⁷ No limite, o sucesso do Estado de Bem Estar Social sueco foi resultado de uma combinação de forças entre os pequenos proprietários e um forte movimento de trabalhadores industriais, cuja identidade política já estava construída; atrelado à força de um executivo pronto a aprovar suas demandas.⁶⁸

Predominou nos EUA, até meados do século XX, um isolamento relativo da economia mundial e um olhar voltado para o mercado interno, com a prática de medidas protecionistas, só revisto no início do século XXI com um impulso de um grupo de empresários que desejava comercializar com outros países. A mesma aliança entre os social-democratas com a classe rural presenciada na Suécia, também ocorreu nos Estados Unidos, assegurada pelo Partido Democrata, mas mitigada pelo veto dos sulistas norte americanos ao mínimo vital da previdência.⁶⁹ Por sua vez, a classe média protagonizou uma forte participação nas coalizões políticas, sobretudo porque o governo teve que equilibrar suas demandas com a dos trabalhadores. Todavia, prevaleceu no EUA a participação dos trabalhadores White-Collar, os quais foram bastante eficientes ao garantir suas demandas previdenciárias e decisivos para o fortalecimento do Estado de Bem Estar Social, uma vez que garantiram um apoio importante à social-democracia, devido aos benefícios alcançados. Por fim, os trabalhadores

⁶⁵ Além do temor da força trabalhista, os empresários alemães foram favorecidos quando trocaram tributos por políticas sociais modernas.

⁶⁶ DELGADO, Ignacio. **Previdência Social e Mercado no Brasil**. op cit. p. 64 e 65.

⁶⁷ EM. Immergut. “As regras do jogo: A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia.” **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, (30):139-165. 1996. p 158 - 161.

⁶⁸ DELGADO, Ignacio. **Previdência Social e Mercado no Brasil**. op cit. p. 67 e 68.

⁶⁹ *Ibidem*. p.18

industriais americanos não eram organizados ou tinham uma identidade política já consolidada.⁷⁰

Por sua vez, a ausência de um setor aristocrático não foi capaz de consolidar uma democracia, já que, mesmo hegemônica, uma burguesia pode ser antidemocrática dependendo de determinada situação econômica, ou mesmo, devido à postura de um segmento dessa classe. Além disso, Rueschemeyer, Stephens e Stephens alertam que a burguesia não adotou “naturalmente” uma política democrática, na falta da classe latifundiária forte.⁷¹

O caso inglês corrobora a assertiva defendida no parágrafo anterior, pois se trata de um país com uma economia aberta, que não possuía uma grande classe de proprietários rurais, mas onde a democracia se estabeleceu, não por influência da burguesia – já que a classe média era fraca e os pequenos proprietários não eram uma classe expressiva. Contudo, entre outros fatores, pela ação da classe trabalhadora urbana juntamente com o movimento *tradeunista* dentro do *Labour Party*; formou-se, assim, no século XIX, uma identidade política autônoma dos trabalhadores. Embora, certamente fosse um movimento mais lento se comparado à Alemanha, e, menos articulado com a sociedade, se comparado com a organização trabalhista sueca.⁷²

Suécia, Inglaterra e EUA implantaram políticas sociais modernas em pleno regime democrático. Contudo, a ausência de uma identidade dos trabalhadores industriais norte-americanos foi decisiva para que as políticas sociais naquele país se afastassem dos contornos universalistas. Além disso, a presença de industriais voltados para o mercado externo assumiu papel importante nesta conjuntura, juntamente com os produtores do sul que impediram o avanço do Welfare State. Assim, neste país não se registrou um aliança entre pequenos agricultores e trabalhadores, tal como na Suécia, minimizando a capacidade de articulação da massa trabalhadora. Conforme Delgado, em momentos de formação das políticas sociais modernas, países com economias abertas e em regimes democráticos só são favoráveis a modelos de Estado de Bem Estar Social com contornos universalistas, quando existe a força dos trabalhadores capaz de se impor aos empresários.⁷³

Na Inglaterra, os trabalhadores estavam organizados em sindicatos tradicionais e descentralizados em critérios diferentes de organização. Ademais, eram poucas as chances de

⁷⁰ Idem.

⁷¹ Dietrich Rueschemeyer, Evelyne Huber Stephens e John D. Stephens. **Capitalist Development and Democracy**. University of Chicago: 1992.

⁷² DELGADO, Ignacio. **Previdência Social e Mercado no Brasil**. op cit. p. 65 e 66.

⁷³ Ibidem p.71.

coalizões entre trabalhadores e os setores agrários, por isso, o poder de negociação desses empregados industriais foi menor, por exemplo, do que o verificado na Suécia com a social-democracia - líder de um movimento operário organizado e sindicatos abrangentes e enraizados em ramos diversificados.⁷⁴ Além disso, a aliança firmada na Suécia entre pequenos proprietários e a social-democracia garantiu estabilidade e hegemonia⁷⁵.

Por fim, a Alemanha no início do século XX tratava-se de um país em pleno regime autoritário e de economia fechada. Nesta conjuntura, os custos das políticas sociais modernas foram transferidos para os consumidores, minimizando a resistência dos empresários. Por sua vez, o contorno universalista é definido, mais uma vez, pela participação dos trabalhadores industriais. No caso alemão, existia uma organização trabalhista tutelado; por isso o modelo alemão tem contorno meritocrático.⁷⁶

A análise das políticas sociais como resultado das coalizões firmadas por diferentes atores sociais foi efetuada por Abraham de Swaan num trabalho clássico, em que focaliza o papel desempenhado por empresários, trabalhadores, pequenos proprietários e o governo⁷⁷ na determinação das diferentes configurações em que se estruturou o Estado de Bem Estar Social. Neste mesmo trabalho, Swaan assinala que a saúde contou, ainda, com um componente especial: a forma como o governo circunscreveu o trabalho dos médicos nos momentos iniciais de afirmação da categoria e de definição do monopólio desta sobre os serviços de saúde, com a expansão do conhecimento científico sobre as doenças e sua cura. Assim, quando o governo absorveu o trabalho médico nas instituições públicas, deixando espaço limitado para a medicina liberal, prosperaram os sistemas públicos, com apoio, inclusive, dos médicos.⁷⁸

O “poder da profissão” é, também, utilizado como categoria explicativa do curso dos sistemas de saúde. Ao exercerem o monopólio da profissão, os médicos dispõem de uma condição especial para a avaliação dos programas de saúde e para sua operacionalização, pois

⁷⁴ Idem.

⁷⁵ Mais detalhes sobre o sucesso da aliança política na Suécia no início do século XX ver p 20.

⁷⁶ DELGADO, Ignacio. **Previdência Social e Mercado no Brasil**. op cit. p. 72.

⁷⁷ Em sintonia com as releções de Swaan, estão as conclusões de Contandriopoulos, o qual refere-se a regulamentação da saúde como: conseqüência da tensão que existe entre as quatro lógicas de regulação: a do mercado, a tecnocrática, a profissional e a política. Cada uma destas lógicas corresponde à racionalidade dominante de um dos quatro grupos de atores — a população; os organismos pagadores e o aparelho governamental; os profissionais e as organizações em que trabalham e o Estado — cujas interações e trocas [...] delimitam e estruturam o sistema de saúde.(CONTANDRIOPOULOS, A.P, Apud. FRANÇA ,Susete Barbosa, „A Presença no Estado no setor da Saúde no Brasil”. **Revista do Serviço Público/Fundação Escola Nacional de Administração Pública** Ano 49, n.3Jul-Set/1998. Brasília: ENAP. p. 88)

⁷⁸ SWANN, Abram. op. cit.

programa algum pode subsistir sem sua cooperação. No limite, seriam capazes até de bloquear a implementação de qualquer iniciativa contrária aos seus interesses:

Ellen Immergut chamou a atenção para os limites de tais explicações, observando que em países onde, sob quaisquer critérios, o “poder da profissão” dos médicos é equivalente, o resultado no processo de implantação de políticas públicas de saúde é diverso. Analisando os casos da Suécia, da França e da Suíça, conclui, pois, que o êxito na implantação das políticas de saúde depende das características do sistema decisório. Assim, quando há maior concentração de poder no Executivo, maiores são as chances de sucesso na implantação de políticas abrangentes, ao passo que processos decisórios descentralizados, marcados pela presença de múltiplos “pontos de veto”, tendem a favorecer a obstrução de atores contrários à sua efetivação.⁷⁹

Inglaterra e Suécia foram países que incorporaram a categoria médica no momento de implantação de políticas sociais mais abrangentes e tinham um executivo favorável às reformas sociais, por isso, possuem atualmente grandes sistemas públicos de saúde.

Na Suécia, por exemplo, o ano de 1969 ficou marcado pela criação do Sistema Nacional de Saúde. Nesta ocasião a medicina liberal foi extinta na maioria dos hospitais públicos e todos os médicos dos hospitais passaram a ser enquadrados no funcionalismo público em tempo integral. Neste país, o acesso ao sistema de saúde é universal, o financiamento é, na sua maioria, fiscal e a maior parte das unidades de saúde é estatal.⁸⁰

Como vimos, a parcela da população coberta por planos e seguros de saúde na Suécia era desprezível no ano de 2003. Este serviço é desfrutado por famílias de maior renda, via contrato individual ou empresarial com as empresas de planos e seguros de saúde. Aos que optam por serem cobertos pela assistência à saúde particular é garantido o dobro habitual dos serviços oferecidos pelo governo a sociedade.⁸¹

A trajetória, por assim dizer, paradigmática na montagem de um sistema público universal de saúde ocorreu na Inglaterra, a partir de 1946, com a assinatura do Plano Beveridge. Naquela ocasião, a Inglaterra criou um sistema nacional, universal e gratuito de assistência à saúde, financiado com recursos públicos provenientes de impostos gerais, dissociando-se da relação contratual que havia caracterizado até então, a essência das políticas sociais governamentais. Neste sistema universal de saúde, a porta de entrada do

⁷⁹ IMMERGURT, E. M. op cit.

⁸⁰ LOBATO, Lenaura de Vasconcelhos Costa e GIOVANELLA, Lígia op cit. p. 120.

⁸¹ BAHIA, Lígia e SCHEFFER, Mario. “Planos e seguros privados de saúde”. IN: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelhos; NORONHA, José Carvalho de ; CARVALHO, Antonio Ivo de (org).op cit. p 514.

usuário se faz até hoje pelo médico da saúde primária – General Practitioner (GP) . Os GPs são remunerados por um sistema de pagamentos per capita e são eles os responsáveis por encaminhar o paciente a um médico especialista; sendo estes últimos servidores públicos⁸².

Como vimos, no ano de 2003, aproximadamente 10% da população do Reino Unido era coberta por planos ou seguros de saúde, sendo essa parcela da sociedade formada pela população de maior renda. Tratava-se de convênios voluntários realizados entre empresas ou indivíduos com empresas de planos e seguros de saúde.⁸³

O estudo de Rigen sobre os modelos de Welfare State é válido para explicar como dois países que adotaram o mesmo formato de políticas sociais modernas apresentam atualmente algumas disparidades. Conforme este autor, os modelos de Estado de Bem Estar Social poderiam ser divididos em pequeno, médio ou grande, sempre de acordo com quantidade de volume gasto com políticas sociais em relação ao PIB.⁸⁴ Assim, a Inglaterra, que originalmente se encaixaria no padrão universalista, passaria a compor o Welfare State pequeno, uma vez que nos anos de 1970, o governo inglês investiu 18,2% do Produto Interno Bruto (PIB) em gastos sociais, enquanto a Suécia investiu 23,7% do PIB em igual período. Mais uma vez, os suecos saíram à frente, quando gastaram 7,3% do PIB em saúde, em contra partida os ingleses investiram 4,9%⁸⁵. Para além desses números apresentados, o grande diferencial sueco foi ter uma social democracia, à frente da organização de trabalhadores, com identidade política forte, atuante e em diferentes ramos de atividade. Dessa forma, esses dados confirmam as palavras de Ignacio Delgado, quando afirma que o “Estado de Bem Estar Social (inglês) tenderia a uma erosão muito rápida (...) enquanto o modelo sueco demonstraria enorme resistência e afirmar-se-ia como um dos mais extensos do mundo capitalista”.⁸⁶

O caso alemão difere dos dois exemplos a cima, uma vez que o modelo adotado foi o seguro social e o exercício da medicina liberal não foi limitado nos momentos iniciais das políticas sociais modernas. Neste formato, os serviços são garantidos mediante um sistema de contratação compulsória, gerido por representantes dos trabalhadores e empregadores e, em alguns momentos, pelo governo. O modelo de seguro social foi implantado durante um período ditatorial, o que facilitou a eliminação de pontos de vetos. E sem uma forte participação dos trabalhadores em sua implantação, ainda que significativa na determinação

⁸²LOBATO, Lenaura de Vasconcelhos Costa e GIOVANELLA, Lúcia op cit. p.111.

⁸³ Idem.

⁸⁴ DELGADO, Ignacio. **Previdência Social e Mercado no Brasil**. op cit. p.59.

⁸⁵ GOUCHIAN. **The Political Economy of the Welfare State**. Macmillan Press Ltd: London. 1979.

⁸⁶ DELGADO, Ignacio. **Previdência Social e Mercado no Brasil**. op cit. p.62.

da entrada da política social na agenda governamental fez-se sobressair um modelo conservador e permeável à categoria médica.

O seguro social alemão, como assinalado acima, cobria em meados de 1995, 86,6% da população da Alemanha, 10,67% eram assegurados por seguros privados, 0,14% da população não tinham nenhum seguro e 2,60% eram cobertos por outros planos.⁸⁷

Por fim, o modelo norte americano foi implantado sob um sistema político marcado por diversos pontos de vetos e favorável à prática da medicina liberal. Neste país, a obrigatoriedade governamental restringiu-se à assistência à saúde para idosos, portadores de patologias especiais e famílias de baixa renda⁸⁸. De forma que, os planos e seguros de saúde tornaram-se a principal forma de cobertura e financiamento de redes e serviços de atenção a saúde, institucionalizada pelo governo.⁸⁹

Tal como indicado acima, no ano de 2006, aproximadamente 86% da população norte americana era coberta por planos de saúde; sendo que parte desses contratos era voluntário⁹⁰ e outra porção obrigatório. Ou seja, aproximadamente 47 milhões de estadunidenses não eram cobertos por nenhum tipo de empresa de saúde.⁹¹

Já o caso brasileiro aproxima-se da trajetória alemã pela presença de um regime autoritário em seu momento fundador, também orientado para os objetivos de construção de um Estado Nacional e incorporação nele dos trabalhadores assalariados.⁹² Contudo, de forma diversa da Alemanha, o Welfare State foi adotado à margem da participação trabalhista efetiva: na década de 1930 era reduzida a participação dos trabalhadores na estrutura industrial e pouco definida a constituição de uma identidade política nacional que lhes conferisse grande influência na cena política, o que se soma à feroz repressão do governo.

Desta forma, predominou a participação do governo e da classe empresarial na montagem das políticas sociais modernas brasileiras. Desta coalizão criou-se um Estado de Bem Estar Social contencionista, cujo financiamento foi gerado pela transferência direta à

⁸⁷ GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelhos; NORONHA, José Carvalho de ; CARVALHO, Antonio Ivo de (org). op cit. p.157.

⁸⁸ Devido à ineficiência do mercado em garantir a todos o acesso aos serviços de saúde, o Estado precisou intervir criando mecanismos para que os excluídos usufríssem da assistência à saúde. No caso estadunidense, criou-se em 1965, o Medicare e o Medicaid, respectivamente, responsáveis pela cobertura de idosos e comprovadamente pobres.

⁸⁹ ALMEIDA, Célia. “Reforma de Sistemas de Saúde:Tendências internacionais, modelos, resultado”. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelhos; NORONHA, José Carvalho de e CARVALHO, Antonio Ivo de (org).op cit.

⁹⁰ Trata-se de contratos entre empresas empregadoras ou indivíduos/familiares e operadoras de saúde.

⁹¹ Este contrato é feito entre governos federais/estaduais e operadoras de saúde.

⁹² O marco de adoção de políticas sociais modernas foi um momento importante para a construção do Estado brasileiro. Diante de toda trajetória histórica brasileira, em meados de 1930, ainda era muito frágil o conceito de nacionalismo no Brasil, por isso, o Estado ao delinear as primeiras leis trabalhistas e de importação estava também trazendo esses atores envolvidos para dentro do Estado e fazendo-os reconhecê-lo como tal.

coletividade, a fim de favorecer a indústria doméstica. Por último, os critérios de concessão de benefícios estavam diretamente relacionados à participação formal do indivíduo na economia.⁹³

Neste primeiro capítulo apresentamos os atores e as arenas que entendemos ser mais relevantes para a análise da trajetória recente do sistema de saúde brasileiro. Para tanto, introduzimos algumas noções importantes para esta análise e discorremos brevemente sobre alguns casos paradigmáticos do Estado de Bem Estar Social, considerando as condições em que são gerados e as coalizões envolvidas em seu aparecimento, destacando dentro deles a forma como se estrutura o setor de saúde.

Dito isso, no próximo capítulo, no intuito de destacar a trajetória do sistema de saúde brasileiro, ressaltaremos o desenvolvimento dos planos e seguros de saúde, bem como, o caminho em direção ao Sistema Único de Saúde. Por fim, traçaremos um perfil das características gerais dos segmentos de medicina de grupo, cooperativas, auto-gestão e seguros presentes no Brasil. Mais à frente, o estudo retomará as indicações efetuadas na primeira seção desse capítulo na análise da criação da ANS e na participação dos atores destacados em seu interior.

⁹³ DELGADO, Ignacio. **Previdência Social e Mercado no Brasil**. op cit.

A Trajetória do Sistema de Saúde no Brasil

No segundo capítulo, apresentamos, na primeira sessão, um panorama da trajetória do sistema de saúde no Brasil, focalizando seus principais momentos e temas em destaque no cenário contemporâneo, como o problema do financiamento e a organização dos hospitais públicos. Numa segunda seção, focalizamos a trajetória dos planos e seguros de saúde, ressaltando o período inicial desse serviço, sua expansão e o momento atual. Na terceira seção, traçamos um perfil das características gerais dos segmentos de medicina de grupo, cooperativas, auto-gestão e seguros. Na parte final, apresentaremos estudos de caso de cada segmento do sistema suplementar de saúde.

2.1 O Sistema de Saúde no Brasil

2.1.1 Trajetória da Previdência Social

No Brasil, até a Constituição de 1988, os serviços públicos de atendimento à saúde estiveram vinculados à previdência social, que, pode-se dizer, teve seu marco inicial em 1923, com a criação da Lei Eloy Chaves. Através deste diploma legal foram criadas as primeiras caixas de aposentadorias e pensões (CAPs)⁹⁴ para os empregados das empresas ferroviárias, contemplando-os com os benefícios de aposentadoria por invalidez, aposentadoria ordinária (que seria atualmente a aposentadoria por tempo de contribuição), pensão por morte e assistência médica. Mais tarde, os trabalhadores portuários, marítimos e públicos também foram contemplados por essa proteção.⁹⁵ Contudo, as Caixas não cobriam os trabalhadores de pequenas empresas, uma vez que essas instituições não arrecadavam recursos suficientes para montar e gerir uma caixa de aposentadoria.⁹⁶

Na década de 1930 acentuou-se a presença do governo na organização da previdência social. Foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP). A partir desta reforma, os trabalhadores passaram a ser organizados por categoria profissional, e não mais por empresa, com uma estrutura de benefícios e serviços diferenciada.⁹⁷

⁹⁴ As CAPs eram organizadas por empresa, sendo custeadas por empregados (3% salário), empresas (1% faturamento bruto), como também pelo adicional de tarifas pagas pelos usuários dos serviços. Ao Estado cabia a fiscalização e aos empregados eleitos em assembleia e empregadores o poder decisório. (MATOS, João Boaventura Branco de. op cit E DELGADO, Ignacio. **Previdência Social e Mercado no Brasil**. op cit.) .

⁹⁵ LIMA, Nisia Trindade, FONSECA, Cristina M.O. e HOCHMAN, Gilberto. “A saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica”. In: LIMA, N. T., GERSCHMAN, S. EDLER, F. e SUAREZ, J. M (org) **Saúde e Democracia no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2005.

⁹⁶ DELGADO, Ignacio. **Previdência Social e Mercado no Brasil**. op cit

⁹⁷ Idem.

Entre 1941 e 1960 assiste-se a um progressivo processo de uniformização dos benefícios concedidos pela previdência social. Após longa tramitação, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) foi finalmente sancionada em 1960, acompanhada de intenso debate político no âmbito legislativo.⁹⁸ Nele, se evidenciou que diversos representantes das classes trabalhadoras, inicialmente, se recusavam à uniformização e à unificação administrativa, uma vez que isto poderia representar o abandono de muitos direitos conquistados para as categorias dos institutos mais generosos, como os dos bancários. Além de os IAPs naquela época se constituírem em importantes feudos políticos e eleitorais.⁹⁹ Assim sendo, o apoio à uniformização dos benefícios só se efetivou com a garantia de que ele far-se-ia no patamar dos IAPs mais generosos.¹⁰⁰

Finalmente, em 1960 foi promulgada a LOPS, que veio a estabelecer a uniformização geral dos benefícios da previdência social. O processo de unificação administrativa avançaria a partir do Regime Militar de 1964, que promoveria intervenções sistemáticas nos IAP, com os Conselhos Administrativos sendo substituídos por juntas interventoras nomeadas pelos militares¹⁰¹. No entanto, num primeiro momento, os IAPs não foram extintos, ficando a cargo do Departamento Nacional da Previdência Social gerir os serviços de assistência médica.¹⁰²

O processo de unificação só veio a se efetivar em 1966, com a implantação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), reunindo os seis Institutos de Aposentadoria e Pensão, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social (SSRP). Para tanto, foi decisiva a exclusão dos sindicatos da direção da previdência, uma vez que deles partia a resistência mais efetiva à unificação.¹⁰³

No ano de 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), cuja função foi estabelecer as diretrizes de uma política de promoção, proteção e recuperação da saúde. Era clara a preferência do governo federal pela medicina curativa, embora ela fosse mais onerosa, que contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS.

⁹⁸ A Lei Orgânica 3807 foi aprovada, mas com a ressalva, trabalhadores rurais, empregados domésticos e servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência estavam excluídos desta legislação. (DELGADO, Ignacio. **Previdência Social e Mercado no Brasil**. op cit. MATOS, João Boaventura Branco de. op cit.).

⁹⁹ MATOS, João Boaventura Branco de. op cit.

¹⁰⁰ Os IAPs não se assemelhavam na assistência dos seus segurados. Enquanto alguns institutos tinham mais recursos financeiros e se especializavam, outros IAPs se restringiam a oferecer o básico. (DELGADO, Ignacio. **Previdência Social e Mercado no Brasil**. op cit. BAHIA, Ligia; ANTUNES, Ludmila; CUNHA, Thereza e MARTINS, William. Op cit p. 38).

¹⁰¹ MATOS, João Boaventura Branco de. op cit.

¹⁰² LIMA, Nísia Trindade, FONSECA, Cristina M.O. e HOCHMAN, Gilberto. op cit.

¹⁰³ Idem.

Por sua vez, os recursos governamentais destinados para o Ministério da Saúde eram diminutos. Noutras palavras, “ao passo em que se vivia a década de maior crescimento da economia brasileira, o Ministério da Saúde tornara-se muito mais um órgão normativo do que um executor de política de saúde no Brasil”.¹⁰⁴

O sistema da Previdência foi se tornando cada vez mais complexo, exigindo novas burocracias para geri-lo. Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) que era composto por seis órgãos básicos: Instituto Nacional Assistência Médica Previdência Social - INAMPS (assistência médica); Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS (administração previdenciária); Instituto Nacional de Previdência Social - INPS (benefícios previdenciários); Legião Brasileira de Assistência - LBA (assistência social); Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor - FUNABEM (assistência ao menor); e Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social - DATAPREV (processamento de dados).¹⁰⁵

Ao longo dos anos seguintes o modelo privado de prestação de saúde predominou no projeto da Previdência Social. Contudo, a década de 1980 ficou marcada pelas perdas da Previdência Social, em muito, devido à desaceleração econômica brasileira. De forma que os repasses do governo para compra de serviços de saúde foram expressivamente diminuídas e várias reformas na Previdência foram realizadas para diminuir o déficit fiscal.¹⁰⁶ Os dilemas do atendimento à saúde, dependente da contratação de serviços aos hospitais privados pela Previdência Social, efetuada de forma centralizada, e dirigido apenas a segmentos que participavam do mercado formal de trabalho, favoreceram a afirmação do movimento sanitarista, que defendia o acesso universal e a descentralização dos serviços, num processo que culmina com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No limite, predominou a participação do governo e da classe empresarial na montagem das políticas sociais modernas brasileiras. Assim o Estado de Bem Estar no Brasil foi adotado à margem da participação trabalhista efetiva: na década de 1930 era reduzida a participação dos trabalhadores na estrutura industrial e pouco definida a constituição de uma identidade política nacional que lhes conferisse grande influência na cena política, o que se soma à feroz repressão do governo. Desta coalizão criou-se um Estado de Bem Estar Social corporativo, fragmentado, contencionista e privatista, cujo financiamento foi gerado pela

¹⁰⁴ Ibidem. p.116.

¹⁰⁵ Idem.

¹⁰⁶ No ano de 1976 os gastos com a assistência médica pela Previdência Social eram em torno de 30%, todavia, devido as perdas, o investimento em assistência médica pela a Previdência, no ano de 1982, alcançavam 20%. (GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura; NORONHA, José e CARVALHO, José. op cit. p. 420).

transferência direta à coletividade, a fim de favorecer a indústria doméstica. Por último, os critérios de concessão de benefícios estavam diretamente relacionados à participação formal do indivíduo no mercado de trabalho, segundo os postulados da *cidadania regulada*, de que fala Vanderley Guilherme dos Santos¹⁰⁷.

2.1.2 O caminho em direção ao SUS.

A criação do Sistema Único de Saúde é um processo que resulta fundamentalmente do engajamento dos movimentos sanitários, autoridades locais de saúde, correntes progressistas da burocracia do Ministério da Saúde e do Inamps¹⁰⁸. Desde o final da década de 1970 até a promulgação da Carta de 1988, tais segmentos conseguiram ampliar sua perspectiva para outros atores sociais, criando as condições para a definição de um novo modelo de saúde pública, formalmente universal, descentralizado e gratuito.

Os primeiros passos para a formação de um sistema de saúde descentralizado e mais aberto à participação da população iniciaram-se na VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), no ano de 1980. Foi nessa ocasião que debates em torno da participação da comunidade no processo decisório da assistência à saúde tomaram o cenário nacional. Contudo, a viabilidade desse projeto estaria atrelada a um sistema de saúde regionalizado e descentralizado.¹⁰⁹

Diante disso, foi anunciado, na mesma Conferência, o Plano Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), com o aval do Presidente da República, João Batista Figueiredo e de ministros do Governo. Com forte apelo à participação social, a versão original do projeto previa uma ampla reorganização do setor público de saúde. No entanto, embora tenha passado por revisões, o programa foi abortado antes mesmo de ser implantado, já que enfrentou resistência do presidente do Inamps, de categorias médicas e provedores de saúde, por considerá-lo nitidamente estatizante.¹¹⁰

O período pós VII CNS foi marcado por uma redefinição das coalizões formadas entre o *peçoal* do governo, os trabalhadores assalariados e os empresários, o que permitiu um “desalojamento dos anéis tecno-burocráticos e a ocupação de espaços do aparelho de governo

¹⁰⁷ SANTOS, V. G., **Cidadania e justiça**. RJ: Campus, 1979.

¹⁰⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS nº 545 de 20/05/93. Norma Operacional Básica 01/93**. Brasília, 1993.

¹⁰⁹ Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília. **Centro de Documentação do Ministério da Saúde**. 1980. p. 187 e 189.

¹¹⁰ PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 86 e 87.

nas áreas de Saúde, Previdência e Ciência e Tecnologia por atores sociais identificados com políticas racionalizadoras ou democratizantes”¹¹¹. O cenário que favoreceu tal processo era, no limite, a transição democrática em curso e o reconhecimento nacional da crise financeira da Previdência Social, o qual estimulou ampla mobilização da população, ancorado na produção teórica da Medicina Social Brasileira.¹¹²

Um momento crucial nesta trajetória foi a VIII CNS, realizada no ano de 1986 que definiu as principais propostas indicadas pela população. Reivindicava-se, o alargamento do conceito de saúde, o reconhecimento da Saúde como um direito de todos e dever do governo, a criação do Sistema Único de Saúde e, por fim, o exercício da gestão participativa.¹¹³ Todas essas premissas foram consolidadas, pouco tempo depois, no I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em setembro de 1986, que operou como uma “pré-constituente” na área da saúde.¹¹⁴

Concomitante aos trabalhos da Constituinte, instaurada em 1986, o INAMPS publicou um conjunto de folhetos, em favor das noções apresentadas acima e criava os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), no ano de 1987. Coube ao SUDS a promoção do controle social e a descentralização dos serviços, além de traçar um caminho para a construção do SUS.¹¹⁵

A Constituição de 1988 finalmente define a criação no Brasil de um sistema de saúde pública e universal. A sessão II, art. 198, da nova Carta que trouxe claro “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado” a partir de três pontos bases: descentralização (“com direção única em cada esfera de governo”), atendimento integral e participação da população.¹¹⁶ Importa assinalar, contudo, que a provisão privada de serviços era assegurada sob o conceito de “saúde suplementar”, à qual se integravam a rede hospitalar privada e os planos de saúde.

A Carta de 1988 atribuiu ao Conselho Nacional de Saúde, o caráter de um órgão colegiado com representação de diversos setores da sociedade, e poder deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. . Criado no ano de 1937, com um órgão consultivo do Ministério da Saúde, com o objetivo de debater apenas questões internas, o CNS só garantiu a sua efetiva participação na política de saúde brasileira

¹¹¹ PAIM, Jairnilson Silva. op cit. p.96.

¹¹² FLEURY, Sonia.”A questão democrática na Saúde”. In: **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos editorial. 1997.

¹¹³ Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. Centro de Documentação; 1987.

¹¹⁴ PAIM, Jairnilson Silva. op cit. p.139.

¹¹⁵ Idem. p. 125-139.

¹¹⁶ Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal, Brasília. 1988.

em meados da década de 1970, com o auge dos movimentos sanitários, e com a Constituição de 1988.¹¹⁷

Logo após a assinatura da Carta de 1988, com objetivos de detalhar a nova formulação da política de saúde no Brasil, são criadas em 1990 duas Leis Orgânicas da Saúde, LOS 8.080¹¹⁸ e LOS 8.142¹¹⁹. Coube a primeira LOS dispor sobre o processo de descentralização da política de saúde, e a segunda regulamentar a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área. Previa-se que os municípios e estados deveriam contar com Conselho de Saúde, Fundo de Saúde e Planos de saúde para a obtenção dos recursos a esse serviço.¹²⁰

Um ano depois foi sancionada a primeira Norma Operacional Básica da Saúde (Nob 01/91), que trazia em detalhes qual seria o papel do Conselho Municipal de Saúde e qual deveria ser sua composição, além de procedimentos que os municípios e estados deveriam respeitar para a formulação do Fundo de Saúde e do Plano de Saúde.¹²¹ Iniciava-se, portanto, o processo de municipalização da saúde a partir de alguns requisitos. Entretanto, foi só no ano de 1993 que a regionalização da saúde transformou-se em prioridade para o governo¹²², com a assinatura da Nob 01/93. Tal Norma Operacional traçou as atribuições dos setores da saúde a nível federal, estadual e municipal. E ainda estipulou três tipos de gestão de saúde que poderiam ser adotadas pelos municípios: gestão incipiente, parcial e semi-plena.¹²³

Cada tipo de gestão definia para os municípios responsabilidades distintas. A gestão incipiente previa menos deveres ao município e menos recursos transferidos pela União. A gestão parcial ampliava a autonomia e a responsabilidade dos municípios, elevando os recursos transferidos. Por fim, na gestão semi-plena, os município exerceriam atividades mais complexas e receberiam a maior parcela de contribuições da União dentre as três

¹¹⁷ Conselho Nacional de Saúde. Acessado em janeiro de 2009. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/>,

¹¹⁸ BRASIL. **Lei Federal nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

¹¹⁹ BRASIL. **Lei Federal nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 28 dez.

¹²⁰ Ibidem.

¹²¹ INAMPS,. **Resolução INAMPS nº 258, 7/11/91. Norma Operacional Básica 01/91**. Brasília, DF.1991.

¹²² CORDEIRO, Hesio. “Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde.” **Ciênc.saúde coletiva** vol.6 no.2 São Paulo. 2001.

¹²³ Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 545 de 20/05/93. Norma Operacional Básica 01/93**. Brasília, DF: 1993.

categorias.¹²⁴ Para se habilitarem a qualquer uma delas, era necessário que os municípios, dentre outras coisas, constituíssem Conselhos Municipais de Saúde (CMS).¹²⁵

Diante desse amplo incentivo a favor da regionalização da saúde, os CMS começaram a ser implantados em várias cidades, como arenas deliberativas, paritárias e expressão de um novo processo de reforma democrática do Estado.¹²⁶

Por seu turno, os avanços da legislação brasileira e a participação ativa da população não impediram que as escolhas passadas influenciassem o desenvolvimento do sistema público de saúde. Foi durante o regime militar que a rede hospitalar privada ampliou-se no cenário brasileiro. Embora a oferta privada de serviços de saúde fosse caracterizada como complementar na Constituição de 1988, a assistência à saúde privada acabaria por desempenhar papel expressivo no provimento de serviços do SUS. Adicionalmente, os problemas fiscais da previdência social, as restrições orçamentárias provenientes das políticas macroeconômicas desde 1990 e a imprecisão na definição das fontes de custeio dificultaram a perspectiva de um orçamento unificado da seguridade social, além de contribuir para uma conjuntura cada vez mais segmentada da saúde pública e da saúde suplementar. No limite, a criação da Agência Nacional de Saúde em 2000 inaugurou a dissociação entre o sistema público e o privado de saúde, ao introduzir uma arena regulatória diferente do Conselho Nacional de Saúde, até então a instituição responsável por fiscalizar e promover as agendas do sistema de saúde brasileiro.

Simultaneamente, o sistema vivia grandes dificuldades financeiras. O atraso na regulamentação de diversos dispositivos, a erosão das receitas da previdência, as políticas econômicas de austeridade minaram a criação de um orçamento unificado da seguridade social, como previsto na Carta de 1988. No intuito de garantir uma receita fixa para a saúde, no ano de 1997 foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que definiu uma fonte de recursos específica para a área, distinta do que deveria ser o orçamento da seguridade social. Onze anos depois a CPMF foi extinta. No ano 2000, após treze anos de espera, a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169 finalmente foi transformada em Emenda Constitucional nº 29, a qual propunha 10% dos tributos federais e 12% dos tributos estaduais para saúde. Contudo, somente em 2011 a proposta foi aprovada, sem a criação de um imposto específico para financiar a saúde.

¹²⁴ BARROS, Maria Elizabeth; PIOLA, Sergio Francisco; VIANNA, Sólton Magalhães. **Política de Saúde no Brasil: Diagnósticos e Perspectivas**. IPEA, Brasília, 1996. p. 40 – 49.

¹²⁵ Ministério da Saúde. 1993. op cit.

¹²⁶ CARVALHO, A. I. “Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado”. In: **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. op cit.

Atualmente, o número de estabelecimentos de saúde com internação está em queda no Brasil, puxada pela desativação de unidades privadas. De 2005 a 2009, o setor privado perdeu 392 estabelecimentos com internação. No setor público, houve aumento de 112 unidades. A perda total no período, portanto, foi de 280 estabelecimentos do tipo. Dos 3.066 estabelecimentos com internação que declararam prestar serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) em 2005, restaram 2.707 em 2009. O maior percentual de estabelecimentos sem internação (69,8%) está no setor público. Sobre a oferta de leitos, de 2005 para 2009, houve queda de 11.214 leitos para internação no País. Dos 431,9 mil registrados, 152,8 mil (35,4%) eram públicos e 279 1 mil (64,6%), privados. Houve 23,1 milhões de internações em 2008, queda de 0,2% em relação a 2004. Do total, 15 milhões foram no setor privado.¹²⁷

Embora o Sistema Único de Saúde opere com dificuldades, a criação do SUS garantiu mudanças significativas nas condições de assistência à saúde brasileira. Primeiramente, aumentou significativamente o acesso à atenção primária e universalizou o acesso à atenção secundária e terciária à saúde. Em segundo lugar, o SUS garantiu o acesso da população, sem custos, a medicamentos e a complexos tratamentos. Nessas situações, a rede privada tem real interesse por esses tratamentos de alta atenção, já que o SUS paga valores elevados para a atenção quaternária.

Não obstante à trajetória exitosa do SUS em diversos aspectos, sua operação sempre foi dificultada pelo viés contencionista que marcou a origem e o desenvolvimento do sistema público de saúde no Brasil. Este é um aspecto decisivo para se compreender porque, mesmo com a presença do acesso universal, o sistema público brasileiro convive com um setor de seguros privados muito maior que o existente em outros sistemas de acesso universal e em sistemas corporativos. Num cenário de persistente subfinanciamento, o setor privado ganha um destaque desproporcional ao seu papel constitucional, tornando-se a opção preferencial de setores de classe média e, naturalmente, dos mais ricos.

Por isto, embora a demanda por mais recursos para a saúde apareça nos enunciados de todos os atores envolvidos, a intensidade desta preferência é controversa. Para os que detêm planos de saúde, tende a ser uma escolha mais retórica que efetiva, e isto envolve segmentos importantes da própria classe trabalhadora, que, nos casos paradigmáticos, foram cruciais à criação dos sistemas universais. Por seu turno, hospitais privados, empresas de planos e seguros de saúde, setores do complexo industrial da saúde e médicos se manifestam em favor da elevação dos gastos públicos com saúde apenas na medida em que essa pode representar

¹²⁷ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estatísticas de Saúde - Assistência Médico-Sanitária**, 2009.

ganhos de remuneração e de contratos, bem como a ampliação das compras do governo. Todavia, tais segmentos não têm nos gastos públicos com saúde a condição básica de sua existência, nos marcos de um sistema segmentado como o brasileiro, em que é forte a presença do setor privado. Assim, a defesa da elevação dos gastos tende a ser mais consistente junto à burocracia pública da área de saúde, porque conectada à defesa de um protagonismo maior do setor público, secundada por grupos de pressão ligados ao movimento sanitário, por vezes diante da resistência do governo, envolto em preocupações macroeconômicas de outra ordem. O registro das ações em favor da Proposta de Emenda Constitucional número 29, que eleva os gastos públicos com saúde, e a resistência à criação das Organizações Sociais para gestão dos hospitais públicos, expressão de um esforço racionalizador de viés contencionista, expressam os dilemas apontados.

2.1.3 PEC 29 e a proposta da criação das OS

A regulamentação da Proposta de Emenda Constitucional número 29 tem sido, durante os últimos dez anos, a principal bandeira dos que lutam por mais recursos para a saúde, incluindo aqui quase todos os atores envolvidos com a saúde, médicos, hospitais, empresas de planos e seguros de saúde, pacientes e governos.

O interesse de investimentos maiores da União, estados e município para a saúde fez com que Eduardo Jorge, médico, deputado paulista pelo Partido do Trabalhador e mais 144 deputados escrevessem em maio de 1993, a PEC169 para estabelecer na Constituição Federal recursos definidos para a saúde. A PEC definia que a União deveria alocar para a saúde no mínimo 30% do Orçamento da Seguridade Social. Ademais, União, estados e Municípios deveriam reservar para a saúde no mínimo 10% de sua receita fiscal. Aprovada em todas as comissões sofria resistência para ir a plenário. José Serra, no ano de 2000, ministro da saúde, defendeu que se colocasse em votação a proposta da PEC169. Entretanto, Serra, Malan e Fernando Henrique Cardoso modificaram radicalmente a PEC169. Uma vez que mudaram a forma de cálculo dos valores devidos para a União, de modo que não se alterasse nenhuma porcentagem de contribuição da União, mas que crescesse a participação dos estados de 10 para 12% (aumento de 20% a mais que a proposta da PEC169) e dos Municípios de 10 para 15% (aumento de 50% a mais que a proposta da PEC169) de seus impostos. A emenda constitucional foi alterada para a EC29, que por sua vez foi aprovada em 2011 no Congresso e garantiu que os estados repassem pelo menos 12% de suas receitas para a área, os municípios com repasse mínimo de 15% e a União fica obrigada a investir o valor aplicado

em um ano, corrigido pela variação do Produto Interno Bruto (PIB) de dois anos anteriores. Foi derrubada a proposta que obrigava repasse de 10% de recursos da União para a área. O Governo também derrubou o destaque da oposição que obrigava a União a aplicar 10% de suas receitas brutas. A vinculação deste percentual significaria aporte de R\$ 28 bilhões a mais do que aprovado. A regulamentação significa, na prática, acréscimo de R\$ 10 bilhões para a saúde. Por 65 votos a 4, foi derrubada a pretendida Contribuição Social para a Saúde (CSS), antiga CPFM, pois os parlamentares temiam, principalmente, terem suas imagens vinculadas com a criação de um novo imposto que teria sua constitucionalidade questionada. “A manchete seria Senado cria imposto. O acordo era aprovar a regulamentação da emenda, imposto não tinha sido parte do acordo”, afirmou o líder do PMDB no Senado, Renan Calheiros (PMDB).¹²⁸

Diante da iminência da aprovação da no EC29 na Câmara ano 2000, empresas de planos e seguros de saúde, médicos, hospitais e governos não se limitaram a participar das reuniões do Conselho Nacional de Saúde e Câmara de Saúde Suplementar para a aprovação no Congresso. A participação deles foi efetiva nos momentos anteriores e simultâneos a votação.

A mobilização desses atores e da sociedade civil para que a EC29 entrasse na agenda parlamentar foi percebida em vários momentos. De forma que, a Comissão de Seguridade Social e Família¹²⁹ e a Frente Parlamentar da Saúde¹³⁰ organizaram na Câmara de Deputados uma audiência pública para discutir a regulamentação da Emenda 29, no dia 24 de agosto de 2011. Nesta audiência, presenciamos representantes das empresas de planos e seguros de saúde, médicos, hospitais e membros de institutos e associações ligadas à saúde. Desta forma, a reunião teve como convidados, Manoel Carlos Neri da Silva, Presidente do Conselho Federal de Enfermagem; Irineu K. Grinberg, Presidente da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas; Ivone Cabral, Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem; José de Oliveira Júnior, Presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades

¹²⁸ Acessado em cinco de maio de 2012. Disponível em http://www.em.com.br/app/noticia/politica/2011/12/08/interna_politica,266333/emenda-29-e-aprovada-sem-tributo-destinado-a-saude.shtml

¹²⁹ Fazem parte da Comissão de Seguridade o Deputado Mandetta (DEM-MS) Presidente do colegiado; o Deputado Fábio Souto (DEM-BA) 1º vice-presidente; o Deputado Lael Varella (DEM-MG) 2º vice; e o Deputado Antonio Brito (PTB-BA) 3º vice-presidente. (Acessado em cinco de maio de 2012. Disponível em <http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/membros>).

¹³⁰ A Frente Parlamentar da Saúde - FPS foi fundada em 10 de março de 1993, com a participação, entre outros, do Senhor Deputado Inocêncio Oliveira, ex-presidente da Câmara dos Deputados, do ex-ministro da Saúde, Dr. Jamil Haddad e do Deputado Chafic Farhat, idealizador e primeiro presidente deste movimento. Após um breve período paralisada, no dia 29 de abril de 2003 foi reinstalada a Frente Parlamentar da Saúde-FPS. Atualmente a FPS é integrada por mais de 250 deputados e senadores. (Acessado em cinco de maio de 2012. Disponível em <http://www.camara.gov.br/internet/deputado/frentes.asp>).

Filantrópicas; Paulo Gadelha, Presidente da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ; Carlos Alberto Justo, Presidente da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino – ABRAHUE; Eli Iola Gurgel, Presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO; Antonio Carlos Nardi, Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS ; Ligia Bahia, Membro do Conselho Consultivo do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES; Sônia Fleury, Professora da Fundação Getúlio Vargas; Roberto D’ávila, Presidente do Conselho Federal de Medicina – CFM; José Carlos Abraão; Marcio Freitas, Presidente da Organização das Cooperativas Brasileiras; José Amaral, Presidente da Associação Médica Brasileira – AMB e Arlindo de Almeida, Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE.¹³¹

Simultaneamente a essa reunião, representantes de 500 lideranças de usuários e trabalhadores do Sistema Único de Saúde organizaram um ato público nacional a favor da aprovação da legislação na esplanada dos ministérios em Brasília. Deste movimento, surgiu a Primavera da Saúde¹³². A força e o alcance que teve esta manifestação mobilizou entidades e parlamentares para aumentar a pressão pela regulamentação da EC-29, sem novo adiamento do debate.¹³³

Representantes da categoria médica de todo o país, entre eles dirigentes da Federação Nacional dos Médicos (FENAM), CFM e AMB, se uniram aos deputados da Frente Parlamentar da Saúde com objetivo de aprovar a EC29. A Frente Parlamentar da Saúde e representantes das dezenas de entidades nacionais ligadas ao setor de saúde conversaram, separadamente, com diversos senadores dias antes da votação, pedindo a aprovação do texto da Emenda 29 da forma como ele foi aprovado pela Câmara. Esta foi a quarta mobilização realizada pela frente desde que o projeto voltou a tramitar no Senado.¹³⁴

Além das entidades representativas da categoria médica, foi criado o Movimento Saúde e Cidadania, formado pela Associação Brasileira de Defesa do Consumidor; APM –

¹³¹ Acessado em cinco de maio de 2012. Disponível em <http://www.videolog.tv/video.php?id=691717>.

¹³² A Primavera da Saúde é um movimento organizado por entidades que compõe o Conselho Nacional de Saúde que mobilizam esforços para a votação da legislação e defendem que a emenda deve garantir ampliação dos recursos públicos para a saúde; a responsabilização do financiamento deve ser tripartite (União, estados e municípios); deve haver vinculação das receitas para saúde e deve estar bem definido o que são ações e serviços de saúde. (Acessado em cinco de maio de 2012. Disponível em <http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/07/25/movimentos-convocam-toda-a-populacao-para-ato-publico-nacional-em-defesa-da-ec29/>).

¹³³ Acessado em cinco de maio de 2012. Disponível em <http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/07/25/movimentos-convocam-toda-a-populacao-para-ato-publico-nacional-em-defesa-da-ec29/>.

¹³⁴ Acessado em cinco de maio de 2012. Disponível em <http://webtv.fenam2.org.br/tv/showData/9578>. Acessado em 02 de out de 2011. Vários atos públicos foram organizados para mobilizar a sociedade e o governo sobre a situação da EC 29 durante a tramitação da emenda no Congresso.

Associação Paulista de Medicina; OAB-SP – Ordem dos Advogados do Brasil - Seção São Paulo; CMB – Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas; FEHOSP – Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo; ISCMSP – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; FIESP / COMSAÚDE – Federação das Indústrias do Estado de São Paulo / Comitê da CADEia Produtiva da Saúde; COREN-SP – Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; SINDHOSP – Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios; FEHOESP – Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo; ABCD -Associação Brasileira dos Cirurgiões Dentistas; CROSP – Conselho Regional de Odontologia de São Paulo; ACT – Aliança de Controle do Tabagismo; Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo; Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa de São Paulo; Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte; Sociedade Brasileira de Nefrologia; Sociedades de Especialidades Médicas do Estado de São Paulo; Regionais da Associação Paulista de Medicina com o mesmo objetivo de mobilização em prol da aprovação da emenda constitucional. No dia sete de dezembro de 2011, quando a emenda constitucional foi aprovada pelo Congresso, mais um ato público foi organizado por entidades e movimentos que lutam pelo SUS.¹³⁵

Outra agenda bastante debatida no final dos anos 1990 e nos dias atuais é a adoção de Organizações Sociais para o gerenciamento de hospitais públicos. As Organizações Sociais foram criadas através da Medida Provisória no. 1.591 de 9 de outubro de 1997. As OS podem abranger o setor de atividades não exclusivas do estado (ensino, pesquisa, tecnologia, meio ambiente, cultura e saúde), a partir da transformação de instituições públicas em pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos. As críticas em torno desta gestão passam pela permissão que essas instituições têm de contratar profissionais sem concurso prévio; a adoção de normas próprias para compras e contratos sendo livres das normas próprias que regulam as despesas realizadas com recursos públicos entre muitas outras restrições.¹³⁶

No caso específico das OS, cada estado e município devem aprovar uma legislação complementar para que as Organizações Sociais sejam implantadas. As aprovações da legislação das OS nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro foram bastante tumultuadas, com protestos simultâneos às votações, contudo insuficientes para a paralisação da mesma. O

¹³⁵ Acessado em cinco de maio de 2012. Disponível em <http://www.proteste.org.br/saude/entidades-se-mobilizam-por-verbas-eagrave-saeuacute-de-s556571.htm>. Acessado em 02 de out de 2011.

¹³⁶ PINTO, Isabela Cardoso de Matos. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental o caso das organizações sociais da saúde na Bahia**. Tese de doutorado. Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, 2004

caso surpreendente foi no estado da Bahia, onde, conforme Isabela Cardoso de Matos, em sua tese “Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental - o caso das organizações sociais da saúde na Bahia”¹³⁷, a introdução da mudança proposta na agenda política do Governo, embora contando com apoio declarado do governador e seu *staff*, enfrentou resistência daqueles que trabalhavam no aparato estatal na área de Saúde. Isto, provavelmente, constituiu um fator importante na interrupção do projeto, uma vez que o projeto foi aprovado pelos deputados, mas foi inviabilizado mediante a resistência de população e dos profissionais da saúde.¹³⁸

Desta forma, mediante a aprovação de legislações complementares em várias localidades e a legislação nacional, representantes de entidades médicas, hospitalares, empresas de planos e seguros de saúde, sindicatos, fóruns populares de saúde e movimentos sociais, os/as assistentes sociais movem desde 1998 uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) 1.923/1998 contra a Lei 9.637/1998, no Superior Tribunal Federal (STF). Em 2011, a ADIN 1.923/1998 entrou na pauta do STF por duas vezes, mas em ambas as ocasiões as votações foram interrompidas por solicitação de pedidos de vista para analisar melhor a matéria.

No limite, temas que afetam interesses opostos na relação direta entre as empresas de planos e seguros de saúde, médicos, hospitais e governo como reajustes dos valores de planos e seguros, honorários médicos, regulação dos planos minam a aproximação desses atores e a formação de eventuais coalizões futuras, embora tal distanciamento possa favorecer a formação de elos entre os usuários e atores pró SUS. No caso específico da PEC29., todos os atores estão do mesmo lado por que todos têm a ganhar. Os adversários estão radicados em outras áreas do governo, que também disputam recursos. No caso das OS, contudo, evidencia-se a resistência de setores da burocracia do setor de saúde, bem como médicos ligados aos hospitais e correntes diversas que identificam tendências privatizantes no modelo.

2.2 Trajetória dos Planos de Saúde no Brasil

Desde fins da década de 1960¹³⁹, um número crescente de trabalhadores passou a ser coberto pelos planos de saúde, seja mediante a celebração de contratos individuais, seja

¹³⁷ Idem.

¹³⁸ Idem.

¹³⁹ Os primeiros movimentos em prol da formação de medicina de grupo remetem a década de 1950, quando em São Paulo, alguns médicos desempregados uniram-se para fornecer assistência à saúde a funcionários e familiares de empresas em franca expansão. No entanto, o nítido desenvolvimento do setor privado só é verificado no início dos anos de 1960 (Histórico ABRAMGE, Acessado em cinco de setembro de 2009. Disponível em www.abramge.com.br).

mediante a adesão a um contrato empresarial ou associativo.¹⁴⁰ Esse panorama foi determinado, sobretudo, por quatro fatores: o próspero crescimento industrial nacional; a natural ampliação da demanda da população por serviços médicos; o precário e insuficiente serviço de saúde disponível em diversas regiões brasileiras; o aumento do custo da medicina liberal, como conseqüência das novas descobertas científicas. No limite, verificamos que a medicina de grupo tornou-se uma solução alternativa ao sistema, e por vezes estimulada pelos empresários.¹⁴¹

Na esfera do atendimento à saúde, a normatização de contratos de atendimento médico aos funcionários e familiares nos arredores das fábricas foi regulamentada na LOPS, em seu artigo 56, a qual permitiu o empresariado de encarregar-se do pagamento dos benefícios concedidos aos segurados mediante acordo entre as instituições de previdência e a empresa. Deste modo, essa nova regra conferiu legalidade para que os Institutos formalizassem convênios com as empresas. Em uma revisão deste decreto, em 1966, a legislação atribuiu às empresas, conforme Willian Martins e Thereza Cunha, o papel de “colaboradora” da Previdência Social¹⁴². Segundo estes autores, a criação do convênio-empresa veio harmonizar os interesses dos trabalhadores, patrões e da Previdência Social, pois os IAPs sofriam pressões dos beneficiários, devido à demora para os atendimentos; dos empresários, que reclamavam da lentidão do Instituto; e, também, do governo que se deparava com déficit do IAPs. Nos anos seguintes, várias portarias foram assinadas a fim de aprimorar essa modalidade de serviços. Detalhe especial para a resolução INPS/9000.6 de 14 de julho de 1971, que permitiu às empresas a opção de fazer convênios globais – assumindo todos os encargos - ou parciais com a Previdência. Ademais, ficou acordado para que a empresa viabilizasse a assistência médica aos trabalhadores e familiares, seria pré requisito a presença de uma estrutura médico-hospitalar na região. Abria-se por assim dizer, uma brecha para o surgimento de empresas de planos pré-pagos contratados para fins de assistência médica.¹⁴³

No limite, verificou-se que as empresas de planos de saúde não assumiam todos os riscos de seus assegurados, ainda segundo Cunha e Martins, a parcela de pessoas que o

¹⁴⁰ BAHIA, Ligia. “Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90” op cit..

¹⁴¹ MENCUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: Atores, processos e trajetória**” atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

¹⁴² BAHIA, Ligia; ANTUNES, Ludmila; CUNHA, Thereza e MARTINS, William. op cit . p 37- 47.

¹⁴³ Idem.

convênio-empresa cobria era algo em torno de 10%, ficando a cargo da Previdência a grande responsabilidade.¹⁴⁴

Embora o convênio não tenha tido fundamental importância por sua pouca expressividade na cobertura, conseguiu desenhar as bases dos planos pré-pagamento. Indiretamente auxiliadas pelos institutos e depois pelo INPS, as empresas cresceram com a anuidade do poder público, capitalizando-se e tornando-se responsáveis pelo manejo de grandes somas de recursos financeiros.¹⁴⁵¹⁴⁶

Esse cenário se configurou, sobretudo, entre os anos de 1950 e início de 1960, quando predominou certa intervenção estatal pautada pelo estímulo a privatização dos serviços à saúde¹⁴⁷. A participação dos médicos foi fundamental para que essa nova perspectiva fosse adotada, sendo eles os grandes divulgadores da livre escolha do paciente pelo médico e hospital para o tratamento. Assim, em termos gerais, a partir da segunda metade da década de 1950 verifica-se o aumento de atendimentos médicos fora das fábricas, amplamente apoiado pelas empresas de planos, empresariado e pelos médicos.¹⁴⁸

Até os anos de 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, na sua grande maioria, pela rede de serviços próprios do IAPs, composta por hospitais, ambulatórios e médicos¹⁴⁹. A unificação dos IAPs, por sua vez, em 1967, associada aos estímulos para a privatização da assistência à saúde favoreceu ainda mais a condição do governo de comprador de serviços privados de saúde. Além disso, o crescimento da indústria brasileira garantia um aumento de segurados e conseqüentemente um aumento da receita da Previdência Social. Diante da propalada ineficiência do setor público, os recursos da Previdência Social serviam à constituição das primeiras células de um sistema de assistência à saúde concentrado nos grandes centros urbanos e voltados ao atendimento de sintomas, conectando-se às idéias dos liberais.¹⁵⁰

¹⁴⁴ Idem.

¹⁴⁵ Para prestar serviços de saúde aos seus trabalhadores, os empresários contratavam empresas médicas pagando antecipando um valor fixo por trabalhador a cada mês.

¹⁴⁶ BAHIA, Lígia; ANTUNES, Ludmila; CUNHA, Thereza e MARTINS, William. op cit. p.48.

¹⁴⁷ Enquanto no de 1960, 62% dos leitos no país eram particulares, sendo que 20% pertenciam ao subsector lucrativo; no ano de 1962, esse montante já somavam 68% e 45% desses leitos eram destinados ao subsector lucrativo. (GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura; NORONHA, José e CARVALHO, José. op cit. p. 341) O investimento feito pela Previdência e empresas ao sistema privado de assistência à saúde na década de 1960, permitiu um alto desenvolvimento deste setor ao longo dos anos, consagrado nos anos 80, a ponto dos seguros e planos de saúde preferirem se afastarem do financiamento público, pelos baixos preços de pagamento. (FLEURY TEIXEIRA, S. op cit.)

¹⁴⁸ Idem.

¹⁴⁹ Ibidem. p 390.

¹⁵⁰ Tal cenário foi regulamentado pela Constituição de 1967, corroborada pela Carta de 1969 e consubstanciada no decreto-lei numero 200/1968, sobre a Reforma Administrativa, cujo objetivo foi orientar a cada ministério o abandono de ações executivos em favorecimento ao setor privado. (GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura; NORONHA, José e CARVALHO, José. op cit. p.391 e BAHIA, Lígia; ANTUNES,

O processo de universalização excludente se aprofundaria sob a tutela do INPS, cuja influência de técnicos com tendências privatizantes, oriundos dos IAPs, era marcante. Estavam sendo criadas as condições para o desenvolvimento de um complexo médico-industrial no Brasil, que se transformaria no principal comprador de serviços médico-hospitalares. Em paralelo, por meio do “convênio-empresa”, começaram a ser desenvolvidos esquemas privados entre empresas empregadoras e prestadores, que combinavam pacotes de serviços e seus respectivos preços para determinada quantidade de trabalhadores e seus familiares.¹⁵¹

Segundo Ligia Bahia, o modelo privatizante adotado pela Previdência Social na ocasião, tinha, pelo menos, duas justificativas. Primeiramente, a orientação privatizante dos serviços de saúde se inscrevia entre “as tarefas de desenvolvimento, ampliação e modernização do capitalismo”. E secundariamente, o empresariado da saúde assumiria a função de afastar a temida estatização da medicina.¹⁵²

A conjuntura de crescimento econômico acelerado na segunda metade da década de 1960 favoreceu a expansão do nível de universalização, mesmo que à custa da repressão às demandas sociais. Presenciava-se, também, uma modificação dos compradores, que adquiria base regional. Além da marginalização dos não segurados, o novo sistema se caracterizaria pela diferenciação dos serviços de saúde oferecidos em função da clientela, como os destinados às populações de baixa renda, caracterizados pela baixa resolutividade.¹⁵³ Desta forma, o acréscimo de beneficiários conferia a necessidade de redefinir o sistema médico previdenciário existente, incapaz, àquela altura, de suportar o incremento da demanda. Esta situação colocou o governo militar diante de um dilema: ampliar o financiamento público da saúde ou buscar novas formas de financiamento. A opção foi a de estimular a participação da iniciativa privada no setor.¹⁵⁴

Mudava, também, o perfil do consumidor dos planos privados, com a classe média da sociedade brasileira buscando ser coberta por planos complementares. Ademais, as próprias empresas de saúde diversificaram seu foco atendendo, neste novo momento, clientes individuais e coletivos com padrões diferenciados. Com essa demanda ascendente, o setor da saúde privada promoveu a montagem de uma extensa rede de credenciais, adicionais aos serviços próprios das empresas de planos privados de saúde e de algumas grandes empresas.

Ludmila; CUNHA, Thereza e MARTINS, William. op cit. p 27-28. DELGADO, Ignacio. **Previdência Social e Mercado no Brasil.** op cit.)

¹⁵¹ MATOS, João Boaventura Branco de. op cit. p. 115.

¹⁵² BAHIA, Ligia. **Os Planos de Saúde Empresariais no Brasil: Notas para a Regulamentação.** p.29. Acessado em cinco de novembro de 2011. Disponível em www.ans.gov.br/porta1/upload/forum_saude/objeto.../AA7.pdf. Acessado em 12/8/2011.

¹⁵³ MATOS, João Boaventura Branco de. op cit.

¹⁵⁴ Idem.

Assim, o consumo de procedimentos médico-hospitalar tornou-se quase que dependente das empresas suplementares de saúde. Por sua vez, os serviços públicos só eram acionados quando o atendimento não era coberto pelas empresas privadas. A Golden Cross foi uma das primeiras empresas de medicina de grupo a oferecer planos diferenciados. Em alguns contratos era garantida cobertura nacional e até mesmo internacional.¹⁵⁵

Se na década de 80, o setor privado chegaria a cobrir 31 milhões de brasileiros, correspondentes a cerca de 22% da população da época, nos anos 90 atingiríamos a marca de 38,7 milhões de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que corresponde a 24,5% da população do país.¹⁵⁶ Desta forma, na mesma magnitude que o número de clientes aumentava, cresciam as denúncias contra as empresas de planos e seguros de saúde. A exigência por uma regulação do setor tornava-se maior pelos setores mais organizados da sociedade e pelo próprio governo. Contudo tal tarefa não era simples no âmbito do aparelho do governo. De todo modo, a “arquitetura” de uma regulamentação do setor abarcou uma perene tensão e disputa que envolveu pelo menos três grandes atores: empresas de planos e seguros de saúde; prestadores; e os beneficiários e suas instâncias representativas. Para além disso, o setor de saúde suplementar desenvolveu-se sob a égide de um mercado privado sem uma regulação específica, e neste sentido se diferenciava de outros setores que passaram a contar com Agência Reguladora desenvolvidas a partir de estruturas de regulação já existentes.¹⁵⁷

Conforme Ligia Bahia

A proposta de regulamentação da assistência médica suplementar consubstanciada na Lei 9665 contemplou pontos de uma agenda que vem sendo formulada desde 1992, por entidades médicas, órgãos de defesa do consumidor, instâncias governamentais dos Ministérios da Fazenda, Justiça e Saúde, pelo legislativo federal e assembleias legislativas de alguns estados da federação. Temas tais como a definição quanto à natureza privada com fins lucrativos das empresas do setor; a ampliação da cobertura para a realização de terapias e procedimentos diagnósticos e para idosos, e a definição do locus regulatório das empresas de assistência médica supletiva integraram o repertório inicial das proposições deste conjunto de atores para a regulamentação do segmento.¹⁵⁸

¹⁵⁵ BAHIA, Ligia. **Os Planos de Saúde Empresariais no Brasil: Notas para a Regulamentação**. op cit E GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura; NORONHA, José e CARVALHO, José. op cit. p. 528.

¹⁵⁶ MATOS, João Boaventura Branco de. op cit. p. 129 e 150.

¹⁵⁷ Idem.

¹⁵⁸ BAHIA, Ligia. **Padrões e Mudanças das Relações Público-Privado: Os Planos e Seguros Saúde no Brasil. Tese de doutorado**. Fundação Oswaldo Cruz. 1999. p.248

Ainda segundo Bahia, a questão da regulamentação entrou na agenda governamental prioritariamente a partir da Superintendência de Seguros Privados (Susep) do Ministério da Fazenda que, desde 1989, época em que as seguradoras passaram a disputar o mercado de clientes de planos de saúde, passou a propugnar uma normatização para o setor. A principal preocupação da Susep era regular os aumentos dos valores dos planos e aumentar a arrecadação de impostos sobre operações financeiras, provenientes da natureza filantrópica de muitas das empresas. Neste período, a Associação Brasileira de Empresas de Medicina de Grupo se posicionou contrária à Susep, uma vez que, segundo a Abramge, essa transformação das empresas de saúde em segurados resultaria na monopolização e redução do escopo de produtos ofertados.¹⁵⁹

Ademais, contribuiu para a intensificação dos debates sobre a regulamentação da saúde suplementar as constantes negações dos planos e seguros a coberturas de pacientes em grupo de riscos (soropositivos, idosos, gestantes de risco), somado às intervenções das empresas de saúde no tratamento dos pacientes e na autonomia dos profissionais da saúde, assim como a reação de alguns governos estaduais, que formularam normas de controle do fluxo de pacientes privados aos estabelecimentos públicos baseado na cobrança de atendimento prestado. Diante dessas ocorrências emerge uma coalizão de interesse formada por diferentes atores, sobre a necessidade de se criar uma legislação que regularia o setor.¹⁶⁰ Além disso, a crise da Golden Cross, líder do segmento de assistência médica suplementar, foi responsável por iniciar um movimento em prol da legislação.¹⁶¹

Num primeiro momento, o confronto entre a Susep e Abramge permitiu que o processo regulatório fosse interrompido. Contudo com a entrada de atores importantes como hospitais, médicos e outros segmentos fez emergir mais uma vez a necessidade de uma legislação.¹⁶²

Em janeiro de 1991 foi realizada uma jornada de estudos em Brasília “para esclarecer as autoridades e evitar a “cartelização” da assistência médico-hospitalar privada”, que contou com as presenças da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e Associação de Hospitais do Estado de São Paulo (AHESP), da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS) que, na ocasião, expressaram através do secretário geral da FBH, Luís Plínio de Moraes Toledo seus compromissos com a medicina de grupo¹⁶³

¹⁵⁹ Idem.

¹⁶⁰ Ibidem. p. 536.

¹⁶¹ Idem.

¹⁶² Idem.

¹⁶³ Idem.

Na mesma época, órgãos de defesa do consumidor, entidades médicas e associações de portadores de patologias também favoráveis a Abramge iniciaram uma forte campanha para garantir a cobertura assistencial ampla por parte de planos e seguros de saúde. Em consequência desta postura, planos e seguros de saúde reagiram as essas modificações com a adoção de medidas gerenciais e financeiras visando a diminuição de custos assistenciais.¹⁶⁴

A iniciativa do debate sobre a regulamentação dos planos e seguros, no segundo período do processo de negociações, coube às entidades médicas, de defesa do consumidor e ao Legislativo Nacional que introduziu o ponto das restrições de cobertura, até então praticamente ignorado pelas proposições normatizadoras da Susep, que pretendiam somente estender as regras para as reservas técnicas e provisões financeiras aplicáveis às seguradoras e às empresas médicas (cooperativas e medicinas de grupo)¹⁶⁵

O período de debate sobre a regulamentação do setor da saúde suplementar foi novamente iniciado com o projeto de regulamentação pelas Unimed's, em agosto de 1997, através do Deputado Marcus Vinícius de Campos do Partido da Frente Liberal, que sugeriu a criação de um órgão regulador, a Agência Nacional de Saúde Supletiva, vinculada ao Ministério da Saúde, o que deslocava radicalmente as atribuições normatizadoras da Susep. No final do mesmo ano foi apresentado à Câmara o relatório do Deputado Pinheiro Landim, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro. Os conflitos no legislativo permaneciam polarizados entre os defensores da ampliação das coberturas, por um lado, e por outro pelos defensores do aperfeiçoamento do mercado para a expansão das empresas de assistência médica suplementar. Desta forma, de um lado, encontrávamos, o projeto formulado pelo Conselho Nacional de Saúde, prioritariamente defensor dos direitos dos consumidores, e, por outro lado, o projeto do Ministério da Fazenda, com preferências pelo redirecionamento das alianças entre governo e capital nacional e internacional.¹⁶⁶

A resistência de determinadas modalidades da assistência médica suplementar e entidades de consumidores aos valores defendidos pela ala econômica estatal não impediram a manutenção do posicionamento do Deputado Pinheiro Landim favorável às restrições de cobertura e a entrada do capital estrangeiro no segmento e a regulamentação através do Ministério da Fazenda. Em setembro de 1997, seu projeto foi aprovado na Câmara Federal por 306 votos a favor, 100 contra e 3 abstenções.¹⁶⁷

¹⁶⁴ Idem.

¹⁶⁵ Ibidem p. 255.

¹⁶⁶ Ibidem p. 256.

¹⁶⁷ Idem.

Quando o projeto aprovado pela Câmara retornou ao Senado os conflitos entre os empresários de assistência médica e as entidades de consumidores e entidades médicas encontraram uma arena mais permeável aos interesses das últimas e das Unimed,¹⁶⁸

Os conflitos em torno da legislação foram reabertos, colocando parte dos hospitais, Unimed e médicos a favor dos princípios de defesa do consumidor e outra parte de grupos que operam o setor da saúde próximo ao Ministério da Fazenda. O impasse finalmente foi resolvido com a entrada do novo ministro da saúde, José Serra¹⁶⁹

O acordo proposto pelo novo Ministro da Saúde, remetia fundamentalmente aos seguintes pontos da pauta de debates sobre a regulamentação: 1) ampliação de coberturas para eventos e procedimentos através de planos segmentados por regime assistencial. Ou seja, planos sem restrições de cobertura para qualquer problema com resolução ao nível ambulatorial ou hospitalar, dependendo do contrato assistencial, ou ainda os que abrangem ambos regimes. 2) compromisso de revisão da exclusão de transplantes de órgãos; 3) nova redação para o aumento do preço dos planos para as pessoas acima de 60 anos; 4) compromisso de revisão dos termos para a cobertura de doenças e lesões pré-existentes; 5) definição do Ministério da Saúde como instituição responsável pela regulamentação dos aspectos assistenciais e a Susep pelos aspectos econômico-financeiros com poder de veto recíproco. Por outro lado, o Ministro solicitou o respaldo do Senado para a aprovação de itens polêmicos como a permissão para a entrada do capital estrangeiro, os valores para o ressarcimento ao SUS, e a definição de prazos de permanência no plano para manutenção de cobertura para aposentados e desempregados. A combinação entre mudanças favoráveis a ampliação de coberturas e manutenção de requisitos concernentes às regras de competição entre operadoras logrou estabelecer o consenso necessário para a aprovação imediata da legislação referente a regulamentação da assistência médica suplementar¹⁷⁰

Em termos gerais, a legislação dos planos privados foi criada após dez anos da Carta, no ano de 1998¹⁷¹. A lei 9.656 foi avaliada como um importante instrumento para coibir os abusos das empresas de planos de saúde contra os consumidores e equiparar os serviços e os valores cobrados pelos diferentes planos.

Contudo,

¹⁶⁸ Ibidem p.289.

¹⁶⁹ Idem.

¹⁷⁰ Ibidem p. 297.

¹⁷¹ A Carta Magna de 1988 estabeleceu o direito social à saúde, a universalização da assistência e a conformação de um sistema único de saúde, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90), contudo, o mesmo documento não fez menção específica ao setor de saúde suplementar. Por sua vez, a publicação da Lei do Código de Defesa do Consumidor (nº 8.078/90) imprimiu influência nos acontecimentos no decorrer da década de 1990 no mercado de planos privados. Nos primeiros anos da década de 1990, o debate sobre os planos de saúde possuía como pontos principais: elaboração de regras de solvência para as operadoras de planos de saúde, abertura do setor para o capital estrangeiro, reivindicações de ampliação de cobertura e controle de preços defendidos pelas entidades médicas e de defesa do consumidor. (Albuquerque, Ceres; Piovesan, Márcia Franke; Santos, Isabela Soares; Martins, Ana Cristina Marques; Fonseca, Artur Lourenço A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(5):1421-1430, 2008).

não logrou elaborar proposições efetivas para a regulação das extensas interfaces público-privadas da gestão dos riscos à saúde.¹⁷²

Diante desse impasse, a Agência Nacional de Saúde Suplementar foi criada¹⁷³. A ANS nasceu com autonomia orçamentária e decisória, tinha por objetivo estabelecer um padrão de disputa, procedimento e transação para o exercício das empresas de planos e seguros de saúde. Ela conduziu, por um lado, a criação de um regimento próprio para o investimento do capital estrangeiro neste serviço e, por outro, ao nivelamento dos atendimentos, preços e procedimentos oferecidos pelas empresas de planos e seguros de saúde aos pacientes¹⁷⁴.

Até a criação da ANS, as empresas de assistência à saúde estavam sujeitas exclusivamente à estrutura regulatória do Sistema Nacional de Seguros Privados (SNSP) e da Superintendência de Seguros Privados.¹⁷⁵ No ano de 1998, foi criada a Câmara de Saúde Suplementar, órgão do SNSP, responsável por regulamentar as atividades das empresas de planos e seguros de saúde, a partir da participação de representantes de diferentes segmentos da sociedade que protagonizam as relações no setor.¹⁷⁶ No ano de 2000, através da promulgação da Lei nº 9.961/00¹⁷⁷, foi criada a ANS com o papel de regulamentar a saúde suplementar, como também a Diretoria Colegiada da ANS, responsável por promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. A CSS passou a ser órgão consultivo da ANS.

Assim, conforme o texto “Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais”¹⁷⁸, a legislação mostrou-se “ampliada e abrangente”. Estabeleceu premissas de regulação da “saúde financeira” do mercado e determinou os limites das coberturas. Além disso, instituiu o padrão de cobertura, quando estabeleceu os tipos de segmentação e o rol de procedimentos obrigatórios. Ainda segundo os autores, Deborah Carvalho Malta, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Emerson Elias Merhy, Túlio Batista Franco; Alzira de Oliveira Jorge e Mônica Aparecida Costa, três linhas de trabalho podem ser identificadas na atuação da ANS: a primeira voltada para a regulação da saúde financeira das

¹⁷² BAHIA, Ligia; ANTUNES, Ludmila; CUNHA, Thereza e MARTINS, William. op cit p.34.

¹⁷³ BRASIL. Lei 9.961/00, de 5 de Janeiro de 2000.

¹⁷⁴ GAMA, Anete Maria; REIS, Carlos Otávio Ocke; SANTOS, Isabela Soares; BAHIA, Ligia. op cit

¹⁷⁵ BRASIL, Lei nº 9.656. op cit.

¹⁷⁶ Idem.

¹⁷⁷ BRASIL. Lei 9.961/00, de 5 de Janeiro de 2000.

¹⁷⁸ MALTA, Deborah Carvalho; CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira; MERLY, Elias; FRANCO, Tulio Batista; JORGE, Alzira de Oliveira e COSTA, Monica. op cit.

empresas, ou seja, da sua capacidade de se estabelecer no mercado; a segunda, sob a perspectiva do direito dos consumidores, focalizando os contratos e a relação de consumo, a terceira tem como centro a questão dos produtos, seja na sua composição de cobertura, seja no seu preço. Nessa prática institucional fragmentada, a perspectiva de regulação do setor como produtor de saúde encontra-se incipiente. A questão da produção da saúde não adquiriu a centralidade necessária para nortear o processo regulatório.¹⁷⁹

A partir da criação da Agência, em 2000, a lacuna de normas econômico-financeiras, por exemplo, para registro, provisões técnicas, capital mínimo e normas de contabilidade, passaram a constituir a pauta mais urgente da Diretoria Colegiada. Vivia-se, nessa época, uma situação de pouca informação sistematizada sobre o mercado de Saúde Suplementar – o que existia foi incorporado do Ministério da Saúde e Susep. Nenhum regime especial havia sido decretado. As normas para reajuste de planos individuais não haviam sido consagradas no Diário Oficial. Nenhuma liquidação extrajudicial fora efetuada.¹⁸⁰

Em março de 2011, a população brasileira era coberta por plano ou seguro de saúde, divididos em planos privados e empresariais. As empresas de autogestão somam cerca de 300 empresas e aproximadamente 4,7 milhões de beneficiários. A fração comercial compreende as cooperativas de trabalho médico, as empresas de medicina de grupo (incluindo as filantrópicas) e as seguradoras. As cooperativas de trabalho médico possuem 25% dos clientes de planos de saúde, as seguradoras cerca de 35%. Finalmente, as medicinas de grupo são atualmente responsáveis por quase 40% dos beneficiários da assistência médica supletiva.¹⁸¹

A regulamentação do setor de seguros de saúde e a criação da ANS evidenciam a convergência de fluxos apontada por Kingdom, mediada pelo conflito entre interesses contrastantes, e representaram uma janela de oportunidade para cristalização da natureza segmentada do sistema de saúde brasileiro. Desde a Carta de 1988, a regulamentação do setor evidencia-se como um *problema*, que se desenvolve no rastro do marco regulatório para a área, em que os planos de saúde e provedores privados são tomados como um setor suplementar, embora responsáveis pela maior parte dos *serviços ofertados*. Desta forma, era, também, um espaço privilegiado para o mundo dos negócios, inclusive na ótica de investidores internacionais, sendo assim tratados, na regulamentação que submetia os seguros

¹⁷⁹ MALTA, Deborah Carvalho; CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira; MERLY, Elias; FRANCO, Tulio Batista; JORGE, Alzira de Oliveira e COSTA, Monica. op cit.

¹⁸⁰ CONASS, 2007, p. 41 APUD MATOS, João Boaventura Branco de. op cit. p 140.

¹⁸¹ MALTA, Deborah Carvalho; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista Franco; JORGE, Alzira de Oliveira e COSTA, Mônica. op cit. p. 5.

à SUSEP. A regulamentação que foi definida ao final da década de 1990, abriu oportunidades para a expansão das empresas internacionais do setor, combinada à criação da ANS, foi uma *solução* inscrita nas alternativas vigentes num cenário de ampliação da integração internacional da economia brasileira e de efetivação de um esforço de reforma do Estado, na qual a criação de agências reguladoras aparece como o arranjo adequado a uma presença pequena do setor público na provisão de serviços, atendo-se, pois, a seu papel regulador. Assim, a criação da ANS cumpre um papel contraditório. Por um lado ela traz os seguros para o âmbito da saúde, retirando-os da regulação exclusiva do setor de seguros privados. Por outro, ela consagra, no plano institucional, a segmentação do sistema brasileiro, esmaecendo o papel do CNS na regulação do setor suplementar.

Por fim, a convergência entre o fluxo do *problema* (regulação do setor de seguros privados) e das *alternativas* (regulamentação do setor e criação da ANS) é proporcionada pela dinâmica do *fluxo da política*, pela presença e liderança do ministro José Serra, cuja ação favoreceu a conformação atual do sistema de saúde em várias iniciativas, que permitiram arranjos que atendem a expectativas dos diferentes atores endógenos. Vale registrar a regulamentação do setor de seguros e a criação da ANS, que respondem à demanda dos grupos mais privatistas; o encaminhamento da PEC29, que acena para os setores mais favoráveis ao fortalecimento do setor público, conquanto apoiada por todos os atores, além de medidas pontuais, como a legislação dos genéricos, que deu o impulso inicial à recuperação da indústria farmacêutica doméstica ¹⁸²Qualquer que seja o juízo sobre o alcance de tais iniciativas, é importante reiterar, contudo, que a criação da ANS aparece como a medida de maior impacto para o curso posterior do atual do sistema de saúde brasileiro, na medida em que, como assinalado acima, fica consagrada a segmentação institucional entre o setor público e o setor privado no âmbito das arenas decisórias responsáveis pela sua operação. A partir daí, perdem fôlego arenas como o CNS, permitindo aos atores do mundo privado uma atuação mais desenvolvida e adequada à enunciação de seus interesses no interior da estrutura institucional de regulação do sistema de saúde brasileiro, embora estratégias de *saída* também sejam usadas na ANS, como veremos no último capítulo.

Importa agora identificar algumas características do setor de seguros na área de saúde no Brasil.

¹⁸² DELGADO, I. G. **Social Welfare, Health and Pharmaceutical Industry: preliminary notes for a comparative analysis between England, Brazil and Argentina.** op cit.

2.3 Modalidades

2.3.1 Medicina de Grupo

Os primeiros grupos médicos que ofertaram assistência médico-hospitalar de pré-pagamento aos trabalhadores, na sua grande maioria, eram especialistas em medicina do trabalho e donos de clínicas e pequenos hospitais. Diante do crescimento econômico do país e do apoio estatal, enxergaram nesta oportunidade uma forma segura e estável de comercialização de planos privados de saúde. Na década de 1960, esse segmento dividia-se entre duas alternativas empresariais comerciais: medicina de grupo ou cooperativa médica.¹⁸³ Prioritariamente a grande diferença dessas duas modalidades se expressa na posição adotada pela Unimed, cujo princípio se respalda em uma alternativa para preservar a prática da medicina liberal através da constituição de cooperativas de trabalho. Embora com princípios norteadores diferenciados, cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo propunham oferecer uma cobertura básica, todavia superior à da rede pública e previdenciária, para trabalhadores especializados da indústria.¹⁸⁴

No início dos anos 80, segundo a Associação Brasileira de Medicina de Grupo e à Federação das Unimed, o número de usuários de planos de saúde chegava ao patamar de 15 milhões. Contudo, segundo Ligia Bahia, nesse período, os números do mercado da saúde suplementar não correspondiam ao potencial dessas empresas. Ainda conforme a autora, as razões para esses esse números poderiam ser explicados devido à caracterização dos planos empresariais como benefícios, concedidos pelo empregador e ainda a pequena dependência dos médicos e hospitais particulares do financiamento da assistência suplementar. A ampliação desse mercado, de todo modo, foi visível nos anos 80, mesmo momento em que tivemos um expressivo aumento das vendas de planos individuais; e também a entrada de grandes seguradoras no nicho da saúde e de funcionários públicos da administração direta, autarquias e fundações à assistência médica supletiva e uma inequívoca vinculação da assistência privada ao financiamento da assistência médica suplementar.¹⁸⁵

Durante os anos de 1990, o comércio de planos individuais por hospitais filantrópicos e empresas médicas regionalizadas teve um aumento expressivo. Tais planos permitem o

¹⁸³ GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura; NORONHA, José e CARVALHO, José. op cit. p. 527-529.

¹⁸⁴ GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura; NORONHA, José e CARVALHO, José. op cit. p.526-530. BAHIA, Ligia. “Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90” **Ciênc. saúde coletiva** vol.6 no.2 São Paulo 2001.

¹⁸⁵ BAHIA,Ligia; ANTUNES, Ludmila; CUNHA, Thereza e MARTINS, William. op cit. p. 29.

acesso a um grupo bastante restrito de serviços, geralmente localizados em periferias das grandes cidades ou em municípios de médio e pequeno porte.¹⁸⁶

No ano de 1999, a saúde suplementar comercial era composta por cerca de 1.200 empresas, sendo 800 empresas de medicina de grupo, 360 cooperativas médicas e 30 seguradoras¹⁸⁷. A grande maioria das empresas de grande porte do segmento comercial disponibiliza ao mercado planos coletivos e individuais dos tipos executivo, intermediário e básico¹⁸⁸. Contudo, o cenário nacional era composto por pequenas empresas que basicamente ofereciam redes de atendimento bem localizadas. A adoção do credenciamento dos mesmos provedores de serviços como recurso para a disposição das sub-redes, para cada tipo de plano, tem como consequência uma homogeneização dos produtos que é determinada, na prática, pelos provedores de serviços e não pelas empresas de planos e seguros de saúde. Conforme Bahia, “um plano executivo de uma medicina de grupo é igual ao de uma seguradora, de uma cooperativa médica e de uma empresa/entidade com plano próprio”, uma vez que a definição do produto depende estritamente da presença/ausência dos provedores de serviços na lista de credenciados das empresas¹⁸⁹.

Inicialmente, as empresas de medicina de grupo ofereciam a seus clientes apenas assistência médico-hospitalar. Contudo, já na década de 1980, esse segmento da saúde privada diversificava seus serviços e abrangia a área de benefícios (vale alimentação), ensino (vinculação com universidades particulares) e, em alguns casos, requerimentos internos (serviços de telemarketing). Algumas dessas empresas de medicina de grupo se associaram a seguradoras e outras comercializavam equipamentos médicos e medicamentos. Outra grande mudança foi o aparecimento de pequenas empresas de medicina de grupo voltadas para os contratos individuais e para grupos com menor renda. Nestes planos, é feita a comercialização de produtos mais baratos e a rede credenciada para oferecer os serviços é limitada.¹⁹⁰

No ano de 1966, foi fundada em São Paulo a Associação Brasileira de Medicina de Grupo. Definiu-se, no primeiro estatuto, que a Abrange seria uma entidade sem fins lucrativos e que tinha por objetivos promover a aproximação entre os seus membros,

¹⁸⁶ Idem.

¹⁸⁷ BAHIA, Lígia. **Padrões e Mudanças das Relações Público-Privado: Os Planos e Seguros Saúde no Brasil**. op cit.

¹⁸⁸ Contudo apenas três medicinas de grupo, três cooperativas e quatro seguradoras possuem acima de 300.000 clientes.(BAHIA, Lígia. **Padrões e Mudanças das Relações Público-Privado: Os Planos e Seguros Saúde no Brasil**.op cit.).

¹⁸⁹ GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura; NORONHA, José e CARVALHO, José. op cit. p. 531.

¹⁹⁰ Ibidem p. 526.

propugnar pelo estímulo profissional da categoria - pela união da classe médica, incentivar e ajudar a formação de novas organizações dedicadas à medicina de grupo, divulgar normas e orientar, estimulando a prática de medidas sanitárias. Seu primeiro presidente foi Julian Dieter Czapski.¹⁹¹

2.3.2 Cooperativas Médicas

Diferentemente das empresas de medicina de grupo, as cooperativas médicas são instituições sem fins lucrativos. São formadas por vinte cooperados no mínimo, que, ao ingressar, integralizam um capital em quotas.¹⁹² Os médicos cooperados são responsáveis pelo atendimento aos usuários em consultórios particulares próprios ou em hospitais, laboratórios e clínicas credenciadas. Em geral, operam em regime de pré-pagamento, ou, eventualmente, de pagamento por custo operacional. O reembolso não é permitido neste segmento. A Cooperativa de Trabalho Médico corresponde praticamente à totalidade deste segmento. Uma das características peculiar das cooperativas é a participação dos cooperados nos processos decisórios - cada trabalhador, um voto - e a divisão do lucro conforme o trabalho e não conforme o capital.¹⁹³

Essas instituições surgiram a partir dos anseios da classe médica de frear as condutas cada vez mais capitalistas dos empresários da medicina de grupo.¹⁹⁴ Deste modo, esses profissionais defendiam a preservação da autonomia médica em contramão ao interesse cada vez mais econômico das empresas de medicina de grupo. Para a viabilidade do projeto, as cooperativas credenciaram hospitais e centros de diagnósticos e terapia. Tal como as empresas de grupo, as cooperativas médicas tiveram, ao longo dos anos de 1980 e 1990, mudanças profundas em sua natureza jurídica-institucional. A partir desse período foram incluídos no leque dessas empresas uma instituição de crédito (Unicred) e uma empresa de Previdência Privada, posteriormente transformada em seguradora. Além da criação da Unimed participações, cujo objetivo era operar como holding dessas empresas. Atualmente, predominam entre as empresas princípios claros da lucratividade fortemente orientados pelo

¹⁹¹ BAHIA, Lígia; ANTUNES, Ludmila; CUNHA, Thereza e MARTINS, William. op cit p.56.

¹⁹² Acessado em quinze de novembro de 2011. Disponível em: http://memoria.unimed.com.br/memoria/museu_arquivos/html/projeto_de_todos/pagina_historia.html.

¹⁹³ DUARTE, Cristiana Maria. "UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil" **Cad. Saúde Pública** vol.17 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2001 E GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura; NORONHA, José e CARVALHO, José. op cit. p.529.

¹⁹⁴ No discurso dos médicos, o exercício da medicina chamada liberal estava associado a uma qualidade melhor da assistência prestada. (DUARTE, Cristiana Maria. op cit).

caráter de participação proporcional dos investimentos. Ademais, as UnimedS vêm priorizando a construção de unidades hospitalares e centros de diagnóstico e terapia próprios.¹⁹⁵

As UnimedS locais contam com o apoio da Unimed nacional. Atualmente este segmento é composto por 372 cooperativas médicas, que prestam assistência para mais de 17 milhões de clientes e 73 mil empresas em todo País.¹⁹⁶

2.3.3 Autogestão

Uma terceira modalidade de cobertura são as empresas de auto-gestão, nascidas entre as décadas de 1940 a 1950, propondo um projeto de assistência à saúde próprio, exclusivo para os trabalhadores e dependentes das empresas. Suas redes assistenciais eram compostas por credenciamento de prestadores de serviço – médicos, hospitais e centros de terapia e diagnóstico. A cobertura das empresas com planos próprios eram ampla, entretanto variava diante da rede hospitalar disponível na região. A disposição de alguns empregadores em manter os planos próprios preservou as características não comerciais das coberturas de autogestão e as diferencia das demais modalidades de planos e seguros de saúde.¹⁹⁷

As empresas de autogestão em saúde são representadas pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas). Trata-se de uma entidade associativa sem fins lucrativos, que compreende um universo de mais de cinco milhões de beneficiários atendidos por programas de assistência à saúde administrados pelas instituições filiadas. A entidade atua por meio de 27 Superintendências Estaduais que congregam mais de 140 instituições. A missão da Unidas é fortalecer o segmento de autogestão, promover a excelência em gestão e contribuir com a melhoria do sistema de saúde do País.¹⁹⁸

¹⁹⁵ DUARTE, Cristiana Maria. op cit.

¹⁹⁶ Acessado em dez de novembro de 2011. Disponível em http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=49094.

¹⁹⁷ GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura; NORONHA, José e CARVALHO, José. op cit. p. 531 e 532. CIEFAS. **A História da Autogestão em Saúde no Brasil**. São Paulo: CIEFAS – Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde, 2000.

¹⁹⁸ Acessado em vinte de novembro de 2011. Disponível em http://unidas.org.br/institucional/inst_apresentacao.php.

2.3.4 Seguradoras

Por fim, a última modalidade empresarial é a correspondente às seguradoras. Esse ramo constitui-se de empresas lucrativas, nacionais ou internacionais, geridas pelo capital estrangeiro ou nacional, vinculadas a bancos ou não. O início das atividades de forma mais sistemática das empresas de seguro foi no ano de 1989, quando a Superintendência de Seguros Privados liberou a comercialização desse serviço. As seguradoras tinham por prática o reembolso dos serviços de saúde utilizados pelos consumidores ou ofereciam uma rede referenciada, as quais o pagamento era feito diretamente com as seguradoras.

Como o reembolso pelas empresas era muito baixo, os clientes preferiam usar a rede oferecida. Os anos de 1990, foram acompanhados com a expectativa da compra por grandes empresas norte-americanas das pequenas seguradoras brasileiras, contudo, nos anos seguintes esse processo foi freado, em muito devido à nova legislação de Planos e Seguros de Saúde, que limitou o investimento estrangeiro no mercado nacional. No limite, não se pode desconsiderar a participação das seguradoras de saúde na trajetória da saúde pública nacional, sobretudo pela relação estreita deste segmento com os bancos e outros setores financeiros, cuja esta ligação estimulou mudanças nas regras de competição e a regulamentação do setor.¹⁹⁹

Desta forma, as seguradoras constituem a modalidade empresarial mais recente no mercado de planos e seguros no Brasil. Inicialmente, as seguradoras praticavam apenas a administração de serviços, mas com a assinatura da Lei dos Planos de Saúde, essas empresas começaram a comercializar seguros saúde, passando, assim, a competir com as empresas médicas.

Em função disso, as seguradoras brasileiras são bastante atípicas, no que diz respeito ao seguro saúde, já que também compram (credenciam) serviços de provedores autônomos. No Brasil, ao contrário dos EUA, foram as cooperativas médicas e não as seguradoras que se incubiram de “proteger” os médicos do assalariamento e da submissão às regras empresariais da medicina de grupo.²⁰⁰

Enquanto as seguradoras são mais habituadas às inserções financeiras, as empresas médicas têm uma rotina predominantemente cerceada pelas prestadoras de serviço, do que pelos esquemas assistências. As seguradoras usam bancos e corretores para venda de apólices e pagam o imposto de operações financeiras. As empresas médicas têm vendedores

¹⁹⁹ BAHIA, Ligia. **Padrões e Mudanças das Relações Público-Privado: Os Planos e Seguros Saúde no Brasil.** op cit.

²⁰⁰ Ibidem. p.105.

específicos ou remuneraram os autônomos através de comissões e deveriam contribuir para o pagamento de impostos sobre a prestação de serviços.²⁰¹

As sociedades seguradoras estão organizadas na Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSeg), criada em agosto de 2008. A entidade também reúne a Federação Nacional de Seguros Gerais (FenSeg), a Federação Nacional de Previdência e Vida (FenaPrevi), a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) e a Federação Nacional de Capitalização (FenaCap). As seguradoras precisam de aprovação governamental para operar, bem como aprovação específica da Susep para cada um de seus produtos. No caso das seguradoras de saúde, a autorização cabe à Agência Nacional de Saúde Suplementar.

2.4 Casos

2.4.1 Policlínica Central

A Policlínica Central foi uma das primeiras empresas de medicina de grupo no Brasil. Foi idealizada, sobretudo, por três médicos: Kurt Klotzel, Francisco Eichbaum e Juljan Czapski. Teve o início de suas atividades no ano de 1956 no estado de São Paulo. Inicialmente, seus três fundadores trabalhavam como médicos nas empresas da região. Contudo, diante da explosão de movimentos grevistas na empresa Ultragás, principal empregadora de Czapski e outros médicos, eles se viram impossibilitados de trabalhar, uma vez que os ambulatórios se localizavam dentro das fábricas. E ainda, após a greve, a assistência médica dos trabalhadores da Ultragás foi suspensa.²⁰²

Perante este cenário, Klotzel, Eichbaum e Czapski decidiram oferecer seus serviços médicos a outras empresas. No início dos anos de 1960, a Policlínica Central já mantinha contratos com Brinquedos Estrela, Alumínios do Brasil, Samba, Volkswagen, Ultragás entre outras empresas, tornando-se a pioneira no comércio de plano de pré-pagamento na assistência médica no Brasil. Em 1964 foi assinado o primeiro contrato convênio-empresa entre a Volkswagen e a Policlínica Central, homologada pelo Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriais (IAPI). As negociações para a assinatura do contrato foram extensas, já que até então o IAPI só oferecia assistência médica através de hospitais da Previdência ou a partir do pagamento dos serviços diretamente para os médicos ou para os hospitais. Além disso, havia uma resistência pelos médicos pelo pagamento dos serviços de forma genérica

²⁰¹ Idem.

²⁰² BAHIA, Ligia; ANTUNES, Ludmila; CUNHA, Thereza e MARTINS, William. op cit. p.55.

sem se levar em conta o procedimento. Soma-se a isso a inexistência de uma forma precedente de pagamentos para essas situações. Assim sendo a solução estabelecida foi o pré-pagamento dos serviços.²⁰³

O crescimento econômico do estado de São Paulo e a quase inexistência de uma estrutura governamental de hospitais e centros de diagnóstico e terapia favoreceram o sucesso da Policlínica Central. A princípio não foi uma opção da Policlínica Central a compra de hospitais; a gestão inicial priorizou o pagamento dos leitos ocupados nos hospitais à compra de hospitais. Porém, com o aumento da demanda e a exigência da garantia de prestação de serviços, o primeiro hospital foi adquirido.

Por fim, conforme Juljan Czapski disse em entrevista, foi a partir da experiência da Policlínica Central que o governo desenvolveu um relatório sobre os contratos convênio-empresa e pode definir sugestões²⁰⁴ para o funcionamento das empresas de medicina de grupo e assegurou a expansão desse ramo.²⁰⁵

A perda do convênio da Policlínica Central com a Volkswagen para a Samcil desestruturou a empresa de tal maneira que no ano de 1971 a Policlínica foi comprada pela Samcil.

2.4.2 Samcil

Outra empresa de medicina de grupo precursora foi o Serviço de Assistência Médica ao Comércio e Indústria (Samcil), fundada por dois médicos Luiz Roberto Silveira Pinto e Paulo Eugênio Torres, no início dos anos de 1960. Diferente da trajetória da Policlínica Central, a Samcil iniciou seus trabalhos dentro do Hospital e Maternidade Modelo em São Paulo. Os dois médicos, recém-formados pela Universidade Paulista de Medicina, notaram uma variação muito acentuada na prestação de serviços de mês para mês, assim, procuraram o responsável pelo hospital particular e propuseram utilizar a estrutura do hospital para atender seus pacientes de planos de pré-pagamento.²⁰⁶

Em 1968, a Samcil comprou seu primeiro hospital, o Hospital Modelo. Mais adiante, em 1970, sob o aporte do consultor financeiro Mauricio Cibulares, a empresa decidiu investir no mercado de ações a fim de criar maior lucratividade para os negócios e minimizar possível

²⁰³ Ibidem p.57-59.

²⁰⁴ Ficou definida a sugestão de seguir critério único de retribuição, deliberado como base num valor fixo mensal por trabalhador, formado a partir de cálculos dos gastos do IAPI em seus serviços contratados e de dados fornecidos pela Policlínica Central.

²⁰⁵ BAHIA, Ligia; ANTUNES, Ludmila; CUNHA, Thereza e MARTINS, William. op cit p. 59

²⁰⁶ Ibidem p. 67.

descapitalização diante do grande investimento feito dois anos antes. No entanto, essa postura foi muito criticada pelas entidades médicas que a conceituava de “mercantilização da saúde”. Após a entrada da Samcil no mercado de ações, em menos de três anos, a empresa conseguiu comprar e construir quatro hospitais e um centro hospitalar inferior.²⁰⁷

Nos últimos anos a Samcil passou por uma crise financeira, no início de 2011 a empresa estava em regime especial de direção fiscal, sendo acompanhada por um profissional nomeado pela ANS por ter apresentado "graves problemas econômico-financeiros nos balancetes enviados à agência". Seu presidente fundador Luiz Roberto Pinto Silveira voltou a assumir a direção da empresa, contudo no ano de 2011 Pinto Silveira suicidou-se e a saída encontrada pelo filho de Luiz Roberto Pinto Silveira, Luis Robert Horts foi se desfazer de parte do patrimônio. Ao final do mesmo ano, a carteira de clientes da Samcil foi vendida para empresa Green line.

2.4.3 Unimed Santos

A primeira cooperativa médica de trabalho no Brasil surgiu em Santos em 1967. A criação da Unimed Santos foi estimulada por pelos menos dois motivos. Primeiramente, a reação dos médicos mediante a chegada de uma empresa de medicina de grupo no início da década de 1960 na região, criadas por advogados, empresários e grupos de médicos não vinculados ao movimento da categoria médica local. Esses profissionais reagiram com certa indignação aos possíveis efeitos da capitalização da prática médica. O segundo, conforme Ligia Bahia, diz respeito à ampliação estatal na organização da assistência à saúde e no mercado de trabalho médico²⁰⁸.

Após reforma na Previdência, o ressarcimento dos procedimentos médico-hospitalar passam a ser pagos às empresas de saúde e não mais pagos diretamente para os médicos e hospitais. Tal conduta foi percebida pelos médicos como a anulação de sua autonomia na definição dos valores de remuneração. Ademais, alegando a massificação do atendimento, o Sindicato dos Médicos de Santos orientou o cumprimento de uma agenda de resistência aos pilares da prática liberal da medicina e formulação de alternativas às políticas previdenciárias. Simultaneamente, foi desencadeado um movimento grevista pelos médicos. Suas principais reivindicações remetiam à sobrevivência da medicina liberal, pediam a

²⁰⁷ Ibidem. p.67-75.

²⁰⁸ Ibidem. p.135.

eliminação da tabela de remuneração definidas pelas empresas de medicina de grupo e pelo Instituto de Previdência.²⁰⁹

Diante de tantas interferências, em 1967, com uma diretoria renovada²¹⁰, o Sindicato dos Médicos de Santos, por meio de seu presidente Edmundo Castillo, defendeu a criação de um “seguro-saúde comunitário”. Neste projeto, a contribuição de hospitais, médicos e serviços auxiliares permitiriam o atendimento de todos. Munido desse ideal, Castillo visitou vários sindicatos, Lions, Maçonarias, empresas, INPS, hospitais. Contudo, segundo o médico, o projeto não teve apoio e foi abandonado.²¹¹

Mais tarde, o projeto das cooperativas médicas foi iniciado pelo médico Alípio Correia Neto. Em reunião com Edmundo Castillo e outros médicos na sede do Sindicato dos Médicos em Santos, Correia Neto apresentou a proposta. Sob os pilares da luta contra a intermediação a cooperativa médica foi definida “como uma sociedade civil, sem fins lucrativos, totalmente aberta e atendimento personalizado em consultório particular, como determina o código de ética médica.” Assim sendo, a Unimed Santos iniciou seus trabalhos em 1969. Naquela época, já contava com 23 cooperados cotistas, sendo Castilho o signatário de matrícula número um.²¹²

A principal dificuldade inicial da empresa foi viabilizar as primeiras vendas, dado o ineditismo do produto. Assim, os primeiros contratos foram individuais, vendidos a pessoas indicadas pelos médicos cooperativados. O primeiro convênio com uma empresa foi realizada com a Sociplan, em 1970. A multinacional Union Carbide também assinou convênio com a cooperativa. Para aumentar as vendas foi contratado um profissional de vendas: o responsável naquele período foi Eduardo Castilho, primo-irmão de Edmundo Castilho. Este, tinha bons contatos e grande diálogo como as principais empresas da região. Ademais também foi de sua responsabilidade negociar os reajustes de preço das mensalidades dos planos.²¹³

O sucesso da Unimed Santos se apresentou para outras cidades do país como uma ótima propaganda do discurso de justa divisão de ganhos sem intermediadores e gestão democrática. Ademais, o próprio Castillo percorria as cidades brasileiras divulgando o projeto. Aliado a esse momento propício, em especial as cidades do Rio Grande do Sul tinham em sua história uma tradição no desenvolvimento de cooperativas. Assim, a Unimed

²⁰⁹ Ibidem. p.135-138.

²¹⁰ Formada por Edmundo Castillo e Nestor Biscardi, ambos futuros fundadores da Unimed Santos.

²¹¹ BAHIA, Ligia; ANTUNES, Ludmila; CUNHA, Thereza e MARTINS, William. op cit p 139.

²¹² Ibidem. p. 143.

²¹³ Ibidem. p.148.

Santa Maria foi fundada durante a assembléia na Sociedade de Medicina de Santa Maria em 1972, a qual contou com a participação de setenta médicos.²¹⁴

Atualmente a cooperativa Santos está presente em nove municípios da Baixada Santista e Vale do Ribeira: Santos, São Vicente, Praia Grande, Cubatão, Mongaguá, Itanhaém, Peruíbe, Pedro de Toledo e Itariri, fazem parte da equipe cerca de 1800 cooperadoras, cobrindo 130 mil clientes.

2.4.4 Unimed Santa Maria

Diferentemente de Santos, a cidade de Santa Maria não era cercada por indústrias. Na verdade predominava em sua economia a atividade do comércio, E, por isso, os fundadores da cooperativa médica tiveram, inicialmente, dificuldades para agregar clientes. Contudo, um ano depois da fundação, foi assinado um contrato entre a Unimed Santa Maria e o Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul (IPERGS). Diante disso, a cooperativa passou de 42 para 32 mil usuários. O convênio com o estado do Rio Grande do Sul durou sete anos, conforme um dos fundadores da Unimed Santa Maria, João Eduardo de Oliveira Irion, na medida em que ocorria a alternância na presidência do IPERGS, as reivindicações do Instituto modificavam-se, gerando certa insatisfação entre os cooperados. Além disso, os atrasos nos pagamentos eram constantes. A partir dessa conjuntura decidiu-se interromper o convênio com o IPERGS. Outros convênios foram fechados pela cooperativa, destaque para com os grupos de militares e com o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural.²¹⁵

A Unimed Santa Maria iniciou a compra de estabelecimentos próprios apenas na década de 1990. Anteriormente, priorizou a compra de prédios administrativos.²¹⁶ Isso coadunava com o princípio básico das Unimeds, no qual os procedimentos médico-hospitares deveriam ser efetuados em instalações de cooperador e credenciados. Não havia assim, em um primeiro momento, o interesse pelas cooperativas de investir em estrutura própria.

Embora as cooperativas médicas se apresentem como empresas sem fins lucrativos, atualmente a cooperativa Santa Maria é a empresa com maior faturamento na sua cidade sede e cobre 28 municípios adjacentes²¹⁷

²¹⁴ Ibidem. p. 151.

²¹⁵ Ibidem. p. 160-163.

²¹⁶ Idem.

²¹⁷ Ibidem. p.170.

2.4.5 Cassi

Uma das empresas mais bem sucedidas no âmbito das empresas de auto-gestão é a Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi). Fundada em 27 de janeiro de 1944, por um grupo de funcionários do BB, como uma instituição de ajuda mútua, tinha por objetivo ressarcir as despesas de saúde dessa população, além de suplementar e ampliar a assistência médica que era prestada pelo Banco do Brasil e pelo antigo Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários. Cada participante voluntariamente contribuía na proporção do salário recebido e podia fazer uso da caixa na medida das suas necessidades.²¹⁸

Inicialmente mantida e administrada pelos próprios funcionários, a Cassi recebia inspeção permanente do Banco, o qual também fazia alguns aportes adicionais de recursos. Em 1970, o Banco do Brasil interferiu na Caixa, afastando a direção eleita e assumindo, a partir de então, os encargos administrativos. A filiação foi tornada obrigatória e o Banco comprometeu-se a contribuir com o dobro dos aportes feitos pelos funcionários. Apesar do autoritarismo da intervenção, o caráter solidário da Cassi foi mantido e os associados participavam da direção e da fiscalização.²¹⁹

O sucesso da Cassi foi percebido nos anos seguintes, pela presença de uma reserva financeira considerável. Contratados jovens, sem encargos de famílias e com um histórico saudável garantiram um equilíbrio vitorioso entre o uso e a contribuição dos serviços de saúde, ao que se somavam os aportes do Banco do Brasil. Contudo, a Caixa teve seu primeiro baque durante o governo de Fernando Collor, quando seu capital começou a ser mutilado. Sob a alegação que a Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil deveria colaborar com o governo no seu esforço anti-inflacionário, várias retiradas foram efetuadas. Em 1996 foi preciso aumentar o valor de contribuição de seus usuários.²²⁰

Em sintonia com o ambiente neoliberal da década de 1990, em 1996 foi aprovado um novo Estatuto para a Cassi. A Caixa de Assistência assumiu suas próprias despesas administrativas e inaugurou o novo Modelo Assistencial de Atenção Integral à Saúde.²²¹

A primeira clínica construída pela Caixa foi CliniCASSI - Unidade de Atenção Integral à Saúde, em Copacabana (RJ), no ano de 1997. Nos anos imediatos foram

²¹⁸MUNARI, Cezar Luiz. A ambientalização da análise econômico-financeira de projetos no Banco do Brasil. Dissertação. Universidade de Brasília. Brasília. 2004; **A História da Autogestão em Saúde no Brasil**. op cit e Acessado em vinte de novembro de 2011. Disponível em http://www.cassi.com.br/site/pagina_int.asp?codConteudo=5.

²¹⁹ Idem.

²²⁰ Idem.

²²¹ Idem.

implantadas CliniCASSI em Campinas, Belo Horizonte, Salvador, Recife e São Paulo. Com 67 anos de história, a CASSI é hoje uma das grandes instituições sem fins lucrativos administradoras de planos de saúde do País, apresentando mais de 698 mil usuários.²²²

2.4.6. Bradesco Seguro

Nascida em 1984, a Bradesco Saúde é a seguradora especializada em saúde integrante do Grupo Bradesco Seguros, com atuação exclusiva no seguro-saúde médico e hospitalar. A Empresa conta atualmente com cerca de 3,1 milhões de segurados, sendo que, destes, mais de 90% são beneficiários de planos coletivos. A Bradesco Saúde é controladora integral da Mediservice, empresa dedicada à operação de planos de saúde na modalidade de administração por pós-pagamento.²²³

Contudo, conforme Ligia Bahia, devido à preocupação da empresa com pacotes assistenciais menos onerosos para a maior parte de seus clientes, existe uma estratégia da Bradesco Saúde para alocar médicos e hospitais de maneira diferente para cada segmento. Assim, Bahia sugere que a seleção dos médicos obedece a uma orientação financeira, ou seja, a contratação dos médicos esta diretamente relacionada com os planos presentes naquela região. Para os hospitais e laboratórios há uma escolha prévia realizada pela empresa que segmenta os estabelecimentos por tipo de plano à feição e magnitude de seus extratos de clientes. A Bradesco Saúde possui uma quantidade de credenciados distinta por tipo de plano. Assim, existe um sub-conjunto de médicos mais restrito para o plano mais barato que também integra a lista de credenciados do plano mais caro. No caso da Bradesco Saúde estão alocados mais médicos para os planos mais caros. A empresa conta atualmente com cerca de 3,1 milhões de segurados, sendo que, destes, mais de 90% são beneficiários de planos coletivos.²²⁴

2.4.7. SulAmérica Seguros

Na década de 1951, a SulAmérica, por meio do Instituto Larragoiti, construiu o primeiro Hospital do grupo. Na ocasião foi chamado de Larragoiti, atualmente corresponde ao Hospital da Lagoa, pertencente à cidade do Rio de Janeiro. Duas décadas depois, em 1970,

²²² Idem.

²²³ BAHIA, Ligia. **Padrões e Mudanças das Relações Público-Privado: Os Planos e Seguros Saúde no Brasil.** op cit.

²²⁴ Idem.

a SulAmérica adentrou no ramo da saúde e passou a também administrar os serviços de saúde. Em 1977, a SulAmérica se associou com os grupos Gerling Konzern Welt-Versicherungs Pool A.G., da Alemanha, e Società Assicuratrice Industriale – SAI, da Itália, para a fundação das empresas Gerling Industrial e SAI. Com a expansão do grupo, foi criada em 1978 a SulAmérica S.A., que passou a ser a holding do grupo financeiro.²²⁵

Todavia, foi somente em 1989 que a empresa lançou o SulAmérica Saúde, acoplados aos seguros de automóveis, vida, saúde e acidentes pessoal. Em 5 de outubro de 2007, a Sul América S.A. deu início à sua atuação como companhia de capital aberto.²²⁶

Ligia Bahia também discorre sobre o caso da Sul América Saúde em São Paulo e observa que não há grande diferença entre os planos executivos e simples quanto aos estabelecimentos de saúde, inclusive laboratórios. O que significa dizer que a quantidade de estabelecimentos é menos importante para os clientes dos planos mais caros do que a exclusividade. Portanto, aos clientes de planos tipo “executivo”, são ofertados médicos “especializados” em atendê-los. O que se escolhe, portanto, é o plano que financie o atendimento em um número extremamente restrito de estabelecimentos considerados excelentes quanto ao padrão de hotelaria e serviços médicos.²²⁷

Atualmente, a SulAmérica possui 6,3 milhões de clientes em sua carteira de produtos e serviços diversificados, nas áreas de seguro saúde, de automóveis, riscos industriais e comerciais, pessoas, previdência privada e gestão de ativos.²²⁸

De maneira geral as linhas acima demonstram a diversidade e o pioneirismo das empresas de planos e seguros de saúde no Brasil. As primeiras surgiram na década de 1950, expandiram-se nos anos 80 e finalmente ganharam uma legislação específica apenas em 1996. Diante dessa singularidade, no próximo capítulo vamos analisar a presença das empresas de planos e seguros de saúde no trabalho da Agência Nacional de Saúde Suplementar, criada com papel de regulamentar a saúde suplementar, em um momento de plena consolidação das empresas que operam no setor.

²²⁵ Acessado em vinte de dezembro de 2011. Disponível em <http://portal.sulamericaseguros.com.br/data/pages/FF8080811880059D011880060FAD007F.htm>.

²²⁶ Idem.

²²⁷ BAHIA, Ligia. **Padrões e Mudanças das Relações Público-Privado: Os Planos e Seguros Saúde no Brasil**. op cit.

²²⁸ Acessado em vinte de dezembro de 2011. Disponível em <http://portal.sulamericaseguros.com.br/data/pages/FF8080811880059D011880060FAD007F.htm>.

Agência Nacional de Saúde Suplementar

Neste capítulo, falaremos sobre presença das empresas de planos e seguros de saúde na Agência Nacional de Saúde. Adicionalmente, consideramos as principais ações desenvolvidas pela categoria médica em torno de temas que afetam sua relação com as empresas. Os debates travados na Câmara de Saúde Suplementar da ANS e a presença em movimentos desenvolvidos na sociedade são os focos da investigação realizada. Por fim, consideramos a atuação da Diretoria Colegiada e seu papel no processo de concentração do mercado de planos de saúde no Brasil. Os objetivos perseguidos aqui são, em primeiro lugar, a identificação dos nexos entre temas, atores e agendas, bem como o papel que os diferentes atores atribuem às arenas em que atuam para a defesa de certos objetivos. Em segundo lugar, busca-se avaliar o papel cumprido pela ANS na configuração do mercado de planos de saúde no Brasil que parece sugerir uma ação que foge ao seu objetivo meramente regulador, para firmar-se como um instrumento de concentração deste segmento.

3.1 Câmara de Saúde Suplementar

3.1.1 Origem e Composição

No ano de 2000, através da promulgação da Lei nº 9.961/00²²⁹, foi criado a ANS com o papel de regulamentar a saúde suplementar, bem como a Diretoria Colegiada da ANS, responsável por promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. Dois anos antes, no ano de 1998, fora criada a Câmara de Saúde Suplementar²³⁰, órgão do Conselho Nacional de Seguros Privados, responsável por regulamentar as atividades das empresas de planos e seguros de saúde, a partir da participação de representantes de diferentes segmentos da sociedade que protagonizam as relações no setor.²³¹ Desta forma, com a criação da ANS, a CSS passou a ser órgão consultivo da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Atualmente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar trabalha em diferentes frentes. Entre estes ofícios, está a autorização de novos planos de saúde. Em seu relatório de pesquisa “Dinâmica e Tendências do Mercado de Saúde Suplementar no Contexto da Regulação:

²²⁹ Brasil. **Lei 9.961/00**, de 5 de Janeiro de 2000.

²³⁰ Criada originalmente pela Lei nº 9.656 de 03/06/98, e regida atualmente pela Lei nº 9.961 de 28/01/00.

²³¹ Brasil. **Lei 9.961/00**, de 5 de Janeiro de 2000.

Reestruturação Empresarial e Profissionalização da Gestão”²³², Ligia Bahia assinala que nos últimos anos, a ANS vem permitindo a entrada de planos de saúde no mercado com preços mais acessíveis e coberturas mínimas. Ainda segundo a autora, tal postura da agência acabaria por lesar os usuários, uma vez que o aumento da oferta de planos de saúde não é acompanhada de um crescimento da rede credenciada de prestadores de serviços. Adicionalmente, o aumento de usuários cobertos minimamente por planos de saúde tende a enfraquecer ainda mais as bases sociais de sustentação da saúde pública no Brasil. Nosso trabalho não irá abordar essa questão, pois optamos por analisar as resoluções da Diretoria Colegiada e as atas da Câmara de Saúde Suplementar, com o foco na atuação dirigida à concentração do mercado de planos e seguros de saúde. É importante este registro, contudo, pois ele reforça a percepção de que a atuação da ANS tende a favorecer o fortalecimento da rede privada na área de saúde, seja com os estímulos a sua concentração, seja, como o mostra o trabalho de Bahia, com uma grande liberalidade na aprovação de planos precários, que alcançam segmentos ainda fundamentalmente cobertos pelo sistema público de saúde.

Inicialmente, as regras que regulamentam o setor foram editadas pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), formado por ministros, e posteriormente pela ANS. Foram 32 resoluções do CONSU e 30 portarias da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, no período pré-Agência.

Com a criação da ANS, foram editadas cerca de 95 Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), 285 Resoluções Normativas (RN), 1095 Resoluções Operacionais (RO), 10 Súmulas Normativas (expressam o entendimento da Direção Colegiada da ANS sobre aspectos controversos ou vagos da legislação), além de 48 Instruções Normativas e 07 Resoluções Especiais (RE) das várias diretorias que compõem o organograma da ANS até o ano de 2011.²³³

A Câmara de Saúde Suplementar é um órgão de participação institucionalizada da sociedade na Agência Nacional de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo, cuja finalidade é auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas discussões. A Câmara se reúne ordinariamente, seis vezes por ano, uma a cada bimestre, e extraordinariamente, por convocação de seu Presidente, ou em decorrência de requerimento da maioria absoluta dos seus membros. A Câmara de Saúde Suplementar tem seu quadro composto por representantes

²³² Bahia, Ligia. “Dinâmica e Tendências do Mercado de Saúde Suplementar no Contexto da Regulação: Reestruturação Empresarial e Profissionalização da Gestão”. **Relatório de Pesquisa. Edital MCT-CNPq/ANS – Nº 46/2006** UFRJ. 2012.

²³³ Neste trabalho priorizaremos os estudos das resoluções da Diretoria Colegiada, Resoluções Normativas e Resoluções Operacionais, uma vez que são essas regras responsáveis pela regulamentação do setor.(www.ans.gov.br).

do setor e por órgãos de governo cujos assentos são definidos por lei. Até o ano de 2011 a Câmara se reuniu por 68 vezes.²³⁴

Fazem parte da Câmara de Saúde Suplementar 31 diferentes entidades representativas: Associação Médica Brasileira; Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor; Associação Nacional dos Procons; Conselho Federal de Medicina; Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Federal de Odontologia; Conselho Federal de Enfermagem; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços; Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas; Confederação Nacional da Indústria; Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; Central Única dos Trabalhadores; Cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar: Confederação Nacional das Cooperativas Médicas; Cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar: Sociedade Cooperativa de Serviços Odontológicos; Empresas de medicina de grupo: Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo; Empresas de odontologia de grupo: Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo; Entidades de portadores de patologias especiais; Entidades de portadores de deficiência; Força Sindical; Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (atual Federação Nacional de Saúde Suplementar); Fórum Nacional de Entidades Cíveis de Defesa do Consumidor; Ministério da Fazenda; Ministério da Previdência e Assistência Social; Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério da Justiça; Ministério da Saúde; Núcleo de Defesa do Consumidor; Social Democracia Sindical (atual União Geral dos Trabalhadores); União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde.

235

3.1.2 Os debates sobre as empresas de planos e seguros de saúde e suas relações com médicos e usuários

Ao longo das 68 atas das reuniões da Câmara de Saúde Suplementar predominou o debate de questões técnicas, porém questões polêmicas não foram esquecidas, embora sejam abordadas em um número mais reduzido de oportunidades. Nesta seção vamos abordar os debates sobre as empresas de planos e seguros de saúde e suas relações com médicos, usuários e ANS

²³⁴ Acessado no dia primeiro de outubro 2011. Disponível em <http://www.ans.gov.br/index.php/participacao-da-sociedade/camara-de-saude-suplementar/229-ata-das-reunioes>.

²³⁵ Acessado no dia primeiro de outubro de 2011. Disponível em <http://www.ans.gov.br/index.php/participacao-da-sociedade/camara-de-saude-suplementar/230-composicao-da-camara-de-saude-suplementar>.

a) Reajuste dos planos e seguros de saúde

A temática do reajuste dos planos e seguros de saúde foi frequente nas reuniões da Câmara de Saúde Suplementar, desde as primeiras reuniões até o presente momento. Nestas ocasiões, presenciamos o posicionamento de empresas de saúde de um lado e do lado oposto médicos e usuários. Representantes dos médicos questionaram a justificativa das empresas de planos e seguros de saúde para o aumento dos planos de saúde, uma vez que planos e seguros de saúde alegaram que o segmento médico inflacionou o mercado de saúde no ano de 2001, e cobraram uma postura mais firme da ANS. Por seu turno, entre as entidades que representam usuários em diferentes segmentos, critica-se a qualidade do serviço e o próprio tratamento da saúde como mercadoria, por parte das empresas. Ao presidente da ANS coube o papel de apaziguar a situação garantindo ao representante dos consumidores que nenhum reajuste seria efetuado sem previa aprovação.

Na ata da décima sétima reunião, no dia três de maio de 2001, ao debater o reajuste dos planos de saúde,

Dra Regina, por sua vez, membro do Conselho Federal de Medicina, desafiou as operadoras a apresentarem planilhas que demonstrassem que o segmento médico inflacionou o mercado, pois as operadoras poderiam dizer que o aumento de 8% se devia ao fato de que os médicos estavam pressionando para aumentar seus honorários, o que não era verdadeiro, e considerou importante deixar claramente público que o setor assistencial não tinha pressionado custo. Disse que apesar da culpa não ser da Agência, era necessário ela se ater para o fato de as operadoras não conversarem com os prestadores de serviço, particularmente com os médicos e o que se esperava era que elas mudassem de posição. (...) Dra. Neide, representante das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais registrou que as operadoras reclamavam que esse era o único setor ao qual se impunha uma regulação de preço, mas tratava-se de vida, de saúde, que não estavam vendendo mercadoria e, sim, uma ilusão, porque na hora que se precisasse do atendimento não se teria um melhor do que o oferecido pelo SUS.²³⁶

Na ata da vigésima sétima reunião, no dia vinte e três de maio de 2002, foi discutido a metodologia do reajuste dos planos. Assim, para

Dra Lucia Helena, PROCOM, insistiu no apelo que incessantemente fazia às operadoras, sem obter qualquer êxito, para que dessem transparência ao processo e demonstrassem o custo real do setor, a fim de que a discussão do reajuste pudesse prosperar. Preocupada com o repasse ao consumidor dos índices de reajustes, perguntou se o de 7,69 era automático e se o 1,70 era o máximo permitido de repasse, independente de cobrir o aumento de 20% das consultas médicas, pois temia que as operadoras cobrassem do consumidor um valor superior sob o argumento de que ele não havia sido suficiente. Dr. Januario, diretor da ANS, assegurou que os reajustes não eram automáticos, os quais em todas as hipóteses tinham de ser submetidos à prévia

²³⁶ Câmara de Saúde Suplementar. **Ata da décima sétima reunião**, no dia três de maio de 2001.

autorização da ANS, e que as operadoras não podiam repassar para o consumidor mais do que 1,70% a título de reajuste das consultas²³⁷

b) Honorários Médicos

Os honorários médicos também foram motivo para o confronto entre planos de saúde e médicos, mas dessa vez os representantes dos usuários não se aliaram aos médicos. Ao contrário, posicionaram-se de forma contrária, inclusive questionando a participação da ANS diante dos abusos das empresas de planos e seguros de saúde

Na vigésima terceira reunião, no dia 6 de dezembro de 2001

O Dr. Samir em nome da AMB, (...) insistiu que a discussão sobre o reajuste dos honorários médicos tinha de ser enfrentada e reforçou que a sua entidade não gostaria que novamente ao ser informada sobre o índice de reajuste, pudesse ouvir por parte das operadoras que o percentual oferecido não comportava o reajuste desses honorários, reforçando que a situação dos médicos estava se tornando insustentável. (...) O Dr. Pedro Pablo, CFM, evidenciou que era preciso enfrentar a questão dos honorários, conforme mencionou o Dr. Samir (...) Dra. Neide, representantes dos usuários salientou que (...) o usuário continuava totalmente ao léu, desinformado, mal atendido e sem poder participar, o que certamente seria diferente se ele estivesse no SUS.²³⁸

c) A regulamentação dos planos

Ao tratar da regulamentação dos planos e seguros de saúde diversos aspectos ganham relevo. Entre tantos, destaque para a portabilidade²³⁹ e a inscrição em planos coletivos por adesão²⁴⁰. Nessas duas situações as empresas de planos e seguros de saúde de saúde se posicionaram contrárias às medidas tomadas pela ANS.

Quanto à questão da portabilidade, usuários, planos e ANS dispuseram em blocos distintos de opiniões. A diretoria da ANS, representada por João Matos, defendeu a transferência de usuários de um plano para o outro de forma livre; as empresas de planos e seguros de saúde ressaltaram a preocupação com as novas mudanças que esse mecanismo traria, e ainda, mostraram-se receosos com a maneira pela qual a ANS estava

²³⁷ Câmara de Saúde Suplementar. **Ata da vigésima sétima reunião**, no dia vinte e três de maio de 2002.

²³⁸ Câmara de Saúde Suplementar. **Ata da vigésima terceira reunião**, no dia seis de dezembro de 2001.

²³⁹ É a possibilidade de contratar um plano de saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão (por intermédio de pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais), com registro de produto na ANS, dentro da mesma operadora de planos de saúde ou em operadoras diferentes e ficar dispensado de cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem.

²⁴⁰ Planos por adesão são planos de saúde direcionados para profissionais afiliados a entidades de classe como sindicatos e associações. A adesão é espontânea, o contrato é feito pelo sindicato ou associação sendo opcional também a inclusão de dependentes.

conduzindo a regulamentação da carência; por fim, os usuários, representados pela Associação de defesa dos usuários de seguros, planos e sistemas de saúde (ADUPES), ficaram temerosos com a essa nova ferramenta e questionaram a temática da carência ao migrarem de um plano para outro. Contudo, todos esses três atores concordaram que estudos complementares deveriam ser feitos sobre a portabilidade para garantir maior embasamento técnico para essa regulamentação.

Na ata da quinquagésima segunda reunião, no dia 26 de junho de 2008, ao discutirem sobre a proposta da portabilidade dos planos de saúde,

Dr. José Claudio Ribeiro Oliveira, da Unimed Brasil, (...) ressaltou a preocupação que se teve em destacar que a carência é um instrumento inerente ao sistema securitário.(...) Dra. Marília Ehl Barbosa, da UNIDAS, no que foi atendida e questionou (...) se permita a Portabilidade para o referido segmento, haveria desrespeito à própria legislação e resoluções vigentes. (...) Dra. Josefa Renê Santos Patriota, da ADUSEPS, (...) discorda completamente quando o Dr. João diz que a ANS não vai regular de forma firme, que vai deixar tudo livre. Entende até que seria interessante se todo mundo estivesse atuando livre, que todo mundo se associe para o bem comum e que ninguém queira onerar um ao outro, mas acredita ser o contrário, que é o sistema em si que é assim. Finaliza dizendo que há de se pensar nos princípios que está aplicado nessa Portabilidade²⁴¹

Quanto aos planos de adesão, mais uma vez planos e ANS se opuseram. A Agência Nacional de Saúde Suplementar justificou uma nova regulamentação para esse modelo de plano, uma vez que a procura por esse produto crescerá substancialmente nos últimos anos. O representante da Unimed, por sua vez, cobrou um estudo sobre esses planos porque “teme o engessamento do mercado, principalmente pela responsabilização integral da associação pelo pagamento”.

No dia 18 de dezembro de 2008, na quinquagésima quarta ata o tema da regulação de planos por adesão foi abordado.

O Dr. Fausto Pereira dos Santos, ANS, esclareceu que a necessidade de uma nova regulação sobre a questão dos coletivos por adesão é sentida por todos que trabalham no setor porque o mercado vem oferecendo mais e os consumidores cada vez mais aderem a planos com este formato por causa da precificação. Isso faz com que o mercado ofereça boas práticas. O Dr. José Cláudio Ribeiro Oliveira, UNIMED do Brasil afirmou também que teme o engessamento do mercado, principalmente pela responsabilização integral da associação pelo pagamento e a periodicidade mínima de doze meses para o reajuste. A Dra. Marília Ehl Barbosa, UNIDAS, afirmou que

²⁴¹ Câmara de Saúde Suplementar. **Ata da quinquagésima segunda reunião**, no dia 26 de junho de 2008.

valeria a pena uma discussão mais aprofundada do tema. Ela perguntou se o que foi proposto altera a regulamentação da auto-gestão. O Dr. Arlindo de Almeida, SINAMGE, afirmou que é necessário que se faça uma câmara técnica antes da consulta pública porque a quantidade de questões a serem resolvidos e problemas é muito grande.²⁴²

d) A ação da Câmara de Saúde Suplementar e a ANS

A função da Câmara de Saúde Suplementar por vezes foi questionada pelos atores que a frequentam. Representantes de planos de saúde, usuários e médicos se uniam para denunciar o desprestígio da arena frente ao governo. Contudo, os representantes dos médicos e de usuários foram mais enfáticos ao apontar a falta de legitimidade da ANS, sobretudo, da Câmara de Saúde Suplementar. Dra. Neide, representante das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais questionou a função da CSS e Dra. Regina, CFM, alegaram que a função consultiva e não deliberativa da Câmara Saúde Suplementar por vezes compromete o funcionamento e o crédito desta instituição junto ao governo e a sociedade. Por seu turno, o responsável pelas empresas de planos de saúde preocupou-se em ressaltar a função das câmaras técnicas de discussão em detrimento as reuniões ordinárias da CSS, uma vez que dada a grande quantidade de atores que compõe a Câmara e a complexidade de assuntos que envolvem a arena os debates seriam extensos.

A arena de debate da Saúde foi tema da vigésima reunião, no dia trinta de agosto de 2001.

Dr. Januário, diretoria da ANS, disse que a CSS tem o dever de cuidar da regulamentação técnica do setor, procurando outras arenas ou outros lugares caso a estrutura da Câmara de Saúde Suplementar seja limitada para aquele tema. O Dr. Reinaldo, representante das empresas de medicina de grupo disse entender que o fórum adequado para discutir esses assuntos era a Câmara de Saúde Suplementar, criada por Lei para isso, mesmo que subsidiada pelo trabalho preliminar de grupo técnico ou câmara técnica, pois, caso contrário, o processo ficaria interminável.. A Dra. Regina, CFM, disse que frequentemente na Câmara se questionava o seu espaço de governabilidade ou de participação das entidades, e que, quando da elaboração da Lei nº 9.656, propôs que ela tivesse caráter deliberativo porque as entidades que dela participavam eram de representação política e não técnica. Dra. Lúcia Helena, representante do PROCON, preliminarmente, apontou para a necessidade de discussão dos pontos de dissenso, posto ser essa a finalidade da Câmara de Saúde Suplementar, que tem sobretudo o caráter consultivo e não meramente “informativo” A Dra. Neide, representante das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais, assim como a Dra. Lynn, questionou a razão da presença de sua entidade naquele fórum. Argumentou que, apesar do setor de saúde suplementar ser parte do SUS, o qual se baseava numa legislação de composição paritária e de

²⁴² Câmara de Saúde Suplementar. **Ata da quinquagésima nona reunião**.,no dia nove de setembro de 2008.

controle social, não se conseguia na Câmara exercer esse último, porque essa era consultiva enquanto deveria ser paritária e deliberativa para ser mais transparente, de forma que as decisões necessariamente passassem por ela. Complementou dizendo que não acontecia na prática o que a legislação conferia à Câmara - o poder de controle, de fiscalização e de atuação na definição da política²⁴³

Por fim, representantes dos médicos questionaram as atribuições da ANS e cobram maior empenho desta para a regulamentação dos contratos entre empresas de planos e seguros de saúde e prestadores. Por sua vez, a ANS alegou ser imparcial aos interesses dos setores da saúde, tendo como função a busca pelo equilíbrio entre as relações

o Dr. Fausto Pereira dos Santos (ANS) afirmou que a maior atribuição da ANS era buscar o equilíbrio dentro da função do setor, não de ter uma atitude pró-consumidor ou pró operadora e que em nenhum momento a norma disse que o mesmo grupo econômico não pode ter administradora e não pode ter operadora. (...) O Dr. Aloísio Tibiriçá Miranda (CFM) disse que a questão da regulamentação e regulação do prestador era subestimada pela ANS. Apontou que no dia em que se discutisse alguma resolução da ANS em que o prestador fosse mais bem contemplado, o CFM ficaria bastante satisfeito²⁴⁴

Nesta seção investigamos as principais agendas que envolveram as empresas de planos e seguros de saúde de saúde na Câmara de Saúde Suplementar, adicionalmente acompanhamos os nexos estabelecidos entre as empresas, médicos e representantes da ANS nesta arena. No próxima seção, buscaremos pontuar a presença dos planos e seguros de saúde nos trabalhos da Diretoria Colegiada da ANS.

3.2 Diretoria Colegiada

3.2.1 Origem e Composição

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar é formada por até cinco diretores com mandatos não coincidentes. Os diretores exercem um mandato de três anos, com possibilidade de prorrogação por mais três anos. O diretor-presidente, escolhido entre os membros da Diretoria Colegiada pelo Presidente da República, acumula as funções de diretor-geral da Agência, presidente da Diretoria Colegiada, presidente da Câmara de Saúde Suplementar e secretário-executivo do Conselho de Saúde Suplementar. Ademais, a

²⁴³ Câmara de Saúde Suplementar. **Ata da vigésima reunião**, no dia trinta de agosto de 2001.

²⁴⁴ Câmara de Saúde Suplementar. **Ata da quinquagésima terceira reunião**. No dia nove de setembro, 2008.

Diretoria Colegiada deve reger a ANS de acordo com um contrato de gestão, assinado a cada ano com o Ministério da Saúde.²⁴⁵

O processo de escolha e nomeação dos membros da Diretoria Colegiada da ANS passa por oito fases. Num primeiro momento, o Ministro da Saúde apresenta um nome à Casa Civil, que o avalia preliminarmente e o submete ao Presidente da República. Estando de acordo o chefe do Executivo, encaminha a indicação ao Senado Federal. No Senado, a Comissão de Assuntos Sociais sabatina o candidato e vota. Se aprovado, a CAS repassa o nome para votação no plenário do Senado e, em seguida, este encaminha o nome ao Presidente da República. O Presidente da República publica a nomeação e assim o candidato toma posse.²⁴⁶

Atualmente, compõem a Diretoria Colegiada Mauricio Ceschin, médico gastroenterologista formado pela Faculdade de Medicina de Santo Amaro/SP, especialista em Administração em Sistemas de Saúde, Marketing e Finanças pela Fundação Getúlio Vargas; Leandro Reis Tavares, formado em Medicina pela Universidade Federal Fluminense/RJ, especialista em Cardiologia e mestre em Medicina; Eduardo Sales, bacharel em Direito pela Faculdade Brasileira de Ciências Jurídicas com pós-graduação em Direito do Estado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Bruno Sobral, formado em Engenharia Civil pela Universidade de Brasília, onde cursou também Mestrado em Economia (Sobral graduou-se também com honras acadêmicas como Master of Business Administration MBA na Georgetown University) e Andre Longo, formado em medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, pós-graduado em clínica médica e cardiologia através de residência no hospital universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco. Eles são, respectivamente, os diretores da ANS em Normas e Habilitação de Produtos, em Normas e Habilitação de Operadoras, de Fiscalização, de Desenvolvimento Setorial e de Gestão. Ceschin também acumula a função de Diretor-Presidente da ANS.²⁴⁷

Os cinco membros da diretoria são responsáveis pela produção das Resoluções Normativas, Resoluções Operacionais e Resoluções da Diretoria Colegiada. As RN, RO e RDC se constituem nos principais instrumentos regulatórios da Agência, posto que é por intermédio destes, que a ANS expede as normas que regulam o setor. As RDC vigoraram desde o início da Agência até janeiro de 2002, quando deram lugar as atuais RN. No

²⁴⁵ Acessado no dia vinte e um de novembro de 2011. Disponível em <http://www.ans.gov.br/index.php/aans/quem-somos/diretoria-colegiada>.

²⁴⁶ Idem.

²⁴⁷ Idem.

conjunto, foram editadas 95 RDC entre os anos de 2000 e 2002 e 285 RN, 1095 RO até dezembro de 2011.

3.2.2 Resoluções Normativas e Resoluções da Diretoria Colegiada

As Resoluções da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar podem ser divididas em duas categorias: resoluções com e sem impacto regulatório. Até o ano de 2009, das 305 resoluções da DC, 142 não tinham impacto (regras administrativas) e 163 eram medidas com impacto no mercado privado de saúde. A segunda categoria pode ser dividida em quatro subcategorias, de acordo com seu escopo regulatório em: 1) normas de organização do mercado e da interface entre os atores; 2) normas relativas à regulação econômico-financeira das empresas e dos produtos, além daquelas de conteúdo Técnico Assistencial e fomento à produção de saúde; 3) normas de estímulo à transparência e à competição no mercado; 4) normas atinentes à Fiscalização e estabelecimento de rotinas sancionadoras. Nos primeiros quatro anos, por volta de 2000 a 2003, o fulcro da regulação se referiu à organização do mercado e à regulação econômico-financeira das empresas de planos e seguros de saúde e dos produtos; num segundo momento, em torno de 2004 a 2007, a preocupação principal foi com os aspectos técnico-assistenciais e de fomento à produção de saúde; e no último momento, a partir de 2008, as prioridades se voltaram para o estímulo à transparência e à competição no mercado.²⁴⁸

Assim, em cinco de janeiro de 2000, através do Decreto nº 3.327, o presidente da República aprovou o Regulamento da ANS e no dia seguinte foram expedidas as duas primeiras resoluções da Agência. A primeira aprovou o Regimento Interno e a segunda definiu diretores responsáveis pelas diretorias da ANS. A Resolução RDC nº 3, publicada em 24/01/2000 e republicada em 22/02/2000, por ter saído com incorreções, trata das normas de fornecimento de informações para cadastros de beneficiários (revogada pela Resolução Normativa - RN nº 17, de 11/11/2002). Mais tarde, em nove de março de 2000 foi aprovado o RDC nº 9, que permitiu o regulamento de licitações e contratações da ANS. No dia 31/03/2000, a Resolução RDC nº 16 nomeou a diretora da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras e o diretor da Diretoria de Gestão.

Após este conjunto de resoluções em que a Diretoria Colegiada se preocupou em criar ferramentas legais e gerenciais para o funcionamento da instituição, as questões técnicas

²⁴⁸ MATOS, João Boaventura Branco de. op cit.

prevaleceram. Assim, verifica-se a preocupação de garantir regimes de funcionamento das empresas de planos e seguros de saúde e prestadores de saúde. Exemplo disso foi a Resolução Normativa nº 71 de dezoito de março de 2004, que estabeleceu os instrumentos jurídicos a serem firmados entre as empresas de planos privados de assistência à saúde e profissionais de saúde.

Só no ano de 2004, 36 resoluções operacionais, que dispõem sobre regimes especiais entre a ANS e empresas de planos e seguros de saúde ou prestadoras foram assinadas, como a Resolução Operacional nº 200, de três de maio de 2004, que dispõe sobre a instauração de regime especial de direção Técnica na Operadora Itálica Saúde S/C Ltda. Ademais, outras temáticas que envolvem questões técnicas foram aprovadas como a Resolução Normativa nº 75, de onze de maio de 2004, que dispõe sobre a provisão técnica para garantia de remissão a que estão sujeitas as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde.

A partir do ano de 2008, a Diretoria Colegiada priorizou a regulamentação de regras que garantam aos usuários mais acesso as informações do setor, como também aos seus direitos. A Resolução Normativa nº 242 / Diretoria Colegiada, de oito de dezembro de 2010, por exemplo, dispõe sobre a participação da sociedade civil e dos agentes regulados no processo de edição de normas e tomada de decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS mediante a realização de consultas, audiências públicas e câmaras técnicas. A Resolução Normativa nº 267 / Diretoria Colegiada do dia 25/08/2011, institui o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar. A Resolução Normativa nº 275 / Diretoria Colegiada, do dia 03/11/2011, dispõe sobre a Instituição do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS. A Resolução Normativa nº 285, do dia 26/12/2011, dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das empresas de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet, alterando a Resolução Normativa - RN Nº 190, de 30/04/2009 e a RN Nº 124, de 30/03/2006, que dispõem, respectivamente, sobre a criação obrigatória do Portal Corporativo na Internet pelas empresas de planos privados de assistência à saúde e sobre a aplicação de penalidades para as infrações no setor da saúde suplementar.

3.2.3 Resoluções Normativas - Configurando o mercado de empresas de planos e seguros de saúde

As resoluções operacionais são formuladas também pela Diretoria Colegiada e cumprem o papel de formular normas capazes de garantir o funcionamento das empresas de planos e seguros de saúde respeitando os direitos dos usuários. Até o ano de 2011, 1095 RO foram criadas.

As resoluções operacionais se tornam importante para essa pesquisa a partir , sobretudo, da Resolução Normativa nº 112/05 que dispõe sobre a alienação de carteira das empresas de Planos de Assistência à Saúde²⁴⁹. Conforme a RN112, quando uma empresa de planos e seguros de saúde passa por dificuldades financeiras que a impeçam de prestar os serviços aos beneficiários, a empresa deve transferir seus consumidores para outra empresa, com o objetivo de garantir a continuidade do atendimento à saúde. Para isso, a ANS deve determinar que a empresa de plano de saúde venda a sua “Carteira”, que é o nome dado ao grupo de consumidores que é atendido por determinada empresa. Essa venda é chamada de alienação compulsória de carteira. Caso a venda não ocorra em um prazo de 30 dias, a ANS faz uma oferta pública aos usuários de planos de saúde.

Art. 9º A ANS, por decisão da Diretoria Colegiada, determinará a alienação da carteira das operadoras de planos de assistência à saúde nos seguintes casos: I – por insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde; II - na vigência de regime de direção fiscal e/ou de direção técnica após análise do relatório circunstanciado contendo análise das condições técnicas, administrativas ou econômico-financeiras que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde e justifiquem a medida; III – em virtude do cancelamento da autorização de funcionamento pela ANS nos termos do art. 25 da RN nº 85, de 2004, Redação dada pela RN nº 100, de 2005; ou IV – em decorrência de decisão administrativa não sujeita a recurso de aplicação da penalidade prevista no inciso VI do art. 25 da Lei nº 9.656, de 1998.²⁵⁰

É importante ressaltar que a Direção Fiscal e a determinação de alienação da carteira não devem implicar prejuízo ao atendimento aos consumidores. Portanto, o plano não deve sofrer interrupção. Finalizado o prazo definido pela ANS e concluído o processo de transferência da carteira, os consumidores deverão ser comunicados e convocados para

²⁴⁹ Antes da RN 112 foi editado a RDC Nº 82, porém a Resolução da Diretoria Colegiada foi revogada com a edição da RN 112

²⁵⁰ Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa 112**. set de 2005.

assinatura de contrato com a empresa vencedora, devendo ser consideradas as carências já cumpridas e coberturas previstas no contrato original.

O Instituto de Defesa ao Consumidor (IDEC), por sua vez, considera essas regras ilegais e inconstitucionais, pois desrespeitam o direito adquirido²⁵¹. Em casos de alienação compulsória ou oferta pública, o Instituto entende que as empresas de planos e seguros de saúde são obrigadas a manter integralmente as condições vigentes dos contratos sem qualquer restrição de direitos ou prejuízo aos beneficiários, não impondo carências adicionais, nem alterando cláusulas de reajuste ou data de aniversários dos contratos.

A partir da Resolução Normativa 112 no ano de 2005 até o final do ano de 2011, 110 Resoluções Operacionais que dispõem sobre a alienação de carteira das empresas de Planos de Assistência à Saúde foram aprovadas.

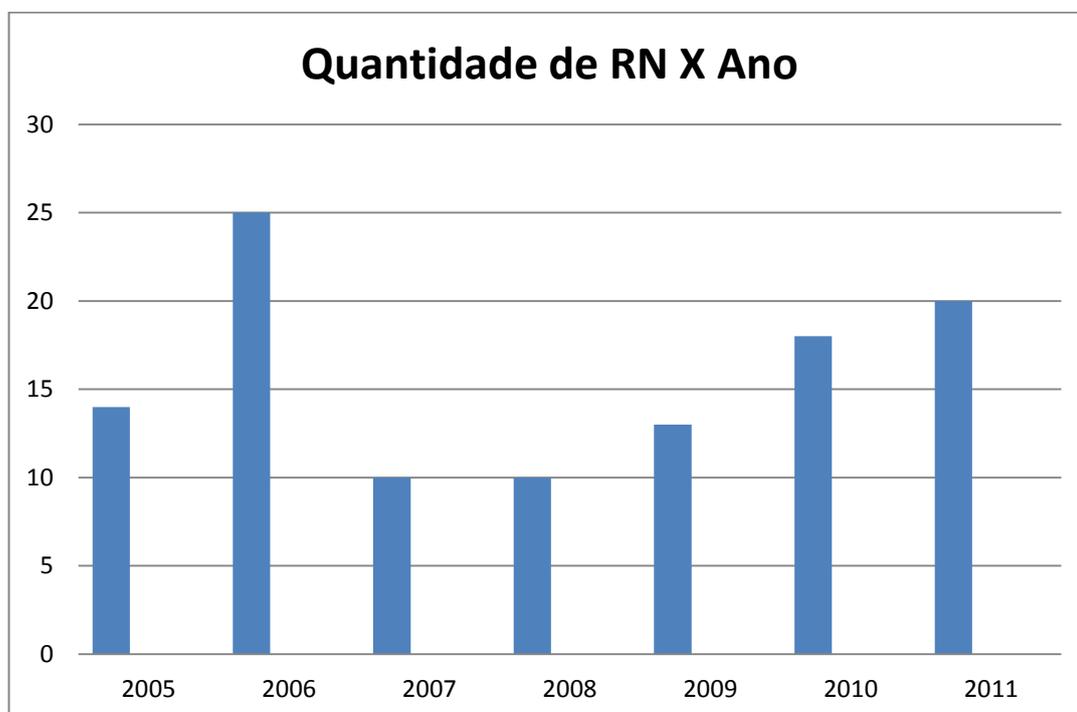


Gráfico referente à quantidade de resoluções normativas que dispõem sobre alienação de carteira de clientes por ano. Feito pela autora. Fonte: www.ans.gov.br

A Resolução Normativa número 112 foi aprovada em 18/09/2005. E neste mesmo ano, 14 RO sobre alienações foram publicadas. No ano de 2006 há um número expressivo de resoluções operacionais que dispunham da alienação das carteiras dos clientes. No ano de 2007, percebemos um decréscimo dessas regras, contudo a partir do ano de 2008 ocorreu um

²⁵¹ BRASIL. **Constituição Federal**. Art. 5º, XXXVI, 1988.

nítido crescimento das medidas assinadas pela Diretoria Colegiada da ANS que transferiam clientes de pequenas empresas para grandes empresas de planos e seguros de saúde.

O aumento das medidas de alienação de carteiras de clientes pela ANS sinaliza a postura adota pela instituição a partir do ano de 2004 e que se intensificou nos anos seguintes. A partir do ano de 2004, a Diretoria Colegiada se preocupou em criar ferramentas legais e gerenciais para o funcionamento da saúde suplementar. Desta forma, verificamos a preocupação em fiscalizar os regimes de funcionamento das empresas de planos e seguros de saúde e prestadores de saúde. Para tanto, foram freqüentes a instauração do regime de direção especial²⁵² implantado pela ANS nas empresas de saúde. Em sintonia com essa prática, no ano de 2008 a Diretoria Colegiada priorizou a regulamentação de regras que garantissem aos usuários mais acesso as informações do setor, como também aos seus direitos. A alienação de carteiras foi uma medida tomada pela ANS para garantir os direitos dos beneficiários em momentos de instabilidade e crise financeira das empresas de plano de saúde. Diante deste panorama, a partir do ano de 2008 verificamos um aumento das alienações de carteiras de clientes. No ano de 2011 quinze carteiras de clientes foram alienadas pela ANS e cinquenta empresas de planos de saúde tiveram suas finanças fiscalizadas pela ANS.²⁵³

3.2.4 Casos de Alienação de carteira de beneficiários.

Nos casos de alienação de carteira de clientes de planos e seguros de saúde, a ANS oferta a carteira de beneficiários e as empresas interessadas se prontificam para a realização da compra. Neste momento, representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar analisam o histórico da empresa interessada e a partir daí autorizam a compra.

A seguir vamos acompanhar dois casos de alienação de carteira. O primeiro a venda da carteira da Samcil para Greeline que foi prontamente autorizada pela Agência. No segundo caso, a venda da Avimed para Itálica Saúde Ltda, no qual, em num primeiro momento não foi autorizada, devido problemas econômicos da Itálica. Contudo, após apresentar uma nova proposta a ANS concordou com a venda da Avimed para a Itálica Saúde e para o Plano de Saúde Ana Costa

²⁵² O Regime Especial de Direção Fiscal ocorre quando uma operadora de saúde suplementar fica sob acompanhamento especial da ANS, em decorrência de anormalidades graves de natureza administrativa e/ou econômico-financeira, que ponham em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde.

²⁵³ Acessado em 01 de março de 2012. Disponível em <http://www.dgabc.com.br/News/5878668/ans-passa-pente-fino-em-500-planos-de-saude.aspx>.

a) Samcil

A empresa de planos de saúde Samcil foi fundada na década de 60, pelo médico Luiz Roberto Silveira Pinto. A trajetória da empresa foi de expansão rápida. Já no primeiro ano da década de 1970, a Samcil comprou o Hospital Santo André. Nos quatro anos seguintes as aquisições do Hospital e Maternidade Pereira Barreto em São Bernardo, da Pró-Saúde, da Policlínica Central e do Hospital Panamericano foram feitas pela empresa. Em 2001 as carteiras de clientes da Vasco da Gama Assistência Médica, Oswaldo Cruz SL Saúde passam para a Samcil, que assume também a administração do Hospital Vasco da Gama e do Hospital e Maternidade São Leopoldo. Em janeiro de 2003 adquiriu a carteira de clientes da Pronto Saúde SIS-Sistema Integrado de Saúde e em julho de 2003, da Assistência Médica Jardins e da Serma.

Contudo, a companhia, que já foi uma das maiores do país no segmento voltado para as classes C e D, vivenciou no ano 2008 sérios problemas financeiros e de administração. No mesmo ano, o número de beneficiários foi reduzido a um ponto que obrigou a empresa a colocar à venda três dos seus cinco hospitais.

No ano de 2011 a Agência Nacional de Saúde autorizou a aquisição da carteira de clientes da Samcil pela GreenLine por entender que ela não tinha mais condições de arcar com uma dívida de R\$ 70 milhões. A GreenLine atua desde 1992 no mercado de planos de saúde e tem mais de 326.000 beneficiários.

No Comunicado número 63, publicado em abril de 2009, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar constata os problemas econômicos presentes na empresa Samcil e autoriza a aquisição de sua carteira de clientes pela Greenline.

Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso II, alínea "c" do Regimento Interno, aprovado pela Resolução Normativa RN nº 197, de 16 de julho de 2009, na forma do disposto no art. 24 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, em reunião ordinária de 30 de março de 2011, considerando as anormalidades econômico-financeiras e administrativas graves que colocam em risco a continuidade do atendimento à saúde, de acordo com os elementos constantes do processo administrativo nº 33902.099806/2011-01, adotou a seguinte Resolução Operacional e eu, Diretor-Presidente Substituto, na forma do disposto nos incisos I e III, do art. 82, da RN nº 197 de 16 de julho de 2009, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica instaurado o Regime de Direção Fiscal na operadora Serviços Médicos Assistenciais S/A, registro ANS nº 38812-2, inscrita no CNPJ sob o nº 61.799.946/0001-54.

b) Avimed

Fundada em outubro de 1991, na cidade de São Paulo, a Avimed-Saúde teve por princípios norteadores o modelo de gerenciamento de medicina de grupo. No ano de 2009, a empresa passou um período de investigação pela ANS e foi determinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar a venda compulsória de sua carteira de beneficiários, através da Resolução Operacional nº 599, publicada no Diário Oficial da União em 19 de fevereiro de 2009. A Avimed teve o prazo de 30 dias para negociar a venda de sua carteira e, durante este período a Itálica Saúde Ltda apresentou proposta de compra. No entanto, a ANS não autorizou, inicialmente, como vimos, a compra da Avimed pela Itálica devido à situação econômico-financeira e os aspectos atuariais e assistenciais da operação proposta, como se vê no trecho abaixo:

2. A Diretoria Colegiada da ANS determinou em 19 de fevereiro de 2009 a alienação compulsória da carteira dos planos de saúde da AVICCENA. Em 19 de março a ITÁLICA SAÚDE LTDA - Registro ANS nº 32.088-9, protocolizou proposta para adquirir a mesma. 3. Conforme previsto normativamente, a ANS avaliou a situação econômico-financeira e os aspectos atuariais e assistenciais da operação proposta, através das Diretorias competentes. 4. A autorização para a transferência de carteira foi negada em 26 de março de 2009. 5. Em 27 de março a ITÁLICA apresentou novos documentos sobre sua situação econômico-financeira e solicitou reconsideração à ANS. Após análise dos novos dados apresentados, a autorização para a transferência foi novamente negada em 06 de abril de 2009. 6. Em 6 de abril as operadoras AVICCENA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA e ITÁLICA SAÚDE LTDA foram comunicadas da decisão. A ANS aguarda o prazo legal para a apresentação de recursos e para a adoção de medidas previstas nos normativos correspondentes.²⁵⁵

Pouco tempo depois a Agência aprovou a compra da Avimed pela Itálica Saúde e pelo Plano de Saúde Ana Costa. A empresa Plano de Saúde Ana Costa Ltda, com sede na cidade de Santos, tem aproximadamente 120 mil beneficiários e poderá atender beneficiários da Avimed residentes nos municípios das regiões de saúde de Santos e Registro. Por sua vez, sediada na capital paulista, a Itálica Saúde Ltda tem aproximadamente 40 mil beneficiários e recebeu autorização para atender beneficiários residentes na cidade de São Paulo

²⁵⁴ Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Operacional nº 1021** / Diretoria Colegiada. 30 de março de 2011.

²⁵⁵ Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Comunicado n 63**. Abril de 2009.

Dentre as empresas que apresentaram propostas diante do edital de oferta pública dos cadastros e referências operacionais da Avimed, as operadoras Plano de Saúde Ana Costa Ltda. e Itálica Saúde Ltda. foram as únicas que atenderam aos requisitos operacionais e econômico-financeiros.²⁵⁶

3.2.5 Casos de compra de empresas de planos e seguros de saúde sem restrições econômicas

Nas linhas anteriores acompanhamos dois casos de alienação de carteira. A seguir, priorizaremos dois casos de compra de uma empresa por outra em situações em que a empresa vendida não apresentava nenhum problema financeiro, constituindo-se como dinâmica de mercado. Por sua vez, conforme o artigo 4º, parágrafo XXII, da Lei 9.961/1998, a ANS é responsável por autorizar as cisões, fusões, incorporações e transferência do controle societário das empresas de saúde.

XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994; (Redação dada pela MP nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).²⁵⁷

Diante dessa legislação, optamos por acompanhar a trajetória das atuais duas maiores empresas de saúde, AMIL e Bradesco Seguros, a fim de compreender qual seria o trabalho desempenhado pela ANS em situações de fusões de empresas sem dificuldades econômicas evidentes.

a) AMIL

A história da Assistência Médica Internacional S/A (Amil) começa no ano de 1972, com uma pequena clínica na cidade fluminense de Duque de Caxias. Cinco anos depois, já se transformava na maior maternidade privada no estado do Rio de Janeiro.²⁵⁸ No ano de 2009, a Amil foi considerada a maior empresa de planos e seguros de saúde do Brasil.²⁵⁹

²⁵⁶ Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Comunicado n 64**. Maio de 2009.

²⁵⁷ BRASIL. **Lei 9.961**. op cit.

²⁵⁸ BAHIA, L. **Reestratificação das clientelas para os serviços de saúde na década de 80: um estudo exploratório do caso Amil**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1991.

²⁵⁹ Acessado em primeiro de janeiro de 2012. Disponível em http://www.istoedinheiro.com.br/noticias/408_O+VOO+MAIS+ALTO+DA+AMIL_

Atualmente, a empresa atende 5,8 milhões de beneficiários, com mais de 120,2 milhares empresas-clientes participantes.²⁶⁰

Na década de 1970 e 1980 os contratos da empresa com a Previdência foram a principal fonte de receitas da Amil. Na década de 1980 a Amil assumiu a carteira de clientes das empresas CBS Discos e Petrofértil. A partir desses contratos, a Amil passou a ser reconhecida no mercado de saúde suplementar. Com o desenvolvimento da empresa, no ano de 1982 a Amil tornou-se a segunda maior empresa de plano de saúde no Rio de Janeiro em número de clientes e em faturamento. Em 1986, por sua vez, a sede da empresa foi transferida para São Paulo. Em 1987 a Amil passou a atuar na região do ABC paulista e em Brasília e Curitiba nos anos de 1988 e 1989. Em 1997 a Amil inova e ganha permissão para internacionalizar a empresa, passando a atuar em Nevada, nos EUA, com a empresa Amil Internacional Health Corporation.

No ano de 2009 com a compra do controle da Medial Saúde por R\$ 612,5 milhões a Amil tornou-se líder no mercado brasileiro de planos de saúde. Com o negócio, a fatia de mercado da Amil no Estado de São Paulo passou de 7,9% para 15,1%. No Brasil, a Amil ocupou 10,1% do espaço no mercado de planos de saúde. Antes esse espaço era de 6,2%. A partir dessa negociação, a Amil cobre 5,2 milhões de beneficiários em saúde e outros 986 mil em planos dentais.²⁶¹ Pelo acordo firmado a empresa comprou 36,22 milhões de ações ordinárias da Medial Saúde que estão nas mãos de seus controladores. Isso equivale a 51,9% do capital total da companhia. Ou seja, a Amil se torna controladora majoritária da Medial.

Em 2010, a Amil anunciou a compra da ASL - Assistência à Saúde, empresa sediada em Natal, no Rio Grande do Norte. O contrato, no valor de R\$ 8,6 milhões, buscou a aquisição da totalidade das cotas representativas do capital social. A ASL possui carteira total de 70 mil beneficiários, o que corresponde a uma participação de mercado de 20,3% na região metropolitana de Natal e de 15% no Rio Grande do Norte. O faturamento da empresa, em 2009, foi de cerca de R\$ 75 milhões. No mesmo ano a Amil negociou a compra da empresa Excelsior. O valor da negociação girou entre R\$ 50 milhões e R\$ 70 milhões para uma carteira com aproximadamente 140 mil clientes, sendo uma parcela representativa de planos individuais. A aquisição da Excelsior reforçou ainda mais a presença da Amil no Nordeste. Adicionalmente, em novembro do mesmo ano, a Assistência Médica Internacional S/A comprou a carteira de clientes da empresa Porto Seguro. Atualmente, a Amil conta com

²⁶⁰ Idem.

²⁶¹ No ranking das empresas de planos de saúde no ano de 2010, o primeiro lugar era da Bradesco Seguros, seguido por Amil, em terceiro lugar a empresa Intermediária. (www.ans.gov.br).

240 mil beneficiários no Nordeste, o que representa uma participação de mercado de 5%. Com a compra da Excelsior, a carteira de clientes da Amil na região saltou para 380 mil.

No ano de 2011, a Amil Assistência Médica comprou 100% do plano de saúde Lincx por R\$ 170 milhões. A Lincx tem uma carteira com 36 mil beneficiários, sendo 30 mil em planos de saúde (sendo aproximadamente 76% dos clientes pessoa jurídica) e seis mil em planos odontológicos, e atua principalmente no mercado de São Paulo, com filiais em Londrina e no Rio de Janeiro.

b) Bradesco Seguros

A Bradesco Saúde conta, atualmente, com mais de 2,7 milhões de segurados, sendo que, destes, 90% pertencem a planos empresariais. E conta ainda com uma carteira de cerca de 700.000 clientes do seguro odontológico.

No ano de 2008, a Bradesco Saúde fez sua primeira aquisição. Após autorização da ANS a empresa comprou a Administradora de Planos de Saúde Mediservice por R\$ 84,9 milhões. A Mediservice detinha cerca de 300 mil clientes e pertencia a Marsh Corretora de Seguros. Com a compra, a Bradesco Saúde passou a ter uma carteira de 3,2 milhões de beneficiários. Segundo Heráclito de Brito Gomes Junior, diretor geral da Bradesco Saúde, o maior atrativo da Mediservice é a carteira formada por clientes corporativos, incluindo multinacionais e grandes empresas nacionais. A Mediservice, com 20 anos de existência, tem uma rede de aproximadamente 30 mil credenciados - entre médicos, dentistas, laboratórios, clínicas, hospitais e serviços de emergência. A Bradesco saúde tinha uma carteira com as 37 das 100 maiores empresas do país. Com a compra, passa a ter mais 15 destas companhias, ficando com metade das grandes corporações que estão no Brasil.

Como vimos anteriormente coube a ANS, mais especificamente a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, exercer a função de garantir a operacionalidade dos planos e seguros de saúde através das resoluções operacionais. Por seu turno, no ano de 2005 a DC assinou a RN112, que garantia o início da venda compulsória da carteira de clientes de uma empresa, caso a ANS constatasse dificuldades financeiras que impedissem a empresa de prestar o serviços aos beneficiários. Assim, acompanhamos nos últimos anos a ANS como centralizadora das decisões no que se refere às transações econômicas das

empresas em dificuldades, e por assim dizer, a responsável por garantir a concentração das carteiras de clientes em poucas empresas de saúde.

Por outro lado, as negociações de fusão/incorporação de empresas que não evidenciam dificuldades não detêm destaque no site da ANS. De acordo com o artigo 4º, parágrafo XXII, da Lei 9.961/1998 esse processo deve ser autorizado pela ANS, contudo não encontramos no site da Agência documentos oficiais que abordem essas negociações. Parece que a Agência Nacional de Saúde Suplementar opta por se omitir dessas negociações ou não se preocupa em divulgar no site essas transações.

No final dos anos 2000, com autorização da ANS, o Bradesco Seguro Saúde tornou-se a primeira empresa de saúde no Brasil em números de clientes e a Amil o segundo plano de saúde nacional, mediante a compra de outras empresas menores. Por fim, a trajetória bem sucedida da Samcil também foi construída a partir da compra de pequenos hospitais e empresas. No ano de 2011, quando a Samcil tinha aproximadamente 193 mil clientes, por motivos financeiros, a ANS ordenou a venda de sua carteira. Naquela ocasião, a empresa Greeline comprou essa carteira. Além dos 193 mil clientes comprados, a Greenline já era responsável por 326 mil beneficiários.

No ano de 2000 o setor de saúde suplementar era formado por 2032 empresas, oito anos depois o número pouco mudou, uma vez que no ano de 2008 existiam 1986 empresas de planos e seguros de saúde. Desta forma, a relação das empresas de grande porte²⁶², com mais de 500.000 clientes, sofreu poucas alterações ao longo do tempo²⁶³. Por isso, no relatório de pesquisa intitulado “Dinâmica e Tendências do Mercado de Saúde Suplementar no Contexto da Regulação: Reestruturação Empresarial e Profissionalização da Gestão” Ligia Bahia conclui que

A promulgação da Lei 9656/98 não alterou a magnitude e distribuição do número de operadoras, beneficiários e o modus operandi do setor. A capacidade de resposta do mercado de planos de assistência médica aos requerimentos da regulação evidenciou uma reprodução do padrão oligopolizado, mas permeável a re-emergência de iniciativas empresariais de menor porte e abrangência geográfica definida²⁶⁴ (...)Tendo em vista as raízes históricas da expansão da demanda e oferta dos planos e seguros privados de saúde, a atual configuração deste setor caracteriza-se pela concentração e estratificação das empresas e demandas que o compõem e pelas

²⁶² Conforme a ANS o porte das operadoras é determinado pelo número de usuários. As empresas de pequeno porte são aquelas com até 9.999 beneficiários; médio porte são as operadoras com 10 mil a 99.999 usuários; finalmente, grande porte são aquelas que possuem 100 mil ou mais beneficiários.

²⁶³ Bahia, Ligia. “Dinâmica e Tendências do Mercado de Saúde Suplementar no Contexto da Regulação: Reestruturação Empresarial e Profissionalização da Gestão”. **op cit.** p. 2.

²⁶⁴ *Ibidem* p 9.

estreitas conexões político-institucionais de suas organizações com entidades patronais, sindicais, profissionais de saúde e órgãos governamentais.²⁶⁵

Devido aos crescentes números de fusões, o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) decidiu que os contratos de fusão e aquisição fechados entre empresas a partir de 29 de maio de 2012 deverão ser submetidos a novas regras. Uma nítida tentativa de diminuir esses procedimentos.

A Lei nº 12.529/11, que reformula o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC) torna mais eficaz a atuação do Conselho Administrativo de Defesa da Concorrência (CADE) na sua dupla função de prevenir, por meio do controle de atos de concentração que alterem a estrutura dos mercados (fusões, aquisições etc.); e reprimir, por meio do controle de condutas potencialmente anticompetitivas, as infrações contra a ordem econômica. Como resultado, o país terá mercados mais eficientes, com mais incentivo à inovação tecnológica, e os consumidores contarão com produtos e serviços de qualidade, sem a imposição de preços excessivos.

A principal mudança introduzida pela nova lei de defesa da concorrência consiste na exigência de submissão prévia ao CADE de fusões e aquisições de empresas que possam ter efeitos anticompetitivos. Pela legislação anterior, essas operações podiam ser comunicadas ao CADE depois de serem consumadas, o que fazia do Brasil um dos únicos países do mundo a adotar um controle a posteriori de estrutura. A análise prévia dará mais segurança jurídica às empresas e maior agilidade à análise dos atos de concentração, uma vez que o CADE terá prazo máximo de 240 dias para analisar as fusões, prorrogáveis por mais 90 dias em caso de operações complexas.

A nova lei é fruto da percepção contemporânea da importância da livre concorrência para a economia e a sociedade brasileira. Nesse sentido, ela reafirma a concorrência como um princípio fundamental da ordem econômica nacional, conforme previsto pela Constituição de 1988.

Embora o impacto da ANS seja pequeno sobre o número de empresas de planos e seguros de saúde, seu posicionamento favorece a centralização de usuários em uma mesma empresa e assim a concentração do setor. Conforme o artigo 4º, parágrafo XXII, da Lei 9.961/1998, a ANS é responsável por autorizar as cisões, fusões, incorporações e transferência do controle societário das empresas de saúde, desta forma a ANS age em contramão aos interesses dos usuários ao permitir o crescimento de poucas, contudo, grandes

²⁶⁵ Ibidem p. 39.

empresas de saúde suplementar. No limite, diante da aparente negligência da ANS sobre a concentração do mercado, as mudanças instituídas pelo CADE, embora legisle para todos os setores da economia brasileira, favorecem para minimizar a centralização das empresas.

Na próxima seção vamos acompanhar as ações de empresas de planos e seguros de saúde, médicos e hospitais fora da ANS em busca de aliados e aprovações para suas demandas.

3.3 Ações externas

Foi uma prática freqüente dos representantes das empresas de planos e seguros de saúde a busca de arenas mais favoráveis as suas demandas. Assim sendo, esse ator deslocou-se das arenas regulamentais da saúde suplementar para instituições mais permeáveis aos seus interesses, em especial ao setor judiciário. Adicionalmente planos e seguros de saúde procuraram a mídia para divulgarem suas perdas. Tal postura pode ser explicada por dois motivos: de um lado o descrédito muitas vezes atribuído à ANS e, por outro, a busca de arenas mais flexíveis aos seus pleitos.

No ano de 2011, o plano de saúde dos sindicatos da Saúde e Educação da cidade de Rondônia conseguiu na justiça o reajuste do auxílio saúde

O reajuste do auxílio saúde concedido nesta quarta-feira (04/05) pelo Governo do Estado foi em atendimento a uma reivindicação dos planos de saúde dos sindicatos da Saúde (Sindsaúde) e Educação (Sintero). Em fevereiro desse ano, os presidentes Silas Neiva, do Sindsaúde Plano de Saúde e Chico Pinheiro, do Sintero Saúde, entregaram uma proposta de reajuste com impacto na folha solicitando revisão dos valores atualmente pagos como auxílio saúde²⁶⁶

Mais recentemente, no ano de 2012, as empresas de saúde recorreram à Justiça contra a determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), segundo a qual as entidades privadas terão que arcar com parte dos prejuízos provocados pelas próteses mamárias adulteradas das marcas PIP e Rofil.²⁶⁷

²⁶⁶ Acessado em dez de outubro de 2011. Disponível em <http://www.tudorondonia.com.br/noticias/governo-atende-as-reivindicacoes-dos-planos-de-saude,21766.shtml>.

²⁶⁷ Acessado em primeiro de março de 2012. Disponível em <http://www.jb.com.br/ciencia-e-tecnologia/noticias/2012/02/14/planos-de-saude-vao-recorrer-a-justica-contr-cobertura-de-troca-de-implantes/>.

Também no ano de 2012, o presidente da cooperativa de médicos do Ceará, senhor Darival Bringel, relatou que em virtude dos novos procedimentos aprovados pela ANS a instituição acumulava gastos e defendia um reajuste do plano a cima da inflação.²⁶⁸

“Segundo o presidente da Unimed Ceará, Darival Bringel, o ideal para as operadoras seria um pouco acima (da inflação), mas para o cliente isso teria uma repercussão negativa e nós temos que adequar (os preços) às duas realidades

A busca por arenas mais flexíveis não foi uma característica restrita às empresas de planos e seguros de saúde. Também médicos e hospitais utilizaram dessa estratégia. Abaixo, levamos em conta a relação com Parlamento, por parte dos médicos, em torno de medidas que afetam a relação de tais atores com as empresa.

No caso específico dos médicos, consta no site da Associação Médica Brasileira, quatro projetos de leis apoiadas pela AMB que envolvem diretamente a saúde suplementar. São eles: o PL N° 277 de 2004, o PLS 198/05, o PLS 312/05 e o PL 4.247/08. O primeiro altera a Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, de autoria do Deputado Romero Rodrigues, que permite o oferecimento e a contratação de planos de saúde com coberturas reduzidas. O segundo, de autoria do senador Paulo Paim, altera dispositivos da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatória a oferta de modalidade de plano-referência sem cobertura de procedimentos obstétricos. O terceiro PL, foi escrito pelo senador Eduardo Azeredo e define a obrigatoriedade de cobertura, pelos planos de saúde, dos exames para diagnóstico de anormalidades no metabolismo do recém-nascido. Por fim, o Projeto de Lei 4.247/08, de autoria do senador Tião Vianna, propõe, segundo sua emenda, a consolidação da legislação federal sanitária.

Em recente publicação dos trabalhos da Comissão de Assuntos Políticos formado pelo Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Federação Nacional dos Médicos temos na apresentação da edição as seguintes palavras:

Desde 2000, quando de sua criação, a CAP tem servido como espaço catalisador do fazer político, coletando as importantes contribuições advindas do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Federação Nacional dos Médicos (FENAM), transformando-as em discurso único e efetivo. Esse cuidado reverbera (sic) nacionalmente e tem sido decisivo na ampliação da presença de nossa categoria – por meio de seus representantes – junto aos tomadores de decisão e gestores.²⁶⁹

²⁶⁸. Acessado em primeiro de janeiro de 2012. Disponível em <http://saudeweb.com.br/27273/planos-de-saude-reivindicam-reajuste-acima-do-ipca/>.

²⁶⁹ Agenda parlamentar da saúde/ **Comissão de Assuntos Políticos** AMB/CFM/Fenam. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011. p 9.

Nas folhas seguintes, temos os projetos de leis prioritárias para a categoria médica que tramitam no Senado Federal e na Câmara dos Deputados. Em cada projeto de lei, a edição do livro traz o autor da lei, o relator, a ementa, onde o projeto está e finalmente a posição dos médicos.

No Senado Federal existem 38 projetos de leis que envolvem a saúde. Deste montante três estão relacionados diretamente com a saúde suplementar. E todos os três foram relacionados como os projetos de leis citados pelo site da AMB e se encontram na página anterior (são PL N° 277 de 2004, PLS 198/05, PLS 312/05)

Na Câmara de Deputados, existem 101 projetos de leis, sendo que sete desses estão diretamente ligados aos planos e seguros de saúde. São eles o PL 4.076/01, de autoria do Deputado Henrique Fontana (Partido dos Trabalhadores-RS), que inclui os procedimentos preventivos no rol dos serviços a serem oferecidos pelas empresas; o PL 6.482/02, proposto pelo Deputado Osmanio Pereira (Partido da Social Democracia Brasileira-MG), permite a participação direta ou indiretamente de empresas ou capitais estrangeiros no setor de alta complexidade de prestação de serviços; o PL 3.473/08, formulado pelo Deputado Paulo Magalhães (Democratas-BA), que obriga as instituições de atendimento de emergência a atender usuários, sem a exigência do pagamento prévio do plano ou seguro de saúde; o PL 5.024/09, de autoria de Deputado Clovis Fecury (Democratas-MA), que proíbe as empresas de exigir autorização prévia para a realização de procedimentos prescritos pelos médicos; o PL 6.964/10, proposto pela Senadora Lucia Vania (Partido da Social Democracia Brasileira-GO), que exige a existência de contratos escritos entre empresas e seus prestadores de serviços; o PL 6.989/10, por Deputado Eleuses Paiva (Democratas-SP), que concede gratificação anual aos médicos sobre os honorários pagos por empresas de planos de assistência à saúde e, finalmente, o PL 7.590/10, do Deputado Vital do Rego Filho (Partido do Movimento Democrático Brasileiro- PB) , que permite a escolha do prestador de serviço pelo usuários de planos ou seguros de saúde. Todos os projetos de lei foram considerados favoráveis pela categoria médica²⁷⁰.

Os hospitais também utilizaram outras arenas em prol de suas demandas. Em 2002, a Associação dos Hospitais de Minas Gerais ajuizou uma ação ordinária com pedido de tutela antecipada em face da Unimed – Belo Horizonte, para suspender os efeitos de decisão unilateral da empresa de utilizar como referência, para efeito de pagamento dos prestadores de serviços de saúde conveniados, o medicamento genérico constante da tabela Brasíndice ou

²⁷⁰ Agenda parlamentar da saúde/ **Comissão de Assuntos Políticos** AMB/CFM/Fenam. op cit.

da lista referencial de materiais e medicamentos da Unimed - BH. No mês de novembro de 2010, o Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (Sindhosp) e a Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (Fehoesp) divulgaram uma pesquisa feita pelo Vox Populi que consultou 49 hospitais, 105 clínicas e 40 laboratórios. Neste levantamento, constatou-se problemas entre planos de saúde e prestadores de serviço, com destaque para a transferência de pacientes de hospitais credenciados para hospitais que pertencem aos planos de saúde durante o tratamento. Segundo a pesquisa, 54,9% dos hospitais afirmam que essa prática existe.²⁷¹ Em 30 de novembro de 2011 foi noticiado na internet que os presidentes da Federação dos Hospitais de Santa Catarina, Tércio Kaste, e da Associação de Hospitais de Santa Catarina, Dario Staczuk, tiveram audiência com o secretário da Administração, Milton Martini, uma vez que as duas entidades questionam os valores apresentados pelo Plano SC Saúde, publicado no edital de credenciamento.²⁷²

Assim sendo, a prática de empresas de planos e seguros de saúde, médicos, hospitais e, sobretudo, usuários, de acionarem a justiça para reverter situações e ter direitos cumpridos tornou-se nos últimos anos cada vez mais recorrente. Tal dinâmica é conhecida por judicialização da saúde. O debate desse processo ganhou tal projeção que, no ano de 2010, a intervenção judicial no âmbito da gestão do setor de saúde ganhou destaque no Supremo Tribunal Federal (STF). No STF ficou clara a necessidade de melhorar a interlocução entre o Poder Executivo e o Judiciário, com a definição clara dos atores envolvidos na questão, suas competências e possibilidades.²⁷³

No limite, temas que afetam interesses opostos na relação direta entre as empresas de planos e seguros de saúde, médicos, hospitais e governo como reajustes dos valores de planos e seguros, honorários médicos, regulação dos planos minam a aproximação desses atores e a formação de eventuais coalizões, embora tal distanciamento possa favorecer a formação de grupos entre usuários e atores pró SUS. No caso específico da PEC 29, como vimos no capítulo anterior, todos os atores estão do mesmo lado, porque todos têm a ganhar, não obstante a diferenciada intensidade do envolvimento dos diversos atores. No caso da

²⁷¹ Acessado em dez de maio de 2011. Disponível em <http://editorart.wordpress.com/2010/11/12/hospitais-reclamam-de-demora-na-autorizacao-de-tratamentos-de-clientes-de-plano-de-saude/>.

²⁷² Segundo Kasten, "os valores propostos não são atraentes para os prestadores de serviço e estão em desacordo com a remuneração praticada atualmente". Acessado em vinte de agosto de 2011. Disponível em <http://wp.clicrbs.com.br/loetz/2011/11/30/hospitais-reclamam-do-plano-sc-saude/?topo=84,2,18,,84>.

²⁷³ Para um aprofundamento sobre a dinâmica de a judicialização ver "Da falta de Efetividade à Judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial." de Luís Roberto Barroso.

regulamentação das OSs, a resistência é maior em segmentos ligados à burocracia da saúde e setores do movimento sanitaria.

Fica evidente, por seu turno, o papel diferenciado que cumprem a Câmara de Saúde Suplementar e a Diretoria Colegiada. A primeira, por reunir um elenco mais diversificado de atores, permite a vocalização mais intensa dos interesses de médicos, usuários, hospitais, grupos da burocracia da área de saúde, além, naturalmente das empresas de planos e seguros de saúde. Essas, contudo, se têm na ANS, e na própria CSS, uma arena mais permeável ao reforço da face privada do sistema de saúde brasileiro – em contraste com o Conselho Nacional de Saúde, tendencialmente um *locus* de afirmação das percepções e interesses favoráveis ao reforço do setor público -, não podem deixar de se confrontar, permanentemente, com as queixas de usuários, médicos e hospitais, num universo de relações cruzadas conflitivas, ainda que afinadas com a presença da saúde privada. Assim, por diversas vezes evadem-se de tal arena, que segue esvaziada por seu caráter meramente consultivo, razão pela qual mesmo os outros atores precisam recorrer a esferas como o Judiciário para enfrentamento dos conflitos com as empresas de planos e seguros de saúde. A Diretoria Colegiada, por seu turno, cada vez mais opera como um instrumento de organização do mercado de saúde suplementar, muito mais que um organismo de defesa dos usuários, no limite favorecendo a concentração do setor e revelando-se sensível à dinâmica nele imprimida pelas grandes empresas, uma vez que suas decisões não são secundadas pela presença de atores mais diversificados.

A rigor, a criação da ANS, embora significasse uma transferência da regulação das empresas de planos e seguros de saúde para a área de saúde - retirando-a, portanto, da esfera dos organismos de regulação do mercado de seguros privados -, criou uma porta de entrada mais desimpedida para que as grandes empresas fizessem prevalecer seus interesses *no interior da área de saúde*, mesmo que isto não se realize através de processos de captura da ANS por tais interesses. Não é disto que se fala aqui. O dilema é fundamentalmente institucional. Esmacendo o papel do CNS, onde é mais significativa a presença de atores afinados com a defesa da saúde pública, num cenário de pouca efetividade de organismos como a CSS, a criação da ANS cristaliza um nicho onde fundamentalmente ganham repercussão as percepções e interesses do mercado de seguros privados. E no mercado, a tendência é que prevaleça o mais forte.

No âmbito desta dissertação buscamos elucidar os padrões de atuação das empresas de seguros privados desde a criação da ANS em 2000, bem como os potenciais impactos da presença dessa última na trajetória do sistema de saúde brasileiro, cujos elementos fundamentais foram definidos na Constituição de 1988. Para tanto, identificamos os principais atores presentes na operação do sistema de saúde, as arenas em que atuam, as principais estratégias à sua disposição e os processos de formação da agenda pública. Consideramos, também, os principais padrões de estruturação dos sistemas de bem estar social e de saúde, de modo a identificar o lugar que nele ocupam os planos e seguros de saúde e as características do caso brasileiro. Em seguida, descrevemos de forma sucinta a trajetória dos planos e seguros de saúde no Brasil e alguns casos exemplares. Por fim, analisamos a atuação da ANS, a participação de diversos atores em seu interior e seu papel na configuração do mercado de seguros e planos de saúde no Brasil.

A Constituição de 1988 representou o momento culminante da longa trajetória que envolveu a passagem de um sistema de saúde corporativo, fragmentado e contencionista, instituído no Brasil na década de 1930, a um arranjo institucional que prometia a saúde como um direito de todos, a partir da operação do Sistema Único de Saúde, ainda que ao setor privado fosse garantida presença *suplementar*. Nesse cenário, o Conselho Nacional de Saúde tornava-se a instância de regulação mais importante na estrutura institucional que envolvia o sistema de saúde brasileiro.

O curso posterior do SUS não foi exatamente fácil. A erosão das fontes previdenciárias, a mitigação permanente do orçamento da seguridade social, a morosa definição da legislação infraconstitucional, as condições e opções macroeconômicas dos diferentes governos brasileiros desde o final da década de 1980, têm dificultado sua operação plena, estimulando a opção de diversos segmentos sociais pelos planos e seguros privados. No Brasil, esses alcançam um peso desproporcional à natureza pública e universal do sistema de saúde. O viés contencionista e segmentado do sistema de saúde brasileiro, que em sua origem era determinado pelo perfil corporativo e a provisão privada dos serviços, reaparecia numa nova configuração, em que a subsistência do provimento privado se articulava à expansão da saúde suplementar, favorecida pelos dilemas do financiamento que marcam a trajetória do SUS que, mesmo assim, produziu impactos positivos para a melhoria dos indicadores de saúde do povo brasileiro.

A regulamentação dos planos de saúde e a criação da ANS em 2000 representaram um momento importante na trajetória do sistema de saúde brasileiro após as definições da Carta de 1988. No limite, eles consagram a segmentação que subsistia sob o arranjo que a Constituição definira, dando-lhe agora uma dimensão institucional. É certo que muitas disposições associadas aos direitos dos usuários dos planos foram e têm sido contempladas em diversos momentos do processo de regulamentação, em especial em arenas como o parlamento. Todavia, um elemento decisivo das definições tomadas ao final do século XX foi a reafirmação da natureza dos seguros de saúde como um *negócio*, aberto inclusive ao capital estrangeiro. Por outro lado, ainda que a regulação do setor tenha sido retirada da SUSEP, agência responsável pelo segmento de seguros privados em geral, e transferida para a área da saúde, isto se fez com a redução do alcance da principal arena decisória do *sistema único* de saúde, o Conselho Nacional de Saúde, por via da criação da Agência Nacional de Saúde. Cristalizava-se, assim, um arranjo comum aos sistemas liberais, nos quais cabe ao governo, por via de agências específicas, papel exclusivamente regulador dos serviços prestados por agentes privados, com acesso definido pelo mercado. A diferença da situação brasileira é que tal arranjo se superpõe ao sistema público, que permanece aberto a todos os cidadãos e não só a públicos vulneráveis.

A expansão da oferta pública de serviços de saúde e a preservação do alcance do papel regulador do Conselho Nacional de Saúde seria uma alternativa às definições de 1998, afinada com as perspectivas defendidas pela burocracia da área de saúde e pelas associações vinculadas ao movimento sanitário. Tal alternativa, contudo, contrastava com um *humor nacional* ainda influenciado pela perspectiva neoliberal, pelas opções macroeconômicas em vigor, pelas dificuldades da operação do setor público e seu constante bombardeio por atores e veículos de comunicação favoráveis a soluções privatistas. Em direção contrária operava, também, o *peso das escolhas passadas*, que ensejaram a presença de um vigoroso setor privado na oferta de serviços de saúde, afetando as opções de diferentes atores, inclusive aqueles tradicionalmente afinados com a perspectiva de fortalecimento do setor público, cujas preferências eram, no mínimo, esmaecidas em sua intensidade. Assim, diante dos *problemas* da saúde, associados ao funcionamento do setor público e à operação dos seguros privados, alardeados em diferentes esferas, a ascensão de José Serra ao Ministério da Saúde criou as condições *políticas* para a viabilização de uma *alternativa* que combinava a regulação dos seguros de saúde a um aprofundamento da segmentação do sistema de saúde brasileiro.

A criação da ANS não constitui um momento fundador da dimensão da instituição do SUS, nem o dissolve plenamente. Na década de 1980, o *humor nacional* foi fortemente afetado pela crise do regime militar, pela intensa mobilização social e política do período e pela afirmação da idéia de *cidadania*, que favoreceram a definição de um sistema de acesso universal como *alternativa aos problemas* da saúde, num momento de intenso ativismo do *movimento sanitarista*, que conferia grande destaque e visibilidade a um diagnóstico que identificava nas relações espúrias entre o sistema previdenciário e os provedores privados boa parte das dificuldades da operação do sistema de saúde brasileiro. A *Constituinte* eleita em 1986 definiu as *condições políticas* para uma convergência que favoreceu a instituição do SUS, com as propostas de universalidade no acesso e controle social no sistema de saúde. Importa ressaltar, contudo, que sua criação foi, principalmente, resultado da afirmação de uma minoria aguerrida, com clareza e intensidade em suas preferências, diante de um conjunto de atores dispersos, que não conseguiram imprimir à Carta de 1988 o predomínio de uma orientação privatista. Essa, contudo, subsistiu na noção de saúde suplementar, que legitimou a já elevada presença da oferta privada de serviços, a expansão dos planos e seguros de saúde e a permanência da medicina liberal, conferindo ao sistema de saúde brasileiro um caráter misto e segmentado.

Com a criação da ANS tal segmentação, como indicado acima, alcança as arenas reguladoras do sistema de saúde. Criava-se assim um espaço para a afirmação mais desimpedida dos interesses privatistas, em especial dos seguros de saúde. Não se trata de fenômenos associados à idéia de captura das agências por interesses privados, mas da natureza, composição e dinâmica de atuação das diversas agências. No limite, os diferentes atores vinculados ao setor privado na oferta de serviços de saúde – hospitais, médicos, empresas de planos de saúde – encontravam no Conselho Nacional de Saúde uma arena dotada de reduzida permeabilidade aos seus interesses, dada a norma que confere prevalência aos usuários em sua composição e ao peso que nele dispõem segmentos da burocracia do setor de saúde. Assim, em boa medida sua atuação foi marcada pela estratégia da *saída*, combinada à busca de contatos diretos com os representantes do executivo responsáveis pela área e ao desencadeamento de ações em esferas como o parlamento e a *opinião pública*. Em tais espaços foi possível mesmo a ocorrência de ações convergentes com atores favoráveis ao fortalecimento do setor público, em temas como a defesa da elevação dos gastos públicos com a saúde, desde que não esteja em xeque o *status quo* da relação entre público e privado no sistema, como o revelam as iniciativas em favor da PEC29. Em temas mais controversos,

como a definição das formas de gestão dos hospitais públicos são menos freqüentes as ações comuns.

No âmbito da ANS, a estratégia da *saída* foi ainda utilizada pelas empresas de planos e seguros de saúde diante de pressões advindas de usuários, médicos e hospitais, no tratamento de questões que afetam suas relações recíprocas – honorários médicos, pagamento de serviços e escopo da cobertura. É o que verificamos na operação da Câmara de Saúde Suplementar da ANS. Todavia, trata-se de uma arena de reduzido alcance, já que apenas consultiva, e imunizada do debate de temas que afetam as relações entre o setor público e o setor privado no âmbito do sistema de saúde.

A Diretoria Colegiada da ANS, por sua vez, opera como instância insulada, com atribuições que afetam a operação do mercado de seguros e planos de saúde. Sua atuação, imunizada das pressões de atores favoráveis à afirmação do setor público, tem sido extremamente afinada às perspectivas de concentração do setor e de alargamento do espaço que esse ocupa na cobertura de serviços de saúde. Indicadores dessa tendência aparecem, por um lado, nas decisões sobre fusões de empresas e, por outro, na autorização de planos e seguros com um elenco de serviços pequenos e baratos. Parece de menor monta a preocupação com a qualidade dos serviços prestados. O risco aí embutido é de um alargamento ainda maior das bases de sustentação para as propostas de amesquinamento do setor público e de ampliação da cobertura privada.

Creemos que esse estudo sobre os padrões de atuação das empresas de planos e seguros de saúde traz uma contribuição para a análise de um setor de importância crescente na sociedade brasileira. Entre 1998 e 2008 a parcela da população brasileira que tem plano de saúde passou de 24,5% para 26,3%, segundo mostra o suplemento do setor da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em convênio com o Ministério da Saúde. Em 2008, havia 49,1 milhões usuários de planos no país. Apresentadas como alternativa ao sistema público, as empresas de planos de saúde têm sido objeto, contudo, de recorrentes reclamações de usuários e profissionais da saúde, conforme se vê nas estatísticas da Agência Nacional de Saúde e da Associação de Defesa dos Usuários de Seguro, Planos e Sistemas de Saúde (ADUPES). Cerca de 17,48 % das empresas de planos e seguros de saúde sofreram algum tipo de reclamação por parte dos usuários apenas no mês de julho de 2009.²⁷⁴

²⁷⁴ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Índice de reclamações**. Julho de 2009. Disponível em <http://www.ans.gov.br/portal/site/indicedereclamacoes/indicedereclamacoes.asp>. Acessado em setembro de 2009.

A partir deste trabalho, diversas perspectivas de estudos futuros são abertas. Ainda está por ser efetuado, por exemplo, um balanço histórico da trajetória da ANS e uma avaliação do papel que têm cumprido no país, na regulação de um setor que a Constituição define como suplementar, no âmbito do sistema *único* de saúde, mas que tende a configurar-se com crescente autonomia e atuação desimpedida, reforçado pela presença da agência. Vale lembrar que a ANS é uma instituição pública, financiada pelo Estado, embora desempenhe um papel predominantemente favorável as empresas de planos e seguro de saúde.

Bibliografia

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa 112**. set de 2005.

_____. **Resolução Operacional nº 1021**. 30 de março de 2011.

_____. **Comunicado n 63**. Abril de 2009.

_____. **Comunicado n 64**. Maio de 2009.

Agenda parlamentar da saúde/ Comissão de Assuntos Políticos AMB/CFM/Fenam. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011.

Albuquerque, Ceres; Piovesan, Márcia Franke; Santos, Isabela Soares; Martins, Ana Cristina Marques; Fonseca, Artur Lourenço A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(5):1421-1430, 2008.

BAHIA, L.,. **Reestratificação das clientelas para os serviços de saúde na década de 80: um estudo exploratório do caso Amil**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 1991.

_____. **Padrões e Mudanças das Relações Público-Privado: Os Planos e Seguros Saúde no Brasil**. Tese de doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. 1999.

_____. “Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90” **Ciênc. saúde coletiva** vol.6 no.2 São Paulo 2001.

_____. “Dinâmica e Tendências do Mercado de Saúde Suplementar no Contexto da Regulação: Reestruturação Empresarial e Profissionalização da Gestão”. **Relatório de Pesquisa. Edital MCT- CNPq/ANS – Nº 46/2006 UFRJ**. 2012.

BAHIA, Lígia; ANTUNES, Ludmila; CUNHA, Thereza Cristina Cunha e MARTINS, William. (orgs.) **Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias**. Rio de Janeiro, Leps/Ministério da Saúde.

BARROS, Maria Elizabeth; PIOLA, Sergio Francisco; VIANNA, Sólton Magalhães. **Política de Saúde no Brasil: Diagnósticos e Perspectivas**. IPEA, Brasília, 1996.

Brasil. **Lei 9.961/00**, de 5 de Janeiro de 2000.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal, Brasília 1988.

Brasil. **Lei Federal nº 8.080** de 19 de setembro de 1990.

Brasil. **Lei Federal nº 8142** de 28 de dezembro de 1990.

CAPELLA, Ana Claudia N. “Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de Políticas” Públicas. In: HOCHMAN, Gilberto (org) **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

CIEFAS. **A História da Autogestão em Saúde no Brasil**. São Paulo: CIEFAS – Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde, 2000.

CONDE, Eduardo Salomão. **Laços na Diversidade - A Europa Social e o Welfare em Movimento(1992-2002)**. Juiz de Fora. Editora da UFJF.2008.

CONTANDRIOPOULOS, A.P, *Apud*. Susete Barbosa, FRANÇA. “A Presença no Estado no setor da Saúde no Brasil”. **Revista do Serviço Público/Fundação Escola Nacional de Administração Pública** Ano 49, n.3 (Jul-Set/1998). Brasília: ENAP.

CORDEIRO, Hesio. **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde**. Ciênc.saúde coletiva vol.6 no.2 São Paulo. 2001.

_____, **Sistema único de saúde**. Rio de Janeiro, Ayuri Editorial(1991).

DELGADO, Ignacio , BOTARO, Nittina. “Conselho Nacional de Saúde: uma das faces da política de saúde no Brasil” **Revista eletrônica Principia – Caminhos da Iniciação Científica**. UFJF, jan 2009. Disponível em www.ufjf.br/principia.

_____ “Social Welfare, Health and Pharmaceutical Industry: preliminary notes for a comparative analysis between England, Brazil and Argentina”. In: **Working Paper Series**. Nº 12-130. London: Department of International Development/London School of Economics, 2012.

_____. **Previdência Social e Mercado no Brasil** a presença empresarial na trajetória da política social brasileira. São Paulo: LTr, 2001.

DUARTE, Cristiana Maria. “UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil” **Cad. Saúde Pública** vol.17

ESPING ANDERSEN. G. “As três Economias Políticas do Welfare State”. **Revista Lua Nova**, n24, setembro de 1991

EM. Immergut. “As regras do jogo: A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia.” **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, (30):139-165 1996.

FLEURY, Sonia.”A questão democrática na Saúde”. In: **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. (S. Fleury, Org.), São Paulo: Lemos editorial. 1997.

Gama, Anete Maria; Reis, Carlos Otávio Ocke; Santos, Isabela Soares; Bahia, Ligia. “O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil”. **Saúde debate**; 26(60):71-81, jan.-abr. 2002.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelhos; NORONHA, José Carvalho de ; CARVALHO, Antonio Ivo de (org). **Política e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz:2008

GOUCHIAN. **The Political Economy of the Welfare State**. Macmillan Press Ltd: London. 1979.

HIRSCHMAN, Albert O. **Exit, voice and loyalty: responses to decline in firms, organizations and states**. Cambridge: Harvard 1970.

INAMPS, 1991. **Resolução INAMPS nº 258, 7/11/91. Norma Operacional Básica 01/91**. Brasília, DF.

KINGDOM, J. **Agendas, alternatives, and Public Policies**. 3 ed., New York: Harper Colins, 2003.

LIMA, N. T., GERSCHMAN, S. EDLER, F. e SUAREZ, J. M (org) **Saúde e Democracia no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2005.

LOWI, Theodore J. **American Business, Public Policy, Case-Studies and Political Theory**. World Politics, vol. XVI, 1964

MATOS, João Boaventura Branco de. **As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado**. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2011.

MENUCUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e Provado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: Atores, processos e trajetória” atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MS (Ministério da Saúde), 1993. **Portaria MS nº 545 de 20/05/93. Norma Operacional Básica 01/93**. Brasília, DF: MS.

Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. Centro de Documentação; 1987.

MUNARI, Cezar Luiz. **A ambientalização da análise econômico-financeira de projetos no Banco do Brasil**. Dissertação. Universidade de Brasília. Brasília. 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental o caso das organizações sociais da saúde na Bahia**. Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, 2004.

POLANIY, Karl. **A Grande Transformação - as origens de nossa época**. Rio de Janeiro, Editora Campus Ltda, 1980.

SANTOS, V. G. **Cidadania e justiça**. RJ: Campus, 1979.

SWAAN . **A. In Care of the State**. Cambridge. Polity Press, 1988.