

MARCOS PAULO FALCONE PATULLO

**Justiça Igualitária e Democracia Sanitária: análise crítica da
participação social na regulação de Saúde Suplementar**

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

Programa de Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Fernando Mussa Abujamra Aith

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1º de novembro de 2011. A versão
original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2021

MARCOS PAULO FALCONE PATULLO

**Justiça Igualitária e Democracia Sanitária: análise crítica da
participação social na regulação de Saúde Suplementar**

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

Programa de Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Fernando Mussa Abujamra Aith

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1º de novembro de 2011. A versão
original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Patullo, Marcos Paulo Falcone
Justiça igualitária e democracia sanitária :
análise crítica da participação social na regulação da
saúde suplementar / Marcos Paulo Falcone Patullo. --
São Paulo, 2021.
Tese (doutorado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientador: Fernando Mussa Abujamra Aith.

Descritores: 1.Saúde suplementar 2.Participação
social 3.Democracia 4.Regulação econômica 5.Direito
sanitário 6.Plano de saúde

USP/FM/DBD-190/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

À Luiza e ao Eduardo, amores da minha vida

AGRADECIMENTOS

A tese de doutorado é um trabalho que consolida todo o amadurecimento acadêmico que eu tive desde a minha defesa do mestrado em Direito Político e Econômico, na Faculdade de Direito da Universidade Presbiteriana Mackenzie, ocorrida em fevereiro de 2010. A jornada foi longa, com a experiência docente no Curso de Direito das Faculdades Integradas Campos Salles e no Curso de Direito das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), bem como com a prática da advocacia na área da saúde suplementar, com o Vilhena Silva Advogados.

Gostaria inicialmente de agradecer ao meu orientador, Professor Fernando Aith, que me proporcionou a oportunidade de desenvolver a pesquisa no Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, bem como por toda paciência, ensinamentos, disponibilidade para reuniões e, principalmente, por demonstrar cuidado e preocupação genuínas com o desenvolvimento do meu trabalho. Agradeço, também, a Silmara por todo apoio no agendamento das reuniões com o Prof. Fernando e demais demandas administrativas.

Agradeço, também, ao Professor Mario César Scheffer, por ter me proporcionado o primeiro contato com o Departamento e, também, por ter me auxiliado e aconselhado durante o desenvolvimento da pesquisa. Na pessoa do professor Mário Scheffer eu gostaria de estender o agradecimento a todo o corpo docente do departamento, que me proporcionou reflexões sobre o setor da saúde suplementar sob a ótica da Saúde Coletiva, que foram fundamentais para a delimitação do referencial teórico e das pesquisas empíricas desenvolvidas na tese. Agradeço, ainda, a todas as pessoas do corpo administrativo do departamento, em especial a Gorete e a Lilian, que muito me auxiliaram com as diversas demandas administrativas e burocráticas necessárias no decorrer da pós-graduação.

Todas as disciplinas cursadas no decorrer da pós-graduação foram fundamentais para o amadurecimento e desenvolvimento da pesquisa. Agradeço, em particular, ao Professor Álvaro de Vita, cuja disciplina “Teorias Contemporâneas da Justiça” me ajudou a compreender e refletir criticamente sobre a saúde suplementar à luz do pensamento de John Rawls, bem como ao Professor Diogo Coutinho, que lecionou — em plena pandemia e com maestria — a disciplina “Aspectos Jurídicos e Políticos da Regulação Econômica”, que foi essencial para as reflexões sobre regulação, sobre os objetivos

econômicos e sociais da regulação e para moldar os estudos práticos que foram feitos na tese.

Não posso deixar de agradecer a todos os professores que ajudaram na minha formação acadêmica, desde o Colégio Santo Américo — nesse particular agradeço ao Professor Nicolau e ao eterno Professor Odir (*in memoriam*) — passando pelo corpo docente da graduação e do mestrado na Universidade Presbiteriana Mackenzie (em especial ao Professor Hécio Ribeiro, meu orientador no mestrado), até chegar na pós-graduação da Universidade de São Paulo. Gostaria, também, de agradecer o Professor Ronaldo Porto Macedo Júnior, por ter me ajudado a refletir criticamente sobre meu projeto de pesquisa.

O doutorado não seria possível sem o apoio de todos os meus sócios e da minha equipe do Vilhena Silva Advogados. Agradeço à Renata Vilhena Silva pela amizade, pelos ensinamentos, por sempre me tirar da zona de conforto, pela sua generosidade e, principalmente, por todas as oportunidades que me proporcionou na vida. Agradeço também à Estela e ao Rafael, pela amizade, apoio, risadas, pelas ideias surgidas entre um café e outro e, essencialmente, por estarem sempre presentes nos momentos de felicidade e me apoiando nas dificuldades. Agradeço também ao Caio, ao Sérgio, à Renata Severo à Thaís e à Priscila, por toda a parceria no trabalho e na vida — vocês foram fundamentais para eu conseguir conciliar o trabalho e a vida acadêmica. Muito obrigado também a toda a minha equipe do Vilhena Silva Advogados, em especial Adriana, Sara, Barbara, Letícia e Leonardo!

Na vida acadêmica, foram inúmeros os amigos, e talvez seja impossível citar todos. Muito obrigado ao Professor Eduardo Tomasevicius, por ter me propiciado a oportunidade de iniciar a vida docente na Campos Salles. Os laços de amizade formados nesse período foram muito importantes; agradeço a Renato Onofri, Daniela Bertotti, Leonardo Pires Merino e Luiz Friggi, por todo apoio e amizade nesse período (e na vida!). Agradeço também ao meu amigo e irmão Fred Martos, que sempre me incentivou e apoiou a fazer o doutoramento.

Agradeço também a todos os colegas do Curso de Direito da FMU, em especial ao Fábio Guedes, Fábio Franco Pereira, Leonardo Henriques, Adriana Dias, Lilian Bar, Juliana Bastos, Acácio Miranda, Rodrigo da Cunha Lima Freire e Rodolfo Machado. Agradecimento especial ao amigo Irineu Barreto, por ter se disponibilizado a ler e dar sugestões à tese, e ao querido Professor Roberto Senise Lisboa (*in memoriam*), por ter me

proporcionado a oportunidade de lecionar na FMU.

A todos os colegas da Pós-Graduação e aos pesquisadores do Centro de Estudos de Direito Sanitário da USP (CEPEDISA/USP) e do Grupo de Estudos de Direito Sanitário da USP (GEDISA/USP). Agradecimento especial à Lidiane Mazzoni, por todas as reflexões e ensinamentos e por ter ajudado no levantamento das informações para a pesquisa quantitativa; ao Carlos Frederico Ramos de Jesus e ao Júlio Grostein, por terem se disponibilizado a debater e criticar os aspectos centrais da tese.

Agradeço, ainda, a Henrique, Yves, Peu e Gian, irmãos que a vida me deu, por estarem ao meu lado sempre nos momentos mais importante da minha vida.

Ao Hugo Maciel, pelo excepcional trabalho realizado na revisão e por todo o apoio no processo de depósito da tese. Agradeço, também, à Profa. Adriana Lopes pela correção do *abstract* e pelas dicas na tradução do resumo do trabalho.

A toda a minha família, em especial a meu pai, Paulo, e à minha mãe, Ive, aos meus irmãos, Paulinho e Rafael, e, claro, à Luiza e ao Eduardo, pelo apoio, pela compreensão nos momentos de ausência para me dedicar à tese, por todo amor, carinho e cumplicidade.

“All social values—liberty and opportunity, income and wealth, and the social bases of self-respect—are to be distributed equally unless an unequal distribution of any, or all, of these values is to everyone’s advantage”.

(RAWLS, John. **A Theory of Justice**. Revised Edition. Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press, 1999, p. 54)

“Deliberative Democracy does not assume that the results of all actual deliberations are just. In fact, most of the time democracies fall far short of meeting the conditions that deliberative democracy prescribes. But we can say that the more nearly the conditions are satisfied, the more nearly justifiable are the results likely to be”.

(GUTMANN, Amy; THOMPSON, Dennis. **Democracy and Disagreement**. Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press, 1996, p. 17)

SUMÁRIO

Lista de figuras	14
Lista de gráficos.....	15
Lista de quadros.....	17
Lista de siglas	18
Resumo	22
Abstract.....	24
INTRODUÇÃO.....	26
Considerações sobre a escolha do tema, levantamento bibliográfico e metodologia (objeto, objetivo e hipótese da pesquisa)	30
Estrutura da tese.....	36
Considerações metodológicas sobre as pesquisas empíricas	39
PARTE 1 - REFERENCIAL TEÓRICO.....	41
1 REGULAÇÃO E INTERESSE PÚBLICO NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA PERSPECTIVA LIBERAL-IGUALITÁRIA	42
1.1 Regulação e o ceticismo quanto ao interesse público.....	45
1.1.1 Teorias do interesse público.....	45
1.1.2. Teoria da Captura e ceticismo.....	47
1.1.3 Regulação econômica e as “falhas de mercado”	49
1.1.4 Regulação e Análise Econômica do Direito	51
1.1.5 O individualismo e a regulação em saúde.....	53
1.2 Libertalismo-Igualitário e o resgate do interesse público na regulação.....	55
1.2.1 Introdução	55
1.2.2 Por que John Rawls? Justiça Igualitária e ceticismo.....	57
1.2.3 As premissas teóricas do pensamento de John Rawls.....	59
1.2.3.1 Estrutura básica da sociedade e bens primários	59
1.2.3.2 Posição Original e a construção dos princípios de justiça	61
1.3 Princípios de justiça e a regulação em saúde	66
1.3.1 A saúde na justiça rawlsiana	66
1.3.1.1 O argumento de Thomas Pogge: o princípio da proteção à saúde (<i>health protection</i>).....	67
1.3.1.2 O argumento de Norman Daniels: o funcionamento normal da espécie (<i>normal species functioning</i>) e a igualdade de oportunidades	69
1.4 Saúde Suplementar e o princípio da diferença.....	73
1.4.1 Interpretações da igualdade em saúde: a relação entre o público e o privado	73
1.4.2 Igualdade em saúde e o Setor da Saúde Suplementar: a justiça na segmentação do sistema de saúde.....	74
1.4.3 Saúde Suplementar e interesse público: objetivos econômicos e objetivos sociais da regulação.....	80
1.4.4 Regulação econômica e regulação social na Saúde Suplementar	84
1.4.4.1 Regulação econômica.....	84
1.4.4.2 Regulação social.....	89

2	LEGITIMIDADE DA REGULAÇÃO: JUSTIÇA PROCEDIMENTAL E DEMOCRACIA SANITÁRIA.....	98
2.1	Considerações sobre o Estado Regulador.....	99
2.1.1	Estado Desenvolvimentista, insulamento burocrático e o “Novo Estado Regulador”	99
2.1.2	Novo Estado Regulador e delegação legislativa	104
2.2	Legitimidade das decisões regulatórias e os limites da democracia representativa	108
2.2.1	Regulação e democracia.....	108
2.2.2	Concepção hegemônica de democracia e déficits democráticos da regulação	109
2.3	Propostas para a superação dos problemas de legitimação da regulação: procedimentalismo e participação social	114
2.3.1	Fundamentos teóricos	114
2.3.2	Democracia deliberativa e legitimação das decisões regulatórias	116
2.3.2.1	Democracia Sanitária	116
2.3.2.2	Participação Social em Saúde	118
2.3.2.3	Procedimentalismo substantivo e construção democrática do interesse público na saúde suplementar	122
	PARTE 2 - DESCRIÇÃO NORMATIVA E INSTITUCIONAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	126
3	A REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	127
3.1	Regulação do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro.....	127
3.1.1	Considerações introdutórias: hierarquia normativa e direito à saúde	127
3.1.2	Sistema de Saúde na Constituição Brasileira de 1998	133
3.1.3	Normas constitucionais de proteção do direito à saúde	135
3.1.4	Direito à saúde e iniciativa privada na CF/88	137
3.2	O setor da Saúde Suplementar no Brasil	139
3.2.1	Uma consideração terminológica: saúde suplementar?	139
3.2.2	Breve histórico sobre a saúde privada no Brasil	141
3.2.2.1	Saúde privada e medicina previdenciária.....	141
3.2.2.2	Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde.....	144
3.2.2.3	A regulamentação do setor no final dos anos 1990: Código de Defesa do Consumidor e Lei dos Planos de Saúde	146
3.2.2.4	Principais inovações regulatórias introduzidas pela Lei dos Planos de Saúde (Lei n. 9.656/1998).....	148
3.2.3	Panorama do mercado da saúde suplementar no período pós-regulação legislativa	150
3.3	Operadoras de planos de saúde e consumidores como grupos de interesse na regulação da saúde suplementar	158
3.3.1	Cadeia da Saúde Suplementar e principais grupos de interesse do setor... ..	158
3.3.2	Correntes ideológicas na regulação da saúde: sanitaristas, liberais e consumeristas	161
3.3.2.1	Os sanitaristas e a regulação da saúde suplementar	164
3.3.2.2	Agenda liberal na saúde suplementar.....	166
3.3.2.3	Saúde Suplementar e a defesa do consumidor	179

4	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): DESCRIÇÃO INSTITUCIONAL, COMPETÊNCIAS REGULATÓRIAS E PRODUÇÃO NORMATIVA.....	184
4.1	A reforma do Estado Brasileiro nos anos 1990	185
4.1.1	A regulação do setor da Saúde Suplementar: da atuação do CONSU à criação da ANS	187
4.1.2	Competências regulatórias da ANS na Lei n. 9.961/2000	189
4.2	Desenho institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar	190
4.2.1	Estrutura institucional da ANS	190
4.2.2	A atuação da DICOL e respectivas diretorias	191
4.3	Análise da produção normativa da ANS entre 2002 e 2020.....	194
4.3.1	Considerações metodológicas	194
4.3.1.1	Justificativa e objetivos da pesquisa.....	194
4.3.1.2	Delimitação temporal e classificação temática das resoluções normativas	195
4.3.2	Apresentação dos resultados	196
4.3.3	Discussão dos resultados: avanços regulatórios e persistente judicialização do setor	199
	PARTE 3 - PESQUISAS EMPÍRICAS	207
5	ANÁLISE QUANTITATIVA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PRODUÇÃO NORMATIVA DA ANS	208
5.1	Aspectos metodológicos do estudo quantitativo.....	211
5.1.1	Justificativa e hipótese da pesquisa.....	211
5.1.2	Objetivo geral e objetivos específicos da pesquisa.....	212
5.1.3	Método para a formação do banco de dados.....	213
5.1.4	Limitações da pesquisa	216
5.2	Descrição dos instrumentos de participação social da ANS.....	218
5.2.1	Instrumentos de participação institucionalizada: CAMSS e comitês	219
5.2.2	Instrumentos de participação na produção normativa: audiências públicas, consultas públicas, câmaras técnicas e grupos técnicos.....	222
5.3	Apresentação dos resultados da pesquisa quantitativa	225
5.3.1	Participação social nas reuniões da Câmara de Saúde Suplementar.....	226
5.3.2	Participação social nos comitês permanentes da ANS.....	228
5.3.3	Participação social nas audiências públicas	230
5.3.4	Participação social nas consultas públicas	233
5.3.5	Participação social nas câmaras e grupos técnicos	237
5.4	Discussão dos resultados da pesquisa empírica.....	238
6	PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ANS: ESTUDOS DE CASO.....	245
6.1	Aspectos metodológicos da pesquisa qualitativa.....	246
6.1.1	Justificativa e hipótese da pesquisa qualitativa.....	246
6.1.2	Objetivo geral e objetivos específicos do estudo qualitativo	248
6.1.3	Considerações metodológicas	250
6.1.3.1	Método utilizado: estudo de casos múltiplos	250
6.1.3.2	Justificativa dos casos selecionados para a pesquisa qualitativa	251
6.1.3.3	Material consultado e método utilizado para a coleta de dados.....	254
6.2	Apresentação dos resultados: síntese dos casos analisados	255
6.2.1	Regulação assistencial.....	255
6.2.1.1	Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998 (CASO 01).....	255

6.2.1.1.1	Contextualização do problema regulatório.....	255
6.2.1.1.2	Câmara Técnica de Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998.....	257
6.2.1.1.3	Consulta Pública n. 41	263
6.2.1.1.4	Decisão da DICOL e judicialização do tema no STJ	264
6.2.1.2	Atualização do Rol da ANS em 2018 (CASO 02).....	268
6.2.1.2.1	Contextualização do problema regulatório.....	268
6.2.1.2.2	Grupo Técnico de Avaliação dos Formulários enviados via FormSUS	270
6.2.1.2.3	Grupo Técnico de Genética e Grupo Técnico de Minuta do Rol 2018	274
6.2.1.2.4	Consulta Pública n. 61	274
6.2.1.2.5	Decisão da DICOL e da não incorporação de procedimentos resultantes da CP n. 61	275
6.2.1.3	Cobertura dos testes sorológicos que detectam a presença de anticorpos produzidos pelo organismo após exposição ao coronavírus (CASO 03).....	277
6.2.1.3.1	Contextualização do problema regulatório e a judicialização do tema perante a Justiça Federal.....	277
6.2.1.3.2	Audiência Pública n. 16.....	278
6.2.2	Regulação da estrutura dos produtos/reajustes	280
6.2.2.1	Mecanismos Financeiros de Regulação (CASO 04).....	280
6.2.2.1.1	Contextualização do problema regulatório e do percurso do tema nos instrumentos de participação social.....	280
6.2.2.1.2	Suspensão da RN n. 433/2018 pelo STF.....	285
6.2.2.1.3	Audiência Pública n. 11.....	286
6.2.2.2	Novo Modelo de Reajuste para os Planos Individuais (CASO 05).....	288
6.2.2.2.1	Contextualização do problema regulatório.....	288
6.2.2.2.2	Discussões sobre a revisão da metodologia de reajuste em 2010 e 2011	289
6.2.2.2.3	Auditoria do TCU e Ação Civil Pública do IDEC contra a ANS ...	290
6.2.2.2.4	Audiência Pública n. 10: contribuições apresentadas pelas Operadoras e pelos Consumidores.....	292
6.2.2.2.5	Audiência Pública n. 13 e aprovação da RN n. 441/2018.....	295
6.2.2.3	Proposta de regulamentação dos Planos Acessíveis (CASO 06).....	298
6.2.2.3.1	Contextualização do problema regulatório.....	298
6.2.2.3.2	Grupo de Trabalho na ANS.....	300
6.2.2.3.3	Decisão da ANS: Relatório Descritivo do GT	303
6.2.3	Macrorregulação	304
6.2.3.1	Alterações promovidas no Tema Regulatório n. 12 da Agenda Regulatória 2019-2021 pela participação social	304
6.2.3.1.1	Conceito de agenda regulatória	304
6.2.3.1.2	Breve histórico das agendas regulatórias da ANS.....	305
6.2.3.1.3	Considerações sobre o procedimento para formação da Agenda Regulatória 2019-2021	307
6.2.3.1.4	As manifestações sobre a Agenda Regulatória 2019-2021 nas reuniões da CAMSS.....	308
6.2.3.1.5	Consulta Pública n. 74 e a formação do Tema Regulatório n. 12 ...	311
6.2.3.1.6	A redação definitiva da Agenda Regulatória 2019-2021	312

6.2.3.1.7 Pandemia da Covid-19, pressão do Legislativo e a suspensão do reajuste dos planos coletivos	316
6.3 Discussão dos resultados dos estudos de caso	317
6.3.1 Participação social na ANS e o paradoxo da instabilidade regulatória do setor	317
6.3.2 A participação das OPS na produção normativa da ANS: influência propositiva, influência obstrutiva e influência técnica.....	319
6.3.3 Contraste da participação dos órgãos de defesa dos consumidores e da OPS na ANS	325
6.3.4 Legitimidade, pressão externa e utilização reativa das audiências públicas pela ANS.....	330
6.3.5 Participação formal e participação efetiva	333
CONCLUSÕES	337
1 – Regulação em saúde suplementar, justiça socioeconômica e o princípio da diferença.....	338
2 – Democracia Sanitária, Democracia Deliberativa e legitimidade da regulação..	343
3 – Conclusões das pesquisas empíricas sobre a participação social na ANS.....	345
4 – Como aprofundar as práticas democráticas na ANS?.....	349
5 – Agendas futuras de pesquisa.....	359
REFERÊNCIAS	361
APÊNDICE	383

Lista de figuras

Figura 1 - Regulação econômica e regulação social.....	84
Figura 2 - The Minimal Representative Policy Process	112
Figura 3 - Democratic Deficits in the Policy Process.....	112
Figura 4 - Cadeia da Saúde Suplementar e ambiente regulatório.....	158
Figura 5 - Estrutura organizacional da ANS	192
Figura 6 - Instrumentos de participação social na ANS	225
Figura 7 - Eight Rungs on a Ladder of Citizen Participation	335

Lista de gráficos

Gráfico 1 - Operadoras em atividade (2000 a 2019)	87
Gráfico 2 - Distribuição dos beneficiários por região (dezembro/2020).....	88
Gráfico 3 - Beneficiários de planos privados de assistência à saúde por tipo de contratação	152
Gráfico 4 - Total de beneficiários em planos individuais/familiares nas sete maiores operadoras (2011-2019).....	154
Gráfico 5 - Total de beneficiários em planos coletivos por adesão nas sete maiores operadoras (2011-2019).....	155
Gráfico 6 - Total de beneficiários em planos empresariais nas sete maiores operadoras (2011-2019)	156
Gráfico 7 - Resoluções normativas da ANS (2002-2020).....	197
Gráfico 8 - Resoluções normativas vigentes por diretoria (ANS, março de 2021).....	198
Gráfico 9 - Resoluções normativas da ANS por macrotema.....	198
Gráfico 10 - Resoluções normativas vigentes (por tema).....	199
Gráfico 11 - Composição da CAMSS (conforme distribuição das cadeiras determinada pela RN n. 237/2010)	227
Gráfico 12 - Presença nas reuniões da CAMSS (1998-2020)	228
Gráfico 13 - Temas das audiências públicas da ANS (2014-2020).....	230
Gráfico 14 - Representação dos grupos de interesse nas audiências públicas da ANS (AP 01 a AP 16)	231
Gráfico 15 - Presença dos consumidores por audiência pública (2014-2020)	232
Gráfico 16 - Total das contribuições apresentadas por grupo de interesse nas audiências públicas da ANS.....	233
Gráfico 17 - Total de contribuições por grupo de interesse nas consultas públicas da ANS (2010-2020).....	235
Gráfico 18 - Contribuições apresentadas por Consumidores por consulta pública.....	236
Gráfico 19 - Contribuições apresentadas pelas Operadoras por consulta pública.....	237
Gráfico 20 - Resultado consolidado: participação social na ANS.....	239
Gráfico 21 - Quantidade de manifestações das entidades na Câmara Técnica de Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998	262
Gráfico 22 - Participação social no Grupo Técnico de Atualização do Rol 2018.....	271
Gráfico 23 - Resultados das demandas de incorporação de procedimentos no GT Rol 2018	273
Gráfico 24 - Resultados das contribuições de inclusão de procedimentos apresentadas na CP 61	275

Gráfico 25 - Resultados das contribuições apresentadas na CP n. 60	284
Gráfico 26 - CP 74: Total de contribuições por grupo de interesse	311

Lista de quadros

Quadro 1 - Regulação em Saúde Suplementar: objetivos econômicos e sociais.....	97
Quadro 2 - Principais fontes normativas do direito à saúde no Brasil	132
Quadro 3 - Beneficiários de assistência médica segundo modalidade de operadora ...	167
Quadro 4 - Dez maiores operadoras em atividade no Brasil (quantidade de beneficiários)	167
Quadro 5 - Dez maiores operadoras em atividade no Brasil (receita de contraprestação)	168
Quadro 6 - Principais entidades representativas de operadoras de planos de saúde	171
Quadro 7 - Questionário aplicado para a elaboração da pesquisa quantitativa nos instrumentos de participação social da ANS	214
Quadro 8 - Participação social nos comitês permanentes da ANS.....	229
Quadro 9 - Câmaras técnicas e grupos técnicos: participação social nas reuniões (média)	238
Quadro 10 - Questionário aplicado na elaboração dos estudos de caso	255
Quadro 11 - Posição das Operadoras e Consumidores sobre os temas debatidos na Câmara Técnica de Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998.....	260
Quadro 12 - Análise qualitativa das contribuições apresentadas na CP n. 60 (por grupo de interesse).....	284
Quadro 13 - Agenda regulatória da ANS 2019-2021: eixos temáticos vs. macrotemas	306
Quadro 14 - Etapas da elaboração da Agenda Regulatória 2019-2021	308
Quadro 15 - Resultados das contribuições apresentadas na CP 74 (por grupo de interesse)	312
Quadro 16 - Percurso dos temas regulatórios nos instrumentos de participação social da ANS	318
Quadro 17 - Comparação da eficácia dos pedidos de incorporação de procedimentos no Rol 2018: demandas formuladas por OPS vs. demandas formuladas por Prestadores (OPS como debatedor)	323
Quadro 18 - Eficácia das contribuições nas Consultas Públicas n. 41, 60, 61 e 74	326

Lista de siglas

A4R	<i>Accountability for Reasonableness</i>
ABRALE	Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia
Abramge	Associação Brasileira de Planos de Saúde
Abraso	Associação Brasileira de Ostromizados
Abraz	Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares
ABSL	Associação Brasileira Superando Lúpus
ACP	Ação Civil Pública
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
ADUSEPS	Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
Ame	Amigos Múltiplos pela Esclerose
ANAB	Associação Nacional de Administradoras de Benefícios
ANAHP	Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Audiência Pública
APABB	Associação de Pais, Amigos e Pessoas com Deficiência, de Funcionários do Banco do Brasil e da Comunidade
APS	atenção primária à saúde
ARUR	Associação dos Reumáticos de Uberlândia e Região
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
AUDIT	Auditoria Interna da ANS
BrasilCon	Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor
CADE	Conselho Administrativo de Defesa Econômica
CAMSS	Câmara de Saúde Suplementar
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPESESP	Caixa de Previdência e Assistência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde
CASSI	Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco do Brasil
CATEC	Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CEANS	Comissão de Ética da ANS
CF/88	Constituição Federal de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFO	Conselho Federal de Oftalmologia
CFOAB	Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CMB	Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos
CNC	Confederação Nacional do Comércio
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
CNI	Confederação Nacional da Indústria

CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSAÚDE	Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
CNSEG	Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização
COBOP	Comitê de Incentivo às Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COGEP	Comitê Gestor do QUALISS
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
COPISS	Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar
COSAÚDE	Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde
COTAQ	Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial
CP	Consulta Pública
CPS	Comissão Permanente de Solvência
CT	Câmara Técnica
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DHSC	Department of Health & Social Care
DICOL	Diretoria Colegiada da ANS
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS
DIFIS	Diretoria de Fiscalização da ANS
DIGES	Diretoria de Gestão da ANS
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS
DIOPS	Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos
DOU	Diário Oficial da União
DUT	Diretriz de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar
FARBRA	Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
Femama	Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama
FenaSaúde	Federação Nacional de Saúde Suplementar
Feneis	Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos
FFE	Fator de Variação da Faixa Etária
FGE	Fator de Ganhos de Eficiência
FGP	Fator de Variação de Produtividade
FRPI	Fator de Reajuste de Planos Individuais e Familiares Médico-Hospitalares Regulamentados
FS	Força Sindical
GT	Grupo Técnico
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões

IBA	Instituto Brasileiro de Atuária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBRACON	Instituto dos Auditores Independentes do Brasil
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
IN	Instrução Normativa
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRDR	Incidente de Resolução de Demanda Repetitiva
IS	Instrução de Serviço
IVDA	Índice de Valor das Despesas Assistenciais
MJ	Ministério da Justiça
MPCON	Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NIP	Notificação de Intermediação Preliminar
NUDECON-RJ	Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONEDEF	Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPS	Operadoras de Planos de Saúde
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organizações Sociais em Saúde
OUID	Ouvidoria da ANS
PHI	<i>Private Health Insurance</i> (seguros privados de saúde)
PMA	Patrimônio Mínimo Ajustado
PPCOR	Corregedoria da ANS
PPP	Parcerias Público-Privadas
PRESI	Presidência da ANS
PROCON	Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor
PROGE	Procuradoria Federal Junto à ANS
PROMOPREV	Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos de Doenças
Proteste	Associação Brasileira de Defesa do Consumidor
QUALISS	Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde
RA	Resolução Administrativa
RAP	Relatório de Audiência Pública
RCP	Relatório de Consulta Pública
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada da ANS
RN	Resolução Normativa

RR	Resolução Regimental
SBP	Sociedade Brasileira de Patologia
SEGER	Secretaria Geral da Diretoria Colegiada da ANS
Senacon	Secretaria Nacional do Consumidor
Sinamge	Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo
SINOG	Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SN	Súmula Normativa
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
Superando	Associação Brasileira Superando o Lupus, Doenças Reumáticas e Raras
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TISS	Troca de Informações na Saúde Suplementar
TJ/SP	Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
TUSS	Terminologia Unificada da Saúde Suplementar
UCA	Universidade Corporativa Abramge
UGT	União Geral dos Trabalhadores
Unidas	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
VCMH	Variação de Custo Médico Hospitalar
VDA	Variação das Despesas Assistenciais
VFE	Variação da Receita por Faixa Etária
VPHI	voluntary private health insurance

Resumo

Patullo MPF. *Justiça igualitária e democracia sanitária: análise crítica da participação social na regulação da saúde suplementar* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2021.

A Saúde Suplementar é um setor marcado por instabilidade regulatória e crônica judicialização, que atinge tanto as relações contratuais quanto as próprias normas regulamentares produzidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A presente tese analisa a crise de legitimidade da regulação da Saúde Suplementar a partir do prisma da participação social, em especial da eficácia dos instrumentos de participação da agência em propiciar a efetiva deliberação entre os grupos de interesse que participam da Cadeia da Saúde Suplementar na regulamentação dos temas relevantes do setor. A primeira parte da pesquisa é essencialmente teórica, na qual é desenvolvida fundamentação teórica do interesse público na regulação sob a perspectiva da Justiça Igualitária rawlsiana. Argumenta-se que a desigualdade de acesso a serviços de saúde propiciada pelo setor da Saúde Suplementar deve cumprir as exigências do princípio da diferença, segundo o qual as desigualdades sociais e econômicas devem ser ordenadas de modo a propiciar a melhoria da situação dos grupos em situação de desvantagem na sociedade. Aplicando-se esse argumento para a Saúde Suplementar, resulta que o mercado de Planos e Seguros Saúde deve ser compreendido e regulado como parte de uma política pública mais ampla, que tem o propósito de concretizar a saúde como direito fundamental a todos os seus cidadãos e, por conseguinte, deve colaborar para que o Sistema de Saúde atinja os seus objetivos constitucionais de universalidade, igualdade de acesso e integralidade. Ademais, a partir do conceito de Democracia Sanitária, defende-se que o interesse público na Saúde Suplementar deve, assim, ser compreendido com uma construção democrática, com a participação da sociedade civil e dos agentes regulados na produção normativa da agência, a qual deve visar o equilíbrio entre os objetivos econômicos e sociais da regulação. A segunda parte da pesquisa é descritiva e se divide em dois capítulos, um com o propósito de descrever a estrutura normativa do Sistema de Saúde Brasileiro e outro com a finalidade de delinear a estrutura institucional e normativa da ANS. Finalmente, a terceira parte descreve a pesquisa empírica, apresenta um estudo quantitativo tendo como objeto os instrumentos de participação da agência, bem como

uma pesquisa qualitativa desenvolvida pela técnica de estudos de caso múltiplos. O estudo empírico concluiu que não há paridade na participação dos grupos de interesse na agência, uma vez que as entidades que representam as Operadoras participam de forma mais consistente, organizada, e se fazem representar em todos os instrumentos, em contraste com a participação das entidades que representam os Consumidores, cuja participação é mais difusa, desorganizada e dependente do tema regulatório que está em debate. A pesquisa identificou, ainda, que as Operadoras têm capacidade de contribuir tecnicamente nas discussões regulatórias e, ainda, de influenciar de forma propositiva e obstrutiva nos temas que são debatidos na agência. Os Consumidores, por outro lado, enfrentam diversos obstáculos na participação, que perpassam pela dificuldade em comparecer nos instrumentos de participação de ordem técnica, pela limitação para apresentar contribuições que desafiem tecnicamente o mérito das matérias que estão em debate e até pela baixa capacidade de colocar na pauta da agência temas de seu interesse. A tese conclui que, em uma agência que é desafiada por influência política e econômica tanto pelos agentes regulados quanto pela própria classe política, a inefetividade da participação dos Consumidores, bem como os obstáculos que foram identificados nas pesquisas quantitativa e qualitativa, acabam minando o potencial legitimador da participação social.

Descritores: Saúde Suplementar; Participação Social; Democracia; Regulação Econômica; Direito Sanitário; Plano de Saúde.

Abstract

Patullo MPF. *Egalitarianism and sanitary democracy: critical analysis of the social participation in private health insurance and plans regulation* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2021.

The Private Health Insurance and Plan Sector is characterized by regulatory instability and chronic judicialization of both the regulation produced by the National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans (ANS) and the contractual relation that takes place between consumers and private health insurers. This thesis analyses the problem of the regulation legitimacy crisis in the light of social participation, especially through the efficiency of the agency’s social participation instruments in providing the concrete deliberation between the interest groups of the health insurance market about the pivotal regulatory issues for the market. The first part of the research is theoretical, in which a Rawlsian liberal-egalitarian approach to the concept of public interest in regulation is taken. The argument is that the inequality on the access of health services produced by the health insurance and plans must comply with the Difference Principle, which demands that all social and economic inequalities must be justified by an advantage to the society’s worst-off groups. Applying this argument to health regulation means that the Private Health Insurance and Plan market must be understood and regulated as part of a broader public policy, which has the political purpose of providing health as a fundamental right to all its citizens and, therefore, it must collaborate so that the Brazilian Health System can accomplish its constitutional ends of universality, integrality of care and equality. Hence, due to the concept of Sanitary Democracy, it is argued that the public interest in health regulation must be democratically constructed with the participation of the civil society and the stakeholders in the normative production of the agency and must aim at balancing the economic and social goals of the regulation. The second part of the research is a descriptive one and is divided in two chapters, one with the purpose of describing the normative structure of the Brazilian Health System, and the other that intends to depict the normative and institutional components of the National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans. Finally, the third part describes empirical research, presents a quantitative research made on the agency’s instruments of social participation, as well as a qualitative research, developed with the technique of multiple

case study. The empirical research has concluded that there is no parity in the participation of the stakeholders within the agency, considering that the entities that represent Private Health Insurance Companies have a more consistent, organized and widespread participation, in contrast with the entities that represent Consumers, whose participation is much more diffuse, non-organized and theme related. The research has also identified that Private Health Insurance Companies have more ability to influence the agency's decision in a technical sense as well as both in proactive and obstructive way. Consumers' participation, in other hand, faces a broad variety of obstacles, related to difficulties in technically understand and contribute to the decision, to make themselves present in technical debates, and, hence, to include regulatory matters in the agency's debate agenda. The thesis concludes that, in an agency that is constantly defied with political and economic influence of both the industry and the political class, the inefficiency of the participation of Consumers and the obstacles for social participation that were identified in the empirical research end up impairing the legitimating potential of social participation.

Descriptors: Supplementary Health; Social Participation; Democracy; Economic Regulation; Health Law; Health Insurance and Health Plans.

INTRODUÇÃO

Entre os diversos direitos fundamentais previstos expressamente na Constituição Federal de 1988 (CF/88), a saúde é, sem dúvida, um dos que foi normatizado de forma mais exaustiva, posto que, além de estar positivada no rol dos direitos sociais do artigo 6º, tem a sua estrutura institucional, bem como as suas diretrizes fundamentais, previstas nos artigos 196 e seguintes.

Ao mesmo tempo em que o texto constitucional dispõe expressamente que a saúde é um direito de cidadania e um dever do Estado, que deve ser concretizado mediante a estruturação de políticas públicas em que o Sistema Único de Saúde (SUS) é protagonista, há expressamente a previsão de que a iniciativa privada é livre para a prestação de assistência à saúde, conforme se extrai da interpretação conjunta dos artigos 197, *caput*, e 199, §§ 1º a 4º, da CF/88.

O setor da Saúde Suplementar, que compreende a atuação das Operadoras de Planos de Saúde (OPS), embora não esteja previsto expressamente na CF/88, tem a sua atuação alicerçada na referida autorização conferida pelo texto constitucional para que a iniciativa privada preste serviços de saúde. Trata-se atualmente de setor extremamente importante e que atende mais de 47 (quarenta e sete) milhões de beneficiários, bem como constitui mercado fortemente regulamentado, com marco legislativo específico, composto pela Lei n. 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde) e pela Lei n. 9.961/2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas cuja regulação dialoga de forma bastante próxima com outras leis ordinárias, como o Código de Defesa do Consumidor e o Código Civil.

A regulação da Saúde Suplementar é um tema extremamente técnico e complexo; sob o ponto de vista da regulação econômica, o mercado de planos de saúde possui características bastante específicas e imperfeições que desafiam o regulador na tarefa de criar um ambiente eficiente para a atuação dos agentes regulados. Não se pode perder de vista, no entanto, que, sob a ótica da Saúde Coletiva, a Saúde Suplementar deve ser contextualizada como parte integrante de uma política pública mais ampla, que é o Sistema de Saúde Brasileiro, de modo que a sua regulação não possui apenas objetivos econômicos, mas sim que se trata de atividade com objetivos sociais bastante relevantes e que influenciam a própria concepção de interesse público.

Ademais, faz-se necessário destacar que a Saúde Suplementar possui um “ambiente regulatório” extremamente complexo,¹ que, além da já mencionada Agência Nacional de Saúde Suplementar, que é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde e possui competências específicas para a regulação do setor, envolve outras instituições relevantes, como: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), cujas decisões relativas ao uso de novos equipamentos, medicamentos e tecnologias afetam o setor da Saúde Suplementar; o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), que analisa “atos de concentração entre os agentes do mercado e condutas praticadas pelas empresas e associações de classes” (FURQUIM et al., 2016, p. 49); o Tribunal de Contas da União (TCU), que exerce o controle externo da atuação das agências reguladoras; além do próprio Poder Judiciário, que atua provocado tanto por ações coletivas que questionam a atuação das OPS ou a própria atuação regulatória da ANS perante a Justiça Federal quanto por ações individuais ajuizadas pelos beneficiários em face das OPS.

Outrossim, merece destaque a complexidade das relações estabelecidas na Cadeia de Saúde Suplementar no Brasil, que compreende a atuação de diversos atores que abarcam os fornecedores e distribuidores de insumos (materiais e medicamentos); os prestadores de serviço da área da saúde (hospitais, laboratórios e médicos); as operadoras de planos de saúde (OPS), que são as empresas que comercializam diretamente os planos e seguros privados de assistência à saúde; os beneficiários de planos de saúde, que constituem os destinatários finais do serviço prestado; além de outros atores relevantes, como as entidades coletivas, as empresas e demais pessoas jurídicas de Direito Público e Privado que fornecem planos de saúde como benefício a uma determinada coletividade, além das administradoras de benefício (FURQUIM et al., 2016, p. 29 *et seq.*).

Na presente tese, cada ator que participa da Cadeia da Saúde Suplementar no Brasil é tratado como **grupo de interesse**,² ou seja, agrupamento de pessoas, físicas ou

¹ Acerca da complexidade do ambiente regulatório do setor da Saúde Suplementar, recomenda-se a leitura do estudo desenvolvido por Paulo Furquim de Azevedo et al. denominado “A Cadeia de Saúde Suplementar no Brasil: Avaliação das Falhas de Mercado e Propostas de Políticas” (FURQUIM et al., 2016).

² Conforme será esclarecido na descrição da metodologia do capítulo 5, a tese construiu 05 (cinco) categorias analíticas para a análise da participação social na ANS, a saber: Operadoras, Consumidores, Prestadores da Área da Saúde, Servidores da ANS/Estado e Outros. Cada uma das categorias contempla os atores sociais que representam os grupos de interesse dentro da agência; por exemplo, dentro da categoria “Operadoras” estão abarcadas tanto as empresas que prestam serviços de assistência médica (seguradoras, medicinas de grupo, cooperativas, autogestões e filantrópicas) quanto as respectivas entidades que representam os interesses desse grupo (por exemplo, FenaSaúde, Unimed do Brasil, etc.). Nesse sentido, sempre que o texto se referir a uma dessas categorias de análise será utilizada letra maiúscula (Operadoras, Consumidores, etc.).

jurídicas, que possuem objetivos comuns e que se organizam para tentar influenciar as decisões regulatórias da ANS para suprir determinada agenda de interesses.

Com efeito, não se pode perder de vista que a ANS, no papel de regulador do mercado da Saúde Suplementar, possui como objetivo central a consecução do interesse público. Na medida em que a regulação pode ser compreendida como atividade na qual a “autoridade governamental é utilizada para constranger ou direcionar a ação de agentes privados por meio de penalidades e incentivos [...]” (PÓ, 2011, p. 15), o regulador exerce um papel de “centro regulador de uma rede de relações que engloba governo, empresas reguladas e usuários dos serviços, devendo manter relações equivalentes com esses *stakeholders* e administrar conflitos e disputa de interesses existentes” (PÓ, 2011, p. 20).

A relação entre o regulador, os grupos de interesse e a consecução do interesse público é de fundamental importância para se abordar um tema fundamental no Direito Regulatório, que é a legitimidade democrática da regulação. Com efeito, a relação contratual estabelecida entre os beneficiários de planos de saúde (que são os destinatários finais do serviço) e as OPS sofre inegável influência das normas regulamentares produzidas pela ANS. Considerando que a ANS atua por delegação legislativa, bem como que é composta por diretores que não são diretamente eleitos pelo povo, mas sim indicados pelo Presidente da República, mostram-se de fundamental importância as condições de legitimação democrática das normas regulatórias produzidas pela agência.

É nesse contexto que o tema da participação social ganha importância, posto que constitui instrumento de *accountability* do Estado Regulador, que tem por objetivo, justamente, promover a transparência do processo regulatório e permitir a consecução do interesse público na regulação. Visa, assim, aproximar as políticas regulatórias às necessidades dos agentes regulados e às legítimas expectativas dos destinatários finais do serviço que será prestado, que no caso da Saúde Suplementar são os beneficiários de planos de saúde. A “Recomendação do Conselho sobre Política Regulatória e Governança” da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) recomenda que os seus membros respeitem:

[...] os princípios de um governo aberto, incluindo transparência e participação no processo regulatório para garantir que a regulação sirva ao interesse público e para que seja informado das necessidades legítimas dos interessados e das partes afetadas pela regulação. (OCDE, 2012, p. 4)

A participação no processo regulatório é, assim, uma garantia para que a regulação sirva ao interesse público. A OCDE ainda recomenda que a participação social seja feita por meio do “envolvimento ativo de todas as partes interessadas durante o processo regulatório” (OECD, 2012, p. 8). Para a Saúde Coletiva, conceituada como campo do conhecimento teórico que concebe a saúde não como fenômeno individual, mas sim a partir da dicotomia saúde-doença em sua dimensão coletiva (VIEIRA-DA-SILVA, 2015, p. 24), é de fundamental importância compreender a participação social não apenas no setor público (que é efetivada a partir dos Conselhos de Saúde), mas também observar que a conformação do direito à saúde ocorre, também, a partir da criação de normas regulamentares destinadas à regulação do setor da Saúde Suplementar.

Assim, o princípio democrático, que na saúde pública reflete a diretriz de participação da comunidade na efetivação das políticas públicas de saúde, também repercute na Saúde Suplementar como ideal que demanda a participação efetiva das partes interessadas no processo regulatório. A relação entre democracia e saúde pode ser sintetizada no conceito de Democracia Sanitária, que significa a “participação do cidadão no entendimento das necessidades de saúde da sociedade em que vive, bem como a sua **colaboração ativa** pra a busca de soluções eficazes para uma melhor proteção da saúde individual e coletiva [...]” (AITH, 2017, p. 83, grifo nosso). A compreensão da saúde como direito de cidadania possui a efetivação da democracia como uma de suas dimensões fundamentais; em outras palavras, uma vez que a participação da comunidade é diretriz do SUS, existe uma correlação necessária entre a efetivação da saúde e o princípio democrático.

A Saúde Suplementar, no entanto, é um setor que convive com uma crônica instabilidade de sua regulação e com a conflituosidade entre os atores da Cadeia da Saúde Suplementar. A instabilidade regulatória é um problema que afeta o setor desde a promulgação da Lei dos Planos de Saúde (BAIRD, 2017), em que o desafio foi o de regulamentar um mercado que era economicamente relevante e que atuava de forma independente em um verdadeiro vácuo legislativo que perdurou até o final dos anos 1990 (ALMEIDA, 1998). Mesmo após a promulgação do marco regulatório da Saúde Suplementar, que estruturou a atuação das OPS e estipulou diversas garantias para os beneficiários de planos de saúde, o setor ainda convive com uma intensa judicialização das relações contratuais, a qual abrange tanto questões assistenciais (acesso a internações, tratamentos e medicamentos) quanto outros assuntos, como a aplicação de reajustes de

preço, permanência de aposentados e demitidos no plano de saúde da ex-empregadora, os limites de coparticipação cobrados sobre consultas e tratamentos, o exercício da portabilidade de carências.

Além da instabilidade regulatória e da conflituosidade, outro fator importante que desafia a legitimidade da atuação da ANS é a existência de pressão política e econômica na regulação do setor, tanto na produção legislativa quanto regulamentar. Há robusta produção acadêmica que demonstra, em primeiro lugar, a existência de complexa rede de relacionamentos entre os partidos políticos, as operadoras de planos de saúde e as escolhas para as diretorias da ANS (BAIRD, 2017); a influência das OPS sobre o Poder Legislativo, mediante contribuições para campanhas eleitorais (SCHEFFER; BAHIA, 2013); bem como a existência da chamada “porta-giratória” na agência, ou seja, de diretores da agência que passam a atuar na indústria regulada e vice-versa (SCHEFFER et al., 2020). Todos esses elementos, somados ao próprio processo de indicação dos diretores da ANS, que é essencialmente político, fundamentam uma narrativa que sustenta o aparelhamento político e a consequente captura da agência.

Referidos fatores — instabilidade regulatória, conflituosidade, possível captura da agência — contribuem para a crise de legitimidade da produção regulamentar da agência e reforçam a necessidade, em primeiro lugar, de que a atuação da agência seja direcionada por uma concepção forte de interesse público (centrada nos objetivos econômicos e sociais da regulação) e, em segundo lugar, de que a participação social seja efetivada mediante instrumentos que garantam a efetiva contribuição de cada um dos atores na sua produção normativa.

Considerações sobre a escolha do tema, levantamento bibliográfico e metodologia (objeto, objetivo e hipótese da pesquisa)

O projeto de pesquisa que deu origem à presente tese nasceu de uma preocupação com o impacto do setor da Saúde Suplementar para a igualdade de acesso a serviços de saúde. A pesquisa originária, que era essencialmente teórica, tinha como principal objetivo criticar a regulação da Saúde Suplementar utilizando como categoria teórica o conceito de *Accountability for Reasonableness* (A4R), cunhado por Norman Daniels e James Sabin (2002). Nesse sentido, o projeto apresentado à banca de qualificação tinha como hipótese de pesquisa que a ANS não cumpria, em sua produção regulamentar, as

condições procedimentais estipuladas pela A4R (publicidade, relevância, contestação e regulação) e que, em decorrência dessa falha procedimental, haveria uma crise de legitimidade da regulação do setor.

Com efeito, a categoria teórica criada por Daniels e Sabin é muito citada pela literatura que aborda questões de alocações de recursos em saúde pública, uma vez que a A4R oferece critérios procedimentais para amparar as decisões estatais que tenham por objeto a definição do pacote de serviços e coberturas que será oferecido pelo Estado. Os autores partem do pressuposto de que essas decisões geram, inevitavelmente, o estabelecimento de prioridades e que, por conseguinte, algumas pessoas terão as suas necessidades de saúde (*health needs*) atendidas em detrimento de outras, que não terão a cobertura dos seus tratamentos. Em razão do caráter essencialmente controverso (sob o ponto de vista político e moral) dessas decisões, Daniels e Sabin estabeleceram condições procedimentais para a tomada da decisão, visando a que o Estado preste contas sobre a razoabilidade da decisão que foi tomada (daí o nome *Accountability for Reasonableness*).

Assim, o projeto de pesquisa inicial, que foi submetido à análise da banca de qualificação, visava aplicar a A4R para criticar a regulação da ANS e, no limite, tinha o ambicioso objetivo de extrair dessa crítica uma valoração da igualdade na relação público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro.

A banca de qualificação — que foi presidida pelo Prof. Fernando Aith e composta por Prof. Daniel Wei Lian Wang, Profa. Maria Paula Dallari Bucci e Prof. Mário Scheffer — apresentou críticas construtivas ao projeto, as quais aperfeiçoaram e mudaram o rumo da pesquisa. Em primeiro lugar, foi criticado o caráter essencialmente teórico da pesquisa, uma vez que a tese corria o risco de resultar em uma pesquisa que, embora rica teoricamente, não seria inovadora e seria, ainda, empiricamente fraca. Outra crítica apresentada pela banca foi que o referencial teórico (Daniels e Sabin) estava afastando a pesquisa do problema central do trabalho (que era a crítica da relação público-privada no Sistema de Saúde). Por fim, a banca sugeriu que a pesquisa tivesse como enfoque principal a própria ANS e centrasse a crítica na produção normativa da agência.

Após a banca de qualificação, o tema, o objeto, os objetivos e a hipótese de pesquisa foram revistos e, nesse contexto, o tema da participação social — que já estava latente no projeto inicial de pesquisa — tornou-se a questão central do trabalho. Com efeito, aprofundando-se na investigação sobre a participação dos grupos de interesse na ANS, percebeu-se que o tema permitia a análise da instabilidade regulatória do setor, da

conflituosidade dos atores que atuam no mercado e da própria crise de legitimidade da agência a partir dos debates internos havidos na produção normativa dos principais temas regulados pela agência.

Faz-se aqui um parêntesis para ponderar que atualmente há inúmeras pesquisas que têm a Saúde Suplementar como tema central, a maioria delas centrada no tema da judicialização do setor. Não há dúvidas de que a literatura sobre a judicialização é de extrema importância para a compreensão de diversos problemas que assolam o setor, mas há uma carência de trabalhos que analisem a Saúde Suplementar sob prisma diverso.

Na medida em que o tema da participação social se tornou central no trabalho, foi necessário mudar o referencial teórico da pesquisa. Não fazia mais sentido manter a A4R como categoria teórica principal, até porque, com o desenvolvimento da pesquisa, chegou-se à conclusão de que a teoria de Daniels e Sabin se enquadra melhor nas discussões sobre incorporação de novas tecnologias para o Sistema Público, e não teria a mesma importância na discussão da regulação da Saúde Suplementar.

Nesse sentido, o referencial teórico da pesquisa, que foi desenvolvido nos dois primeiros capítulos da tese, teve primordialmente dois objetivos: em primeiro lugar, o de contextualizar a regulação da Saúde Suplementar em uma teoria da justiça distributiva, notadamente a teoria liberal-igualitária de John Rawls, com a finalidade de extrair uma interpretação do interesse público na regulação do setor e fornecer uma base substantiva para a avaliação dos temas regulatórios; em segundo lugar, tendo como premissa as diretrizes substantivas da concepção de interesse público que fora desenvolvida, a tese faz uso da categoria teórica Democracia Sanitária, que expressa um direito fundamental do cidadão de participar das decisões estatais (executivas, legislativas e judiciais) que conformam o direito à saúde no Brasil, para contextualizar a participação social na regulação da Saúde Suplementar.

O tema foi abordado de forma interdisciplinar, procurando-se estabelecer um diálogo entre, de um lado, a abordagem da Saúde Suplementar a partir do prisma da Saúde Coletiva, ou seja, a partir de uma concepção da saúde em sua dimensão coletiva, como direito de cidadania que deve ser efetivado por intermédio de políticas públicas, e, de outro, o Direito Regulatório, o Direito Econômico e a Teoria Política Normativa. O alicerce para a compreensão da Saúde Suplementar como parte integrante de uma política pública mais abrangente foi estabelecido por dois textos fundamentais: (i) o artigo “Sistema de Saúde Brasileiro”, publicado no periódico “The Lancet”, escrito em

coautoria por Jairnilson Paim, Claudia Travassos, Celia Almeida, Ligia Bahia e James Macinko, o qual divide o Sistema de Saúde Brasileiro em três subsetores, a saber, o setor Público, o setor Privado Complementar e o setor Privado Suplementar (PAIM et al., 2011); e (ii) o artigo “O Sistema de Saúde Brasileiro”, de coautoria dos professores Fernando Aith e Mário Scheffer, que também aborda o Sistema de Saúde descritivamente, em uma perspectiva histórica, institucional e política (SCHEFFER; AITH, 2016). Os textos citados constam da bibliografia básica da disciplina “Políticas, Sistemas e Avaliação em Saúde”, cursada no próprio Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no primeiro semestre de 2018.

Ainda com relação à conceituação da Saúde Suplementar, o trabalho realizou uma breve abordagem histórica da regulação do setor, que teve como principais referências os artigos de Luz (1991), Meniccuci (2007), Almeida (1998), Bahia (2008), Carvalho e Cecílio (2007), Pietrobon et al. (2008) e Faveret Filho e Oliveira (1990). Todos esses autores descrevem o Sistema de Saúde sob a perspectiva histórica e trazem dados importantes sobre a formação do marco regulatório da Saúde Suplementar no Brasil. Os textos foram extraídos das seguintes plataformas: Scielo,³ Google Acadêmico⁴ e Portal do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada⁵ (IPEA).

O levantamento bibliográfico sobre os conceitos de “regulação” e “Estado Regulador” teve forte influência das obras que constam da bibliografia da disciplina “Aspectos Jurídicos e Políticos da Regulação Econômica”, cursada na Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo no primeiro semestre de 2020, ministrada pelo Prof. Diogo Coutinho. Nesse sentido, foi inicialmente desenvolvido o conceito de regulação a partir da lição de Christel Koop e Martin Lodge (2015) e, posteriormente, foi feita uma análise das teorias da regulação econômica, notadamente a Teoria do Interesse Público, a Teoria da Captura, a Teoria da Escolha Pública e a Análise Econômica do Direito.

A obra fundamental tanto para a identificação desse debate quanto para o estabelecimento dos aspectos conceituais fundamentais de cada abordagem teórica foi o livro “Direito e Economia na Regulação de Serviços Públicos”, de autoria do Prof. Diogo Coutinho (COUTINHO, 2014). Além desta obra, o debate teórico utilizou como textos de apoio as obras de Baldwin, Cave e Lodge (2012) e Posner (1974) para conceituar a

³ www.scielo.br

⁴ <https://scholar.google.com.br/?hl=pt>

⁵ <https://www.ipea.gov.br/portal>

Teoria do Interesse Público; o texto clássico de Stigler (1971) para abordar a Teoria da Captura, e o artigo de Chang (2007) para compreender o discurso pela desregulamentação neoliberal que predominou na teoria econômica da regulação a partir dos anos 1970. Por fim, o debate sobre a regulação econômica é finalizado com a análise das premissas teóricas da Análise Econômica do Direito — que é uma abordagem não apenas da regulação, mas também do Direito, a partir um prisma econômico, notadamente a partir do pensamento de Posner (2007 e 2014) e de Mackaay e Rousseau (2015), bem como das críticas formuladas por Ronald Dworkin (1980).

O contraste com a visão economicista da regulação foi feito com o pensamento liberal-igualitário de John Rawls, cujo pensamento, sem dúvida, foi um marco na Teoria Política Normativa para o debate sobre a igualdade. Os principais conceitos da teoria rawlsiana foram extraídos de sua obra principal, denominada “Uma teoria da justiça” (RAWLS, 1991), mas com apoio em outros textos fundamentais do autor, como “O liberalismo político” (RAWLS, 2011) e a “A justiça como equidade: uma reformulação” (RAWLS, 2003). Foram utilizados, ainda, autores de apoio para a compreensão e explicação das nuances do pensamento rawlsiano, em especial Audard (2007), Van Parijs (2003), Vita (2007) e Cohen (2003).

A aproximação do liberalismo-igualitário de Rawls com o debate sobre a regulação do direito à saúde foi feita principalmente através dos pensamentos de Daniels (2008) e Pogge (1989), filósofos que tiveram a preocupação de contextualizar a proteção da saúde no debate sobre os princípios de justiça elaborados por Rawls. Outra obra importante para essa discussão foi a tese de doutorado de Marcos Paulo de Lucca Silveira (2017), que fornece importante contribuição para o debate sobre o pensamento rawlsiano no direito à saúde.

A interpretação liberal-igualitária da regulação em Saúde Suplementar, notadamente a partir do princípio da diferença, teve por objetivo demonstrar que o interesse público no setor deve comportar a ponderação entre os objetivos econômicos e sociais da regulação. Essa questão foi teoricamente contextualizada e debatida por meio dos artigos de Windholz e Hodge (2013), Mike Feintuck (2010) e Prosser (2006), além da já mencionada obra de Coutinho (2014).

O tema da legitimidade da regulação e da defesa da construção democrática do interesse público no setor da Saúde Suplementar foi ancorado na categoria teórica desenvolvida por Aith no livro “Direito à saúde e democracia sanitária” (AITH, 2017),

que sustenta que as decisões estatais que conformam o direito à saúde devem decorrer de processos deliberativos que possibilitem a efetiva participação da sociedade. Outra obra fundamental para relacionar o Estado Regulador, o processo de agencificação e a democratização da atividade regulatória do Estado foi o livro “O novo Estado Regulador no Brasil: eficiência e legitimidade”, de Paulo Todescan Lessa Mattos (MATTOS, 2017), no qual o autor trata especificamente: (i) da ausência de transparência nas decisões estatais; (ii) da falta de abertura da burocracia estatal para a participação social durante o período autoritário; e (iii) da abertura democrática proporcionada pela reforma do Estado nos anos 1990. Para estabelecer os limites da democracia representativa e da defesa da legitimação da regulação através de processos participativos, foram de fundamental importância os artigos de Santos e Avritzer (2002) e Fung (2006).

Por fim, a tese também realizou levantamento bibliográfico objetivando relacionar as categorias teóricas que foram construídas (regulação econômica e social, interesse público, Democracia Sanitária) aos problemas concretos da Saúde Suplementar. Nesse sentido, a tese de doutoramento de Baird (2017) mostrou-se relevante tanto para estabelecer a rede de influências política e econômica que assola a ANS quanto para construir as agendas de interesse de Operadoras e de Consumidores na regulação do setor. A pesquisa de Scheffer e Bahia (2013) sobre as doações de campanhas das operadoras para candidatos, bem como a pesquisa de Mário C. Scheffer, Maria Pastor-Valero, Giuliano Russo e Ildefonso Hernández-Aguado sobre a prática da porta-giratória na diretoria da agência (SCHEFFER et al., 2020), foram também importantes para indicar a possibilidade da captura da agência pelos poderes político e econômico e reforçar a importância da participação social como elemento de legitimidade da regulação.

Nesse sentido, a presente tese tem por objeto de análise a participação social na ANS, compreendida como condição fundamental tanto para o controle social da regulação quanto para a consecução do interesse público na Saúde Suplementar. O objetivo geral da pesquisa é o de compreender a forma como a participação social é efetivada dentro da ANS, com a descrição dos principais instrumentos utilizados pela agência, e analisar, quantitativa e qualitativamente, a participação dos *stakeholders* no processo regulatório — em especial das Operadoras de Planos de Saúde e dos Beneficiários —, bem como a capacidade desses agentes de influenciar nas decisões regulatórias da ANS.

A **hipótese da pesquisa** é a de que inexistente paridade de representação entre Operadoras e Beneficiários (Consumidores) nos instrumentos de participação social da ANS, e que essa falta de paridade reflete uma maior capacidade das OPS em efetivar a sua pauta de interesses na política regulatória da agência. Argumenta-se que a iniquidade da capacidade de participação é problemática, pois a consecução do interesse público na Saúde Suplementar exige o equilíbrio entre **aspectos econômicos e sociais da regulação da Saúde Suplementar**, e que, para tanto, é necessária a concretização da Democracia Sanitária, que possui como um dos pilares a democracia participativa, não apenas em seu aspecto formal, mas sim quanto à sua concretização a partir da efetiva consideração dos interesses de todas as partes afetadas pela regulação.

Estrutura da tese

A tese está dividida em três grandes partes, cada uma composta por dois capítulos, a 1ª parte sendo dedicada à exposição do referencial teórico da pesquisa, a 2ª parte à descrição normativa e institucional da Saúde Suplementar; e a 3ª parte à apresentação dos resultados das pesquisas empíricas, a saber, da pesquisa quantitativa e dos estudos de caso.

Os dois primeiros capítulos da tese são destinados a expor o referencial teórico da pesquisa. Trata-se de tema que exige uma abordagem interdisciplinar, posto que envolve a abordagem do setor da Saúde Suplementar sob a ótica da Saúde Coletiva, mas que, ao mesmo tempo, exige reflexões que são próprias do Direito Regulatório e da Teoria da Regulação Econômica, tendo em vista a reflexão crítica sobre a produção normativa da ANS que se pretende realizar.

Nesse sentido, no capítulo 1 a opção foi por expor, de forma introdutória, o conceito de “regulação” e, a partir da relação existente entre a consecução do interesse público e a atuação das agências regulatórias, demonstrar o predomínio do ceticismo na Teoria da Regulação, especialmente a partir do desenvolvimento de escolas teóricas como a Teoria da Captura, a Teoria da *Public Choice* e a Análise Econômica do Direito, que concebem a regulação a partir de um individualismo metodológico e limitam a sua abrangência aos objetivos econômicos da regulação. Em outras palavras, o interesse público é identificado não como um objetivo da regulação em si, mas sim como o resultado das escolhas individuais que os agentes regulados efetivam nas diversas trocas

econômicas realizadas no mercado, sendo que ao regulador compete apenas a garantia de condições economicamente ótimas para a atuação dos atores que compõem a indústria regulada.

Com o objetivo de confrontar essa visão da regulação como uma atividade essencialmente técnica e com objetivos predominantemente econômicos, a presente tese estabeleceu um diálogo entre a Teoria da Regulação e a Teoria Política Normativa, notadamente a partir da compreensão da saúde à luz do Liberalismo Igualitário de John Rawls. Uma vez que a justiça social é um dos fundamentos da nossa ordem econômica (BRASIL, 1988, art. 170, *caput*) e que a atividade regulatória do Estado possui matriz constitucional (BRASIL, 1988, art. 174), é fundamental a compreensão da relação existente entre regulação, justiça socioeconômica e saúde.

Nesse sentido, ainda no capítulo 1, sustenta-se que a regulação da atuação da iniciativa privada no Sistema de Saúde Brasileiro, notadamente do setor da Saúde Suplementar, deve ser compreendida sob a ótica do princípio da diferença rawlsiano. De forma resumida, argumenta-se que a desigualdade de acesso a serviço de saúde propiciada pelo setor da Saúde Suplementar não é, *a priori*, censurada pela justiça distributiva, desde que o setor seja regulado de modo a propiciar uma melhoria, em termos absolutos, de acesso à saúde ao sistema como um todo. Em outras palavras, para atender às demandas do princípio da diferença, a justificativa normativa para a existência do mercado privado de planos de saúde é a contribuição deste para que o Sistema de Saúde Brasileiro atinja o objetivo estabelecido pelo texto constitucional, que é propiciar o acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde para os cidadãos brasileiros, especialmente para aqueles que são dependentes apenas do SUS.

A importância de se revisitar os fundamentos políticos e morais da saúde é a de revigorar o conceito de “interesse público” na regulação da saúde, em especial da Saúde Suplementar. O argumento a partir do princípio da diferença, que estabelece um liame entre o setor da Saúde Suplementar e o Sistema de Saúde como um todo, demonstra que a regulação da ANS não deve ser compreendida apenas a partir dos seus objetivos puramente econômicos, mas sim a partir de sua dimensão social. O interesse público em Saúde Suplementar é atingido justamente a partir do equilíbrio entre os valores econômicos e sociais da regulação.

O capítulo 2 destinou-se às condições procedimentais da legitimidade da atividade regulatória das agências. Parte-se do pressuposto de que as agências reguladoras, que

atuam por delegação legislativa, não encontram em uma concepção representativa de democracia as respostas para o problema da legitimidade da sua produção regulamentar. Nesse sentido, a partir do conceito de “Democracia Sanitária”, que compreende o direito fundamental dos cidadãos de participarem efetivamente das decisões estatais que moldam o direito à saúde, defende-se que a participação social na produção normativa da agência é uma condição fundamental para a legitimidade da regulação, posto que consiste em elemento central na concepção da Governança Regulatória, propicia transparência e controle social da regulação, diminui os déficits existentes entre os interesses da sociedade (agentes regulados e demais atores da Cadeia da Saúde Suplementar) e a atuação da agência e, no limite, propicia melhoria na qualidade regulatória, fazendo com que sirva ao interesse público.

Ao passo que os capítulos 1 e 2 apresentam o referencial teórico da pesquisa, os dois capítulos que seguem (3 e 4) são destinados à descrição dos marcos normativos e institucionais da Saúde Suplementar no Brasil. Nesse sentido, o capítulo 3 inicia-se com a identificação dos principais marcos legislativos do Sistema de Saúde Brasileiro, tanto em nível constitucional, legal e infralegal, e, posteriormente, realiza uma análise específica do setor da Saúde Suplementar, com o levantamento da sua construção histórica, o seu marco regulatório (a Lei n. 9.656/1998) e as principais características do setor. O capítulo 3 se encerra com a identificação dos principais Grupos de Interesse que atuam no mercado da Saúde Suplementar, bem como das respectivas agendas para a regulação da Saúde Suplementar.

O capítulo 4 também possui viés descritivo e tem por objeto a ANS. Em primeiro lugar, o capítulo analisa o surgimento da agência no contexto da Reforma do Estado dos anos 1990, bem como a sua regulamentação e consequentes competências regulatórias estabelecidas pela Lei n. 9.961/2000. Após, é feita a descrição da estrutura institucional da agência, em especial das atuações das diretorias que compõem a Diretoria Colegiada (DICOL) da ANS. O capítulo é finalizado com uma pesquisa quantitativa da produção normativa da ANS, bem como com a análise das principais políticas regulatórias instituídas pela agência.

O tema da participação social na ANS foi objeto de pesquisa empírica, que foi dividida em duas etapas: a primeira, de caráter quantitativo, foi objeto do capítulo 5 da tese; e a segunda, qualitativa, exposta no capítulo 6.

Considerações metodológicas sobre as pesquisas empíricas

Os capítulos 5 e 6 da tese são destinados à apresentação e discussão dos resultados da pesquisa empírica realizada sobre a participação social na ANS, acerca das quais se faz necessário, ainda em caráter introdutório ao trabalho, realizar algumas considerações metodológicas.

A pesquisa quantitativa apresentada no capítulo 5 tem caráter introdutório ao tema da participação social na agência. O primeiro objetivo da pesquisa foi o de descrever os instrumentos de participação social que a ANS possui, levando em consideração a regulamentação, os procedimentos e as finalidades de cada um. Feita a descrição, a pesquisa realizou o levantamento quantitativo da participação da sociedade nas reuniões realizadas em cada um dos instrumentos de participação (Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS, comitês e comissões, audiências públicas, consultas públicas, câmaras e grupos técnicos), ou seja, objetivou-se identificar quais grupos de interesse se fizeram representar na agência, quais entidades fizeram essa representação e, principalmente, qual a proporção da representação de cada grupo de interesse dentro da agência. Cumpre destacar que o banco de dados foi formado a partir dos dados constantes nas listas de presença, atas das reuniões e relatórios disponibilizados pela agência, sendo certo que em alguns casos foi necessária a utilização da Lei de Acesso à Informação e que o método utilizado para a extração dos dados foi a aplicação de um questionário com perguntas estruturadas em cada um dos documentos analisados. Os dados coletados foram organizados em planilhas em formato Excel, a partir das quais foi possível a extração de gráficos com os dados da pesquisa.

Os resultados da pesquisa quantitativa levantaram alguns problemas e hipóteses sobre a participação das OPS e dos Consumidores na ANS. Em razão da extensão das relações existentes entre os diversos *stakeholders* do setor da Saúde Suplementar, a opção metodológica foi a de concentrar a análise qualitativa da participação social nesses dois grupos de interesse. Assim, o derradeiro capítulo da tese teve por objetivo aprofundar a análise da participação social através da realização de pesquisa qualitativa. Enquanto no capítulo 5 a pesquisa empírica centrou-se na análise dos instrumentos de participação, o capítulo 6 teve por objetivo analisar a forma como esses fóruns de participação foram

utilizados pela ANS no debate de temas relevantes para o mercado, bem como a dinâmica da participação das OPS e dos Consumidores em cada uma dessas discussões.

A técnica utilizada na pesquisa qualitativa foi a do estudo de casos múltiplos, tendo sido selecionados 7 (sete) casos com as seguintes características: (i) casos em que há conflito de agendas entre OPS e Consumidores; (ii) casos que passaram por um ou mais instrumentos de participação social da ANS e; (iii) casos que geraram instabilidade normativa ou conflituosidade na ANS, tendo em vista a existência de questionamento da regulação da agência por órgão externo (Poder Judiciário, Poder Legislativo, Ministério da Saúde e Tribunal de Contas da União). Com a aplicação de um questionário com perguntas semiestruturadas e, também, a partir da análise dos documentos disponibilizados pela ANS nos instrumentos de participação (atas, relatórios, relatório da análise de impacto regulatório e apresentações), bem como dos documentos das reuniões da Diretoria Colegiada, foram reconstruídas as narrativas que levaram à normatização de cada um dos temas, com foco nos posicionamentos expressos pelas OPS e pelos Consumidores, na forma como as entidades representativas desses dois grupos de interesse participaram das discussões e, também, na decisão tomada pela agência.

O detalhamento da metodologia da pesquisa quantitativa, bem como dos estudos de caso realizados na pesquisa qualitativa, foi feito nos próprios capítulos em que os resultados da pesquisa são apresentados. Nesse sentido, os documentos consultados, a metodologia utilizada para a extração dos dados, as limitações da pesquisa, os objetivos gerais específicos, hipótese e, por fim, os resultados estão pormenorizados nos capítulos 5 (pesquisa quantitativa) e 6 (estudos de caso).

Por fim, faz-se necessário destacar que todos os documentos da ANS que foram consultados para a elaboração da presente tese estão referenciados no apêndice da tese.

PARTE 1 - REFERENCIAL TEÓRICO

1 REGULAÇÃO E INTERESSE PÚBLICO NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA PERSPECTIVA LIBERAL-IGUALITÁRIA

O enfrentamento do tema de pesquisa proposto na tese, que relaciona a importância da participação social para a legitimação da regulação em saúde suplementar, pressupõe, em primeiro lugar, a precisa compreensão do uso do termo “regulação” para os fins da pesquisa. Nesse sentido, este capítulo se inicia com a discussão do conceito de “regulação” e a sua vinculação à atividade regulatória do Estado.

O primeiro conceito que deve ser delineado para a compreensão da discussão feita na presente tese é o de “regulação”. Trata-se de conceito que é da teoria do Direito e que deve ser compreendido de forma precisa, para que não haja dúvidas sobre os contornos de sua utilização no decorrer do trabalho.

Com efeito, a palavra “regular”, numa compreensão ampla, significa estabelecer padrões normativos para a conduta humana. Nesse sentido amplo, toda e qualquer norma jurídica, seja de origem estatal (leis, decisões judiciais, normas administrativas), seja não estatal (como o costume ou o contrato), pode ser abarcada nesse conceito. A proposta do trabalho, no entanto, não é utilizar o termo “regulação” de forma tão ampla (ou sentido “*amplíssimo*”), pois isso poderia gerar mais confusão do que esclarecimento, posto que se poderia confundir a regulação com a própria noção de norma jurídica.

Na presente tese, o termo “regulação” é utilizado de forma estrita, relacionado com a descrição que o art. 174 da Constituição Federal de 1988 faz do Estado como “agente normativo **e regulador** da atividade econômica” (grifo nosso, BRASIL, 1988, art. 174). Nesse sentido, o verbo “regular” pode ser associado às “técnicas administrativas consubstanciadas em normas destinadas à organização do sistema econômico ou que geram efeitos sobre o sistema econômico” (MATTOS, 2017, p. 39).

Assim, o exercício do poder regulamentar tem sido concebido na doutrina sob uma perspectiva essencialmente econômica, como um conjunto de regras coercitivas e de mecanismos institucionais para influenciar, monitorar e fiscalizar o comportamento dos agentes econômicos de um determinado mercado relevante. Mesmo compreendido como “exercício do poder regulatório do Estado sobre a atividade econômica”, a correta delimitação do conceito de “regulação” exige alguns esclarecimentos.

Em um interessante artigo que realiza uma revisão bibliográfica acerca do

conceito de “regulação”, Christel Koop e Martin Lodge (2015) ressaltam a impossibilidade de se chegar a uma “essência platônica” do conceito de “regulação” e destacam a influência interdisciplinar do conceito, notadamente com as teorias econômica, política, jurídica e sociológica. Citando a lição de Robert Baldwin, Koop e Lodge destacam a existência de pelo menos três concepções de regulação: (i) a primeira concepção identifica a regulação com a promulgação de um conjunto coercitivo de regras e com a existência de mecanismos institucionais para monitorar e garantir que o comportamento dos agentes regulados cumpra o determinado por essas regras; (ii) a segunda concepção, sob uma perspectiva econômica, destaca o papel da regulação como toda e qualquer medida que as agências regulatórias empregam para direcionar (*steer*) a economia e; (iii) a terceira concepção, influenciada por acadêmicos da sociologia jurídica, abarca no conceito de regulação qualquer mecanismos de controle social, “incluindo processos não-estatais e não intencionais” (KOOP; LODGE, 2015).

A ideia de regulação no Brasil é, assim, um conceito que também deve ser delimitado a partir da caracterização de uma atividade estatal (ou por quem o faça as vezes) que busque a conformação de um comportamento social ou economicamente desejável, através da utilização de determinados instrumentos jurídicos. A esse respeito, ensina Carlos Ari Sunfeld que, no Brasil, o termo “regulação” “tem servido para designar o conjunto de intervenções estatais, principalmente sobre os agentes econômicos, e, portanto, o conjunto de condicionamentos jurídicos a que essas intervenções se sujeitam e de mecanismos jurídicos que essas intervenções geram” (SUNDFELD, 2014, p. 107).

No presente trabalho, sem perder de vista a complexidade conceitual, a regulação será compreendida a partir da atividade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tendo em vista que o mercado da saúde suplementar possui um ambiente regulatório bem-definido, com atuação de destaque da agência no papel de regulador dessa atividade. Assim, ao se relacionar o termo “regulação” à atividade de uma agência reguladora específica, faz-se necessário referir à Reforma do Estado nos anos 1990, a partir da qual o Estado brasileiro opta pela privatização de algumas empresas estatais e passa a se abster de prestar diretamente alguns serviços públicos (COUTINHO, 2014, p. 31). Pretende-se, assim, compreender a regulação a partir do **fenômeno da delegação legislativa**, no qual o Estado, objetivando delegar determinados serviços para a execução pela iniciativa privada, conferiu às agências reguladoras a competência para a edição de

normas regulamentares, com o objetivo de exercer o controle e a fiscalização dessas atividades.

Não se pode, todavia, reduzir a regulação estatal apenas à produção normativa. Com efeito, ensina Floriano Azevedo Marques Neto que, para se evitar essa visão reducionista da regulação estatal, faz-se necessário distinguir os conceitos de “atividade regulatória do Estado” e de “atividade regulamentar” (MARQUES NETO, 2009). A função regulamentar, ou seja, a função de produção normativa para a regulação da conduta dos agentes regulados, é apenas uma das funções abrangidas pelo conceito de “atividade regulatória do Estado”. Assim, além da função regulamentar, a atividade regulatória do Estado abarca:

atividades coercitivas, adjudicatórias, de coordenação e organização, fundação de fiscalização, sancionatórias, de conciliação (composição e arbitragem de interesses), bem como o exercício de poderes coercitivos e funções de subsidiar e recomendar a adoção de medidas de ordem geral pelo poder central. (MARQUES NETO, 2009, p. 91)

Nesse sentido, ensina Fernando Aith, citando a lição de Marques Neto, que a atividade regulatória estatal possui pelo menos seis competências, a saber: (i) **Competência Normativa**: toda ação voltada à produção de normas jurídicas para a imposição de direitos e deveres e previsão de sanções; (ii) **Competência Adjudicatória**: competência para autorizar o exercício de determinada função; (iii) **Competência de Fiscalização**: competência para fiscalizar, supervisionar, censurar e sindicar ações e omissões cometidas tanto pelo Estado como pelos participares e entes regulados; (iv) **Competência para Imposição de Sanções**: as sanções podem consistir tanto em penalidades impostas àqueles que não cumprem as obrigações determinadas pelo Estado quanto em sanções premiais, que oferecem incentivos àqueles que agirem dentro dos padrões estabelecidos; (v) **Competência Arbitral**: consiste na mediação e arbitragem de eventuais conflitos que surgem na sociedade; e (vi) **Competência de Recomendação**: é a competência através da qual o Estado “orienta as ações dos atores sociais que detêm a competência técnica para desenvolver atividades de interesse para o desenvolvimento do Estado” (AITH, 2006, p. 224-225).

A partir do conceito de “regulação” acima desenvolvido, o presente estudo pretende demonstrar a relação existente entre a regulação em saúde e a justiça distributiva, com o intuito de sustentar que a regulação da saúde suplementar não possui apenas

objetivos econômicos, mas também deve ser compreendida à luz de seus objetivos sociais. Nesse sentido, parte-se da noção mais geral de que a atividade regulatória deve pautar-se pelo interesse público para, posteriormente, relacionar a regulação em saúde com o liberalismo igualitário de John Rawls para, finalmente, desenvolver o argumento, com base no princípio da diferença, de que o interesse público na saúde suplementar ampara-se por um equilíbrio entre objetivos econômicos (relacionados com a correção das falhas de mercado) e objetivos sociais referentes a uma política pública mais ampla, que é o Sistema de Saúde Brasileiro.

1.1 Regulação e o ceticismo quanto ao interesse público

1.1.1 Teorias do interesse público

Com a delimitação do uso do termo “regulação”, faz-se necessária agora a compreensão dos fundamentos teóricos da regulação. Qual o fundamento do exercício da atividade regulatória pelo Estado? A relação entre “regulação” e “interesse público” está na base da resposta a essa questão.

Com efeito, interesse público é um importante conceito para a teoria da regulação. Ha-Joon Chang propõe uma definição de regulação como “atividade do governo que é intencionada a afetar diretamente o comportamento dos agentes do setor privado, para os alinhar com o interesse público” (CHANG, 1997, p. 704). Percebe-se nesta definição que a regulação é vista como uma atividade de governo (desenvolvida pelo Estado ou por agentes estatais) e que tem como destinatário o mercado privado com um claro objetivo: influenciar comportamentos visando à consecução do “interesse público”.

Conforme ensinam Baldwin, Cave e Lodge (2012), a denominada “Teoria do Interesse Público” (“*Public Interest Theory*”) parte do pressuposto de que os reguladores são “agentes benevolentes” que atuam em nome do interesse coletivo. No mesmo sentido, Richard Posner, ao explicar as bases teóricas dessa escola da regulação econômica, pondera que a política econômica norte-americana, entre 1887 e 1958,⁶ foi marcada por dois pressupostos: (i) que os mercados econômicos são “extremamente frágeis e prontos

⁶ Essas duas datas são citadas por Posner em razão da publicação do Interstate Commerce Act (Lei de Comércio Interestadual), em 1887, e da fundação do Journal of Law and Economics (Revista de Análise Econômica do Direito), em 1958 (POSNER, 1974).

para operar de forma muito ineficiente (ou não equitativa) se deixados à própria sorte”⁷ e; (ii) que a atuação regulatória do Estado teria um custo de transação praticamente irrelevante. Nesse sentido, conclui Posner:

Com esses pressupostos, foi muito fácil argumentar que as principais intervenções do governo na economia [...] eram simplesmente respostas do governo a demandas públicas para a correção de ineficiências e desigualdades palpáveis e remediáveis no funcionamento do livre mercado.⁸

Posner é um autor que se posiciona de forma crítica em relação à Teoria do Interesse Público, e no argumento acima transcrito pretende demonstrar que esta teoria tem uma visão bastante otimista — quase que ingênua — sobre a capacidade técnico-administrativa da burocracia estatal. A esse respeito, destaca Diogo R. Coutinho que “a Teoria do Interesse Público dava ao regulador uma espécie de ‘aura de onisciência’ e o descrevia como um cidadão (ou conjunto de cidadãos) que, melhor do que ninguém, saberia qual a regulação mais adequada para cada caso concreto” (COUTINHO, 2014, p. 34-35).

Mais do que uma burocracia ultraespecializada e extremamente competente para regular o mercado, a Teoria do Interesse Público pressupõe um insulamento político do regulador, que atuaria com base em “*expertise* imparcial⁹ e padrões objetivos”.¹⁰ A figura do regulador teria, assim, não apenas uma capacidade técnica elevada e eficiente para a correção das deficiências do mercado, mas também seria “blindado” do processo político, atuando com imparcialidade e objetividade.

Não restam dúvidas de que a Teoria do Interesse Público teve a importância teórica de demonstrar que a regulação deve ter como objetivo a consecução do bem comum. Todavia, sofreu muitas críticas tanto pelo pressuposto de que a regulação

⁷ Tradução livre de: “[...] *economic markets are extremely fragile and apt to operate very inefficiently (or inequitably) if left alone.*” (POSNER, 1974, p. 336).

⁸ Tradução livre de: “*With these assumptions, it was very easy to argue that the principal government interventions in the economy [...] were simply responses of government to public demands for the rectification of palpable and remediable inefficiencies and inequities in the operation of the free market.*” (POSNER, 1974, p. 336).

⁹ Os autores, no original em inglês, utilizam a expressão “*dispassionate expertise*”, cuja tradução literal para o português seria “*expertise* desapaixonada”. Todavia, optou-se por traduzir por “*expertise* imparcial” por representar uma solução mais adequada, sob o ponto de vista semântico, para o significado da expressão na língua portuguesa.

¹⁰ Tradução livre de: “*dispassionate expertise and objective standards*” (BALDWIN; CAVE; LODGE, 2012, p. 41).

governamental não possui custos quanto pela visão quase que utópica da capacidade estatal de regular o mercado de forma eficiente e, ainda, por ignorar a influência dos grupos de interesses no processo político que resulta na elaboração das decisões regulatórias.

1.1.2. Teoria da Captura e ceticismo

A posição antagônica à Teoria do Interesse Público foi desenvolvida pela Teoria dos Grupos de Interesse (*Interest-Group Theory*) ou Teoria da Captura (*Capture Theory of Regulation*). Embora nunca tenha utilizado o termo “*captura*” em seu clássico texto “Teoria da regulação econômica” (*The Theory of Economic Regulation*), de 1971, a ideia de que a regulação não serve ao interesse público, mas sim aos interesses de grupos privados que influenciam (“*capturam*”) politicamente a regulação é atribuída a George J. Stigler.

No referido texto, Stigler afirma expressamente que a regulação é “adquirida pela indústria e é projetada e operada primordialmente para o seu benefício”.¹¹ A palavra “adquirida”, utilizada por Stigler, é forte, posto que transmite a ideia de que os grupos de interesse “compram” a regulação no mercado, como se fosse um bem disponível como qualquer outro.¹²

Na verdade, o que Stigler pretende demonstrar é que não existe a figura do regulador benevolente e politicamente imparcial que a Teoria do Interesse Público descrevia. A regulação, na verdade, é essencialmente o resultado de um embate político que pretende transformar em decisões regulatórias interesses que não refletem o bem comum, mas na verdade são interesses privados de agentes econômicos que visam maximizar a sua utilidade individual. Ao comentar a Teoria da Captura, Richard Posner afirma que, para essa teoria, “a regulação econômica serve aos interesses privados de grupos politicamente influentes”.¹³

¹¹ Tradução livre de: “*Regulation is acquired by the industry and is designed and operated primarily for its benefit*” (STIGLER, 1971, p. 3).

¹² Nesse sentido, *Chistofer Carrigan e Cary Coglianese*, em texto que comenta e faz uma abordagem crítica à “A Teoria Econômica da Regulação”, afirmam que *Stigler* defende que a “regulação é apenas um produto, produzido no mercado como qualquer outro produto. A principal diferença entre a regulação e outros produtos é que o processo político define a estrutura do mercado para a regulação” (CARRIGAN; COGLIANESE, 2016, p. 02).

¹³ Tradução livre de: “[...] *economic regulation serves the private interests of politically effective groups*” (POSNER, 1974, p. 343)

A noção de que a regulação é inevitavelmente “capturada” por grupos de interesse acarreta um **ceticismo** para justificar a própria existência da regulação. Nas palavras de Coutinho, a Teoria da Captura concebe a regulação como o “resultado necessário da captura privada de agentes públicos erroneamente vistos como imbuídos de espírito público” (COUTINHO, 2014, p. 37).

O ceticismo quanto ao interesse público na regulação foi um campo fértil para o domínio de uma narrativa neoliberal que defende a necessidade de desregulamentação da economia, ou mesmo para se limitar a regulação para objetivos, apenas e tão somente, econômicos, notadamente para a correção de falhas de mercado.

O argumento por trás do discurso “desregulamentador” é claro: uma regulamentação “capturada politicamente” **não seria economicamente eficiente** e, ao contrário de promover o interesse público, seria injusta por beneficiar os grupos de interesse que venceram o embate político. Conforme explica Chang (1997), a desregulamentação, que possui como marco histórico as décadas de 1970-80, principalmente nos Estados Unidos e na Inglaterra, ancora-se nas “falhas de Estado” para sustentar a ineficiência da regulação econômica:

O ponto principal do argumento da falha de Estado é que o Estado não é o agente benevolente, sábio e todo-poderoso que era presumido na *welfare economics*, ou em quaisquer teorias econômicas pró-intervencionismo. Em primeiro lugar, argumenta-se que o Estado é uma organização dirigida por grupos de indivíduos egoisticamente orientados (políticos querendo se reeleger e burocratas querendo maiores salários e mais poder) e influenciado por grupos de interesse, e como resultado ele implementa políticas públicas que beneficiam esses grupos ao invés do interesse público. Em segundo lugar, sustenta-se que, mesmo que se pressuponha que o Estado tenha a intenção de promover o interesse público, ele não teria a habilidade de alcançá-lo, porque a elaboração e implementação de políticas públicas é custosa e porque elas podem criar consequências prejudiciais e não-intencionais, como a dispersão de recursos em atividades de *lobby* “ímorais” [...].¹⁴

¹⁴ Tradução livre de: “*The gist of the government failure argument is that the government is not the benevolent, all-knowing, and all-powerful agent that it is assumed to be in welfare economics, or in other pro-interventionist economic theories. First, it was argued that the government is an organization which is run by groups of self-seeking individuals (politicians seeking re-election and bureaucrats seeking higher salaries and more power) and is influenced by interest groups, with the result that it implements policies that serve these groups rather than the public interest. Second, it was contended that, even if we can assume that the government has the intention of promoting the public interest, it does not have the ability to achieve this, because policy design and implementation are costly and because it may create harmful unintended consequences such as the diversion of resources into “wasteful” lobbying activities [...]*” (CHANG, 2007, p. 709-710).

O trecho citado acima demonstra o ceticismo quanto à capacidade técnica do Estado em regular o mercado de forma eficiente e quanto à própria intencionalidade da ação dos agentes públicos, que são descritos como pessoas que atuam de forma egoisticamente orientada,¹⁵ e não em nome do interesse público. A atividade regulatória, nesse sentido, é descrita como contraproducente, e o investimento de recursos nessa estrutura, como um desperdício de recursos públicos (OGUS, 2004, p. 67).

1.1.3 Regulação econômica e as “falhas de mercado”

A descrença na capacidade da regulação de promover o bem comum deixa a própria noção de “interesse público” parasitada pelo individualismo metodológico da teoria econômica da regulação. Não há, nessa visão, um interesse público a justificar a intervenção estatal na economia; o que há, na verdade, são ações (escolhas) dos indivíduos que vivem em sociedade, sendo que “as escolhas coletivas da sociedade devem ser analisadas como resultantes da composição de escolhas individuais” (MACKAAY; ROUSSEAU, 2015, p. 41).

Partindo dessa premissa, os indivíduos são concebidos como pessoas que agem racionalmente, sendo compreendido como racional o comportamento que “busca a maior utilidade possível entre agentes econômicos” (COUTINHO, 2014, p. 24). A regulação estatal, nesse contexto, deve ser mínima e se limitar à correção das chamadas “falhas de mercado”, que são deficiências das relações entre os agentes econômicos (ou entre os agentes e o próprio Estado) que podem comprometer a eficiência das trocas econômicas no mercado. Nesse sentido, qualquer conduta que ameaça as referidas condições para a tomada eficiente de alocação de recursos justificaria a intervenção regulatória do Estado, tais como comportamento anticompetitivo, preço predatório, lucros injustificados, desigualdade no poder de barganha, entre outros (BALDWIN; LODGE; CAVE, 2012).

A atividade monopolista, por exemplo, constitui uma clássica justificativa para a regulação econômica. De acordo com a lição de Robert Baldwin, Martin Cave e Martin Lodge, a situação de monopólio se caracteriza quando um único agente econômico

¹⁵ Essa visão dos agentes públicos é característica da corrente do pensamento político e econômico denominada “*Public Choice*”. Na lição de Mackaay (1999), a *Public Choice* consiste na aplicação da teoria da escolha racional para o fenômeno político. Nesse sentido, sustenta que toda pessoa racional age para a maximização da utilidade individual; isso aplica-se tanto para agentes econômicos no mercado como para os agentes públicos no exercício de seus mandatos e também para os eleitores na escolha de candidatos. Visa, nesse sentido, explicar como os interesses privados influenciam na conduta dos agentes públicos.

consegue dominar a venda de um determinado produto ou a prestação de um serviço; de acordo com os autores, a situação de monopólio representa uma falha de mercado por falta de competitividade no mercado, e pode ser facilitada pela ocorrência de três fatores: (i) quando um único vendedor ou prestador de serviço domina o mercado; (ii) quando o produto vendido é único, no sentido de que não possui substituto para servir de opção para os consumidores; e (iii) barreiras substantivas que restringem a entrada e saída de competidores no mercado (BALDWIN; CAVE; LODGE, 2012).

A assimetria de informações é outra uma falha de mercado importante que tem sido associada com a necessidade da intervenção regulatória do Estado. Com efeito, informação é um elemento fundamental para todas as pessoas, grupos e entidades que atuam no mercado, seja como prestadores de serviço, seja como beneficiários do serviço, seja como reguladores.

Não se pode perder de vista que, sob a ótica dos consumidores, a informação clara, transparente e adequada sobre o produto ou serviço que é colocado no mercado é fundamental para, em primeiro lugar, permitir que possam avaliar e escolher as diversas opções existentes no mercado e, em segundo lugar, para que o uso do produto ou serviço seja feito de forma adequada e com segurança. A esse respeito, destacam Baldwin, Lodge e Cave que o agente econômico (prestador de serviço) pode não querer produzir informação sobre o seu produto, em razão dos custos econômicos, ou então ser tentado a falsificar informação ou produzir informação insuficiente, o que justifica a regulação estatal dessa questão (BALDWIN; LODGE; CAVE, 2012). A informação, todavia, não é importante apenas para o consumidor; com efeito, os prestadores de serviço (vistos como agentes econômicos egoisticamente motivados) também necessitam de informações sobre o comportamento dos consumidores para poderem atuar no mercado com eficiência.

Portanto, na teoria econômica da regulação, a função regulatória do Estado justifica-se apenas para manter a eficiência do mercado e permitir que os agentes econômicos atuem racionalmente e produzam trocas eficientes. Em outras palavras, para criar condições econômicas para a atuação do *homo economicus*, ou seja, dos agentes de mercado compreendidos como pessoas que atuam egoisticamente para a maximização de sua utilidade individual. Trata-se, assim, de visão da regulação que compreende o funcionamento da economia (e, por conseguinte, o comportamento dos agentes econômicos) a partir do paradigma neoclássico da econômica, cuja maior característica é

“encarar decisões econômicas com base em condições rígidas e específicas para possibilitar decisões de alocação, tendo estas a finalidade de antecipar informações sobre escassez, os preços, a demanda, os custos e produtos do trabalho”¹⁶ (COUTINHO, 2014, p. 16).

1.1.4 Regulação e Análise Econômica do Direito

A Análise Econômica do Direito (*Economic Analysis of Law*) é uma escola do pensamento jurídico que visa compreender o Direito, interpretar as normas e os institutos jurídicos, bem como compreender o funcionamento das instituições a partir da teoria econômica. Enquanto teoria positiva, a Análise Econômica do Direito procura explicar (descrever), sob o ponto de vista econômico, como o Direito funciona e como é aplicado pelos seus operadores. Ou seja, utiliza-se da ciência econômica para “atualizar uma racionalidade subjacente das normas jurídicas e os principais efeitos previsíveis de suas mudanças” (MACKAAY; ROUSSEAU, 2015, p. 665).

Ronald Dworkin (1980), em texto clássico em que critica a Análise Econômica do Direito, explica que essa escola possui tanto uma pretensão descritiva do Direito (conforme dito, pretende descrever diversas instâncias do fenômeno jurídico a partir de categorias econômicas) quanto uma pretensão **normativa**, ou seja, utiliza a maximização da riqueza como critério deontológico para a avaliação das decisões judiciais, legislativas e administrativas.

Com efeito, Richard A. Posner explica que uma das teses centrais para a compreensão da Análise Econômica do Direito é a de que “um indivíduo é maximizador racional da utilidade em todas as áreas de sua vida, não apenas nos assuntos ‘econômicos’, isto é, não apenas quando engajado em comprar e vender no mercado” (POSNER, 2014, p. 24). Na mesma passagem em que faz essa afirmação, Posner menciona a inspiração na filosofia utilitarista de Jeremy Bentham, que em 1781 escreveu o clássico “An Introduction to the Principles of Morals and Legislation”. Na referida obra, Bentham inicia a explicação do seu “princípio da utilidade”, ressaltando que a natureza colocou a humanidade sob a governança de dois sentimentos, que são a dor e o prazer. Nesse

¹⁶ A descrição do comportamento humano como maximizador dos seus próprios interesses representa uma abordagem da economia neoclássica como teoria positiva (*positive economics*). Enquanto tal, busca explicar a racionalidade das decisões tomadas pelos agentes econômicos a partir dos pressupostos da teoria da escolha racional (ZAMIR; MEDINA, 2010, p. 11).

sentido, o princípio da utilidade é definido como:

[...] princípio que aprova ou desaprova qualquer ação de acordo com a tendência que ela aparenta ter para aumentar ou diminuir a felicidade das partes interessadas: ou, o que é a mesma coisa em outras palavras, para promover ou se opor à felicidade.¹⁷

O conceito de “riqueza”, que é central tanto para a análise positiva quanto para as pretensões normativas da Análise Econômica do Direito, abrange tanto os bens em sentido “monetário” (tangíveis) quanto os bens intangíveis. Nesse sentido, nas trocas econômicas, o critério avaliativo da “maximização de riqueza” (*wealth maximization*) deve levar em consideração os preços ofertados (por aqueles que pretendem adquirir algo), e os preços solicitados (pelos que possuem algo e desejam transacionar). Conforme explica Dworkin, a maximização de riqueza nas transações econômicas é atingida quando “bens e outros recursos estão nas mãos daqueles que os valorizam mais”,¹⁸ ou seja, daqueles que estão dispostos a desembolsar um maior valor monetário para adquiri-los.

Todavia, o cálculo geral de análise da maximização de riqueza não leva em consideração apenas o valor monetizado, mas sim a satisfação não pecuniária que a transação pode acarretar às partes envolvidas (POSNER, 2007, p. 478). Embora Posner faça uma distinção entre os conceitos de “maximização de riquezas” e de “utilidade”, é evidente a influência do Utilitarismo na Análise Econômica do Direito. Interessante notar que John Stuart Mill (2005), no livro “Utilitarismo”, destaca que as ações devem ser consideradas justas ou injustas na medida em que produzem felicidade (prazer) ou dor (desprazer).¹⁹

Neste ponto fica bem claro que a maximização de riquezas não é apenas um parâmetro descritivo, **mas um critério (moral) de avaliação das condutas**. Assim, as leis, as decisões judiciais, as decisões administrativas e as instituições, de uma forma geral, devem promover a maximização da riqueza social não apenas como um objetivo

¹⁷ Tradução livre de: “[...] principle which approves or disapproves of every action whatsoever according to the tendency it appears to have to augment or diminish the happiness of the party whose interest is in question: or, what is the same thing in other words, to promote or to oppose that happiness.” (BENTHAM, 2000, p. 14).

¹⁸ Tradução livre de: “[...] goods and other resources are in the hands of those who value them most [...]” (DWORKIN, 1980, p. 191).

¹⁹ Nas palavras de Mill, “O credo que aceita a utilidade, ou o Princípio da Maior Felicidade, como fundamento da moralidade, defende que as ações são certas na medida em que tendem a promover a felicidade, erradas na medida em que tendem a produzir o reverso da felicidade. Por felicidade, entende-se o prazer e a ausência de dor; por infelicidade, a dor e a privação de prazer (MILL, 2005, p. 48).

econômico, mas porque é justo (valioso). Em outras palavras, para a Análise Econômica do Direito, uma sociedade com mais riqueza (ou seja, em que os bens e recursos tangíveis e intangíveis estejam nas mãos daqueles que mais os valorizam) é objetivamente melhor (sob o ponto de vista moral) do que uma sociedade com menos riqueza.

E esse objetivo (maximização de riqueza) é atingido através de diversas trocas ocorridas no mercado, nas quais os indivíduos, agindo racionalmente (como maximizadores de suas utilidades individuais, como asseverou Posner, acima), promovem a maximização das satisfações humanas como um todo. Conforme ensina Coutinho, “o corolário da análise econômica do direito é, assim, enunciado da seguinte forma: trocas de mercado voluntárias entre indivíduos resultam em ganhos de utilidade para todos” (COUTINHO, 2014, p. 24).

1.1.5 O individualismo e a regulação em saúde

O individualismo metodológico da Análise Econômica do Direito mina qualquer possibilidade de o interesse público ser atingido através da legislação ou da regulação administrativa. Conforme assevera Posner, o legislador também é visto como um indivíduo que maximiza a sua utilidade individual, de modo que “nada do que fazem é motivado pelo interesse público enquanto tal” (POSNER, 2007, p. 474).

Aplicando esse raciocínio para a Teoria da Regulação, fica claro o objetivo da Análise Econômica do Direito em limitar a regulação à correção de falhas de mercado. Com efeito, como a maximização da satisfação social é atingida através das trocas individuais, da mesma forma o interesse público não é atingido através da ação do Estado, mas pela ação individual. O regulador teria o papel apenas de criar condições econômicas para que os indivíduos, através de suas ações egoistamente orientadas, revertam para o coletivo os ganhos individuais de satisfação decorrente de cada transação. Mais do que isso, trata-se de uma visão de mundo que privilegia a liberdade individual em detrimento de eventuais metas distributivas que a sociedade possua. Como seria a regulação estatal em saúde com base nessas premissas metodológicas?

Um dos pensadores que traduziu a visão individualista para a regulação em saúde foi Hugo Tristram Engelhardt Jr., o qual, no livro “The Foundations of Bioethics” — notadamente no capítulo 8, denominado “Rights to Health Care, Social Justice, and Fairness in Health Care Allocations: Frustration in the face of finitude” —, defende que

não existe um direito básico ao acesso a serviços de saúde fornecidos pelo Estado.

Para o referido autor, qualquer teoria que defenda um direito dessa natureza colocaria, necessariamente, em conflito a liberdade que cada indivíduo possui de decidir livremente a destinação dos recursos que possui, e o altruísmo (*beneficence*) que recomendaria uma política distributiva dos serviços de saúde. Inexiste, nesse diapasão, um dever de altruísmo social relacionado à distribuição dos serviços de saúde pelo Estado (ENGELHARDT JR., 1986).

Nesse sentido, a distribuição dos serviços de saúde em uma economia de livre mercado exige a máxima sensibilidade às escolhas individuais e a minimização das intervenções estatais. Somente as circunstâncias injustas, que derivam de trocas econômicas viciadas — em desacordo com a “teoria da titularidade”²⁰ — seriam passíveis de compensação.

O argumento libertário, levado às últimas consequências, como faz Engelhardt Jr., coloca em xeque a própria existência de um direito à saúde. A saúde, bem como o acesso a serviços de saúde, seria corolário das diversas escolhas econômicas que o indivíduo realizou no decorrer de sua vida. Conforme explica Rui Nunes, o pensamento libertário de Engelhardt Jr. vislumbra a defesa da saúde sob o prisma da “responsabilidade individual, e não, propriamente, como uma obrigação do Estado, mesmo num Estado Democrático de Direito” (NUNES, 2014, p. 47).

Nesse sentido, se o ponto de partir para a análise da regulação do mercado privado de planos de saúde fosse o libertarianismo, a conclusão natural e lógica seria uma defesa da regulação que focasse nos objetivos econômicos, tais como a redução das falhas de mercado, a redução das assimetrias de informação entre regulador e regulado, a regulação

²⁰ A teoria da titularidade é atribuída a Robert Nozick. Com efeito, no capítulo 7 de “Anarquia, Estado e Utopia”, que trata exatamente da Justiça Distributiva, Nozick sustenta que a análise da avaliação normativa das distribuições sociais deve partir de uma concepção de “justiça em propriedade”, que se fundamenta em três conceitos principais, a saber: i) um princípio de justiça na aquisição das propriedades, que estabelece regras acerca dos procedimentos legais que legitimam a propriedade inicial dos recursos sociais; ii) um princípio de justiça na transferência das propriedades, que normatiza os padrões que devem ser obedecidos para as trocas de titularidades na sociedade; iii) um princípio de reparação, que estabelece um processo para a correção de eventuais violações aos dois primeiros princípios que tornariam ilegítimas as aquisições realizadas pelos indivíduos. Nesse contexto, Nozick afirma que “uma distribuição é justa se, por meios legítimos, surge de outra distribuição justa. Os meios legítimos de passar de uma distribuição para outra são especificados pelo princípio de justiça nas transferências” (NOZICK, 1991, p. 172). Nesse sentido, para Nozick a justiça nas trocas de titularidades na sociedade decorre da legitimidade de cada uma das transferências realizadas pelos indivíduos, de modo que eventual desigualdade de recursos proveniente de trocas que obedecem às regras de aquisição e transferência de propriedade não pode ser moralmente condenada.

de questões relativas aos reajustes e aspectos econômico-financeiros das operadoras.

Conforme afirma Marcos Paulo de Lucca Silveira na introdução de sua tese de doutorado, a adoção de uma posição libertariana (neoliberal) poderia levar à conclusão de que as reflexões sobre a distribuição dos bens e recursos de saúde deveria seguir a lógica da eficiência do mercado. Nas palavras do autor, na visão libertária, “variados serviços, pacotes, seguros e/ou planos de saúde [...] poderiam ser ofertados em um livre mercado, os quais poderiam ser comprados de acordo com as preferências individuais” (SILVEIRA, 2017, p. 25). Cada indivíduo, nesse sentido, compreendido como agente maximizador de suas preferências e utilidades individuais, faria as suas escolhas no mercado, tendo como balizas, apenas e tão somente, as regras econômicas de aquisição de propriedade (estabelecidas pelo regulador).

1.2 Libertalismo-Igualitário²¹ e o resgate do interesse público na regulação

1.2.1 Introdução

O ceticismo quanto ao interesse público decorrente, como visto, da ideia de que a regulação seria inevitavelmente parasitada pelos interesses privados, seja dos grupos de interesse que fazem pressão sobre o regulador para obter normas mais vantajosas (Teoria da Captura), seja do próprio regulador que é compreendido como um indivíduo (ou grupo de indivíduos) maximizador de sua utilidade individual (*public choice* e Análise Econômica do Direito), abriu espaço para o argumento de que o Estado deveria intervir o mínimo possível no mercado e que, quando o fizesse, deveria procurar apenas criar condições ótimas para que os indivíduos, racionalmente, gerem ganhos de utilidade tanto para si quanto para a sociedade como um todo.

²¹ O que se denomina por “Liberalismo Igualitário” ou “Justiça Igualitária” consiste em uma posição normativa que compreende a liberdade e a igualdade como valores que não são conflitivos, mas sim que devem ser garantidos aos cidadãos integrantes de uma sociedade democrática de acordo com critérios estabelecidos por uma concepção pública de justiça. Todos os autores que, de alguma forma, pretendam construir uma concepção de justiça distributiva fundamentada com base nesse pressuposto podem ser incluídos na corrente de pensamento liberal-igualitária, cujo maior expoente é John Rawls. O equilíbrio entre a liberdade e a igualdade estão expressos no conceito de Igualdade Democrática, que é atingida pela sociedade quando as instituições sociais são ordenadas de modo a cumprir as diretrizes axiológicas dos princípios de justiça, a saber, garantir a todos o igual acesso a um sistema de liberdades compatível com liberdades semelhantes aos outros e que as desigualdades sociais sejam razoavelmente previstas para o proveito de todos e, também, que estejam ligadas a cargos e posições abertos a todos em igualdade equitativa de oportunidades. (ABBAGNANO, 2007, p. 685).

A proteção da saúde também deveria seguir a lógica da racionalidade de mercado. Nessa linha de raciocínio, a saúde seria otimizada na medida em que as pessoas, individualmente, fizessem no mercado as escolhas de quais serviços desejam contratar. No mesmo sentido, a regulação do mercado de saúde deveria se ater à garantia de eficiência da atuação das operadoras de planos de saúde (corrigindo, portanto, as falhas de mercado), bem como à previsão de direitos aos consumidores (relativos à relação contratual com as operadoras) e à informação necessária para decidir o melhor pacote de benefícios que atenda às suas necessidades.

Em termos de Política de Saúde, a visão de mundo acima descrita assumiria a possibilidade de um Sistema de Saúde segmentado, que fosse totalmente sensível às escolhas individuais e cujo pacote de serviços seria decorrente do quanto as pessoas estariam dispostas a pagar por proteção à saúde no decorrer de suas vidas. Isso ocorre, por exemplo, em países que adotam um Sistema de Liberal de Saúde, estruturado na atuação da iniciativa privada, na regulação mínima do mercado e no financiamento pelos indivíduos, famílias e empregadores (SCHEFFER; AITH, 2016).

A visão da saúde como “bem de mercado”, bem como a admissão da **segmentação indiscriminada** do sistema apenas com base na capacidade de pagamento, não é um modelo adequado para interpretar o direito à saúde no Brasil, tanto no Sistema Público quanto no mercado da saúde suplementar.

Como será visto no capítulo 3, na Reforma Sanitária no Brasil a opção foi por compreender a saúde como direito de cidadania, e não apenas como um bem à disposição para aquisição no mercado. Conforme ensinam Mário Scheffer e Fernando Aith, a adoção de um Sistema Nacional de Saúde a partir da Constituição Federal de 1998 representa a “expressão da solidariedade que unisse os brasileiros a fim de responder às necessidades individuais e coletivas de saúde” (SCHEFFER; AITH, 2016, p. 359).

Enquanto projeto social, **a proteção da saúde não pode ser compreendida apenas a partir de critérios de eficiência econômica**, muito menos ficar relegada à responsabilidade individual. Como ensina Vieira-da-Silva, a Saúde Coletiva desenvolve-se como campo de investigação teórica e como espaço social de atuação da medicina que tem como objeto “o processo saúde-doença na sua dimensão coletiva” (VIEIRA-DA-SILVA, 2015, p. 24).

A abordagem da saúde em sua dimensão coletiva exige uma reflexão à luz de uma teoria da justiça distributiva que ofereça critérios morais para a distribuição dos bens

sociais. Com efeito, somente com a compreensão das questões de saúde sob a ótica da justiça distributiva é que podemos conceber não apenas a importância que o Estado e demais agentes reguladores devem dispensar à regulação do mercado de saúde privada, mas também visualizar os efeitos distributivos das decisões regulatórias.

É necessário, portanto, uma base teórico-normativa que permita compreender as questões de saúde sob a ótica da justiça distributiva. O pensamento liberal-igualitário de John Rawls pode fornecer critérios de justiça para avaliarmos as consequências das decisões regulatórias em saúde, inclusive para o mercado da saúde suplementar.

1.2.2 Por que John Rawls? Justiça Igualitária e ceticismo

Não há dúvidas de que John Rawls é um dos filósofos políticos mais influentes do século XX. O seu livro “Uma teoria da justiça”, cuja versão original data de 1971, foi lançado em um momento em que predominava o ceticismo no campo da Teoria Política Normativa. Não apenas a teoria rawlsiana oferece argumentos para demonstrar que a liberdade e a igualdade são valores que podem ser conciliados, como também para contestar a postura cética que predomina na filosofia de matriz utilitarista.²²

Com efeito, no campo da Teoria Política Normativa, o ceticismo deriva do domínio do Positivismo Lógico ou Empirismo Lógico, cuja premissa teórica “é a redução da filosofia à análise da linguagem” (ABBAGNANO, 2007, p. 381). Nesse sentido, explicando a existência de duas tendências fundamentais dentro do Empirismo Lógico, conclui Abbagnano que todas as versões desse paradigma filosófico “compartilham [...] a tese de que todos os enunciados metafísicos são desprovidos de sentido, porque não verificáveis empiricamente” (ABBAGNANO, 2007, p. 381). Isso significa que uma proposição somente é considerada como dotada de significado se a sua verdade puder ser verificada em si mesma (como ocorre nas proposições lógicas e nas matemáticas) ou se for comprovável empiricamente.

O critério da maximização de riquezas da Análise Econômica do Direito possui como premissa de que uma decisão deve ser avaliada com base nos efeitos práticos

²² Em sua apresentação à edição brasileira de “Uma teoria da justiça”, o professor Álvaro de Vita menciona razões de ordem metodológica para um verdadeiro “eclipse” na Teoria Política Anglo-Saxônica entre o final do século XIX e a metade do século XX, notadamente pela prevalência de “uma atitude intelectual de ceticismo sobre a possibilidade de submeter valores e julgamentos avaliativos a um exame e a uma discussão racionais” (VITA, 2016, p. XII).

acarretados para o bem-estar da sociedade. Limitar a avaliação dos juízos morais apenas a critérios econométricos significa empobrecer o debate sobre as questões controversas da sociedade e, na verdade, o alcance da própria Teoria Política Normativa.

Conforme ensina Isaiah Berlin, a Teoria Política Normativa deve, essencialmente, debater questões de natureza normativa (moral). Para além da lógica ou do conhecimento empírico, a teoria política está essencialmente comprometida com a avaliação moral das questões controversas da sociedade (BERLIN, 2002, p. 114).

Da mesma forma, o Direito, inclusive a teoria da regulação, não pode prescindir da Teoria Política Normativa, visto que a interpretação do Direito não é uma atividade puramente técnica, mas também (e fundamentalmente) moral. A esse respeito, afirma Ronald Dworkin que a interpretação de uma determinada prática jurídica/institucional deve oferecer uma justificação que não apenas se adeque (*fit*) àquela prática, mas também “descreva um valor suficientemente importante para o qual aquela prática serve”.²³

Nesse sentido, a postura cética e individualista da Análise Econômica do Direito faz com que o interesse público fique permeável ao discurso economicista e limitado à lógica de eficiência de mercado. Conforme alerta Mike Feintuck, se a regulação for mensurada apenas com a métrica econômica, corre-se o risco de “[...] terminar apenas valorizando o mensurável, ao invés de mensurar, e regular para, o valioso”.²⁴

A Justiça Igualitária de John Rawls representa uma alternativa tanto ao ceticismo do positivismo lógico quanto às doutrinas utilitaristas. Trata-se, nesse sentido, de uma teoria que atribui à Teoria Política Normativa uma função prática, qual seja, a de “enfocar questões profundamente controversas e verificar se, a despeito das aparências, é possível descobrir alguma base subjacente de acordo filosófico e moral” (RAWLS, 2003, p. 2). Nas palavras de Catherine Audard, a teoria rawlsiana pretende, no limite, demonstrar que “é possível reconciliar os direitos democráticos e as liberdades com a justiça social — direitos humanos e respeito à pessoa humana com eficiência econômica”.²⁵

A teoria liberal-igualitária pode contribuir, e muito, para a teoria da regulação, especialmente em se tratando da regulação em saúde, que não possui apenas uma dimensão técnica/econômica, mas é também e, essencialmente, moral, por se tratar da

²³ Tradução livre de: “[...] *describe some sufficiently important value that the practice serves*” (DWORKIN, 2006, p. 15).

²⁴ Tradução livre de: “[...] *we may end up valuing the measurable, rather than measuring, and regulating for, the valuable*” (FEINTUCK, 2010, p. 56).

²⁵ Tradução livre de: “[...] *it is possible to reconcile democratic rights and freedoms with social justice – human rights and respect for persons with economic efficiency.*” (AUDARD, 2007, p. 4).

efetivação de um direito fundamental.

1.2.3 As premissas teóricas do pensamento de John Rawls

Para compreender a contribuição da teoria rawlsiana para a regulação em saúde, faz-se necessário primeiro a apresentação de alguns conceitos que são fundamentais para a gramática da Justiça como Equidade (*Justice as Fairness*). Nesse sentido, a presente seção tem por objetivo apresentar alguns conceitos fundamentais da teoria rawlsiana, principalmente aqueles relacionados aos aspectos distributivos e que serão importantes para as reflexões sobre a influência da justiça distributiva na regulação da Saúde Suplementar (que será proposta a seguir).

1.2.3.1 Estrutura básica da sociedade e bens primários

Para compreender Rawls é necessário ter em mente que o foco da justiça igualitária rawlsiana não é a ação individual,²⁶ mas a **estrutura básica da sociedade**, ou seja, as principais normas jurídicas e instituições que estruturam a vida social. De forma sintética, Rawls define a estrutura básica da sociedade como “a maneira pela qual as principais instituições sociais se arranjam em um sistema único, pelo qual consignam direitos e deveres fundamentais e estruturam a distribuição de vantagens resultante da cooperação social” (RAWLS, 2003, p. 3).

A expressão “principais instituições sociais” compreende, certamente, as instituições de acesso aos cargos públicos de poder e autoridade, o sistema educacional, o sistema de saúde, o sistema tributário, além das normas que regulamentam a distribuição de direitos individuais, direito de herança, e as normas que regulamentam, de uma forma geral, a distribuição de renda e riqueza na sociedade (VITA, 2008, p. 30).

Conforme destaca Brian Barry (1995), a concepção de uma “estrutura básica” é uma abstração feita por Rawls, posto que o que é possível se observar no mundo real é o

²⁶ “Justiça é a primeira virtude das instituições sociais”. Tradução livre de: “*Justice is the first virtue of social institutions [...]*” (RAWLS, 1999, p. 3). Essa passagem de “Uma teoria da justiça” demonstra como Rawls não compreende a justiça como uma virtude para avaliação das ações individuais, mas sim como valor dirigido primariamente à disposição das instituições sociais (estrutura básica da sociedade). Em uma importante passagem do livro (§17), Rawls enfatiza que a justiça tem como objeto a avaliação da forma como as instituições sociais lidam com contingências naturais (a “loteria natural”) e com contingências sociais (a “loteria social” que Dworkin denomina “sorte bruta”), bem como com as trocas de titularidades resultantes de inúmeras escolhas que os indivíduos realizam durante suas vidas (RAWLS, 1999, p. 87).

efeito das normas e das instituições sobre cada um dos aspectos fundamentais da vida dos cidadãos (educação, saúde, renda, segurança, etc.). Nesse sentido, Barry afirma que a preocupação de Rawls é com a forma como “as instituições funcionam sistematicamente para beneficiar alguns e prejudicar outros”.²⁷

A estrutura básica deve ter por objetivo “uma distribuição equitativa e imparcial dos recursos sociais [...]” (RAWLS, 1999, p. 75-76). Os recursos sociais não devem ser distribuídos de acordo com uma concepção de “maximização da riqueza”, nem com base no princípio da utilidade, mas sim de modo a propiciar uma **distribuição equitativa**, de acordo com critérios de justiça aceitos por todos. A preocupação da teoria rawlsiana é justamente com a distribuição dos chamados “bens primários”, que são os recursos que toda pessoa razoável e racional presumidamente deseja, e a partir dos quais as pessoas colocarão em prática seus planos de vida. Nesse sentido, Rawls parte da seguinte premissa:

todos os bens primários sociais — liberdade e oportunidade, renda e riqueza, e as bases do autorrespeito — devem ser distribuídos equitativamente, a menos que uma distribuição desigual de qualquer um ou de todos estes bens seja vantajosa para os menos favorecidos.²⁸

O trecho acima citado é de extrema importância, pois reflete as bases deontológicas da teoria rawlsiana. O Estado deve propiciar uma distribuição equitativa dos bens primários, como forma de propiciar aos indivíduos os meios para a realização de seus planos de vida, bem como de reconhecer que todos são dignos de igual respeito e consideração (DWORKIN, 2000). Nas palavras de Vita, a doutrina rawlsiana pretende criar condições institucionais para “cada um desenvolver um sentido do valor dos próprios objetivos [...]” (VITA, 1999, p. 42).

Em contraposição ao “indivíduo maximizador racional da utilidade” de Posner, a Justiça Igualitária compreende o **indivíduo como portador de um senso de justiça, de uma concepção de bem, e disposta a construir uma sociedade em que os frutos da cooperação social são distribuídos de acordo com uma concepção pública de justiça**. Os bens primários consistem, assim, em uma “base pública exequível de comparação

²⁷ Tradução livre de: “[...] way in which institutions work systematically so as to advantage someone and disadvantage others.” (BARRY, 1995, p. 214).

²⁸ Tradução livre de: “All social values—liberty and opportunity, income and wealth, and the social bases of self-respect—are to be distributed equally unless an unequal distribution of any, or all, of these values is to everyone’s advantage.” (RAWLS, 1999, p. 54)

interpessoal” (RAWLS, 2011, p. 213), na medida em que a métrica da justiça rawlsiana²⁹ é justamente a forma como as instituições sociais distribuem as liberdades individuais, o acesso a cargos e posições de responsabilidade nas instituições políticas e econômicas, a renda e a riqueza e as bases sociais do autorrespeito.

Uma vez compreendido o foco da teoria de Rawls na estrutura básica, bem como a função dos bens primários como base pública exequível de comparação interpessoal, faz-se necessário responder o seguinte questionamento: como são construídos os princípios de justiça que ordenarão a estrutura básica da sociedade e fornecerão os critérios para a distribuição equitativa dos bens primários?

1.2.3.2 Posição Original e a construção dos princípios de justiça

Neste ponto John Rawls se filia à doutrina contratualista. Com efeito, em “Uma teoria da justiça”, mais precisamente no capítulo 3, Rawls explica de forma detalhada a situação contrafactual denominada “Posição Original” (*Original Position*), na qual os princípios de justiça serão racionalmente deliberados e escolhidos pelos indivíduos.

Necessário destacar que os indivíduos que se encontram nessa “Posição Original” são pessoas livres, iguais e portadores de duas faculdades morais, quais sejam, um senso de justiça³⁰ e a capacidade para uma concepção de bem. Conforme destaca Catherine Audard, dizer que os indivíduos são livres, iguais e com senso de justiça representa que são “pessoas autônomas e responsáveis, que se *submetem apenas aos princípios e leis que aceitaram voluntariamente*”.³¹

Nesse sentido, a Posição Original representa uma situação de *igualdade moral*

²⁹ A métrica dos bens primários como base de comparações interpessoais é exatamente esse critério que permitirá Rawls defender que o propósito da justiça distributiva não é avaliar cada uma das trocas de titularidades que ocorrem no mercado (ou seja, avaliar o comportamento individual de cada cidadão), mas determinar a forma como a estrutura básica da sociedade deve ser ordenada para que um sistema de cooperação social se mantenha equitativo, eficiente e produtivo de uma geração para outra (RAWLS, 2003, p. 70).

³⁰ Afirmar que as pessoas possuem como capacidade o “senso de justiça” significa que, uma vez reconhecido que os princípios foram escolhido de forma justa (imparcial), e que representam um parâmetro íntegro para a solução dos conflitos morais, os indivíduos os aceitarão como concepção pública de justiça, cuja obediência é devida para todos, e poderão “confiar umas nas outras para compreender e agir de acordo com os princípios que finalmente sejam acordados entre elas”. Tradução livre de: “[...] *parties can rely on each other to understand and to act in accordance with whatever principles are finally agreed to*” (RAWLS, 1999, p. 125). Rawls, nesse sentido, não defende uma obediência cega e irrestrita aos princípios, mas sim que as partes reconheçam a racionalidade e a integralidade das regras expressas nos princípios de justiça: obedecem, portanto, não simplesmente porque é um dever, mas porque reconhecem que é justo.

³¹ Grifo nosso e tradução livre de: “[...] *autonomous and responsible agents, submitting only to principles and laws that we have ourselves agreed to.*” (AUDARD, 2007, p. 83).

entre os indivíduos, que estão cobertos pelo “véu da ignorância”,³² ou seja, que não sabem ainda a posição social que vão ocupar (classe social, *status*, distribuição de bens ou direitos, condição de saúde, etc.) e que por essa razão escolherão com *imparcialidade e reciprocidade* os princípios de justiça que orientarão a formação da estrutura básica da sociedade. A Posição Original, portanto, consiste numa abstração que “ajuda a nos desvincular do imediatismo e da subjetividade das nossas crenças morais e a modelar a moralidade política de uma forma mais clara”.³³

O “véu da ignorância” funciona como uma garantia de que os princípios serão escolhidos com **imparcialidade** pelos indivíduos. Com efeito, ao não saberem os detalhes sobre a sua posição social, nem sobre a concepção de “bem” que adotaram, os indivíduos tenderão a escolher os princípios que ordenarão a estrutura básica de forma a assegurar que os recursos sociais (os já mencionados bens primários) serão distribuídos equitativamente. Referidos princípios, portanto, representam uma concepção pública de justiça, aceita por todos os indivíduos, e que servirão como “última instância de apelação para a ordenação das reivindicações conflitantes de pessoas morais”.³⁴

Embora não saibam detalhes sobre a sua posição social e a sua concepção de bem, Rawls explica que, na Posição Original, os indivíduos possuem a clara noção de que é racional desejar possuir “mais bens primários do que menos”.³⁵

Ora, considerando a própria lista de bens primários proposta por Rawls, os princípios de justiça deverão trazer critérios para a distribuição das liberdades individuais, do acesso aos cargos políticos e econômicos e para as desigualdades de renda e riqueza na sociedade.

A base institucional para a realização de uma sociedade justa se dá, assim, a partir da ordenação das instituições básicas da sociedade de acordo com os princípios de justiça. John Rawls realizou diversas formulações dos princípios de justiça, desde os primeiros esboços em “Uma teoria da justiça” até a formulação definitiva em “O liberalismo político”, abaixo transcrita:

³² Will Kymlicka explica que o véu da ignorância “não é a expressão de uma teoria da identidade pessoal. É um teste intuitivo de equidade, da mesma maneira que tentamos assegurar uma divisão equitativa de um bolo fazendo com que a pessoa que vai cortá-lo não saiba com qual pedaço vai ficar”. (KYMICKA, 2006, p. 79).

³³ Tradução livre de: “[...] helps to detach us from the immediacy and subjectivity of moral beliefs and to model political morality in a clearer way” (AUDARD, 2007, p. 84).

³⁴ Tradução livre de: “[...] final court of appeal for ordering the conflicting claims of moral persons” (RAWLS, 1999, p. 117).

³⁵ Tradução livre de: “[...] more primary social goods rather than less” (RAWLS, 1999, p. 123).

(Primeiro Princípio) cada pessoa tem um direito igual a um sistema plenamente adequado de direitos e liberdades iguais, sistema esse que deve ser compatível com um sistema similar para todos. E, nesse sistema, as liberdades políticas, e somente estas liberdades, devem ter seu valor equitativo garantido.

(Segundo Princípio): as desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas exigências: em primeiro lugar, devem estar vinculadas a posições e cargos abertos a todos em condições de igualdade equitativa de oportunidades; em segundo lugar, devem se estabelecer para o maior benefício possível dos membros menos privilegiados da sociedade. (RAWLS, 2011, p. 6)

Os princípios de justiça expressam o caráter **liberal-igualitário** do pensamento rawlsiano e servem de diretriz (concepção pública de justiça) para a constituição das instituições que compõem a estrutura básica da sociedade. A preocupação com a garantia da liberdade está expressa no primeiro princípio de justiça, o qual garante a todos os cidadãos um amplo acesso a um **sistema de proteção às liberdades fundamentais**; aliás, referido acesso é garantido com uma ordenação de estrita igualdade, ou seja, o sistema de liberdades fundamentais deve ser indiscriminadamente garantido a todos, sendo dever da sociedade garantir constitucionalmente a proteção à liberdades políticas, inclusive como prioridade com relação ao segundo princípio de justiça.

O segundo princípio, no entanto, é dividido em duas subregras, as quais expressam critérios para que desigualdades econômicas sejam consideradas “toleráveis” em uma sociedade justa. A primeira regra vincula eventual desigualdade à **igualdade equitativa de oportunidades** para o acesso a cargos e posições; em outras palavras, somente se justifica uma desigualdade socioeconômica se foi garantido, prioritariamente, o acesso a cargos e posições com igualdade de oportunidades.

Por sua vez, a segunda regra, denominada de “princípio diferença”, representa um dos aspectos mais polêmicos e de maior discussão do pensamento de John Rawls. Trata-se de um componente distributivo que rejeita a ideia de que a igualdade deve ser conseguida a qualquer custo, uma vez que se admite certo patamar de desigualdade socioeconômica se esse fato refletir uma vantagem para os indivíduos que estão em uma situação de desvantagem. Conforme a lição de Álvaro de Vita, o princípio da diferença admite que as instituições básicas da sociedade coloquem em prática uma ideia de justiça *maximin*, segundo a qual “é preferível um arranjo institucional que garanta um quinhão maior em termos absolutos, ainda que não igual, de bens primários para todos, a outro no

qual uma igualdade de resultados é assegurada à custa de reduzir as expectativas de todos” (VITA, 2007, p. 251).

Para se compreender melhor, a ideia da **justiça maximin** é justamente otimizar a situação dos que estão em desvantagem na distribuição dos recursos sociais. A explicação da justificação da desigualdade com base nesse princípio parte do seguinte exemplo³⁶: imaginemos uma situação em que as pessoas possam ser divididas de acordo com o binômio “pessoas em vantagem” (*more fortunate*) e “pessoas em desvantagem” (*less fortunate*). Nessa situação, caso a soma dos bens sociais disponíveis entre os indivíduos obedecer um cálculo aritmético, no qual a soma da diferença dos bens que os indivíduos “em vantagem” possuem a mais que os “em desvantagem” seja igual a “zero”, não há qualquer justificativa para a desigualdade entre eles; todavia, em situações nas quais esse cálculo não seja feito de forma aritmética (ou seja, a disponibilidade de bens não é estanque, mas sim dinâmica), de modo que seja possível organizar as instituições para fazer com que haja uma produção de bens que permita uma distribuição eficiente e que permita que a distribuição, embora desigual, seja mais benéfica a todos (principalmente aos “em desvantagem”), essa desigualdade seria admitida pelo princípio da diferença.

A justiça ou injustiça de uma determinada situação depende, assim, da forma como as instituições tratam essa situação. Conforme afirma Rawls:

a distribuição natural não é nem justa, nem injusta; nem é justo ou injusto que as pessoas nasçam em uma determinada posição social. Esses são simplesmente fatos naturais. O que é justo ou injusto é a forma como as instituições lidam com esses fatos.³⁷

Caso as instituições sociais sejam organizadas de modo a cumprir as determinações dos princípios de justiça (garantia de liberdades individuais, igualdade de oportunidades no acesso a cargos e posições nas instituições políticas e econômicas e princípio da diferença), não haverá a incorporação da arbitrariedade da distribuição natural na estrutura básica da sociedade. Pelo contrário, ao invés de incorporar a injustiça da distribuição natural, a estrutura básica pode funcionar para fazer com que as contingências naturais “funcionem para o bem daqueles que estão em posição de

³⁶ O exemplo foi construído a partir da explicação da *justiça maximin* feita por Philippe Van Parijs no artigo “Difference Principles” (2003, p. 203).

³⁷ Tradução livre de: “*The natural distribution is neither just nor unjust; nor is it unjust that persons are born into society at some particular position. These are simply natural facts. What is just and unjust is the way that institutions deal with these facts.*” (RAWLS, 1999, p. 87).

desvantagem”.³⁸

Nesse sentido, Rawls sustenta que a sociedade pode funcionar a partir de uma concepção de **justiça procedimental pura**,³⁹ que pressupõe: (i) a organização das instituições sociais de acordo com os dois princípios de justiça, para propiciar a distribuição equitativa dos bens sociais; (ii) a concepção do bem como racionalidade, no sentido de que os indivíduos são vistos como livres e iguais e responsáveis pela execução dos seus planos racionais de vida a partir da distribuição dos bens sociais propiciada pela estrutura básica.

Rawls desenha, portanto, uma estrutura institucional em que os direitos e garantias fundamentais relacionados à liberdade individual (primeiro princípio) seriam previstos no texto constitucional com absoluta prioridade. Uma vez garantido o acesso a esse amplo sistema de liberdades, as desigualdades socioeconômicas seriam tratadas em um segundo nível (nível legislativo), de modo que as políticas públicas sejam ordenadas para “maximizar as expectativas dos menos favorecidos em condições de igualdade equitativa de oportunidades”.⁴⁰

A questão agora é compreender qual o papel que a saúde desempenha na estrutura conceitual do pensamento rawlsiano, bem como visualizar as diretrizes axiológicas que os princípios de justiça podem fornecer para pensarmos a regulação da saúde.

³⁸ Tradução livre de: “[...] *work for the good of the least fortunate*” (RAWLS, 1999, p. 87).

³⁹ Rawls faz a distinção entre três espécies de justiça procedimental: a pura, a perfeita e a imperfeita. Na justiça procedimental perfeita, há a necessidade de que se estabeleça um “critério independente para decidir qual resultado é justo e um método que com certeza levará a ele” (RAWLS, 2016, p. 103-104). O exemplo rawlsiano clássico para a justiça procedimental perfeita é o da divisão equitativa de um bolo para um certo número de indivíduos (*cake game example*). O critério de avaliação do resultado para essa divisão é o seguinte: o indivíduo que vai cortar o bolo precisa dividi-lo em partes iguais e garantir a maior fatia possível para si. Por sua vez, o método para assegurar o resultado equitativo consiste em deixar o indivíduo que vai cortar o bolo para receber o último pedaço. Por sua vez, na justiça procedimental imperfeita, embora haja um critério independente para a avaliação do resultado, não há um método que garanta que esse resultado será atingido. O exemplo utilizado por Rawls para esse modelo é o do julgamento no processo penal. Neste caso, embora existam critérios para se avaliar a justiça do resultado (por exemplo, o culpado deve ser punido e o inocente deve ser absolvido), pelo fato de a decisão ser amparada em um conjunto probatório que pode conter falhas, não há um método que assegure a correção do resultado. Assim, “a marca característica da justiça procedimental imperfeita é que, embora exista um critério independente para definir o resultado correto, não há um procedimento exequível que leve a ele infalivelmente” (RAWLS, 2016, p. 104). Já na justiça procedimental pura — que é o modelo de justiça procedimental concebido por Rawls para o arranjo institucional da estrutura básica da sociedade — “existe um procedimento correto ou justo que leva a um resultado também correto ou justo, seja qual for, contanto que se tenha aplicado corretamente o procedimento” (RAWLS, 2016, p. 104). Nesse caso, não há critério independente para a avaliação da correção do resultado, sendo que a equidade é garantida pela observância estrita das regras estabelecidas pelo procedimento.

⁴⁰ Tradução livre de: “[...] *maximizing the long-term expectations of the least advantaged under conditions of fair equality of opportunity* [...]” (RAWLS, 1999, p. 175).

1.3 Princípios de justiça e a regulação em saúde

1.3.1 A saúde na justiça rawlsiana

A teoria rawlsiana acima descrita visa à construção de uma sociedade na qual as instituições básicas são ordenadas de modo a distribuir os frutos da cooperação social (“os bens primários”) de forma equitativa. Isso significa que a distribuição dos recursos (liberdades básicas, acesso a cargos e posições nas instituições políticas e econômicas, renda e riqueza e as bases sociais do autorrespeito) devem seguir critérios de justiça publicamente aceitos, de modo a propiciar aos indivíduos o desenvolvimento de seus planos de vida (concepções de bem) em igualdade equitativa de oportunidades.

Os bens primários, conforme dito, consiste em coisas que qualquer pessoa racional deseja, posto que são os recursos necessários para o desenvolvimento das mais diversas concepções de bem. Este é um dos pontos fundamentais em que a igualdade e a liberdade se harmonizam no liberalismo igualitário: na medida as instituições sociais promovem a distribuição equitativa dos bens primários, permite-se que os indivíduos sejam livres para desenvolver em plenitude as suas concepções de “bem”, em igualdade de oportunidades.

Embora Rawls não tenha expressamente se manifestado sobre o papel que a saúde desempenha em sua concepção de justiça,⁴¹ a sua teoria fornece importantes instrumentos para se refletir sobre o papel da justiça na distribuição de oportunidades médicas.

O ponto de partida para essa reflexão é a seguinte pergunta: de que forma as restrições à saúde afetam a vida de uma pessoa? A esse respeito, tanto Thomas Pogge (1989) quanto Norman Daniels (2008) ressaltam que a proteção à saúde deve ser fundamentada como decorrência da igualdade equitativa de oportunidades.

⁴¹ Vide, a respeito, Pogge (1989) e Daniels (2008). Com efeito, Pogge (1995) ressalta que o fato de Rawls não ter se manifestado expressamente sobre a importância da saúde não significa que ela não tenha um papel importante para compreensão de sua teoria da justiça. Pelo contrário, desprezar o fato de que as instituições básicas da sociedade possuem um dever de distribuir as oportunidades médicas de forma equitativa pode gerar sérios problemas para o ideal da igualdade equitativa de oportunidades (POGGE, 1989, p. 181 *et seq.*). Por sua vez, Daniels (1981) pondera que os princípios de justiça na teoria de Rawls são construídos a partir de uma concepção de indivíduo com a plenitude de suas faculdades morais, mentais e físicas. Nas palavras de Daniels, a Posição Original é “idealizada para ser aplicada por indivíduos que são membros da sociedade normais, ativos e plenamente cooperativos durante todas as suas vidas. Não há [na teoria de Rawls] teoria distributiva sobre os serviços de saúde porque ninguém está doente” (DANIELS, 1981, p. 164). Daniels pondera, no entanto, que a reflexão sobre a saúde é de fundamental importância, uma vez que restrições à saúde podem acarretar limitações ao conjunto de oportunidades exercitáveis pelos indivíduos, aspecto fundamental do princípio da igualdade equitativa de oportunidades (DANIELS, 2008, p. 46 *et seq.*).

O reflexo direto da saúde na igualdade de oportunidades faz com que a saúde seja um “bem de importância moral especial” (DANIELS, 2008) ou, como destaca Pogge, um “bem de grande importância estratégica” (POGGE, 1989, p. 182). Vejamos as considerações de ambos os autores.

1.3.1.1 O argumento de Thomas Pogge: o princípio da proteção à saúde (*health protection*)

O argumento de Pogge é muito elucidativo para demonstrar a importância da saúde na justiça rawlsiana. No livro “Realizing Rawls” (1995), Pogge dedica um tópico apenas para discorrer sobre a aplicação das premissas da teoria de Rawls para as “oportunidades médicas” (“*Medical Opportunities*”). Ao abordar o tema, Pogge tem em mente a forma como a estrutura básica da sociedade deve distribuir as oportunidades médicas na sociedade. Nesse sentido, Pogge parte da premissa de que as restrições à saúde de um indivíduo são fatos decorrentes de contingências naturais e que, inevitavelmente (em maior ou menor medida), impõem **limitações na capacidade que uma pessoa possui de participar normalmente da interação social**. Ora, se o objetivo central da teoria rawlsiana é justamente propiciar uma distribuição dos bens primários para permitir que os indivíduos desenvolvam as suas concepções de bem, é decorrência lógica o dever do Estado de promover o acesso a serviços que protejam, promovam e recuperem a saúde.

Pogge sustenta, nesse sentido, que, para compensar esses acontecimentos fortuitos, relacionados a deficiências ou fator genético, a saúde deve ser concretizada a partir de um ideal de “*health protection*” (proteção à saúde), definido como “acesso a tratamentos médicos quando necessário”,⁴² de modo que o princípio da igualdade de oportunidades exige que “todos, de forma aproximada, tenham acesso de forma equivalente à proteção da saúde”.⁴³

Isso não significa, no entanto, que a sociedade deverá atender, de forma indiscriminada, toda e qualquer necessidade médica, nem que a sociedade deva despender recursos infinitamente para o atendimento de necessidades médicas. Pogge, considerando que os recursos sociais são escassos, argumenta que não seria razoável (nem racional)

⁴² Tradução livre de: “[...] *access to medical care when needed*” (POGGE, 1989, p. 185).

⁴³ Tradução livre de: “[...] *that everyone should have access to roughly equivalent health protection*” (POGGE, 1989, p. 185).

esperar que o Estado satisfaça todas as necessidades de saúde de seus cidadãos; pelo contrário, é de se esperar que o Estado imponha critérios para racionalizar os gastos em saúde, de modo a propiciar a todos uma “proteção à saúde minimamente adequada” (“*minimally adequate health protection*”) (POGGE, 1989, p. 186).

A discussão do que seria essa “proteção à saúde minimamente adequada” é um problema complexo que, no caso brasileiro, se volta principalmente à interpretação dos princípios da universalidade, igualdade de acesso e da integralidade, que são valores (diretrizes) gerais do Sistema Único de Saúde. Essa questão envolve a discussão sobre a racionalização dos gastos em saúde e sobre o conflito existente entre autores que adotam o chamado “princípio do resgate” (*rescue principle*) — segundo o qual a saúde é um bem supremo e superior a qualquer outro, cuja concretização exige que o Estado adote todo esforço necessário, inclusive sobre o ponto de vista recursal — e os autores que adotam uma postura mais conservadora, defendendo a existência de limites ao “princípio do resgate”, uma vez que, embora a saúde seja um bem social de importância moral especial, seria possível estabelecer critério e limites para a responsabilidade estatal em concretizar esse direito.⁴⁴

⁴⁴ Em um interessante texto sobre a necessidade de racionalização dos gastos em saúde, o filósofo norte-americano Ronald Dworkin explica que, para os autores que defendem o princípio do resgate, a saúde é vista como um bem com três características: (i) a primeira característica é considerar a saúde como um bem social supremo, que tem prevalência sobre todos os demais bens sociais; (ii) em segundo lugar, esse ideal recomenda que a saúde seja distribuída de acordo com um ideal de estrita igualdade, de modo que nenhum cidadão seja privado de serviços de saúde em razão de não possuir meios para pagar pelo mesmo; (iii) a terceira característica é denominada por Dworkin como “princípio de resgate” (*rescue principle*), segundo o qual a sociedade não deve medir esforços, inclusive recursais, para salvar a vida de um cidadão, não havendo, assim, limites para os gastos em saúde (DWORKIN, 1993, p. 885). Seguindo a mesma linha argumentativa, Daniels e Sabin denominam essa abordagem (que acima foi batizada por Dworkin de “princípio do resgate”) de “*Health-Is-Priceless Advocate*” (defensores da saúde-não-tem-preço), para os quais a “justiça significa que as necessidades médicas devem ser atendidas independentemente do que compete com elas.” Tradução livre de: “[...] *justice means meeting medical needs regardless of what seems to compete with them.*” (DANIELS; SABIN, 2002, p. 13). Conforme visto, Daniels também defende que a saúde é um bem moral com importância especial e, ainda, que as instituições de saúde fazem parte da “estrutura básica da sociedade” sendo, portanto, um dever do Estado prestar serviços médicos e preservar a “*normal functioning*” dos cidadãos. Todavia, esse é o único ponto do argumento de Daniels que possui alguma semelhança com a abordagem da “saúde-não-tem-preço” (ou “ideal de isolamento”, criticado por Dworkin). Com efeito, Daniels não defende que a saúde seja distribuída de acordo com o ideal de “estrita igualdade”. Ora, a igualdade democrática rawlsiana consiste na combinação da igualdade equitativa de oportunidades com o princípio da diferença, os quais admitem a existência de desigualdades sociais, desde que sejam destinadas “para o maior benefício possível dos membros menos privilegiados da sociedade” (RAWLS, 2011, p. 6). Não há, assim, a defesa de uma “igualdade estrita” para a saúde. Outro ponto importante é o fato de Daniels reconhecer a influência decisiva que os “determinantes sociais de saúde” exercem sobre a promoção da saúde da população, de modo que se mostra também incompatível a afirmação de que a saúde possui “prevalência sobre os demais bens sociais”. Com efeito, o acesso a serviços médicos deve ser compreendido, para Daniels, apenas como um dos “fatores sociais de saúde”, o qual deve ser balizado com os demais fatores (moradia, saneamento, segurança e salubridade no trabalho, etc.), tendo

O argumento exposto demonstra a importância de a sociedade garantir **a equidade no acesso a oportunidades médicas** como forma de preservar a igualdade de oportunidades, ou seja, para propiciar a todos o atendimento de necessidades médicas (*health needs*) para permitir o desenvolvimento de seus planos racionais de vida.

1.3.1.2 O argumento de Norman Daniels: o funcionamento normal da espécie (*normal species functioning*) e a igualdade de oportunidades

O argumento de Pogge acima exposto é de extrema importância para demonstrar a importância da saúde para a justiça distributiva rawlsiana, notadamente para a aplicação dos princípios de justiça socioeconômica. Demonstra, por um lado, o dever estatal de propiciar uma “proteção minimamente adequada à saúde” a todos os cidadãos, mas, por outro lado, a necessidade de **racionalização dos gastos em saúde**, ante a impossibilidade prática de se atender, concomitantemente, todas as necessidades relacionadas à recuperação da saúde. Por sua vez, em “Just Health: Meeting Health Needs Fairly” (2008), Norman Daniels elabora uma série de conceitos para adequar as principais categorias do pensamento de Rawls para debater a justiça no atendimento de necessidades sanitárias⁴⁵ (*health needs*).

Daniels recorre a um conceito de saúde baseado na “Teoria Bioestatística” de Christopher Boorse (1975), com a finalidade de “objetivar” as necessidades sanitárias que legitimam os cidadãos a clamarem por ações estatais para a sua proteção, promoção e recuperação, bem como que permita amparar os juízos normativos sobre a distribuição equitativa dos serviços médicos.

O conceito bioestatístico defendido por Boorse considera como um organismo “saudável” aquele em que cada parte desempenha a sua função de acordo com um padrão considerado naturalmente normal, sendo que “função”, no sentido biológico, consiste na

como referência os princípios de justiça institucional de Rawls. Por fim, Daniels parte do pressuposto de que os recursos sociais são inevitavelmente escassos, de modo que não é possível o atendimento concomitante de toda e qualquer necessidade de saúde da população. Não é razoável, assim, exigir o atendimento de todas as necessidades de saúde, sendo necessário um critério público para que se faça uma distribuição equitativa dos recursos sociais e se escolha, de forma justa, quais necessidades devem ser atendidas.

⁴⁵ A expressão “*health needs*” foi traduzida por “necessidade em saúde”, uma vez que Daniels deixa claro em seu argumento que a proteção, promoção e recuperação da saúde exige medidas muito mais amplas do que o simples acesso a serviços médicos, como nutrição adequada, condições de trabalho e moradia seguras e sanitariamente adequadas, exercício físico e descanso, acesso a serviços preventivos e curativos, suporte não médico e distribuição adequada dos determinantes sociais de saúde.

“contribuição causal padrão para um objetivo de fato pretendido pelo organismo”.⁴⁶

Conforme explica Silveira (2017), o conceito de saúde de Boorse — “normalidade funcional” (*functional normality*) — possui a pretensão de ser valorativamente neutro. A opção de Daniels por esse conceito é justamente por ele permitir o desenvolvimento de um conceito de “necessidades em saúde” (*health needs*) que seja objetivo e possa servir como métrica para as desigualdades em saúde. Nesse sentido, Daniels critica o próprio conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo o qual a saúde seria um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades”, justamente porque esse conceito exigiria alguns juízos de valor para a definição do que seria uma pessoa “saudável” e outra “não saudável”.

Com efeito, se se adotar o conceito da OMS para se definir as “**necessidades em saúde**”, pode-se chegar à conclusão de que, sob a justificativa de defender o direito à saúde, o Estado teria a obrigação de adotar medidas muito amplas, que desvirtuariam a própria noção do que é a saúde. Nas palavras de Daniels, “a definição da OMS arrisca transformar toda a filosofia social e política social em serviços de saúde”.⁴⁷

Já o conceito de Boorse, embora recorra à criticada ideia de que a saúde é “ausência de doença”,⁴⁸ permite que Daniels ofereça uma definição objetiva de que a saúde é “o funcionamento normal para a nossa espécie”.⁴⁹ Permite, ainda, a elaboração do conceito de necessidades relacionadas à saúde:

As necessidades relacionadas à saúde (*health needs*) são as coisas que nós precisamos para preservar, restaurar ou proporcionar equivalentes funcionais (quando possível) ao funcionamento normal da espécie (para a apropriada referência de gênero e idade).⁵⁰

⁴⁶ Tradução livre de: “[...] *causal contribution to a goal actually pursued by the organism*” (BOORSE, 1975, p. 57).

⁴⁷ Tradução livre de: “*The WHO definition risks turning all of social philosophy and social policy into health care*” (DANIELS, 2008, p. 37).

⁴⁸ De acordo com Yolanda Alonso, a definição do conceito de “saúde” como “ausência de doença” decorre do reducionismo característico do paradigma biomédico nas ciências médicas, o qual, embora tenha apresentado alguns avanços na compreensão da distinção entre “saúde” e “doença”, já apresentava sinais de esgotamento na década de 1970 (ALONSO, 2004). Defende Alonso, assim, a importância de se adotar um “conceito biopsicossocial” de saúde, o qual agregaria aspectos psicológicos e sociais ao conceito de saúde. É nesse diapasão que Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) ofereceu uma definição do conceito de “saúde”, como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades”.

⁴⁹ Tradução livre de: “[...] *normal functioning for our species*” (DANIELS, 2008, p. 37).

⁵⁰ Tradução livre de: “*Health needs are those things we need in order to maintain, restore, or provide functional equivalents (where possible) to normal species functioning (for the appropriate reference class by gender and age)*” (DANIELS, 2008, p. 42).

Assim, uma pessoa é considerada “saudável” se o seu corpo consegue desempenhar as funções que o padrão médio das pessoas de sua idade e gênero também consegue; e terá uma “necessidade” relacionada à saúde sempre que uma ação (seja do Estado, seja de uma empresa privada que preste serviços de saúde) for necessária para preservar, restaurar ou promover os equivalentes funcionais ao funcionamento normal da espécie.

A pergunta que agora se coloca é a seguinte: sob o ponto de vista da justiça distributiva, o que confere importância objetiva para essas “necessidades”? Norman Daniels defende que qualquer limitação nas características que compõem o “funcionamento normal da espécie humana” afeta a:

extensão das oportunidades exercitáveis a partir das quais os indivíduos podem construir os seus planos de vida (*plans of life*) ou concepções de bem (*conceptions of the good*) [...] porque algumas das nossas capacidades são reduzidas quando o funcionamento normal do corpo (*normal functioning*) é prejudicado.⁵¹

Nesse sentido, Daniels sustenta que a saúde é um bem social com “**importância moral especial**” justamente porque as limitações ao funcionamento normal do corpo afetam diretamente o “*normal opportunity range*”, que pode ser compreendido como o conjunto normal de planos de vida e oportunidades que uma pessoa pode desenvolver durante a sua vida (DANIELS, 2008, p. 33).

O conceito de “*normal opportunity range*” é central para se compreender a importância da proteção à saúde para a justiça distributiva. Com efeito, não se pode perder de vista que os princípios de justiça têm por objetivo a construção de uma sociedade cujas instituições garantam a todos os indivíduos as condições para desenvolver equitativamente os seus planos de vida. Os termos equitativos de cooperação social expressos pelos princípios de justiça geram cooperação entre os indivíduos, que “reconhecem e respeitam reciprocamente os interesses legítimos dos outros enquanto livremente promovem o seu próprio bem” (FREEMAN, 2003, p. 20).

As instituições que atendem aos requerimentos dos princípios de justiça concretizam o que Rawls denomina de “igualdade democrática” (*democratic equality*).

⁵¹ Tradução livre de: “*range of exercisable opportunities from which individuals may construct their ‘plans of life’ or ‘conceptions of the good’.* This range of exercisable opportunities is reduced because some of our capabilities are reduced when normal functioning is impaired” (DANIELS, 2008, p. 35).

Conforme explica Norman Daniels (2003), o igualitarismo na teoria da justiça rawlsiana é “complexo”, na medida em que exige que a estrutura básica da sociedade cumpra, simultaneamente, os três requerimentos dos princípios de justiça:

- i) em primeiro lugar, garantir a todos um igual acesso a liberdades básicas. Não se trata, aqui, apenas da previsão formal dessas liberdades em um texto constitucional, mas sim da garantia de que os indivíduos possam gozar efetivamente do valor dessas liberdades;⁵²
- ii) em segundo lugar, a distribuição dos benefícios da cooperação social decorre do acesso, em igualdade de oportunidades, aos cargos e posições políticos e econômicos da sociedade. Novamente, a igualdade de oportunidades exige, além da igualdade formal de acesso a tais cargos, que a estrutura básica elimine eventuais desigualdades “moralmente arbitrárias”, corrigindo a forma como “classe, raça e gênero possivelmente interfiram no desenvolvimento normal dos talentos e habilidades que possam ser transacionados no mercado (*marketable talents and skills*)” (DANIELS, 2003, p. 241);
- iii) Por último, além do acesso equitativo às liberdades e à igualdade de oportunidades, o ideal da igualdade democrática exige que as desigualdades socioeconômicas atendam ao “princípio da diferença”, ou seja, proporcionem a melhoria da situação dos grupos em situação de desvantagem (*worst-off groups*) na sociedade.

A saúde desempenha um papel central na concretização da igualdade democrática. Com efeito, na medida em que o atendimento das necessidades relacionadas à saúde (*health needs*) está relacionado com a aptidão que as pessoas têm para desempenhar o funcionamento normal da espécie (*normal species functioning*), é possível estabelecer uma relação direta entre saúde e a concretização de cada um dos requerimentos dos princípios de justiça: saúde influencia no gozo efetivo das liberdades, na igualdade de oportunidades e, também, na forma como as desigualdades socioeconômicas podem (ou não) favorecer os grupos em desvantagem na cooperação social.

Isso significa que o Estado, além de proteger a saúde, deve fazê-lo de forma a

⁵² Rawls aprofunda a distinção conceitual entre “liberdade” e “valor da liberdade” no § 32 (capítulo IV) de “A Theory of Justice” (1999).

garantir a satisfação equitativa das necessidades relacionadas à saúde (*health needs*). Argumentaremos, nas seções a seguir, que, para a saúde pública, o Estado deve propiciar o acesso equitativo aos serviços públicos de saúde, e, para a saúde privada, a regulação do serviço deve atender ao princípio da diferença.

1.4 Saúde Suplementar e o princípio da diferença

1.4.1 Interpretações da igualdade em saúde: a relação entre o público e o privado

Tanto Pogge quanto Daniels aplicam a teoria rawlsiana para defender uma **distribuição equitativa dos serviços de saúde** com base na proteção da igualdade de oportunidades. A preocupação de ambos é demonstrar que o modelo de sociedade democrática de Rawls exige que a estrutura básica da sociedade se ordene de modo a propiciar que os indivíduos tenham um acesso equitativo às “oportunidades médicas” (Pogge) ou à satisfação das “necessidades relacionadas à saúde” (Daniels).

A justiça distributiva confere ao Estado um dever de **proteção especial à saúde**, exigindo uma distribuição equitativa dos serviços médicos⁵³ necessários para a garantia do funcionamento normal da espécie.

Nesse sentido, ao tratar da igualdade em saúde, o foco das abordagens doutrinárias tem sido na **igualdade de acesso aos serviços públicos de saúde**. No Brasil, por exemplo, a doutrina constitucionalista aborda a igualdade em saúde a partir da interpretação do disposto no art. 196 da Constituição Federal e do embate doutrinário entre os que defendem que o acesso aos serviços públicos de saúde deve ser compreendido a partir da teoria da “reserva do possível” e os que sustentam a sacramentalização do direito à saúde, compreendendo-o como parte do “mínimo existencial” que não pode ser violado sob o argumento do alto custo dos direitos sociais (WANG, 2008; FERRAZ; VIEIRA, 2009).

⁵³ Na presente tese o foco será na distribuição de serviços médicos. Todavia, não se ignora que a saúde é influenciada por diversos determinantes sociais, tais como acesso a condições de moradia e trabalho com higiene e segurança, nutrição adequada, acesso a atividades para a garantia da higidez física e psicológica, além, é claro, do acesso a serviços de saúde preventivos e curativos. A justiça distributiva exige, nesse sentido, que a estrutura básica da sociedade distribua todos os “determinantes sociais de saúde” de forma a atender os requerimentos dos princípios de justiça. Sobre o tema, recomenda-se a leitura de Daniels (2008, p. 79 *et seq.*). O fato de a igualdade em saúde ser influenciada por fatores mais amplos do que o acesso a serviços médicos não invalida o argumento de que o acesso a serviços médicos também deve obedecer aos princípios de justiça, pois constitui um dos determinantes sociais de saúde.

Também na doutrina estrangeira é comum a abordagem da igualdade em saúde a partir da discussão sobre os limites do Estado no fornecimento de serviços médicos, considerando que os recursos sociais são escassos e há diversos direitos fundamentais que devem ser garantidos pelo Estado (além da saúde) que competem pelos mesmos recursos (DANIELS, 2008; WILLIAMS et al., 2012).

No campo da saúde coletiva, identificam-se duas abordagens recorrentes da igualdade em saúde: sua interpretação como sinônimo de equidade no acesso a serviços médicos e a igualdade de acesso a partir das relações público-privadas no sistema de saúde. O argumento que se desenvolverá na presente seção apresenta uma contribuição para a compreensão do princípio da igualdade na relação entre o Sistema Público e a Saúde Suplementar.

1.4.2 Igualdade em saúde e o Setor da Saúde Suplementar: a justiça na segmentação do sistema de saúde

Com efeito, em países como o Brasil, em que há a convivência de um Sistema Público de Saúde com a atuação da iniciativa privada, a discussão da igualdade no acesso a serviços de saúde deve levar em consideração a inevitável segmentação do acesso à saúde ocasionado pela iniciativa privada.

Assim, o todo o desenvolvimento da teoria rawlsiana, bem como a exposição dos princípios de justiça, teve o objetivo de demonstrar que **a regulação do setor da saúde privada, notadamente da Saúde Suplementar, no caso brasileiro, também envolve uma questão de justiça socioeconômica**. Com efeito, em um país profundamente marcado por desigualdades sociais, a autorização constitucional para a iniciativa privada explorar serviços de saúde confere a oportunidade de que algumas pessoas possam contratar serviços de assistência médica e acesso privilegiado a serviços de assistência médica. Na prática, cerca de 22% da população brasileira é beneficiária de planos de saúde e possui uma **cobertura duplicada**, ou seja, acessam serviços privados de assistência médica e, também, são cobertos pelo Sistema Único de Saúde.

A igualdade em saúde exige, assim, uma discussão sobre as justificativas políticas e morais da segmentação do sistema de saúde ocasionado pela atuação da iniciativa privada. Argumenta-se, com base no princípio da diferença rawlsiano, que a justiça distributiva não condena a segmentação do sistema de saúde, ou seja, não há uma injustiça

a priori no fato de a saúde suplementar propiciar desigualdade no acesso a serviços de saúde, desde que sejam atendidos os critérios estabelecidos pelo princípio da diferença. Esse argumento servirá de apoio para se sustentar que a regulação em Saúde Suplementar não possui apenas objetivos econômicos, mas que deve, também, visar à consecução de objetivos sociais mais amplos.

A Constituição Brasileira de 1988 descreve a estrutura institucional do Sistema de Saúde nos artigos 196 e seguintes e, ao mesmo tempo que a saúde é prevista como direito de todos e dever do Estado, o texto constitucional autoriza, em seu art. 199, a iniciativa privada a explorar livremente os serviços de saúde. Não se pretende, aqui, descrever toda a estrutura institucional do Sistema de Saúde, nem desenvolver todas as articulações existentes entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a iniciativa privada. Por ora, é suficiente que se tenha em vista o seguinte: o Sistema de Saúde Brasileiro é composto por três subsetores: o subsetor público, o subsetor privado (complementar ao SUS) e o subsetor privado suplementar (planos de saúde). Sobre a composição do Sistema de Saúde Brasileiro, cite-se a lição de Jairnilson Paim et al.:

O sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público privada financiada sobretudo por recursos privados. O sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. (PAIM et al., 2011, p. 19)

Nesse sentido, seguindo a lição de Paim et al., interessa para o argumento analisar a peculiaridade do Sistema de Saúde Brasileiro, posto que, ao mesmo tempo que o Estado fornece serviços de assistência médica através do SUS, os cidadãos possuem a opção de contratar, voluntariamente, serviços de saúde prestados por empresas privadas (seguradoras, autogestões, cooperativas, medicinas em grupo e filantrópicas), que lhes garantirão acesso a serviços médicos (prestadores e coberturas) de forma diferenciada, mediante o pagamento de uma mensalidade.

Em um país fortemente marcado por desigualdades sociais, o acesso a esse subsetor privado é feito, em regra, por pessoas que possuem condições de pagar por esse

serviço e, portanto, possuem maior renda. Apenas para que se tenha uma noção do que isso representa, atualmente o mercado de planos de saúde possui 47 (quarenta e sete) milhões de beneficiários, dos quais 61% estão na Região Sudeste, que é a região com maior concentração de renda no país (ANS, 2021).

Fica claro, assim, que o Brasil convive com um **cenário de desigualdade**: conforme dito, aproximadamente 22% da população é beneficiária de planos privados de assistência à saúde, seja por possuir condições de contratar esse serviço, seja por possuir relação de emprego que fornece esse benefício e, por conseguinte, ter acesso a “oportunidades médicas” de forma diferenciada, enquanto 78% da população é dependente dos serviços prestados pelo SUS.

Em outras palavras, se, por um lado, com relação à saúde pública, os princípios de justiça nos levam a questionar acerca da extensão das oportunidades médicas que o Estado é obrigado a propiciar a cada cidadão (problema este relacionado ao racionamento dos recursos em saúde), com relação à saúde suplementar é possível identificar duas questões centrais: (i) a desigualdade de acesso à saúde propiciada àqueles que possuem condições de contratar planos de saúde é justificada à luz dos princípios de justiça da teoria rawlsiana? (ii) sob o ponto de vista de justiça socioeconômica, quais os critérios que devem ser estabelecidos para que essa desigualdade seja justificada pelos princípios de justiça rawlsianos?

Em primeiro lugar, sustenta-se na presente tese que a Justiça Rawlsiana não condena de antemão a desigualdade de acesso a serviços de saúde ocasionada pelo subsetor da Saúde Suplementar, uma vez que as desigualdades sociais são justificáveis se obedecerem ao princípio da diferença, ou seja, **caso estabeleçam uma situação mais favorável aos indivíduos em posição social mais desfavorável**.

Trazendo esse raciocínio para a análise da regulação da saúde suplementar no Brasil, é fato notório que os planos de saúde propiciam uma desigualdade de acesso a serviços de saúde no Brasil. Os indivíduos que tiverem condições de contratar de forma privada os serviços oferecidos pelas operadoras, ou que tiverem acesso a esse serviço através de planos de contratação coletiva, terão à sua disposição um leque de serviços de assistência médica com acesso privilegiado em detrimento daqueles que são dependentes apenas do Sistema Único de Saúde.

É possível se afirmar, por conseguinte, que, no Brasil, a contratação de um plano privado de assistência médica **afeta o leque de oportunidades exercitáveis** (*normal*

opportunity range) que uma pessoa possui durante a vida, posto que possibilita acesso privilegiado a serviços médicos e, por conseguinte, aumenta a probabilidade de uma pessoa ter acesso aos serviços médicos necessários para a manutenção das funções normais do corpo. O contraste no acesso a serviços médicos entre o público e o privado no Sistema de Saúde Brasileiro se mostra evidente quando se comparam, por exemplo, os recursos hospitalares que estão disponíveis à população que depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde e aqueles disponíveis aos beneficiários de planos de saúde.⁵⁴

Importante, ainda, afirmar que essa desigualdade de acesso à saúde não é um evento natural ou de sorte bruta, mas sim decorrente diretamente da **desigualdade social** que existe na sociedade brasileira,⁵⁵ ou seja, está diretamente relacionada ao fator renda. Na gramática da teoria rawlsiana, a renda é considerada bem primário, cuja distribuição, para que não seja reprovável sob a ótica da justiça distributiva, deve ser regulamentada pelo **princípio da diferença**. Em outras palavras, a compreensão da articulação existente entre o SUS e o mercado da saúde suplementar, tendo em vista os ditames da justiça social (notadamente o princípio da diferença), exige que a regulação desse setor seja feita de forma que a atuação dos agentes regulados beneficie o sistema de saúde como um todo e, por conseguinte, melhore a situação dos cidadãos que são dependentes exclusivamente do setor público.

Em síntese, defende-se na presente tese que, em um país marcado por fortes desigualdades sociais (como é o caso do Brasil), **a desigualdade de acesso à saúde propiciada àqueles que são beneficiários de planos de saúde somente se justifica, sob a ótica da justiça social, se a atuação do setor da saúde suplementar também melhorar a situação daqueles que não tem condições de contratar esse serviço.**

⁵⁴ De acordo com pesquisa realizada por Machado et al. (2015), no ano de 2009 havia, no Brasil, 7.161 (sete mil, cento e sessenta e um) hospitais cadastrados no CNES, sendo 19,3% destes hospitais privados disponíveis exclusivamente aos beneficiários de planos de saúde, 34,1% hospitais públicos destinados ao atendimento exclusivo dos beneficiários do Sistema Único de Saúde e 46,6% hospitais privados que atendem tanto os beneficiários do Sistema Único de Saúde quanto os beneficiários de planos de saúde. Se consideramos que apenas 22% da população é atualmente beneficiária de planos privados de assistência à saúde, fica clara a desproporção entre os hospitais disponíveis aos beneficiários da saúde suplementar, em comparação aos que atendem exclusivamente o Sistema Público.

⁵⁵ Não apenas no Brasil a saúde privada é identificada com a desigualdade social. Em estudo empírico realizado na Noruega, Pal Martinussen e Jon Magnussen concluíram, entre outras coisas, que “o *status* socioeconômico é importante na visão sobre o mix público-privado dos serviços de saúde, com os mais ricos sendo mais otimistas sobre soluções privada, e apoiando menos com a entrega pública do serviço” (tradução livre, MARTINUSSEN; MAGNUSSEN, 2019, p. 679). A relação entre os fatores “renda” e “contratação de seguros privados” também é verificada nos países da OCDE, e os fatores que motivam a contratação dos seguros é exatamente a percepção da ineficiência do serviço prestado pelo setor público (OECD, 2004b, p. 276-277).

Em razão da complexidade das relações existentes entre o sistema público de saúde e o setor privado (notadamente a saúde suplementar), **não se ignora os limites existentes na atuação da ANS na regulação da matéria**. Com efeito, muitas questões que afetam a relação público-privado no sistema de saúde são regradas por lei ordinária e, portanto, não estão sob o alcance da ANS.⁵⁶ Ademais, um amplo estudo sobre seguros privados de saúde (*Private Health Insurance – PHI*) nos países da OCDE concluiu que a capacidade dos PHI em reduzir a pressão e os tempos de espera para os beneficiários do setor público é limitada, e, em alguns países, com a Austrália e a Irlanda, a demanda geral por serviços de saúde (tanto no setor público como no privado), aumentou (OECD, 2004a, p. 185).

Outros autores (MARTINUSSEN; MAGNUSSEN, 2019), no entanto, destacam que em países com Sistema Público de cobertura Universal (em inglês denominados “*NHS-type countries*”), o setor privado de seguro-saúde (PHI) pode oferecer coberturas adicionais ao sistema público (“*gap coverage*”) ou oferecer as mesmas coberturas do sistema público (“*parallel coverage*”), sendo que esta segunda situação é muito próxima do que ocorre na relação do SUS com os planos de saúde no Brasil (vide capítulo 3).

Nos países com cobertura “paralela” ou “duplicada”, a existência do mercado privado pode, potencialmente, acarretar melhor qualidade dos serviços ofertados à população, menor tempo de espera (tanto no setor público quanto para os portadores de seguros privados de saúde – PHI), redução da despesa pública em razão da menor demanda ao setor público (tendo em vista que parte significativa da população seria atendida pelo setor privado). Esses efeitos benéficos, todavia, são efeitos **potenciais** e devem ser constantemente fiscalizados, tendo em vista que a saúde suplementar pode ter um efeito inverso e se mostrar ineficiente para o atendimento das demandas da população, pode acarretar maior pressão nos prestadores de serviço (hospitais e médicos), pode, em suma, representar um péssimo investimento de verba pública, considerando que boa parte do financiamento do setor privado de planos de saúde é feita com dinheiro público (OCKÉ-REIS et al., 2017; BAHIA, 1999). Ademais, parte da literatura, ideologicamente identificada como sanitarista, posiciona-se de forma crítica sobre o tema da relação público-privado no Sistema de Saúde e sustenta a existência de uma relação

⁵⁶ Por exemplo, as renúncias fiscais em benefício de planos de saúde, que são muito criticadas na doutrina (OCKÉ-REIS, 2018), são regulamentadas por lei e, portanto, a ANS não tem qualquer ingerência sobre o assunto.

inevitavelmente dicotômica entre a Saúde Suplementar e o Sistema Público (BAHIA, 2008; MENICCUCCI, 2007; SOARES, 2009).

A forma como o subsetor da Saúde Suplementar irá afetar o setor público dependerá em grande parte das decisões (legislativas, administrativas e judiciais) que regulamentam a articulação do mercado privado com os diversos elementos constitutivos do sistema de saúde, tais como as fontes de financiamento, as coberturas oferecidas por cada setor, a forma de gestão dos recursos, o acesso aos prestadores e o grau de satisfação dos beneficiários dos planos de saúde. **O princípio da diferença deve servir de diretriz substantiva para todas as decisões que versem sobre a regulamentação do setor da saúde suplementar.**

A ANS possui campo fértil para atender o interesse público e fazer com que o mercado de plano de saúde seja legitimado pela melhoria geral do Sistema de Saúde Brasileiro. Apenas a título de exemplo, há questões regulamentadas pela agência que possuem o potencial de afetar o Sistema de Saúde como um todo, como, por exemplo, a fiscalização do efetivo ressarcimento ao SUS, a atualização do Rol da ANS (que determinará a amplitude da cobertura do sistema privado e, também, os procedimentos que devem ser ressarcidos ao SUS), a fiscalização da prática de seleção de riscos (principalmente de idosos e portadores de doenças graves), a fiscalização da qualidade dos serviços ofertados pelos planos de saúde.

A interpretação dos objetivos da regulação da ANS à luz do princípio da diferença pode ser uma forma de superar a “visão dicotômica” da relação público-privado no Sistema de Saúde e, inclusive, valorizar o papel da iniciativa privada na ordem econômica. Com o atendimento do princípio da diferença, quebra-se a falsa contraposição entre eficiência e igualdade e passa-se a justificar a necessidade de uma regulação legítima, participativa, eficiente e que atenda às necessidades dos beneficiários para que a agência cumpra a sua missão institucional, que é o atendimento do interesse público na saúde suplementar.

Em suma, o argumento construído parte da premissa de que a justiça igualitária não condena, *a priori*, a desigualdade de acesso a serviços de saúde propiciada pela saúde suplementar. Com efeito, a segunda parte do segundo princípio de justiça rawlsiano autoriza a existência de desigualdades econômica e sociais, desde que acarrem a melhoria das condições das pessoas que estão em uma posição social desprivilegiada. Aplicando-se esse raciocínio para a distribuição de serviços de saúde, não haveria

qualquer problema distributivo no fato de o setor da Saúde Suplementar propiciar uma vantagem de acesso a serviços de saúde a determinada parcela da população, desde que esse setor contribua para a melhoria geral do setor público de saúde. O princípio da diferença, assim, fornece uma **diretriz substantiva** para o debate sobre a **regulação social da saúde suplementar**, qual seja, que o setor deve contribuir para que SUS atinja os seus objetivos institucionais, a saber, a universalidade do serviço, a igualdade de acesso e a integralidade.

1.4.3 Saúde Suplementar e interesse público: objetivos econômicos e objetivos sociais da regulação

A interpretação da saúde suplementar à luz do princípio da diferença proposta na seção anterior visa colocar em evidência que a segmentação do acesso à saúde ocasionada por esse setor deve ser **justificada por uma melhoria geral do Sistema de Saúde**. Em outras palavras, o sistema segmentado se justifica caso a sua existência beneficie (em termos absolutos) a situação dos beneficiários do Sistema Público, em comparação a um sistema puramente estatizado.

A métrica do que seria “melhor” ou “pior” em termos de efetivação do direito à saúde deve ser concebida pela capacidade do Sistema de Saúde de concretizar os seus objetivos institucionais, que é a universalização do serviço, a igualdade (equidade) no acesso aos serviços públicos de saúde e a integralidade das ações de saúde.

Essa noção é extremamente importante para a compreensão da regulação em saúde suplementar, pois demonstra que a atividade regulamentar da ANS **não possui objetivos puramente econômicos, mas é também uma atividade essencialmente social**. Assim, a contribuição da justiça igualitária para o debate regulatório em saúde consiste em demonstrar que a saúde é um bem social de importância moral especial, cuja distribuição não deve obedecer apenas aos interesses privados dos agentes econômicos, mas sim deve se atentar a objetivos sociais exógenos à regulação econômica.

Ademais, o debate da saúde à luz da justiça igualitária auxilia na compreensão do objetivo último da regulação da saúde suplementar pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que é a **“defesa do interesse público”** (BRASIL, Lei n. 9.961/2000, art. 3º).

A partir da demonstração de que a saúde suplementar deve contribuir para a

consecução dos objetivos do SUS, tem-se que a defesa do interesse público exige um **equilíbrio** entre a regulação das “falhas de mercado”, com objetivos sociais mais amplos, determinados pelo texto constitucional. Com efeito, não se pode perder de vista que a Constituição enuncia como um dos objetivos gerais da República Federativa Brasileira a construção de uma sociedade “livre, **justa** e solidária” (grifo nosso, BRASIL, CF, art. 3º, inc. I). A justiça social, portanto, constitui um objetivo fundamental que ilumina toda a compreensão do ordenamento jurídico pátrio.

Necessário ressaltar que o equilíbrio entre os objetivos sociais e econômicos está presente nos princípios gerais da atividade econômica que informam a Ordem Econômica e Financeira. Conforme o enunciado do *caput* do art. 170, a proteção à livre iniciativa é enunciada no **contexto dos ditames da justiça social**, e o princípio da livre concorrência foi também positivado lado a lado do princípio da função social da propriedade e da defesa do consumidor (vide, BRASIL, CF, art. 170, *caput* e incisos II, III, IV e V).

Ademais, o art. 174 da CF, que constitui a positivação do Estado Regulador no ordenamento jurídico brasileiro, está localizado dentro do Capítulo I (Dos Princípios Gerais da Atividade Econômica) do Título VII (Da Ordem Econômica e Financeira) do texto constitucional. Nesse sentido, a atividade regulatória do Estado (seja exercida diretamente ou por agência reguladora) deve ser informada pelos valores expressos nos princípios gerais da atividade, o que significa dizer que **a atividade regulatória deve seguir os ditames da justiça social**, bem como proteger, de forma harmônica, a livre iniciativa, a livre concorrência, a função social da propriedade e a defesa do consumidor. Devem, ainda, buscar a “redução das desigualdades regionais e sociais”, conforme determina o art. 170, inc. VII, do mesmo texto constitucional.

Tudo isso foi dito para demonstrar que a ordem constitucional brasileira compreende a atividade regulatória tanto em seu prisma econômico (como visto, visando eficiência e correção de falhas de mercado), como social (buscando a justiça social e objetivos sociais amplos determinados pelo texto constitucional). **A distinção entre uma atividade regulatória com objetivos econômicos e uma atividade regulatória com objetivos sociais possui matriz constitucional.**

Assim, além dos objetivos econômicos mencionados na seção anterior, relacionados à correção de falhas de mercado (assimetria de informações, seleção adversa, risco moral, concentração de poder econômico), a regulação da saúde suplementar pode ter objetivos sociais mais amplos. Resta agora esclarecer: quais

objetivos sociais são esses?

O princípio da diferença determina que as desigualdades sociais e econômicas devem se justificar tanto na igualdade de oportunidades quanto no fato de se estabelecerem para o maior benefício das classes menos abastadas na sociedade. Conforme defendido, a obediência à métrica estabelecida pelo princípio da diferença no Sistema de Saúde Brasileiro exige que o mercado da saúde suplementar seja regulado de modo a melhorar a situação do Sistema Público de Saúde. Isso significa que a regulação social da saúde exige uma compreensão da saúde suplementar não como um mercado paralelo, independente e com finalidades próprias, mas sim como um setor que exerce uma **atividade de relevância pública** (BRASIL, CF, art. 197, *caput*) e que deve ser contextualizado no Sistema de Saúde Brasileiro. E, nesse sentido, as mesmas diretrizes principiológicas que informam o SUS — a saber, a universalidade, a igualdade e a integralidade — também devem ser concebidas como objetivos sociais da regulação do mercado privado de planos de saúde.

Quer-se com isso dizer que os objetivos econômicos da regulação, que prioritariamente visam à eficiência do mercado e concebem os atores sociais como agentes maximizadores dos seus interesses, devem ser **ponderados** com uma visão social sobre os objetivos dessa mesma regulação, que compreende os agentes econômicos (notadamente as Operadoras de Planos de Saúde) sob a ótica da saúde coletiva.

Não se pode perder de vista que universalidade, igualdade e integralidade são valores constitucionais (princípios) que devem ser compreendidos como “mandamentos de otimização”. Trata-se, portanto, de valores que devem ser concretizados pelo Estado (e pelo regulador) **na maior medida possível**, de acordo com as circunstâncias fáticas e jurídicas existentes em um dado momento histórico (ALEXY, 2017). Consistem, assim, em *standards* de justiça que devem servir de guia para a solução dos problemas regulatórios concretos que surgem no dia a dia, e que deverão ser realizados em maior ou menor medida à luz das circunstâncias concretas (e, claro, da questão a ser decidida).

Outro ponto importante da regulação social decorre de uma das competências da agência fixadas pela Lei n. 9.961/2000, segundo a qual a ANS deve articular-se com os órgãos de defesa do consumidor, “visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde” (BRASIL, Lei 9.961/00, art. 4º, inciso XXXVI). Ao lado de diversas competências regulatórias de cunho econômico, a lei que constituiu a ANS lhe confere a importante missão institucional de **zelar pela defesa do**

consumidor, que constitui, inclusive, uma garantia fundamental (BRASIL, CF, art. 5º, inciso XXXII). Aliás, a defesa do consumidor é um princípio fundamental também da ordem econômica, na qual, como foi visto acima, se insere a previsão constitucional do Estado Regulador (vida BRASIL, CF, art. 170, inc. V, e art. 174, *caput*).

A questão, agora, é compreender como a regulação econômica e a regulação social interagem. **O que se defende, na presente tese, é que haja um equilíbrio entre os aspectos econômico e social da regulação da saúde suplementar.** Se, por um lado, não se pode admitir que o regulador atue apenas observando os aspectos de eficiência econômica, sem observar os aspectos sociais do tema regulado, é certo que a regulação social também não pode desconsiderar os custos e as externalidade geradas para o funcionamento do mercado. Conforme ensina Diogo R. Coutinho, não existe dicotomia entre regulação econômica e regulação social. Citando a lição de Robert Boyer, Coutinho defender que uma regulação inteligente “seria aquela que conseguisse maximizar a equidade de forma mais eficaz e com menos ineficiências possível” (COUTINHO, 2014, p. 133).

Na verdade, regulação econômica e social se apoiam e se limitam mutuamente. Nas palavras de Eric Windholz e Graeme Hodge,

considerações econômicas (contenção de recursos e custos) colocam limites no escopo da regulação social; e considerações sociais (a necessidade de a regulação ser legítima — para ser vista como desejável, adequada e apropriada) — colocam limites na regulação econômica. A regulação social que se tornar muito onerosa, de forma que perca seu equilíbrio com os valores econômicos, corre o risco de se tornar insustentável, instável e falha, já que é a regulação econômica que é vista como inconsistente com os valores e as normas sociais. (WINDHOLZ; HODGE, 2013, p. 33-34)

Para ilustrar essa interação entre o econômico e o social, bem como o equilíbrio e o apoio mútuo entre esses aspectos, Windholz e Hodge defendem que a Regulação Econômica deve ter como “valores primários” os valores econômicos (eficiência, livre iniciativa e livre concorrência), e como “valores de apoio” os valores sociais (democracia, equidade); por sua vez, o contrário ocorre com a regulação social, que teria como valores primários os valores sociais, e os valores econômicos como valores de apoio. A figura abaixo demonstra essa interação:

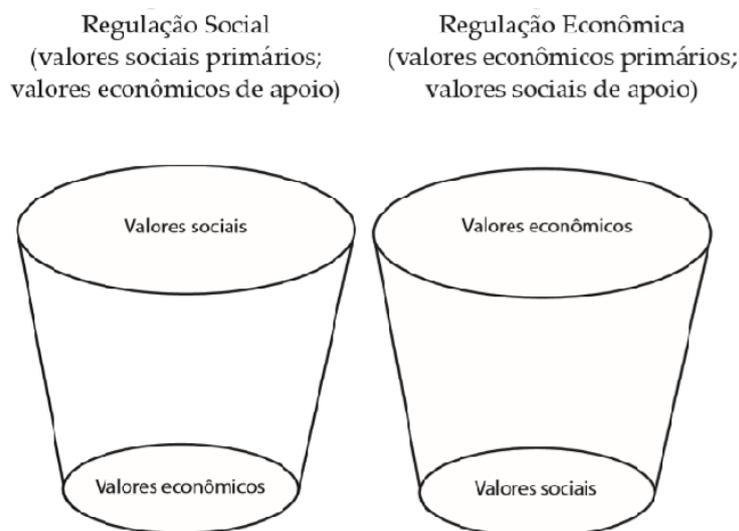


Figura 1 - Regulação econômica e regulação social

Fonte: WINDHOLZ; HODGE, 2013, p. 34

Assim, ao lado dos objetivos econômicos, a regulação da saúde suplementar também possui objetivos sociais, o quais podem ser internos ao mercado regulado, visando à proteção do consumidor (regulação assistencial, regras de portabilidade de carência, prazos máximos de atendimento) ou externos, voltados à consecução de objetivos do Sistema de Saúde como um todo (universalidade, igualdade de acesso e integralidade).

1.4.4 Regulação econômica e regulação social na Saúde Suplementar

1.4.4.1 Regulação econômica

A atuação regulatória da ANS tem sido muito analisada na doutrina a partir de sua atuação para corrigir “falhas de mercado” e tornar o mercado da saúde suplementar mais eficiente e competitivo. Trata-se de abordagem influenciada pelo pensamento econômico neoclássico, que compreende a atividade regulatória do Estado (ou de qualquer entidade que faça as vezes) a partir da teoria da regulação econômica, segundo a qual o objetivo primordial da regulação seria atuar para evitar a concentração do poder econômico, garantir a colheita de informações precisas sobre o setor regulado para a atuação dos agentes econômicos e corrigir, em suma, as externalidade da atividade econômica

(COUTINHO, 2014, p. 120).

Por outro lado, as próprias falhas de mercado na saúde suplementar oferecem à agência desafios regulatórios relacionados a “suas *externalidades* e as dificuldades decorrentes dos seguros contra os riscos em saúde” (ALMEIDA, 1998, p. 41). Na lição de Célia Almeida, “as dificuldades são bem conhecidas e discutidas pelos autores e decorrem de determinados comportamentos, tanto dos segurados quanto das seguradoras, que induzem ao risco moral (*moral hazard*) e à seleção adversa, relacionados aos consumidores, e à seleção de riscos, referente às companhias seguradoras” (ALMEIDA, 1998, p. 41). A literatura específica do setor da Saúde Suplementar destaca a existência de algumas falhas de mercado que são específicas desse mercado, em razão da peculiaridade do serviço prestado e da multiplicidade de atores que integram a cadeia de fornecimento.

Nesse sentido, a primeira falha de mercado discutida na literatura diz respeito à assimetria de informações existente entre os diversos atores que integram a cadeia de fornecimento (operadoras, prestadores e consumidores). Com efeito, de acordo com a teoria econômica neoclássica, as informações são vistas como insumos fundamentais para que os agentes econômicos atuem de forma eficiente e possam tomar decisões racionais, visando à maximização de seus interesses.

A **assimetria de informação** entre o prestador do serviço e o consumidor é constantemente citada como importante falha de mercado na saúde suplementar; por um lado, a operadora de plano de saúde dificilmente tem todas as informações sobre o comportamento e o estado de saúde dos consumidores, o que pode gerar resultados econômicos indesejados — como a seleção adversa, o risco moral —, ou até mesmo gerar uma tendência de seleção de riscos que é severamente proibida pela legislação brasileira. Por outro lado, os consumidores também se queixam de deficiência nas informações prestadas pelas operadoras, seja com relação aos reajustes de preços aplicados, à inadequação de informação sobre os serviços cobertos pela rede credenciada ou aos métodos utilizados para o cálculo de reembolso de honorários médicos. Não se pretende, aqui, esgotar a análise dessas questões, mas apenas demonstrar que há aqui uma justificativa para atuação do regulador para evitar esses efeitos indesejáveis no mercado da saúde.

Não apenas consumidores e fornecedores sofrem com assimetria de informações, mas também o regulador pode depender de informações que estão em posse dos agentes

regulados para regular o mercado. Nesse sentido, inclusive, há quem defenda que é muito improvável que os agentes regulados forneçam aos reguladores todas as informações necessárias para otimizar a regulação do mercado (em termos de deixar o mercado competitivo), de modo que o máximo que se pode esperar é uma regulação *second best* (PARKER; KIRKPATRIK, 2002).

O problema da assimetria de informação na Saúde Suplementar é assim resumido por Furquim et al.: os beneficiários possuem informações sobre suas condições gerais de saúde, mas apenas os médicos e profissionais da área estão em condições de avaliar e prescrever precisamente os possíveis exames e tratamentos necessários. Neste contexto, as operadoras têm dificuldades para obter informação sobre a efetiva possibilidade de um determinado beneficiário adoecer, ou mesmo avaliar se os procedimentos demandados pelos pacientes e/ou prescritos pelos médicos são efetivamente necessários. Há que se considerar ainda que, na relação entre operadora e consumidor, este último não tem condições, nem capacidade técnica, de compreender todos os dispositivos do contrato e de estimar ou avaliar se os produtos disponíveis compreendem as suas necessidades atuais e futuras em termos de assistência à saúde (FURQUIM et al., 2016, p. 11).

Outrossim, a assimetria de informação é associada a duas características do mercado da saúde suplementar — a saber, a existência do chamado “risco moral” (*moral hazard*) e a seleção adversa — relacionadas ao incentivo a “comportamentos oportunistas” dos agentes que atuam no setor (FURQUIM et al., 2016, p. 11). O **risco moral** consiste na tendência de sobreutilização ou utilização desnecessária dos serviços médicos, decorrentes ou do fato do “pré-pagamento” do serviço pelo beneficiário (“vou usar o plano, pois já está pago”), ou mesmo pelo fato de os exames e procedimentos médicos serem prescritos por agentes (no caso, os médicos) que não arcarão com os respectivos custos (FURQUIM et al., 2016, p. 12).

Por sua vez, a **seleção adversa** consiste na tendência de o serviço de assistência médica ser contratado pelos indivíduos que mais o utilizam; ou seja, os beneficiários idosos ou portadores de patologias tendem a contratar e utilizar mais os serviços de planos de saúde, o que leva a um aumento desproporcional do preço do serviço. A esse respeito, ensina Célia Almeida que:

na medida em que o risco, em geral, é mais conhecido dos segurados do que dos seguradores, e a tentativa de driblar os controles do seguro faz parte da escolha racional do indivíduo, aqueles com menor risco

tenderão a abandonar o sistema ou não comprar uma apólice ou plano, permanecendo os que provocarão maiores gastos; o resultado será um processo progressivo de aumento de preços. (ALMEIDA, 1998, p. 42)

Outro fator de ineficiência que tem sido considerado como relevante no mercado da saúde suplementar é a concentração do poder econômico. Com efeito, necessário se ter em vista que o mercado de planos de saúde é extremamente concentrado e mal-distribuído no território nacional; dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar informam que, entre 2000 e 2019, houve uma diminuição 55% na quantidade de operadoras registradas na agência (Gráfico 01), bem como que 44% do setor é controlado por apenas 12 operadoras.⁵⁷ Ademais, se considerarmos a distribuição da oferta dos serviços de saúde suplementar por região, tem-se que 61% dos beneficiários está na Região Sudeste (Gráfico 02)

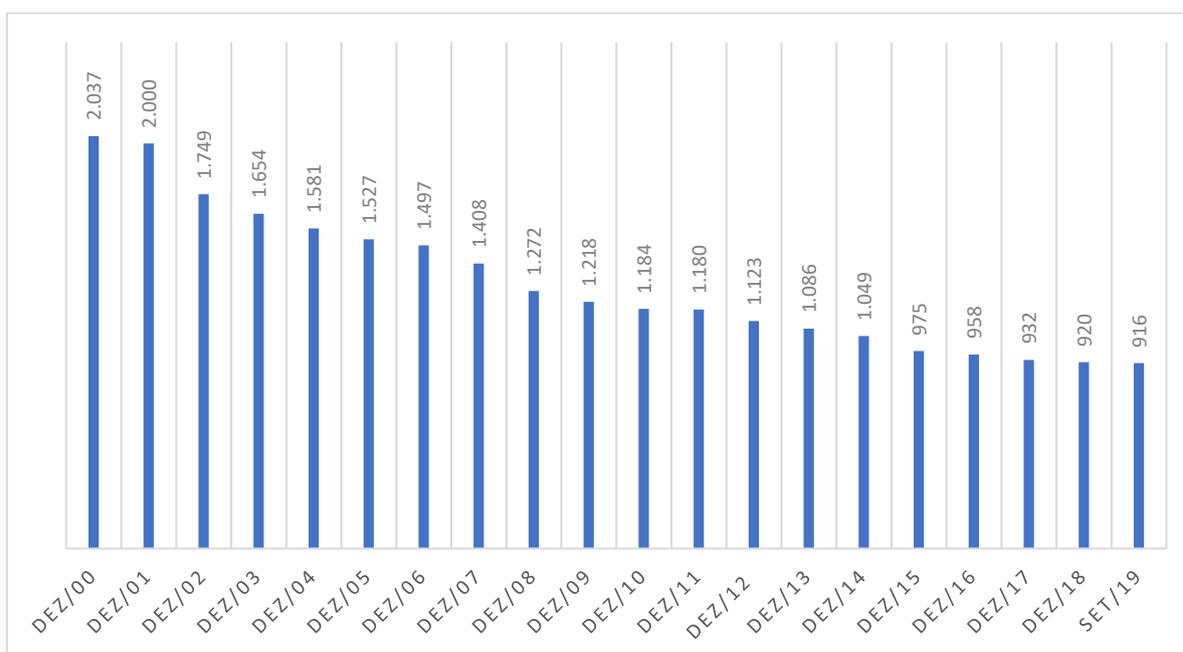


Gráfico 1 - Operadoras em atividade (2000 a 2019)

Fonte: Elaboração própria

⁵⁷ Conforme dados da ANS (2020I), as operadoras Bradesco Saúde, Amil, Notre Dame, Hapvida, SulAmérica, Central Nacional Unimed, Unimed Belo Horizonte, São Francisco Saúde, Unimed-Rio, Cassi, Unimed Porto Alegre, Unimed Campinas, Unimed Seguros e Unimed Curitiba possuem, juntas, quase 21 milhões de beneficiários, ao passo que as demais 714 operadoras representam aproximadamente 26,5 milhões de beneficiários.

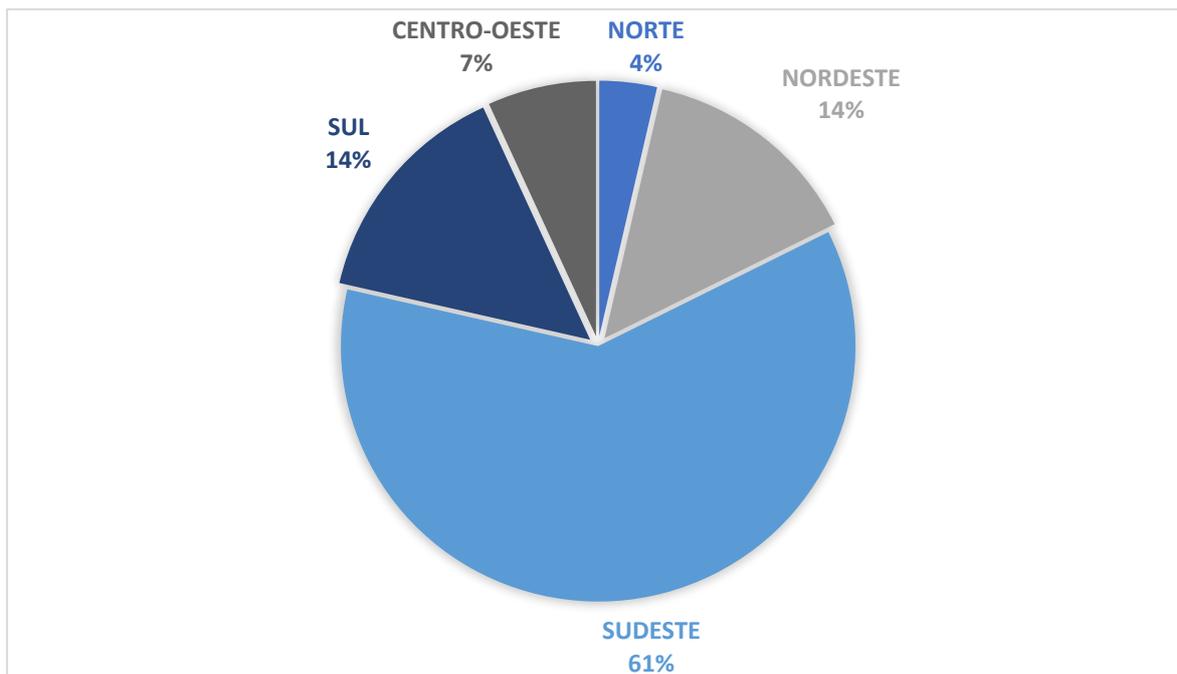


Gráfico 2 - Distribuição dos beneficiários por região (dezembro/2020)

Fonte: Elaboração própria. Dados: ANS, 2020I

Todas as ineficiências ou falhas do mercado da saúde suplementar acima citadas conferem amplo campo de atuação regulatória para a agência. Com efeito, o problema geral de assimetria de informações fez com que a ANS regulamentasse o padrão obrigatório de Troca de Informações na Saúde Suplementar (denominado Padrão TISS, regulamentado pela RN 305/2012), o qual tem por objetivo “padronizar as ações administrativas de verificação, solicitação, autorização, cobrança, demonstrativos de pagamento e recursos de glosas”; “subsidiar as ações da ANS de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde”; e “compor o registro eletrônico dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde”. (BRASIL, ANS, RN 305, art. 3º inc. I a III).

O padrão TISS, por exemplo, constitui exemplo de utilização da regulação para diminuir a assimetria de informação entre todos os agentes que compõem a Cadeia da Saúde Suplementar (operadoras, beneficiários, prestadores de serviço e a própria ANS).

Além da utilização de mecanismos padronizados de compartilhamento de informações, a ANS pode atuar de forma particular nas falhas de mercado específicas mencionadas acima. O risco moral pode ser controlado, por exemplo, com a regulamentação dos denominados “Mecanismos Financeiros de Regulação”, que

autorizam as operadoras a comercializar planos de saúde com a estipulação de valores de franquia e/ou coparticipação, visando justamente desestimular a utilização indevida dos serviços de assistência médica. Inicialmente, esses mecanismos foram regulamentados pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), através da Resolução CONSU n. 8/998. Houve, em 2018, uma tentativa da ANS de editar nova resolução sobre a matéria (a RN 433/2018), mas a constitucionalidade da norma foi questionada perante o Supremo Tribunal Federal através da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n. 532. Após o deferimento de liminar pela Ministra Carmen Lúcia, determinando a suspensão da referida resolução, a ANS editou a RN 434/2018, revogou a RN 433/2018 e convocou uma Audiência Pública (AP) para discutir a matéria (a AP n. 11).⁵⁸

Por sua vez, a seleção adversa gera, como efeito contrário, o comportamento da operadora em impor restrições burocrática para a contratação de planos por parte das pessoas que representam maior risco. Esse comportamento, denominado de “seleção de risco”, é proibido tanto pela Lei dos Planos de Saúde (BRASIL, Lei n. 9.656/1998, art. 14) e deve ser objeto da atuação fiscalizatória por parte da ANS, a qual, inclusive, já editou súmula normativa a respeito.

Além da atuação da agência nas falhas de mercado, existem outros aspectos importantes da regulação econômica que podem ser destacados e que podem ser concebidos como inovações regulatórias que foram introduzidas após a criação da ANS, em diversos eixos temáticos (Fiscalização, Aspecto Econômico-Financeiro, Compromissos e Interações com a ANS, Relacionamento com Prestadores), conforme será visto no capítulo 4.

1.4.4.2 Regulação social

Além da dimensão econômica acima mencionada, a regulação da ANS possui uma dimensão essencialmente social. A distinção entre Regulação Econômica e Social, conforme visto, não é uma novidade na doutrina, sendo que mesmo os autores que

⁵⁸ A questão da interferência do STF na regulamentação dos mecanismos financeiros de regulamentação é interessante, uma vez que a Ministra Carmen Lúcia suspendeu a norma sob o fundamento de que a discussão sobre a saúde (que é direito fundamental) deve ser ampla, com toda a sociedade, e não pode ser limitado por uma norma criada “em espaço administrativo restrito”. Isso demonstra a importância da democracia participativa para a legitimação da regulação da ANS, que está no cerne da tese ora defendida.

analisam o Direito Regulatório sob prisma essencialmente econômico também admitem que regulação possui objetivos sociais (OGUS, 2004).

O objetivo desta seção é identificar a dimensão social específica da regulação da saúde suplementar. Considerando que na presente tese, a partir do argumento construído com base no princípio da diferença, pretende-se compreender a saúde suplementar de forma integrada em uma política pública mais ampla, que é o Sistema de Saúde Brasileira,⁵⁹ os objetivos sociais da regulação foram divididos em duas espécies: os objetivos sociais externos ao mercado regulado (relacionados ao Sistema de Saúde como um todo) e os objetivos sociais internos ao mercado (relacionados ao relacionamento entre os atores da saúde suplementar).

Para a identificação dos objetivos sociais externos, recorre-se aos valores e diretrizes constitucionais do Sistema de Saúde. Conforme será visto no capítulo 3, o texto constitucional descreve as principais diretrizes para a formulação da política de saúde no Brasil. Mais do que isso, o texto enuncia os valores fundamentais do Sistema de Saúde Brasileiro. Trata-se de normas jurídicas que podem, sob o ponto de vista dogmático, ser classificadas como princípios,⁶⁰ que são normas que expressam “*mandamentos de otimização*”. Enquanto mandamentos de otimização, os princípios são caracterizados por “poderem ser satisfeitos em graus variados e pelo fato de que a medida devida de sua satisfação não depende somente das possibilidades fáticas, mas também das possibilidades jurídicas (ALEXY, 2017, p. 90).

Os valores expressos pelos princípios revelam padrões ou *standards* de justiça,

⁵⁹ A própria Agência Nacional de Saúde Suplementar reconhece a integração existente entre Saúde Suplementar e as políticas públicas de saúde, tanto que em seu “Mapa Estratégico 2021-2024” enuncia como um dos processos internos voltados à consecução de seus resultados institucionais “Fortalecer a integração do setor da saúde suplementar com as políticas de saúde do país” (ANS, 2021b, p. 15). Por sua vez, a denominada “Cadeia de Valor da ANS”, prevista no “Planejamento Estratégico 2021-2024”, prevê, entre os macroprocessos da instituição, a “Integração das políticas de saúde público privada”, bem como a “Integração com o SUS” (ANS, 2021b, p. 12)

⁶⁰ Conforme ensina J. J. Gomes Canotilho, as normas jurídicas podem ser classificadas em duas espécies, a saber, as regras e os princípios (CANOTILHO, 2003, p. 1.160). A distinção entre “regras” e “princípios” remete ao clássico texto de Ronald Dworkin, denominado “Modelo de Regras I” (*Model of Rules I*), que atualmente está publicado no capítulo 2 do livro “Taking Rights Seriously” (DWORKIN, 1977, p. 14-45). No referido texto, Dworkin faz a distinção entre padrões normativos que ele denomina de regras (*legal rules*) e princípios (*legal principles*), na medida em que as regras são padrões normativos que se aplicam a um caso concreto segundo uma lógica do tudo ou nada (*all-or-nothing fashion*), ao passo que os princípios, por expressarem valores morais, possuem uma dimensão de peso ou importância, de modo que são aplicáveis de acordo com a sua importância relativa para a solução do caso concreto (DWORKIN, 1977, p. 25-27). A distinção proposta por Dworkin foi de extrema importância para a Teoria do Direito, uma vez o filósofo norte-americano reconheceu que a argumentação jurídica não é puramente técnica, mas sim fundamentada em considerações de moralidade política.

que devem, na medida do possível (levando-se em consideração as condições fáticas e jurídicas do caso concreto), ser concretizados pelas decisões estatais (legislativas, administrativas e judiciais). No caso do direito à saúde, os princípios que iluminam as políticas de saúde estão expressos no *caput* do art. 196 e nos incisos I a III do art. 198 do texto constitucional: **universalidade, igualdade, integralidade e participação da comunidade**.

O texto constitucional garante a todos o acesso “universal e igualitário” aos serviços de saúde, de modo que universalidade e igualdade são princípios que devem ser interpretados de forma conjunta e harmônica em nosso sistema de saúde. Em primeiro lugar, a noção de universalidade do serviço de saúde está relacionada à concepção de que a saúde, enquanto direito fundamental, “deve destinar-se ao ser humano enquanto gênero, não podendo, portanto, ficar limitado a um grupo, categoria ou classe de pessoas” (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 72). Um sistema de saúde é universal na medida em que proporciona os serviços de saúde sem qualquer critério discriminatório, seja de cor, gênero, classe ou opção sexual ou política.

Além de um critério de “não discriminação”, a universalidade deve ser medida pela capacidade do Sistema Público de Saúde de garantir a todos os cidadãos o efetivo acesso a medidas de proteção, promoção e recuperação à saúde. Por “efetivo acesso” entende-se que não basta a previsão formal do direito no texto constitucional, mas sim uma política pública que, de fato, proporcione serviços médicos de qualidade que atinjam a toda a população. O Comentário Geral n. 14 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas expressa a ideia de que o direito à saúde, compreendido enquanto direito a “ser saudável”, envolve tanto algumas liberdades — como liberdade de escolha, liberdade sexual, e a liberdade de ser livre de qualquer interferência (não ser torturado, não ser submetido a tratamento médico nem a experimentações sem consentimento) — como também alguns direitos, especialmente o direito a que o Estado desenvolva um sistema de proteção à saúde, que proporcione à população “igualdade de oportunidades para aproveitar o maior nível de saúde possível” (UN, 2000, p. 3).

Nesse ponto, os princípios da universalidade e da igualdade se conectam e, interpretativamente, se complementam. Se conectam, pois, em razão da inevitável escassez dos recursos destinados à saúde, é inevitável que a elaboração de uma política pública que tenha o objetivo de universalizar o acesso a serviços de saúde se depare com a necessidade de racionalização da sua distribuição; em outras palavras, como é inviável

construir um sistema que supra as necessidades médicas de todos os cidadãos, a universalização do serviço terá que ser feita de acordo com critérios distributivos que, no limite, envolvem a interpretação da igualdade no acesso a serviços médicos.

Não se pode perder de vista que a efetivação do direito à saúde envolve tanto a efetivação de serviços de medicina preventiva, vigilância sanitária e epidemiológica quanto serviços de medicina curativa, que são voltados à recuperação da saúde. Conforme pondera Fernando Aith, os serviços de medicina preventiva, vigilância sanitária e epidemiológica devem ser distribuídos à população segundo um ideal de igualdade compreendido como isonomia, ou seja, todos devem ter acesso a esses cuidados de forma indiscriminada, sem qualquer tipo de distinção (AITH, 2006, p. 326).

Todavia, a medicina curativa não segue a mesma lógica. Com efeito, em se tratando de saúde pública, a igualdade no acesso a serviços médicos tem sido concebida não como uma garantia de igualdade indiscriminada no acesso a tratamentos, mas sim a partir de uma discussão sobre o *acesso equitativo ao sistema*, ou seja, acesso aos serviços de saúde de acordo com as necessidades médicas.

A efetivação da equidade em um sistema de saúde público exige o estabelecimento de critérios para se estabelecer quem terá acesso e a quais serviços. Conforme a lição de Daniels, a equidade exige a resposta à seguinte pergunta: como o Estado deve atender de forma justa as necessidades médicas em um contexto de limitação de recursos? (DANIELS, 2008, p. 11). Essa não é uma pergunta de fácil resposta e o próprio Norman Daniels não oferece uma resposta categórica para a questão. O autor propõe que as decisões estatais que envolvem racionamento de recursos sejam tomadas de forma procedimentalizada, com a obediência às condições de publicidade, relevância, questionamento, revisão e regulação, que em conjunto formam a *Accountability for Reasonableness* (A4R).

Em razão da convivência em nosso Sistema de Saúde de pessoas que são beneficiárias somente do Sistema Único de Saúde e de pessoas que possuem condições de firmar contratos de prestação de serviço de assistência médica com operadoras de planos de saúde, a discussão sobre a igualdade de acesso deve levar em conta também essa realidade. É neste ponto que a universalidade deve ser aplicada para a saúde suplementar.

Com efeito, não se pode perder de vista que, mesmo após a reforma sanitária, o setor privado suplementar foi incluído no projeto de construção de um Sistema de Saúde

universal e igualitário para a população brasileira. Favaret Filho e Oliveira descrevem o processo de universalização do serviço de saúde no Brasil como “universalização excludente”, na medida em que o SUS não teve o objetivo de incluir o atendimento de todos os segmentos sociais, mas de “garantir o atendimento aos setores mais carentes e resistentes aos mecanismos de racionamento” (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990, p. 155). Nesse sentido, os autores concluem que, ao contrário do modelo inglês, a universalização da saúde no Brasil teve que saber lidar com a sua limitação na oferta de serviços e se destinar a atender os “setores sociais de menor poder aquisitivo” (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990, p. 156).

A expressão “universalização excludente”, cunhada por Favaret Filho e Oliveira, é criticável pelo fato de que as classes sociais privilegiadas não são propriamente “excluídas” do atendimento público, mas sim utilizam da sua capacidade de pagamento para contratar planos de assistência médica que, no fundo, vão propiciar um acesso a serviços e prestadores médicos diferenciados. O que há, na verdade, é a coexistência de um setor público e um setor privado suplementar que são paralelos e ofertam cobertura duplicada (vide capítulo 3), criando-se verdadeira *segmentação no acesso à saúde no Brasil*. Essa realidade é bem retratada por Bahia (2008) ao destacar que as expressões “SUS dependente” e “SUS não dependente” denota a existência de uma parcela da população que possui apenas o Sistema Único de Saúde como alternativa assistencial, ao passo que uma camada abastada da população é beneficiária tanto do sistema público quanto da saúde suplementar.

É por esse motivo que o argumento a partir do princípio da diferença mostra-se de extrema importância para refletir sobre a regulação da saúde suplementar. Com efeito, compreender o setor da Saúde Suplementar como um setor necessariamente “dicotômico” e contraditório com objetivos do SUS releva uma análise simplista da relação público-privado no sistema de saúde brasileiro.

A igualdade em saúde, concebida a partir da justiça igualitária rawlsiana, não condena, de antemão, a segmentação do acesso à saúde criada pela saúde suplementar. Conforme argumentamos acima, a segmentação do sistema de saúde pela participação da iniciativa privada deve ser analisada sob a ótica do princípio da diferença (*difference principle*), segundo o qual as desigualdades socioeconômicas — e aqui se incluem as desigualdades no acesso a serviços de saúde — são toleráveis se (e somente se) beneficiarem os “*worst-off*” do sistema (no caso brasileiro, a classe que Bahia retratou

como “SUS dependente”).

Não há, assim, uma dicotomia necessária entre o público e o privado no Brasil. O setor privado, em especial o privado complementar, **faz parte do projeto de universalização e democratização da saúde no Brasil**, e a sua contribuição para esse projeto depende, em grande parte, da forma como esse serviço é regulado pelo Estado e pelas agências reguladoras. Reconhecer a saúde complementar como um potencial facilitador do projeto que foi concebido na Reforma Sanitária é um passo importante para resgatar a regulação da saúde complementar do argumento puramente economicista,⁶¹ que envia os objetivos da regulação apenas para a garantia da eficiência econômica do mercado.

Esse argumento demonstra uma importante faceta do princípio da igualdade em saúde, que muitas vezes é relegada a segundo plano: a igualdade em saúde exige que o setor privado complementar seja regulado **não apenas sob a ótica da eficiência econômica**, mas também visando à consecução de **objetivos sociais que são exógenos ao mercado da saúde complementar** e envolvem a melhoria do sistema de saúde como um todo, principalmente melhorando o acesso a serviços de saúde aos cidadãos que são dependentes apenas do sistema público.

Outro princípio constitucional que serve como diretriz para a efetivação do direito à saúde no Brasil é o da integralidade, previsto no texto constitucional no artigo 198, inciso II, segundo o qual a política de saúde deve buscar o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988).

Em primeiro lugar, é certo que o princípio da integralidade, enquanto diretriz do Sistema de Saúde brasileiro, deve ser interpretado de forma sistemática, de modo a harmonizar-se com as demais diretrizes do sistema, em especial com a universalidade e a igualdade (equidade) de acesso. Nesse sentido, a ideia de integralidade no atendimento

⁶¹ A visão dicotomia entre o público e o privado no Sistema de Saúde brasileiro, defendida por grande parte da doutrina sanitária, contribui para o predomínio do economicismo na regulação da saúde complementar. Ora, se o setor da Saúde Complementar for compreendido de forma desconectada do Sistema Público — ou seja, como um setor com objetivos e finalidades próprias — não há qualquer sentido em se defender que esse setor deva ser regulado para a consecução de objetivos sociais. Nessa linha de raciocínio, a regulação deveria apenas visar à eficiência do setor, com a correção de falhas de mercado; outrossim, ainda segundo essa linha de raciocínio, a garantia do interesse público na saúde complementar seria feita por uma regulação que somente assegurasse a otimização da eficiência econômica dos agentes regulados. O argumento a partir do princípio rawlsiano da diferença pretende resgatar a regulação da saúde privada desse economicismo, demonstrando a importância dos objetivos sociais da regulação.

complementa as referidas diretrizes, na medida em que preconiza que os cidadãos tenham acesso à medicina integral, compreendida como aquela “capaz de articular cinco níveis de prevenção (promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação) sobre o processo saúde-doença” (PAIM, 2006, p. 15).

A integralidade exige que a atenção à saúde seja efetivada com a garantia da assistência à saúde em diversos níveis de complexidade (atenção básica, atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade). Engloba, ainda, a “integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária” (PAIM, 2006, p. 16).

Na presente tese, compreende-se a integralidade não apenas como uma diretriz do SUS, mas sim como um objetivo social que deve ser efetivado por todos os atores, públicos e privados, que prestam serviços de saúde, inclusive as operadoras de planos de saúde. A partir da noção de que a regulação não possui apenas objetivos econômicos, mas também objetivos sociais, a integralidade, assim como a universalidade e a igualdade, são valores que devem nortear a produção normativa, em especial a regulamentar, na saúde suplementar.

Outro valor constitucional do Sistema de Saúde Brasileiro que também reverbera na saúde suplementar é a participação da comunidade (BRASIL, 1988, art. 198, inciso III). A participação comunitária nas políticas de saúde é um reflexo do princípio democrático e faz parte da própria essência da concepção da saúde como direito de cidadania (democracia sanitária). Na gestão do SUS, a participação da comunidade é regulamentada pela Lei n. 8.142/1990, que prevê como instâncias colegiadas a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde, que se desenvolvem em nível federal, estadual e municipal.

Já na saúde suplementar, a participação da comunidade é efetivada pelos instrumentos de participação social na produção normativa da ANS (Câmara de Saúde Suplementar, Comitês Permanentes, Câmaras e Grupos Técnicos, Audiências Públicas e Consultas Públicas⁶²). Com efeito, a efetiva participação dos agentes regulados, dos beneficiários de planos de saúde, dos prestadores de serviço da área médica e demais atores do mercado da saúde suplementar é instância fundamental da legitimação das normas regulamentares expedidas pela agência.

⁶² A análise aprofundada desses instrumentos será feita no capítulo 5.

Conforme argumentaremos no capítulo 2, a construção do interesse público na saúde suplementar deve ser feita de forma democrática, o que exige que o arranjo institucional da ANS permita que a agência não tenha apenas capacidade técnico-administrativa (ou seja, capacidade para a regulamentação técnica do setor), mas também capacidade política, compreendida como a capacidade de articular-se com os atores (*stakeholders*) da saúde suplementar, e promova a legitimação das decisões regulatórias.

Além dos objetivos sociais externos ao mercado regulado, a regulação da ANS possui objetivos sociais que são internos. Nesse contexto, cumpre destacar que, além da justiça social, a Constituição Federal enuncia como princípio da Ordem Econômica a defesa do consumidor, que é, também, um direito fundamental (BRASIL, 1988, art. 5º, XXXII, e art. 170, inciso V). Ademais, a Lei n. 9.961/2000, que criou a ANS, enuncia como competência da agência a articulação com os órgãos de defesa do consumidor, “visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde” (BRASIL, 2000, art. 4º, inciso XXXIV).

A defesa do consumidor enquanto objetivo social da regulação não encontra subsídio apenas na legislação, mas também é assim concebida pela doutrina. Nesse sentido, Coutinho (2014), à luz da distinção feita por Anthony Ogus (2014) entre objetivos econômicos e não econômicos da regulação, menciona entre os objetivos sociais da regulação a “proteção de consumidores vulneráveis”, a “proteção tarifária para consumidores rurais” e a “representação dos consumidores”.

Conforme será visto no capítulo 3, a defesa do consumidor na Saúde Suplementar possui como marcos legislativos o Código de Defesa do Consumidor e a Lei dos Planos de Saúde, que prevê inúmeras garantias assistenciais e não assistenciais para os beneficiários de planos de saúde. Sob o ponto de vista regulamentar, a ANS possui um fértil campo de atuação para regulamentar essas garantias, tanto na regulamentação de coberturas, previsão de critérios para reajustes (anuais e por faixa etária), prazos de atendimento, requisitos para alteração de rede hospitalar, regras para portabilidade de carência, entre outras.

O quadro 1 tem por objetivo sintetizar os objetivos econômicos e sociais da regulação em saúde suplementar:

Regulação em Saúde Suplementar: Objetivos Econômicos e Sociais	
Regulação Econômica	Regulação Social
Correção das Falhas de Mercado (Seleção Adversa, Assimetria de Informações, Risco Moral), Controle e Fiscalização de Reajustes, Fiscalização das OPS, Estabelecimento de Reservas Técnicas e Provisões Financeiras; Mecanismos Financeiros de Regulação	Objetivos Sociais Internos: Proteção do Consumidor (Regulação Assistencial, Regras de Portabilidade, Prazos Máximos de Atendimento); Objetivos Sociais Externos: Universalidade, Igualdade de Acesso e Integralidade

Quadro 1 - Regulação em Saúde Suplementar: objetivos econômicos e sociais
Fonte: Elaboração própria, a partir da proposta de Windholz e Hodge (2013)

O interesse público em saúde suplementar será o resultado da ponderação dos objetivos econômicos e sociais da regulação, ou seja, do equilíbrio entre os valores econômicos e sociais, que devem ser efetivados através da Democracia Sanitária no âmbito da saúde suplementar. É no **amplo debate democrático** que será oportunizado, de forma equânime, que os *stakeholders* do setor (aqui compreendidos todos os atores da Cadeia da Saúde Suplementar e a sociedade civil) influenciem efetivamente na decisão regulatória. A forma como os atores têm influenciado na decisão no âmbito da ANS, bem como eventuais mudanças institucionais necessárias para revigorar debate democrático, serão debatidas nos capítulos 5 e 6 da tese. O que se pretende, no momento, é apenas destacar os valores que iluminam a regulação econômica e a regulação social no âmbito da ANS.

2 LEGITIMIDADE DA REGULAÇÃO: JUSTIÇA PROCEDIMENTAL E DEMOCRACIA SANITÁRIA

No capítulo anterior foi construído um diálogo entre o Direito Regulatório e a Teoria Política Normativa, com o objetivo de fundamentar que a regulação em saúde suplementar deve ser compreendida a partir de duas dimensões: a dimensão econômica, cujos objetivos estão relacionados à correção das falhas de mercado, fiscalização e controle de reajustes, estabelecimento de normas visando ao equilíbrio econômico e financeiro das OPS, bem como aos Mecanismos Financeiros de Regulação, e a dimensão social, relacionada tanto com a defesa do consumidor quanto com objetivos mais amplos, relacionados à política pública constituída pelo Sistema de Saúde Brasileiro.

No presente capítulo, a regulação da saúde suplementar será abordada sob outro prisma, que é a legitimidade da ação regulatória do Estado. A discussão se inicia com um breve histórico sobre o desenvolvimento do Estado Regulador no Brasil, que foi, inicialmente, relacionado com a utilização de estratégias desenvolvimentistas pelo Estado, que assumiu o protagonismo do desenvolvimento econômico do país, mas, no entanto, foi um período autoritário, em que as decisões eram tomadas dentro da burocracia do Executivo, de forma insulada e sem a participação da sociedade civil. Em contraposição, o denominado “Novo Estado Regulador”, termo cunhado por Mattos (2017), representou uma ruptura com a estratégia desenvolvimentista e criou as agências reguladoras autônomas, que representaram novas instâncias decisórias e, também, uma abertura para a participação democrática dos grupos de interesse na regulação.

É nesse contexto que a legitimidade da regulação é abordada. Com efeito, ao passo que as agências reguladoras possibilitam a permeabilidade da burocracia estatal para a participação da sociedade, a legitimação democrática da regulação exige a superação do modelo hegemônico de democracia representativa e a adoção de estratégias deliberativas, com a institucionalização de instâncias de participação que possibilitem a efetiva participação das partes interessadas na regulação nas decisões regulatórias. O capítulo finaliza com a construção de um modelo de democracia deliberativa alicerçado na Teoria da Justiça rawlsiana, que se caracteriza como um procedimentalismo substantivo, no qual o debate democrático se desenvolve dentro das diretrizes valorativas estabelecidas pelos princípios de justiça e que visa à solução de discordâncias razoáveis sobre as estratégias

regulatórias para a consecução do interesse público na regulação.

2.1 Considerações sobre o Estado Regulador

2.1.1 Estado Desenvolvimentista, insulamento burocrático e o “Novo Estado Regulador”

O conceito de Estado Regulador não é unívoco na doutrina, sendo certo que o uso desse termo varia de acordo com a tradição jurídica em que é utilizado. Na doutrina estrangeira, é clássica a distinção entre o Estado Regulador de forma dicotômica com outra forma de governança econômica, a saber, o Estado Desenvolvimentista. Nesse sentido, na literatura essa distinção tem como origem os estudos de Chalmers Johnson, que realizou a distinção entre a forma de intervenção do Estado japonês na economia nos anos 1920, que tomou as rédeas do desenvolvimento do país no pós-guerra, ao passo que o Estado Regulador é identificado com o surgimento do Estado Administrativo nos Estados Unidos, em especial da técnica de governo a partir de agências autônomas independentes (cf. SCHAPIRO, 2018; LEVI-FAUR, 2013; CHANG, 1997).

Destaca Levi-Faur (2013) que, em sua origem norte-americana, o conceito de Estado Regulador surge como um Estado expansivo, controlador e intervencionista, portanto, como sinônimo de um Estado que clama possuir não apenas o monopólio para o uso legítimo da força, mas também o monopólio do poder de regular a economia (LEVI-FAUR, 2013). Todavia, o autor destaca que na Europa (e, também, podemos afirmar que no Brasil) a recepção desse conceito foi feita como **sinônimo de um modelo neoliberal de governança econômica**, muitas vezes representado como uma superação do modelo de Estado Desenvolvimentista. Esta é a clássica abordagem feita por Giandomenico Majone ao explicar o surgimento do Estado Regulador na Europa, o qual é representado como um novo modelo de intervenção estatal na economia, que superou o modelo anterior do “Estado Positivo”. Na lição de Majone, o conceito de Estado Regulador traz em si um conjunto de características que estabelecem um novo padrão de governança. Nas palavras do autor:

[...] o que se observa na prática não é um desmantelamento de toda a regulação governamental — uma volta a uma situação de *laissez-faire* que na realidade nunca existiu na Europa — mas, em vez disso, uma

combinação de desregulação e nova regulação, possivelmente em um nível diferente de governança. (MAJONE, 1999, p. 9)

Os dois modelos de governança (regulador vs. desenvolvimentista) são destacados por Schapiro (2018), o qual destaca que o modelo de governança desenvolvimentista se caracteriza: (i) pela concentração de competências legislativas no Poder Executivo, que as exerce em espaços de discricionariedade; e (ii) pela hierarquia, representada pelo favorecimento de relações informais entre os interesses corporativos da sociedade e a burocracia do Executivo (SCHAPIRO, 2018). Por sua vez, o Estado Regulador seria marcado pelo legalismo, representado pelo **poder normativo legislativamente condicionado conferido à burocracia especializada**, e pelo controle do exercício desse poder regulamentar tanto pelo Congresso Nacional (mediante mecanismos de *accountability* horizontal) quanto pelos grupos de interesse (que participam e competem na formação da regulação) e pelo Poder Judiciário. Nas palavras de Schapiro:

Em síntese, a intervenção regulatória é fruto da conjugação da legalização das competências reguladoras e da possibilidade de controle exercida pelo Congresso e pelo Judiciário, a partir da iniciativa dos grupos de interesse. O resultado desta equação institucional é a configuração de uma burocracia dotada de poder normativo, mas de um poder legislativamente condicionado, politicamente monitorado pela competição dos grupos de interesse, e sujeito a ônus positivos em seu exercício. O poder público não conta com um monopólio da virtude ou com uma supremacia do bem comum, capazes de justificar uma posição de assimetria entre a atuação administrativa e a organização dos indivíduos. A rigor, os poderes de iniciativa são alocados para os particulares, que são encarregados não só dos empreendimentos privados, mas também da mobilização dos recursos políticos para defender suas posições e interesses. (SCHAPIRO, 2018, p. 578)

Embora a comparação dicotômica entre dois modelos de governança seja importante para se compreender conceitualmente as diferenças entre o Estado Positivo (ou Desenvolvimentista) e o Estado Regulador, é importante a ressalva de que a institucionalização do modelo regulatório de governança econômica no Brasil não fez com que o Estado Desenvolvimentista fosse “substituído” ou “superado” por um novo modelo paradigmático de Estado. Há, na verdade, a **coexistência de ambos os modelos**, sendo que, em alguns setores relevantes da econômica (como telecomunicações, saúde suplementar, vigilância sanitária, entre outros) houve a opção de não mais intervir diretamente na economia, mas controlar o mercado através da regulação.

Feita esta observação, sob o ponto de vista histórico o estudo do Estado Regulador no Brasil deve ser feito com a confrontação do modelo de Estado no período dos anos 1930 até 1995, e do modelo do denominado “Novo Estado Regulador” (termo cunhado por Paulo Todescan de Lessa Mattos), que foi implementado com as reformas estatais no governo Fernando Henrique Cardoso (MATTOS, 2017, p. 111 *et seq.*).

Nesse sentido, no decorrer do século XX (até 1995), tem-se que o Estado brasileiro caracterizou-se pela utilização de técnicas regulatórias que o qualificam como Estado Desenvolvimentista, ou, nas palavras de Mattos, como “Estado tecnoburocrático-capitalista dependente” (MATTOS, 2017, p. 111). A adoção dessa técnica de desenvolvimento econômico justificou-se pela opção do Estado brasileiro em adotar uma postura ativa e direta na industrialização da economia e na modernização das instituições, o que foi feito, já a partir do primeiro Governo Vargas, com a criação de uma nova burocracia estatal e com a proliferação de empresas estatais e órgãos destinados ao controle da economia (MATTOS, 2017, p. 112). Na lição de Bresser-Pereira, o Estado Desenvolvimentista se caracteriza não apenas pelo planejamento da economia, mas fundamentalmente por ser um Estado produtor:

um estado em que a produção de bens e serviços essenciais vai-se tornando cada vez mais sua própria responsabilidade, ao mesmo tempo em que se multiplicam e expandem empresas públicas criadas para o exercício dessa função. (BRESSER-PEREIRA, 1977, p. 159)

A esse respeito, destaca Ben Ross Schneider (2013) que o Estado Desenvolvimentista no Brasil foi uma resposta à Grande Depressão, com a criação das instituições e políticas desenvolvimentistas que viriam a alicerçar o desenvolvimento econômico do país:

Na esteira da Grande Depressão, os governos de Getúlio Vargas (1930-1945 e 1951-1954) começaram a criar as instituições e políticas que mais tarde seriam os principais instrumentos de desenvolvimento liderado pelo Estado: a proteção tarifária e o comércio administrado (anos 1930); as empresas estatais de aço (anos 1940 e 1950); um banco de desenvolvimento, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE) (anos 1950); uma empresa estatal de petróleo (Petrobras, anos 1953); e as políticas setoriais para a implantação de uma indústria automobilística (anos 1950) (Skidmore, 1967; Draibe, 1985; Shapiro, 1994). Além disso, Vargas criou uma nova agência de pessoal, o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP),

projetado para profissionalizar e despolitizar a burocracia das principais instituições desenvolvimentistas. (SCHNEIDER, 2013, p. 9)

A vigência dessa estratégia desenvolvimentista na maior parte do século XX, caracterizada por uma “alocação abrangente de poder decisório para a burocracia do Executivo” (SCHAPIRO, 2017, p. 579), gerou uma cultura de protagonismo decisório do Poder Executivo em relação ao Poder Legislativo. Ademais, não se pode perder de vista que o Estado Desenvolvimentista se formou no Brasil nos anos 1930, em período de pensamento essencialmente autoritário, e, ainda, se desenrolou caracterizado por **relações patrimonialistas**,⁶³ de modo que o acesso às instâncias decisórias do Estado estava limitado aos grupos de interesse dominantes “com acesso aos canais de circulação de poder político e controle da máquina estatal” (MATTOS, 2017, p. 115).

Trata-se, portanto, de uma burocracia que foi criada a partir de uma estratégia para o desenvolvimento econômico do país, mas que se desenvolveu no interior do próprio Estado e de forma apartada da sociedade civil.⁶⁴ Isso significou a organização do Estado a partir de uma burocracia especializada, **pouco sensível aos interesses da sociedade civil**, mas que se constituiu dentro de uma estrutura administrativa tradicional, de modo que “elas acabaram por não servir ao ‘interesse público’, mas aos interesses privados que se organizaram no interior do Estado e foram catalisados a partir do próprio Estado”

⁶³ Nas palavras de Mattos, “a formação do Estado regulador brasileiro significou, pois, a constituição de uma nova burocracia e uma nova classe: os funcionários públicos tecnocratas. A partir do próprio Estado, essa nova classe já teria sido mobilizada no primeiro governo Vargas. E o suporte político da nova burocracia teria se amparado nas políticas populistas que mobilizaram as massas a partir do dinamismo econômico próprio dos resultados econômicos gerados pelo Estado regulador. Dessa maneira, tanto com Vargas no Estado Novo, acentuando-se com Dutra, novamente com Vargas em seu segundo governo, quanto com Kubitschek e, depois, com os militares a partir de 1964, o apoio político à atuação do Estado dependeu em grande parte de resultados econômicos que garantissem a adesão ou a ausência de questionamento de setores da ‘sociedade civil’ não representados ou pouco representados. Segundo Cardoso, o Estado regulador brasileiro, por não estar fundado na representação de interesses da sociedade civil, teria representado na sua formação uma acomodação apenas dos interesses da administração tradicional, clientelista, nos seus vários níveis de organização de poder. Tal argumento está em linha com a tônica da análise feita por Raymundo Faoro em *Os donos do poder*, ao afirmar que, diante da tecnocracia nascente no plano de um Estado centralizador com feições autoritárias, o patrimonialismo teria permanecido como característica da formação da burocracia estatal brasileira e os estamentos burocráticos teriam se institucionalizado” (MATTOS, 2006, p. 144). No mesmo sentido, afirma Edson Nunes que, no Brasil, “o personalismo impregnou e ‘enquadrou’ muitas instituições [...]. Relações pessoais e hierárquicas são cruciais para tudo, desde obter um emprego até ter um pedido aprovado por um órgão público” (NUNES, 1997, p. 37).

⁶⁴ “No processo de industrialização brasileiro, a legitimidade da ação estatal será justificada a partir do próprio Estado, e não a partir da ‘sociedade civil’. Conforme Cardoso, ‘no caso brasileiro, desde os primórdios da ação planejadora, no Governo Dutra e, especialmente, no segundo governo Vargas, o plano surgiu como o resultado de um diagnóstico de carências formulado por técnicos, guiados por valores de ‘fortalecimento nacional’, mas num quadro de apatia da ‘sociedade civil’ e, especialmente, dos políticos profissionais” (MATTOS, 2017, p. 119).

(MATTOS, 2006, p. 145).

Assim, destaca Paulo Todescan Lessa Mattos⁶⁵ que, no Estado Desenvolvimentista, especialmente no período autoritário pós-1964, o processo decisório no interior da burocracia estatal possuía as seguintes características: (i) as decisões eram tomadas no interior de conselhos formados por tecnocratas que negociavam de forma discricionária e com a inclusão apenas de grupos de interesse que possuíam acesso aos canais de circulação de poder político; (ii) inexistiam critérios legalmente institucionalizados para guiar o processo decisório, o qual era feito com a utilização de justificativas genéricas de atender ao interesse nacional; e (iii) ausência de mecanismos de publicidade do processo decisório ou mesmo do conteúdo da decisão tomada. Nesse contexto, conclui:

Essas três características do processo decisório sobre a formulação de políticas públicas setoriais levam, portanto, à conclusão de que era muito baixo o grau de *accountability* da atuação da burocracia estatal. Diante do quadro acima descrito, não havia prestação de contas à sociedade civil, não havia prestação de contas ao Congresso e não havia possibilidade do controle do processo decisório pelo judiciário, bem como não havia a possibilidade de qualquer juízo de legitimidade quanto ao conteúdo das políticas setoriais formuladas. (MATTOS, 2017, p. 127)

Ademais, ao analisar a estrutura organizacional da burocracia estatal nos principais órgãos federais no período anterior à reforma do estado, Mattos conclui que: (i) a decisão é centralizada na figura do Presidente da República e/ou dos órgãos ministeriais; (ii) não havia mecanismos de *accountability* horizontal ao Poder Legislativo; (iii) ausência de canais institucionalizados de participação pública de setores da sociedade civil; e (iv) existência, em alguns casos, de mecanismos de organização dos interesses dos grupos predeterminados no interior da própria burocracia estatal (MATTOS, 2017, p. 136).

O chamado “Novo Estado Regulador” (MATTOS, 2017) foi criado, nesse sentido, para representar uma ruptura com esse modelo e redemocratizar o exercício da ação regulatória do Estado. As agências reguladoras autônomas, que são reflexo desse novo modelo, constituem-se como “novo locus de circulação do poder político” (MATTOS,

⁶⁵ Nesta passagem de “O novo Estado Regulador do Brasil”, Paulo Mattos faz expressa referência à tese de doutorado de Sérgio Henrique Abranches, denominada “The Divided Leviathan”, na qual as conclusões acima referidas estão alicerçadas (MATTOS, 2017, p. 126 *et seq.*).

2004, p. 3), com a valorização da participação da sociedade civil e de grupos de interesse que antes estavam excluídos da participação política.

Com a reforma do Estado em 1995, o Estado Regulador passa a influenciar os comportamentos dos agentes regulados através da adoção de diversas estratégias regulatórias que variam desde a adoção de rígidos regimes de comando e controle até estratégias diversificadas como incentivos econômicos e fiscais, parcerias público-privadas, arranjos de concessão, entre outros (COUTINHO, 2014, p. 32). No caso do setor da Saúde Suplementar, a opção foi pela criação de uma agência regulatória específica — a Agência Nacional de Saúde Suplementar —, com competência para atuar como regulador do mercado.

Assim, o termo Estado Regulador (ou Novo Estado Regulador) é utilizado na presente tese para significar uma realidade específica, representada pela estratégia de governança econômica adotada na Reforma do Estado através da criação das agências regulatórias autônomas. Essa noção é de extrema importância para a discussão da legitimidade da regulação, posto que as referidas agências atuam por delegação legislativa, sendo necessário discutir o modelo de democracia adequado para legitimar democraticamente as decisões regulatórias.

Isso porque, embora as agências regulatórias possuam competências para regulamentar setores relevantes da economia (competências “quase-legislativas”), para fiscalizar e sancionar os agentes regulados (competências “quase-judiciais”) e competências para executar políticas regulatórias, elas são compostas por diretores que não são eleitos democraticamente, mas sim são indicados pelo Poder Executivo. Conforme será visto na próxima seção, embora essas agências tenham possibilitado certa permeabilidade da burocracia pelos anseios da sociedade civil, a discussão da legitimidade democrática da sua atuação é complexa e exige a superação do modelo representativo de democracia.

2.1.2 Novo Estado Regulador e delegação legislativa

Sob o ponto de vista jurídico, a ação regulatória do Estado se dá a partir do fenômeno da “delegação legislativa”, ou seja, do aumento da produção normativa por parte do Poder Executivo, que passa a regulamentar as leis, que são por sua própria natureza normas jurídicas gerais e abstratas, através da edição de normas de grau

hierárquico inferior, denominadas de “regulamentos”⁶⁶ ou normas regulamentares.

Explica Mattos que o fenômeno da delegação legislativa, com a proliferação de normas regulamentares por parte do Poder Executivo, se justifica pela incapacidade de o Poder Legislativo suprir, com normas gerais e abstratas (leis) a necessidade de normatização de situações cada vez mais complexas que surgem na sociedade.⁶⁷ Assim, conclui Mattos que:

a delegação legislativa é, portanto, uma resposta à necessidade de especialização técnica da burocracia estatal para adoção de técnicas administrativas necessárias à regulação do sistema econômico. Ao mesmo tempo, é uma forma de tornar o processo decisório sobre a formulação do conteúdo da regulação mais eficiente em termos administrativos, se comparado à capacidade operacional do legislativo. (MATTOS, 2017, p. 44)

A compreensão do referido fenômeno da delegação legislativa pode ser feita à luz do que Jacques Chevallier (1998) denominou de crise do paradigma da modernidade do direito, bem como do surgimento de um direito com características da pós-modernidade.⁶⁸ Chevallier identifica a crise da concepção moderna de direito (*Crise de la Raison*

⁶⁶ As normas que compõem um sistema jurídico são hierarquicamente ordenadas, de modo que as normas de hierarquia inferior (decretos, regulamentos) retiram o seu fundamento de validade das normas hierarquicamente superiores do sistema (leis, medidas provisórias). Acerca da hierarquia das normas no sistema jurídico, explica Tércio Sampaio Ferraz Júnior que “por conterem normas gerais, muitas leis, para adquirirem eficácia técnica, exigem detalhamentos. Os regulamentos, assim, explicitam as normas gerais, tendo em vista sua execução. Não basta, por exemplo, criar, por lei, um tributo. É preciso disciplinar a forma como será cobrado, a autoridade que irá cobrá-lo, a agência que irá recolhê-lo, os prazos em que isso deverá ocorrer, etc.” (FERRAZ JR, 2003, p. 236).

⁶⁷ Nas palavras de Mattos “as justificativas para o aumento do uso de normas secundárias e terciárias têm relação com a necessidade de aumento da *expertise* e correção de problemas de legitimidade (decorrentes, como veremos, do modelo de democracia representativa) na edição de normas, uma vez que o Poder Legislativo não tem (i) conhecimento (*informação*) de detalhes (*expertise*) de determinados fatos sociais ou do funcionamento de sistemas (como o econômico) que precisam ser por algum motivo regulados; (ii) capacidade operacional (*eficiência*) para deliberar sobre todos os aspectos relacionados à regulação de determinado fato sociais ou problema sistêmico; (iii) um sistema jurídico moderno não tem como ser concebido apenas como um *sistema estático* fundado em normas primárias estabelecidas por um poder legislativo soberano, gerando a exigência de delegação de poder normativo (*problemas de legitimidade*). Nos três casos, a complexidade de matérias e situações a serem reguladas decorrentes do fenômeno do moderno Estado regulador impõe a especialização e a ampliação do número de órgãos dotados de poder normativo” (MATTOS, 2017, p. 43).

⁶⁸ Segundo Chevallier, a modernidade jurídica, enquanto processo de racionalização do direito, se define, em primeiro lugar, pela compreensão do Estado como única e exclusiva fonte legítima do direito. Outrossim, o ordenamento jurídico é concebido como um sistema coerente de normas “solidárias e hierárquicas, interligadas por relações lógicas e necessárias (CHEVALLIER, 1998, p. 5). Outrossim, as normas jurídicas são dotadas de generalidade e estabilidade, de modo que a realidade social é apreendida pelo direito através de conceitos abstratos, reagrupada em categorias cada vez mais largas e compreensivas” (CHEVALLIER, 1998, p. 5). Trata-se, portanto, de uma concepção do direito enraizada nos postulados da teoria do ordenamento jurídico positivista (cf. BOBBIO, 2006, p. 197 *et seq.*)

Juridique) a partir do surgimento do Estado do Bem-Estar Social. Sobre esse fenômeno, Fernando Aith (2006) explica que, com o surgimento do Estado Providência, o direito perdeu as características de generalidade e estabilidade:

[...] o princípio da generalidade foi sendo deixado de lado na medida em que a lei passou a ser instrumento de governo para ações sociais. Nesse movimento, foi-se também a estabilidade da lei, que passou a ser sujeita a pressões políticas. Até a noção de individualismo sofreu temperanças, quando o Estado Social passou a impor uma lógica na qual o indivíduo deve submeter-se à lei e ao bem comum. (AITH, 2006, p. 232)

No texto “Vers un droit post-moderne? Les transformations de la régulation juridique”, Chevallier cita os seguintes “elementos de ruptura” do paradigma da modernidade: (i) a perda de sistematicidade do Direito, em razão de uma “proliferação anárquica de regras”, que colocaram em xeque a coesão do ordenamento jurídico; (ii) a perda de generalidade e universalidade das normas jurídicas, que, cada vez mais, são criadas como textos técnicos e específicos, que procuram regulamentar a realidade social em detalhes e que possuem vigência específica e espaço de aplicação definido; (iii) como consequência, há também perda de estabilidade do Direito, que, em razão da especificidade de seus comandos, passa entrar mais rápido em estado de obsolescência (CHEVALLIER, 1998, p. 7).

A partir dos referidos elementos de ruptura, por meio dos quais o Direito pós-moderno é descrito por Chevallier, o Direito ganhou contornos de “antimodernidade”, com a complexidade dos mecanismos de produção e articulação do Direito e a flexibilidade do conteúdo e processos de adaptação das normas jurídicas (CHEVALLIER, 1998, p. 22). Nesse sentido, afirma Chevallier que “o Direito pós-moderno se opõe ao moderno: à unidade se opõe a pluralidade; à hierarquia, a diversidade; à coação, a regulação; à estabilidade, a adaptabilidade”.⁶⁹

O pensamento de Chevallier mostra-se extremamente relevante para a compreensão do conceito de “regulação”, uma vez que a mencionada complexidade dos meios de produção das normas jurídicas (que não mais é vista como uma atividade exclusiva do Estado) e a flexibilidade de seu conteúdo abre espaço para uma atividade

⁶⁹ Tradução livre de: “*le droit post-moderne s’oppose au droit moderne : à l’unité, il oppose en effet le pluralisme ; à la hiérarchie, la diversité ; à la contrainte, la régulation ; à la stabilité, l’adaptabilité*” (CHEVALLIER, 1998, p. 9).

regulamentar do Poder Executivo, bem como de outros atores institucionais, inclusive as agências reguladoras (AITH, 2006, p. 233).

Referida visão pós-moderna da articulação existente entre o Direito, o Estado e a Sociedade problematiza a concepção ortodoxa do Direito, segundo a qual a normatização das relações sociais é feita primordialmente pelas leis ordinárias, e enfatiza a importância das **fontes infralegais na atividade regulatória do Estado**. Nesse sentido, inclusive, o constitucionalista americano Bruce Ackerman, no artigo “The New Separation of Powers”, sustenta que a teoria constitucionalista precisa avançar para reconhecer a importância do Direito produzido pela burocracia estatal, inclusive com a construção de fontes de legitimação das normas regulamentares mais profundas do que a mera teoria do cinturão de transmissão da legitimidade democrática do Legislativo (*transmission belt theory of democratic legitimacy*) para os entes que atuam por delegação legislativa (ACKERMAN, 2000).

No artigo “Quem tem medo da delegação legislativa?”, Jean-Paul Cabral Veiga da Rocha (2016) argumenta que a discussão sobre o poder normativo das agências reguladoras revela uma visão ortodoxa que vigora na comunidade jurídica brasileira, a qual atribui, exclusivamente, à regulamentação legislativa a aptidão de criar direitos e obrigações. Nas palavras do autor, essa visão ortodoxa sustenta que “o regulamento, tido como fonte secundária do direito, não poderia criar obrigações de fazer ou não fazer. Somente a lei, fonte primária do direito, poderia fazê-lo.” (VEIGA DA ROCHA, 2016, p. 196).

Apesar de haver corrente doutrinária que negue o poder normativo às agências reguladoras, a verdade é que, desde a reforma do Estado da década de 1990, existem setores fortemente regulados por resoluções normativas expedidas por agências, as quais não se limitam a especificar situações normativas previstas na legislação ordinária, mas sim exercem verdadeiro poder criativo de novos direitos e obrigações⁷⁰ tanto para os agentes regulados quanto para a sociedade civil. Na presente tese será adotado um ponto de vista realista e pragmático, constatando-se que as **decisões administrativas das agências constituem parte fundamental da conformação do direito à saúde no Brasil**. É inegável a importância das normas regulamentares para a construção do direito à saúde,

⁷⁰ Na área da saúde é possível citar inúmeras inovações legislativas providas da atividade normativa da ANS, como, por exemplo, a regulamentação do Reajuste por Faixa Etária na RN 63/2003, a criação do direito à portabilidade de carências pela RN 438/2019, os prazos de atendimento previstos na RN 259/2011, entre outras.

conforme destaca Aith:

Cada vez mais, o Direito vem sendo constituído por um conjunto robusto de decisões estatais que vão além das decisões legislativas e que alcançam as tomadas pela atuação determinantes dos Poderes Executivo e Judiciário na formação do Direito, seja por meio de execução e da aplicação da lei aos casos concretos, seja por meio da aprovação de atos normativos infralegais. (AITH, 2017, p. 23)

Aliás, na saúde suplementar, a própria complexidade e tecnicidade das questões regulatórias que são submetidas à ANS exige que a agência exerça o poder regulamentar com certo grau de flexibilidade. O que se deve questionar, nesse sentido, não é a existência ou não desse poder normativo, mas sim as condições (substantivas e procedimentais) para que esse poder seja exercido de forma legítima.

Nesse sentido, independentemente da densa discussão jurídica que existe sobre os limites do poder regulamentar das agências, a questão será enfrentada na presente tese através da investigação das condições de legitimidade democrática dessas decisões.

2.2 Legitimidade das decisões regulatórias e os limites da democracia representativa

2.2.1 Regulação e democracia

A necessidade da construção de fontes de legitimação da atividade normativa dos entes que atuam por delegação legislativa exige uma reflexão sobre a legitimação democrática da atuação das agências reguladoras no Brasil. Conforme visto, a atuação das agências inevitavelmente criará direitos e obrigações para os atores que atuam na cadeia de fornecimento do setor regulado, sejam eles os agentes econômicos ou os beneficiários do serviço que será prestado. Faz-se necessário, assim, refletir sobre a legitimação democrática dessa produção normativa e sobre os limites da concepção hegemônica de representativa de democracia para enfrentar essa questão.

A esse respeito, assevera Telma Menicucci que, “do ponto de vista da teoria democrática, a atuação das agências independentes suscita questões relevantes de ordem normativa, relativas à sua legitimidade e responsabilização, e o risco de insulamento burocrático e de desvio de poder” (MENICUCCI, 2007, p. 242). No mesmo sentido, Pó e Abrucio ressaltam que a autonomia da burocracia, representada pela atuação das

agências reguladoras, traz riscos à sociedade e à democracia, sendo necessário repensar a institucionalização de mecanismos de *accountability*, com a ampliação de espaços democráticos” (PÓ; ABRUCIO, 2006, p. 685).

Conforme vimos acima na lição de Bruce Ackerman (2000), não há uma relação direta e necessária entre a legitimidade democrática do ente legislativo que realiza a delegação legislativa (no caso brasileiro, o Congresso Nacional) e a atuação regulamentar das agências reguladoras. Trata-se de questão que exige uma reflexão sobre a legitimação democrática das instituições, mais precisamente, sobre a relação entre a legitimação democrática do direito e a democracia deliberativa.

2.2.2 Concepção hegemônica de democracia e déficits democráticos da regulação

A democracia é um valor universal, ou seja, “valor que as pessoas, em qualquer lugar, possuem uma razão para vê-lo como valioso” (SEN, 1999, p. 11). Ademais, Amartya Sen afirma que, muito embora o século XX tenha sido marcado por diversos eventos e por uma variedade de desenvolvimento econômicos e sociais, ele não tem nenhuma dúvida em afirmar que a consolidação da democracia é o principal desenvolvimento das sociedades no século XX (SEN, 1999, p. 3).

O debate teórico sobre o conteúdo e a forma de exercício da democracia marcou o século passado. Na lição de Santos e Avritzer (2002), o debate sobre a questão democrática, em um primeiro momento (primeira metade do século XX), em razão das duas guerras mundiais e a posterior emergência da Guerra Fria, o debate democrático discorria acerca da desejabilidade da democracia como forma de governo e, conforme exposto acima, referido debate encerrou-se num consenso a favor da democracia. Por outro lado, na segunda metade do século, houve a consolidação da proposta hegemônica de democracia, que passou a ser vista como um procedimento eleitoral para escolha de governo, notadamente pela via representativa. Todavia, Santos e Avritzer destacam o paradoxo incrustado nessa versão hegemônica da democracia: o governo eleito por representantes do povo inevitavelmente acarreta a redução da participação da sociedade nas decisões políticas (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 39-40).

Assim, a democracia (representativa) é concebida como uma forma ou procedimento para a escolha de representantes que exercerão o poder em nome do povo. O aspecto procedimental da democracia é destacado por Joseph A. Schumpeter em

“Capitalismo, socialismo e democracia” (1961), no qual a democracia é definida como “método político, isto é, certo tipo de arranjo institucional para chegar a uma decisão política (legislativa ou administrativa) [...]” (SCHUMPETER, 1961, p. 296). No mesmo sentido, também destacando o aspecto metodológico e procedimental da democracia, Norberto Bobbio, no clássico “O futuro da democracia”, afirma que o regime democrático deve ser compreendido da seguinte maneira:

O regime democrático — e aqui entendo por “regime democrático” o regime no qual o poder supremo (supremo na medida em que apenas ele está autorizado em última instância a força) é exercido em e por conta do povo através do procedimento das eleições por sufrágio universal repetidas a prazo fixo [...]. (BOBBIO, 1986)

Assim, no procedimentalismo democrático, a escolha dos representantes, bem como as demais decisões políticas, são consideradas legítimas a partir do momento em que foram observadas as regras do procedimento democrático, não importando a essência do resultado que decorre dessa decisão. Por essa razão, essa concepção de democracia é denominada de “*rule-centered*”, destacando-se que as regras estão no centro ou na essência da democracia (SHAPIRO, 1997, p. 212).

Outra característica fundamental da visão hegemônica de democracia é a “inevitabilidade da representação nas democracias de larga escala” (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 44). Neste ponto, a ideia da representatividade não se relaciona apenas ao fato de os governos democráticos se caracterizarem pelo jogo eleitoral para a escolha de representantes, mas ao fato de que as próprias decisões políticas, concebidas com exercício do poder soberano, são necessariamente tomadas pela classe política eleita.⁷¹

A democracia representativa também é vista como concepção hegemônica na tradição jurídica brasileira. Com efeito, não se pode perder de vista que a democracia é um dos princípios fundamentais da ordem constitucional brasileira, a qual já enuncia no seu artigo 1º que a República Federativa do Brasil constitui-se como um “Estado Democrático de Direito”, e cujo parágrafo único do mesmo artigo afirma que “todo poder

⁷¹ Santos e Avritzer explicam que o procedimentalismo de Schumpeter é uma resposta à seguinte questão: é possível que o povo governe? “A resposta dada por Schumpeter à questão é clara e envolve um desenvolvimento do argumento procedimentalista. Para ele, não podemos pensar na soberania popular como um posicionamento racional pela população ou por cada indivíduo acerca de uma determinada questão” (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 45). É exatamente nesse contexto que o procedimento democrático é visto na doutrina schumpeteriana como “método de decisão política e administrativa”.

emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente”.

Uma fundamentação dogmática da legitimação do Direito tem sido construída a partir da concepção hegemônica de democracia representativa, segundo a qual as leis são produzidas nos órgãos legislativos pelos representantes eleitos pelo povo, como consequência das competências legislativas atribuídas pelo próprio texto constitucional a essas instituições, em nível federal (Congresso Nacional), estadual (Assembleias Legislativas dos Estados), distrital (Câmara Legislativa) ou municipal (Câmara dos Vereadores).

Todavia, como vimos na lição de Aith (2017), cada vez mais o poder regulamentar ganha importância para a efetivação do direito à saúde, sendo certo que, para a legitimação dessas decisões, que são decisões essencialmente administrativas, o modelo hegemônico de democracia representativa não apresenta respostas satisfatórias. Com efeito, a **crise da democracia representativa** pode ser identificada como consequência de uma dupla patologia: por um abstencionismo da sociedade nas decisões fundamentais do Estado (patologia de participação) e um inevitável déficit de representação dos cidadãos, que cada vez menos se sentem representados pelos governantes eleitos (patologia de representação) (SANTOS; AVRITZER, 2002).

Se, para as decisões legislativas, que são tomadas por representantes majoritariamente eleitos, já é possível identificar os claros limites do modelo hegemônico, o cenário fica ainda mais grave quando se trata de legitimação do exercício do poder regulamentar, que é veiculado por uma burocracia que não foi eleita. A esse respeito, Archon Fung (2006), em artigo denominado “Democratizing the Public Process”, questiona os limites do modelo representativo de democracia, cuja legitimação da elaboração das políticas públicas é fundamentada apenas em um modelo estruturado na representação política (que se materializa mediante o voto no processo eleitoral) e na *accountability*, ou mecanismos de prestação de contas do governo perante a sociedade. Esse modelo é representado pela figura abaixo, que foi extraída do próprio texto de Fung:

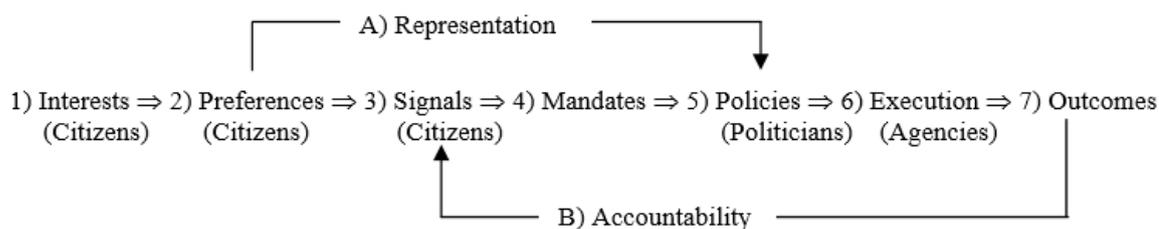


Figura 2 - The Minimal Representative Policy Process⁷²
Fonte: FUNG, 2006, p. 671

Fung argumenta que o referido processo (*The Minimal Representative Policy Process*), representado pela figura acima, possui *déficits democráticos* que impedem que o governo seja responsivo às preferências políticas que o elegeram. Os quatro eixos de dificuldades ou déficits democráticos do modelo baseado em representação e *accountability* estão ilustrados na figura 3:

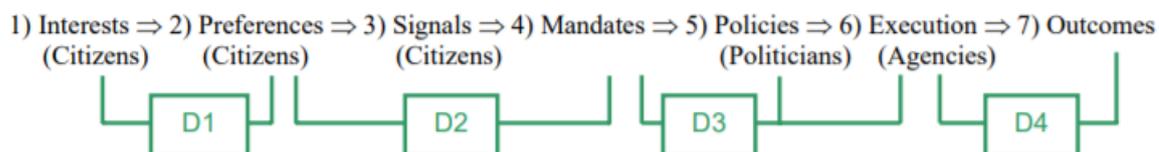


Figura 3 - Democratic Deficits in the Policy Process
Fonte: FUNG, 2006, p. 673

O eixo D1, que se relaciona aos interesses e as preferências, demonstra que as preferências dos cidadãos em escolher entre as diversas políticas públicas podem não ser claras (*unclear preferences*) ou mesmo que pode haver instabilidade nas preferências, que sujeitam os cidadãos a mudarem de posição à luz de “novas informações, argumentos ou perspectivas” (FUNG, 2004, p. 672). Por sua vez, o segundo *déficit*, representado em D2,

⁷² No citado artigo, Fung (2006, p. 671 *et seq.*) explica que o denominado Processo de Elaboração de Política com Mínima Representação (*The Minimal Representative Policy Process*) inicia-se com o reconhecimento de que os cidadãos possuem interesses (1) que geram preferências entre as diversas opções políticas que podem materializar esses interesses (2). Nesse sentido, as suas preferências serão expressas (ou sinalizadas) (3) mediante a escolha de um governo com um programa político que abarque essas preferências, os quais exercerão um mandato representativo (4). A expectativa dos cidadãos é que as políticas públicas (5) sejam elaboradas em consonância com as preferências e executadas por agências independentes (6), por uma burocracia especializada, visando atingir os resultados (7) que resguardem as preferências (2) dos cidadãos, que poderão controlar a execução dos mandatos mediante mecanismos de prestação de contas ou *accountability* (B).

diz respeito à instabilidade das preferências dos cidadãos que gera “bases altamente instáveis” (nas palavras de Fung) para a política pública. Fung ainda argumenta que, mesmo quando as preferências são estáveis ou bem-elaboradas, o processo eleitoral não é capaz de traduzir aos políticos, com profundidade, o significado dessas preferências, o que levaria os políticos (mesmo que bem-intencionados) a terem muitos problemas para representar os seus eleitores. Nas palavras de Fung, “os políticos que não compreendem os seus constituintes não podem representá-los bem” (FUNG, 2006, p. 672).

Ademais, em D3 o autor defende que o processo eleitoral também não é suficiente para servir, por si só, como um mecanismo de prestação de contas entre eleitores e os representantes políticos, sendo certo que pode haver conflitos de interesses entre as preferências dos eleitores e os interesses dos governantes e reguladores. Para Fung, havendo essa situação (conflitos de interesses) o processo eleitoral irá compelir os políticos e os reguladores a efetivar as preferências dos eleitores. Por fim, em D4 Fung identifica que, mesmo se for possível a prestação de contas entre os administradores e os cidadãos, pode haver dificuldades do Estado em colocar em prática políticas públicas para implementar as preferências dos cidadãos, justamente porque em determinadas áreas a correta formulação da política (ou da regulação) depende de contribuições dos agentes regulados e da própria sociedade civil.

Ora, se o Direito já enfrenta uma crise de legitimidade por conta dos limites da democracia representativa e dos inevitáveis déficits existentes entre os interesses dos cidadãos e a burocracia estatal encarregada de elaborar a política pública, no caso das agências reguladoras a situação é ainda mais grave, tendo em vista a inexistência de eleição para a escolha de diretores, os quais são escolhidos pelo Presidente da República.

Em síntese, a legitimidade das normas regulamentares expedidas pelas agências reguladoras não encontra amparo na concepção hegemônica de democracia representativa. Conforme destacou Ackerman (2000), **não existe uma corrente de transmissão da legitimidade democrática dos órgãos legislativos para a burocracia estatal**, de modo que o poder regulamentar não encontra amparo na legitimidade democrática dos agentes políticos eleitos. Ademais, como destacam Santos e Avritzer (2002), bem como Fung (2006), a concepção representativa de democracia está em crise, posto que marcada por um **déficit de representação dos cidadãos e pela incapacidade do Estado de promover políticas públicas que espelhem os interesses e as preferências dos cidadãos**.

No modelo de governança regulatória implementada pelo Estado brasileiro para a saúde suplementar, em que as políticas regulatórias são implementadas por uma agência independente, cujos diretores são escolhidos pelo Poder Executivo, a participação da sociedade é fundamental para a legitimação das decisões regulatórias.

2.3 Propostas para a superação dos problemas de legitimação da regulação: procedimentalismo e participação social

2.3.1 Fundamentos teóricos

Não é tarefa fácil construir uma concepção de democracia que supere os limites e patologias identificados na concepção hegemônica acima descrita. Faz-se aqui, no entanto, um esforço teórico para demonstrar que o regime democrático vai muito além da ideia de representação política e que, sim, é possível revigorar os ideais democráticos a partir do desenvolvimento de uma concepção participativa que leve a sério a necessidade da participação social nas decisões políticas fundamentais, notadamente naquelas relacionadas à efetivação do direito à saúde.

A retomada do argumento a partir da Teoria Política Normativa nos permite enxergar a essência moral da democracia, bem como a relação desse valor com outros valores políticos fundamentais, tais como a liberdade e a igualdade. Trata-se, assim, de caminho necessário e fundamental nessa empreitada.

A ideia de “sociedade democrática” na Teoria da Justiça como Equidade, de John Rawls, nos permite realizar a distinção entre a democracia como regime político (ou seja, como processo de escolha de representantes pela via eleita) e a democracia vinculada à efetivação da sociedade como sistema equitativo de cooperação entre pessoas iguais. Com efeito, não se pode perder de vista que o liberalismo igualitário rawlsiano tem como objetivo primordial “fornecer uma base filosófica e moral aceitável para as *instituições democráticas*” (grifo nosso, RAWLS, 2003, p. 6), de modo que a sociedade democrática é compreendida por Rawls como um “*sistema equitativo de cooperação*”, o que significa dizer que os cidadãos são concebidos como “*peças livres e iguais*”,⁷³ bem como que a

⁷³ No contexto da teoria rawlsiana, as pessoas são consideradas “livres e iguais” porque possuem o que Rawls denomina de “duas faculdades morais”, quais sejam, (i) a capacidade de ter um **senso de justiça**, ou seja, nas palavras de Rawls, “de compreender e aplicar os princípios de justiça de justiça política que

sociedade é regulada por uma “*concepção pública de justiça*”, ou seja, por uma concepção de justiça que é aceita por todos e que serve de referência tanto para a conduta dos indivíduos quanto para a atuação das instituições sociais (RAWLS, 2003, p. 7).

Como visto no capítulo 1, a concepção pública de justiça rawlsiana é guiada pelos dois princípios de justiça, segundo os quais as instituições que compõem a estrutura básica da sociedade devem ser ordenadas de modo que: (i) a todos deve ser garantido acesso a um sistema de direitos e liberdades, sistema esse que deve ser compatível com um sistema de liberdades similar para todos e; (ii) as desigualdades socioeconômicas devem satisfazer duas exigências: em primeiro lugar, devem estar vinculadas a posições e cargos abertos a todos em igualdade equitativa de oportunidades e, em segundo lugar, devem se estabelecer para o maior benefício possível dos membros menos privilegiados da sociedade (princípio da diferença).

Joshua Cohen, ao comentar a interpretação do segundo princípio de justiça rawlsiano (igualdade equitativa de oportunidades + princípio da diferença), ressalta que Rawls se refere a ele como princípio de “igualdade democrática” (*democratic equality*) justamente por representar a ideia de que os cidadãos devem ser compreendidos como iguais, ou seja, com direito fundamental a um tratamento com igual respeito e consideração, bem como devem ser concebidos como pessoas que possuem “a capacidade para compreender os requerimentos da justiça que proporcionam os padrões fundamentais para a vida pública”.⁷⁴

A partir da noção de igualdade democrática, é perfeitamente possível defender uma concepção deliberativa de democracia como alicerce do liberalismo rawlsiano.⁷⁵

determinam os termos equitativos da cooperação social e agir a partir deles”; e (ii) a capacidade de formar uma **concepção de bem**, compreendida como “capacidade de ter, revisar e buscar atingir de modo racional uma concepção de bem. Tal concepção é uma família ordenada de fins últimos que determinam a concepção que uma pessoa tem do que tem valor na vida humana ou, em outras palavras, do que se considera uma vida digna de ser vivida” (RAWLS, 2003, p. 26).

⁷⁴ Tradução livre de: “[...] *capacity to understand requirements of justice that provide the fundamental standards of public life*” (COHEN, 2003, p. 109).

⁷⁵ Parte da doutrina tem fundamentado a democracia deliberativa a partir dos pressupostos da Teoria da Ação Comunicativa, de Jürgen Habermas. Trata-se de teoria essencialmente procedimentalista, fundamentada na formação do consenso a partir da argumentação em uma situação dialógica ideal. Conforme explica Mattos, o modelo de democracia habermasiano é essencialmente procedimental e parte da concepção de duas razões: a razão instrumental, relacionada à atuação dos grupos de interesse com fins predefinidos, e a razão comunicativa, resultante justamente do consenso obtido pelos participantes do discurso, com vistas a resultados que beneficiem a todos mutuamente (MATTOS, 2004). Na presente tese, no entanto, a opção pelo pensamento rawlsiano se dá pelo fato de possibilitar a fundamentação de um modelo deliberativo de democracia, mas com limites substantivos. A argumentação exposta no capítulo 1, que demonstra a relação existente entre o direito à saúde e a justiça socioeconômica, fornece diretrizes

Com efeito, reconhecer que os indivíduos são iguais e possuem capacidade para um senso de justiça lhes confere a responsabilidade de fundamentar os seus juízos morais em uma concepção pública de justiça (ANDERSON, 1999, p. 313). Com isso, reforça-se a importância do debate público e da efetiva participação dos cidadãos para as questões que envolvem a criação e aplicação das normas jurídicas, a formação dos arranjos institucionais que compõem a estrutura básica da sociedade e a elaboração de políticas públicas que visam garantir o efetivo acesso a direitos fundamentais.

Nesse sentido, a discussão acerca da legitimidade da regulação envolve a discussão, em primeiro lugar, sobre a **importância da participação dos grupos de interesse na atividade regulatória**, enquanto concretização de um ideal de democracia, e, em segundo lugar, a institucionalização de procedimentos que possibilitem essa participação e representem mecanismos de prestação de contas da agência para a sociedade civil.

2.3.2 Democracia deliberativa e legitimação das decisões regulatórias

2.3.2.1 Democracia Sanitária

No que tange especificamente ao direito à saúde, o processo de tomada de decisão acerca da regulamentação, seja em saúde pública, seja no âmbito do setor da Saúde Suplementar (objeto da presente tese), é de fundamental importância a criação de *espaços democráticos para a participação da sociedade civil*. Nas palavras de Aith:

[...] a democracia sanitária constitui um princípio constituinte do próprio direito à saúde, que deverá ser sempre considerado na produção, interpretação e aplicação concreta das normas jurídicas de saúde. O princípio da **democracia sanitária** desponta como um mandado de

substantivas para uma discordância razoável sobre os temas relevantes relacionados ao direito à saúde. No caso da regulação da saúde suplementar, o argumento desenvolvido relaciona o interesse público (que é a finalidade institucional da ANS) com a ponderação de objetivos econômicos e sociais da regulação. A legitimação democrática, assim, não se dá apenas pelo procedimento, mas também pelos resultados substantivos das decisões regulatórias, em outras palavras, as diretrizes substantivas dos princípios de justiça servem como filtro para a razoabilidade das concepções de bem, bem como para a racionalidade do debate democrático. A essência da democracia está justamente no reconhecimento dos indivíduos da necessidade de justificação das suas posições em uma base valorativa com mútua aceitação, ou seja, em princípios de justiça que são mutuamente aceitos. Neste sentido, em “What’s the Point of Equality”, Elisabeth Anderson afirma que “*democratic equality regards two people as equal when each accepts the obligation to justify their actions by principles acceptable to the other, and in which they take mutual consultation, reciprocation, and recognition for granted*” (ANDERSON, 1999, p. 313).

otimização do Direito na aplicação concreta do direito à saúde. (AITH, 2017, p. 113)

A concepção de Democracia Sanitária constitui uma das categorias analíticas fundamentais do presente trabalho. A esse respeito, ensina Fernando Aith que a democracia sanitária significa que:

[...] os conflitos políticos e morais derivados da dinâmica de efetivação do direito à saúde em nossa sociedade sejam resolvidos por meio de *processos decisórios estatais democráticos e participativos*, capazes de garantir o exercício da soberania popular preconizado pela Constituição de 1988. (grifo nosso, AITH, 2017, p. 15)

A compreensão da legitimidade da atividade regulatória do Estado a partir de uma concepção essencialmente deliberativa da democracia também está presente na lição de Paulo Todescan Lessa Mattos, o qual defende que a participação dos cidadãos em audiências públicas e consultas públicas, com a garantia da efetiva influência dos seus argumentos na confecção das normas que serão produzidas pelas agências reguladoras, é corolário da “democratização das instituições que compõem a burocracia estatal e, dessa forma, é condição para a legitimação do conteúdo da regulação formulado por agências reguladoras” (MATTOS, 2017, p. 192).

Não se pretende, todavia, sustentar a aplicação de um modelo de legitimação puramente procedimentalista. Embora a participação social seja, como dito, um dos aspectos da legitimação democrática, não se pode ignorar que uma das características fundamentais da democracia deliberativa é a fundamentação das decisões através de **razões** aceitas pelos indivíduos (*reason-giving*) (GUTMANN; THOMPSON, 2004).

Na presente tese, a fundamentação de uma concepção essencialmente deliberativa de democracia a partir do pensamento rawlsiano exige que a justificação das decisões seja feita com base em razões extraídas dos princípios de justiça, que expressam o justo termo da cooperação social. Trata-se, portanto, de um procedimentalismo substantivo, que exige a efetiva participação dos cidadãos no processo deliberativo, bem como que as decisões sejam materialmente amparadas em razões “aceitas por pessoas livres e iguais em busca dos termos equitativos da cooperação social”.⁷⁶

Gutmann e Thompson propõem uma definição de “democracia deliberativa” que

⁷⁶ Tradução livre de: “[...] *reasons that should be accepted by free and equal persons seeking fair terms of cooperation.*” (GUTMANN; THOMPSON, 2004, p. 3).

unifica as condições procedimentais da tomada de decisão, com as exigências materiais de fundamentação através de razões mutuamente aceitas, nos seguintes termos:

[...] nós podemos definir democracia deliberativa como a forma de governo na qual cidadãos livres e iguais (e seus representantes) justificam decisões em um processo no qual fornecem, uns aos outros, razões que são mutuamente aceitas e geralmente acessíveis, com o objetivo de chegar a conclusões que são vinculantes no presente para todos os cidadãos, mas abertas para desafio no futuro.⁷⁷

Por essa razão, sustenta-se a necessidade de se estruturar as decisões regulatórias a partir de **procedimentos bem-estabelecidos**, a partir dos quais se assegura a participação das partes interessadas no processo decisório, bem como para que sejam bem definidos processos para a tomada de decisão em saúde, os quais permitem a preservação da legitimidade decisória quando há situações **de razoável discordância valorativa** (RID, 2009, p. 12). A manutenção da legitimidade decisória, nesses casos, dependerá da utilização de uma estrutura que permita o atendimento das condições formais (procedimentos que assegurem a participação) e materiais (razões mutuamente aceitas) das decisões regulatórias.

2.3.2.2 Participação Social em Saúde

Conforme visto, uma das diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde é a participação da comunidade, efetivada mediante a criação de espaços participativos, com caráter deliberativo e fiscalizador, para fortalecer a gestão democrática do sistema. Trata-se da efetivação de um direito de cidadania e que busca incluir nos processos decisórios que conformam o direito à saúde no Brasil os “segmentos que, na esfera da sociedade (ou do mercado), em sua vida cotidiana, encontram-se excluídos de oportunidades de escolha” (VIANNA et al., 2009, p. 233-234).

A participação social é um conceito marcado por polissemia e que, por ser derivado da Ciência Política, notadamente da teoria democrática, possui cargas

⁷⁷ Tradução livre de: “[...] *we can define deliberative democracy as a form of government in which free and equal citizens (and their representatives), justify decisions in a process in which they give one another reasons that are mutually acceptable and generally accessible, with the aim of reaching conclusions that are binding in the present on all citizens but open to challenge in the future.*” (GUTMANN; THOMPSON, 2004, p. 7).

semânticas distintas dependendo do contexto em que é utilizado. Com efeito, partindo-se de uma concepção predominante representativa (hegemônica) de democracia, a participação, em especial a participação política, tem sido relacionada com o exercício do direito ao voto. Conforme argumentamos acima, a concepção de democracia utilizada na presente tese é mais abrangente e mais complexa do que o simples exercício do direito ao voto.

Com efeito, a democracia não pode ser confundida com a mera observância de regras e procedimentos relacionados ao processo eleitoral, bem como que a eleição de representantes não esgota a participação dos cidadãos na vida política da sociedade. Pelo contrário, eleição e formação de governo são apenas o início da efetivação da democracia. Nesse prisma, a participação social muda de figura para representar uma categoria teórica que expressa um ideal de cidadania ativa, uma cidadania concretizada por processos e procedimentos que vão muito além da escolha de representantes. A esse respeito, retomase a lição de Amartya Sen, que sustenta que a democracia é um **ideal com exigências complexas**, que vão desde o respeito ao processo eleitoral até a proteção de certos direitos e liberdades fundamentais, tais como a garantia da participação política, o direito de o indivíduo expressar e ser ouvido nas suas necessidades sociais e econômicas básicas, bem como de participar na discussão e formação dos valores e prioridades da sociedade (SEN, 1999, p. 9-10).

Nesse diapasão, como bem destacam Vianna et al., participar significa “tomar parte em decisões” e, por conseguinte, constitui um ganho para a concretização da cidadania, posto que, além do caráter pedagógico e “empoderador” desse ritual, a participação representa a presença direta do cidadão no debate público sobre a saúde (VIANNA et al., 2009, p. 246).

A efetivação da participação social em saúde é feita mediante a instituição das instâncias deliberativas que, nos termos da Lei n. 8.142/1990, constituem as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. A doutrina identifica, no entanto, que a referida participação é permeada de dificuldades e, até mesmo, bloqueios que impedem que o ideal da participação da comunidade se consolide e represente uma prática deliberativa legitimadora das políticas de saúde.

Em artigo que realizou uma revisão sistemática da produção acadêmica sobre participação social em saúde, Paiva, Stralen e Costa (2012) identificaram a utilização de categorias de análise utilizadas pela doutrina para a análise da participação social nos

Conselhos de Saúde, as quais representam dificuldades ou bloqueios para a participação social em saúde. A primeira delas relaciona-se ao tema da representatividade política nos Conselhos de Saúde, na qual os autores destacam o “frágil vínculo estabelecido entre representantes e representados”, bem como a existência de “profissionalização” de alguns conselheiros, o que cria um distanciamento entre esses atores, bem como prejudica a defesa dos interesses dos usuários nos espaços participativos (PAIVA et al., 2012).

Além do problema da representação, outra questão que afeta a participação social é a capacitação política, ou seja, a falta de capacidade técnica e política dos conselheiros, em especial do segmento dos usuários, para o exercício do papel deliberativo nos Conselhos de Saúde (PAIVA, et al., 2012, p. 491). Assim, além de um distanciamento existente entre os conselheiros e os representados, há também um problema relacionado à própria aptidão dos conselheiros para o exercício de uma deliberação racional nos espaços participativos, o que coloca em xeque a própria ideia de que os Conselhos sejam capazes de atingir o ideal deliberativo:

ou seja, é consensual afirmar que os conselhos não atingem o ideal deliberativo e conseqüentemente não cumprem a legislação brasileira referente ao papel destas arenas de participação social, o que pode remeter-nos a questionar a capacidade deles em atingir determinados ideais da democracia deliberativa, pautada pela argumentação racional entre os atores políticos, a despeito de outras formas discursivas que são produzidas, tendo em vista as diferenças sociais e culturais que existem em nossa sociedade e se reproduzem no espaço conselheirista. (PAIVA et al., 2012, p. 492)

A participação social é afetada, também, por fatores que dizem respeito às relações estabelecidas entre os atores sociais e, também, por fatores culturais, relacionados à tradição política do nosso país. No que tange às relações sociais, Paiva et al. destacam que a participação social em saúde é marcada por uma assimetria nas relações entre os grupos de interesse, decorrente da existência de atores que possuem “*expertise*” para debater os assuntos relacionados às políticas de saúde — notadamente a classe profissional que atua na área e possui conhecimento especializado — e atores que não possuem conhecimento técnico-científico, mas apenas sabedoria “popular”. Nesse sentido, a assimetria do conhecimento existente entre os atores leva à demarcação de diferentes posições de poder dentro dos Conselhos, conforme explicam Paiva et al.:

Consequentemente observamos a demarcação de diferentes posições de poder no processo de deliberação e tomada de decisões, culminando em comportamentos marcadamente tidos como mera vocalização de demandas e queixas dos usuários, condicionando as decisões de fato aos argumentos de profissionais especializados, por meio da expertise e/ou pelos atores estatais ao se valerem da posição de maior autoridade perante os demais participantes do conselho. (PAIVA et al., 2012, p. 493)

A situação acima descrita é corolário das desigualdades existentes na própria sociedade brasileira, que devem ser contextualizadas pela influência da cultura política da sociedade brasileira, historicamente marcada por relações de clientelismo, autoritarismo e patrimonialismo. Embora os Conselhos e Conferências de Saúde representem uma tentativa de aprofundamento das práticas democráticas na gestão da saúde, há ainda a prevalência das referidas práticas culturais que fazem com que as decisões, ao invés de serem o resultado de uma construção racional resultante de uma prática deliberativa voltada ao interesse público, espelhem o interesse privado de determinados atores motivados por trocas de favores ou a mercantilização das questões (PAIVA et al., 2012, p. 493).

Por fim, a participação social é também influenciada pelo desenho institucional, representado pelas regras e procedimentos que conformam o espaço institucional que viabilizará a interação entre a sociedade civil e a classe política. A falta de homogeneidade na estrutura e no funcionamento, bem como dificuldades relacionadas à autonomia política e logística, à compreensão dos procedimentos e da dinâmica de funcionamento dos Conselhos, são indicados como fatores que dificultam a participação social na saúde (PAIVA et al., 2012, p. 494).

A participação social, portanto, é influenciada por problemas relacionados a representatividade, capacitação política, relações entre os atores, questões culturais e institucionais que podem impedir a concretização da democracia deliberativa. Essa discussão, embora relacionada à participação nas políticas públicas de saúde, é também pertinente para se debater a legitimidade da regulação da saúde suplementar, tendo em vista que, na Reforma do Estado dos anos 1990, a adoção do modelo de agências reguladoras no Brasil teve por objetivo não apenas a descentralização da regulação de setores relevantes da economia, mas também transformar as agências no que Mattos denomina de “novo lócus de circulação de poder político” (MATTOS, 2004, p. 3), com atuação permeada de mecanismos de controle democrático.

2.3.2.3 Procedimentalismo substantivo e construção democrática do interesse público na saúde suplementar

A questão central do capítulo foi o estabelecimento de condições procedimentais para análise da legitimação regulatória. Demonstrou-se que a delegação legislativa para as agências reguladoras não pode amparar-se apenas em um conceito hegemônico de democracia representativa, o qual pretende extrair a legitimidade das normas emitidas pelas agências a partir de uma “transmissão do cinto de legitimidade democrática” (*transmission belt theory of democratic legitimacy*).

Conforme demonstrado, a teoria hegemônica da democracia representativa incorre em diversos problemas de *déficits democráticos* (SANTOS; AVRITZER, 2002; FUNG, 2006), cuja superação exige o desenvolvimento de mecanismos de participação e controle social da regulação. A democracia, assim, não pode ser confundida e não se encerra com o processo eleitoral de escolha de representantes, mas sim é um ideal mais complexo que envolve a efetivação de valores como a proteção de direitos e liberdades fundamentais e a participação efetiva da sociedade nas decisões (SEN, 1999). Especificamente no que diz respeito ao direito à saúde, a concretização da democracia participativa reflete o conceito de Democracia Sanitária, segundo a qual é necessária a participação da comunidade nas decisões estatais que regulamentam e delimitam as ações de promoção, proteção e recuperação do direito à saúde (AITH, 2017).

A esse respeito, alerta Julia Black (2000) que a simples defesa da criação de instrumentos que permitam maior participação no processo regulatório não é suficiente para enfrentar o problema de legitimação da regulação. Nesse sentido, a autora alerta que a defesa da participação puramente formal, ancorada em uma visão liberal, autônoma e monológica do indivíduo acarreta uma concepção fraca ou tênue de procedimentalização (“*thin proceduralization*”), em que as preferências egoísticas dos participantes acabam prevalecendo e as metas substantivas da regulação ficam em segundo plano.

Em contraposição, a autora apresenta uma versão “densa” ou “robusta” de procedimentalização (“*thick proceduralization*”), ancorada em uma concepção deliberativa de democracia, que seria mais complexa, dialógica e permitiria a formação da regulação a partir do debate e do consenso entre as partes interessadas (BLACK, 2000, p. 599). A crítica apresentada por Black é que a simples procedimentalização como

técnica de produção regulatória pode reforçar o tecnicismo e o hermetismo. Nesse contexto, defende Julia Black que a procedimentalização e a participação somente fazem sentido se forem concebidas em conjunto com um modelo deliberativo de democracia, que faça com que a participação da sociedade direcione o debate para as preocupações substantivas da regulação. Nas palavras de Black:

A tese exposta aqui é que a procedimentalização como técnica não pode ser considerada sem abordar essas preocupações substantivas mais amplas. Ademais, ambas as prescrições e diagnósticos de procedimentalização, embora variem de autor para autor, sugerem que o conteúdo substantivo das normas regulatórias deve ser determinado por um modo particular de procedimento decisório, a saber, participação e deliberação.⁷⁸

O argumento desenvolvido no presente capítulo defende a necessidade de legitimação das decisões regulatórias a partir de um **modelo deliberativo de democracia**. Conforme demonstrado, a democracia deliberativa preocupa-se tanto com o processo de tomada de decisão quanto com as razões que são utilizadas para justificar a decisão regulatória. Sob o ponto de vista teórico, a defesa do modelo deliberativo de democracia utilizou a gramática conceitual da teoria rawlsiana, justamente porque a Teoria da Justiça como Equidade espelha o procedimentalismo substantivo defendido na presente tese.⁷⁹

O procedimentalismo da teoria rawlsiana pressupõe, portanto, um arranjo institucional (ou *background* institucional) justo, que espelhe os princípios básicos de justiça. Os cidadãos são dignos de igual respeito e consideração justamente quando as instituições sociais garantem a igualdade de direitos e liberdades no processo político, mas também garantem que os resultados da cooperação social atendem aos requerimentos

⁷⁸ Tradução livre de: “*The thesis advanced here is that proceduralization as a technique cannot be considered without addressing these broader, substantive concerns. Moreover, both the diagnoses and prescriptions of proceduralization, although they vary between different writers, suggest that the substantive content of regulatory norms should be determined by a particular mode of decision-making, that is participation and deliberation.*” (BLACK, 2000, p. 598-599).

⁷⁹ Julia Black, ao defender a procedimentalização com base em uma concepção deliberativa de democracia, o faz com base na teoria discursiva de Habermas. O modelo ora proposto, todavia, tem como referencial o liberalismo de John Rawls por dois motivos: (i) em primeiro lugar, a concepção rawlsiana de sociedade democrática, alicerçada na noção de que os indivíduos são livres, iguais e portadores de uma concepção de bem e de um senso de justiça, bem como no fato do pluralismo razoável, é plenamente compatível com a democracia deliberativa para a regulação em saúde, na qual a divergência sobre as decisões estatais para a conformação do direito à saúde se dá a partir de parâmetros de justiça considerados razoáveis pelas pessoas afetadas pela decisão; (ii) em segundo lugar, a teoria da justiça rawlsiana oferece critérios substantivos para o debate público (os princípios de justiça), que servem de guia axiológico para o debate das questões fundamentais da regulação em saúde.

do segundo princípio de justiça (igualdade de oportunidades e princípio da diferença) (COHEN, 2003, p. 93).

Uma vez que as instituições sociais atendem aos requisitos substantivos dos princípios de justiça, há a necessidade de se proceduralizar a tomada de decisão sobre as questões controversas que surgem na sociedade. Com efeito, o fato de os cidadãos aceitarem uma concepção pública de justiça não pressupõe um consenso sobre todas as questões sociais; pelo contrário, Rawls pressupõe o *pluralismo razoável* como um fato inevitável na sociedade democrática. **Dentro dos limites substantivos dos princípios de justiça, pode haver divergência entre as concepções de “bem” adotadas pelos cidadãos, cada qual fundada em uma doutrina abrangente diferente.** A forma de se assegurar que todos sejam tratados como cidadãos livres e iguais, merecedores de respeito e consideração, é o estabelecimento de um procedimento justo, que garanta a possibilidade de participação de todos no debate público sobre as mais diversas matérias, para que se solucionem as questões controversas com resultado que possa ser, também, considerado justo por todos.

Na presente tese, defende-se a ideia de que esse “**procedimentalismo com limites substantivos**” da teoria rawlsiana pode ser muito útil para se refletir criticamente sobre a regulação do direito à saúde. Com efeito, por um lado, exige-se que a regulação do setor da Saúde Suplementar tenha como **diretriz valorativa** a consecução do interesse público, que, conforme defendido no primeiro capítulo, é concretizado mediante o **equilíbrio entre os objetivos econômicos e os objetivos sociais da saúde suplementar**. Nesse sentido, ao passo que a regulação precisa visar à correção das falhas de mercado, à fiscalização das OPS, ao controle de reajustes, ao estabelecimento de provisões técnicas, entre outros objetivos econômicos que podem ser enumerados, a agência precisa visar equilibrar esses objetivos com a contribuição do setor da Saúde Suplementar para que o Sistema de Saúde Brasileiro atinja a sua finalidade constitucional, que é garantir a universalização do serviço, a igualdade de acesso e a integralidade (promoção, proteção e recuperação) da saúde. Levar em consideração os objetivos econômicos e sociais da regulação, como forma de garantir que a regulação em saúde suplementar atenda o interesse público, é uma diretriz para que seja atendida a condição de relevância nas decisões normativas da ANS.

A regulação não é uma atividade puramente técnica, mas sim possui uma dimensão moral que exige a justificação das decisões regulamentares com a consecução

do interesse público. Nesse sentido, deve ser acrescido às diretrizes substantivas acima mencionadas mais um valor fundamental do nosso sistema, que é a **participação da comunidade**. O argumento aqui desenvolvido considera a Democracia Sanitária compreendida como o direito fundamental dos cidadãos de participarem efetivamente dos procedimentos que resultam em decisões estatais sobre a saúde. Na saúde suplementar, a Democracia Sanitária deve ser efetivada pela regulação da ANS mediante a utilização de mecanismos de transparência, participação e controle social, com a participação efetiva dos agentes regulados e da sociedade civil no procedimento de elaboração normativa.

A consecução do interesse público na saúde suplementar, que é o objetivo institucional da ANS, exige a **ponderação dos objetivos sociais e econômicos da regulação**, o que deve ser feito **através da participação de todos os atores sociais relevantes do mercado da saúde suplementar**, inclusive os beneficiários de planos de saúde, que são os destinatários finais do serviço.

**PARTE 2 - DESCRIÇÃO NORMATIVA E INSTITUCIONAL DA SAÚDE
SUPLEMENTAR**

3 A REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Os dois primeiros capítulos da tese tiveram por objetivo expor o marco teórico da tese. No capítulo 1 houve a discussão do conceito de “regulação”, a exposição das teorias regulatórias e a abordagem da regulação em saúde suplementar a partir do princípio da diferença rawlsiano. O objetivo foi demonstrar que o interesse público na regulação da saúde suplementar consiste no equilíbrio entre os objetivos econômicos e sociais da regulação.

Por sua vez, o capítulo 2 deteve-se à temática da legitimação democrática das normas regulamentares: a partir do conceito de “Democracia Sanitária”, defendeu-se que a participação da sociedade é uma condição fundamental de legitimidade da regulação da saúde suplementar. O capítulo foi concluído com a observação de que a legitimação é sustentada a partir de um procedimentalismo substantivo, ou seja, o debate democrático deve ser proporcionado pela institucionalização de instrumentos de participação, mas somente a participação, em si, não basta para a legitimação: faz-se necessário concretizar o interesse público com a observância das diretrizes valorativas mencionadas no capítulo 1, ou seja, com o equilíbrio entre os objetivos econômicos e sociais da regulação.

Neste capítulo, o objetivo será o de, em primeiro lugar, identificar os principais marcos legislativos e regulamentares do direito à saúde no Brasil, em especial da saúde suplementar. Após, será feito um breve histórico da regulamentação do setor da Saúde Suplementar, bem como a análise das principais inovações introduzidas pela Lei dos Planos de Saúde. O capítulo se encerra com a identificação dos principais grupos de interesse que atuam na cadeia de saúde suplementar no Brasil, e das respectivas agendas de interesse para a regulação do setor.

3.1 Regulação do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro

3.1.1 Considerações introdutórias: hierarquia normativa e direito à saúde

As normas jurídicas consistem em comandos prescritivos que têm por objetivo a regulamentação da conduta humana. Com efeito, como ensina Scott Shapiro, o exercício de autoridade jurídica (*legal authority*) consiste em uma “atividade de planejamento

social”⁸⁰ (SHAPIRO, 2011, p. 195), sendo realizado pelas autoridades públicas através de normas que prescrevem determinadas condutas que são consideradas socialmente desejáveis, bem como conferindo poderes para que outros agentes realizem o planejamento social e tomem decisões que serão socialmente vinculantes (SHAPIRO, 2011, p. 195).

Na regulamentação da saúde, referida atividade de planejamento é posta em prática através *decisões estatais*, que são tomadas: (i) pelo Poder Legislativo, através da criação de leis que tratam de direito à saúde (decisões legislativas); (ii) pelo Poder Executivo, com a expedição de normas infralegais pelo Ministério da Saúde e pelas agências reguladoras que possuem competência para tratar da matéria (decisões administrativas); e (iii) pelo Poder Judiciário, que emite decisões que apreciam os conflitos de interesses relacionados à concretização do direito à saúde (decisões judiciais) (AITH, 2017).

De forma introdutória, pretende-se demonstrar a existência de uma regulamentação escalonada do direito à saúde no Brasil, na qual há previsão de regras e princípios relativos a diversos níveis hierárquicos, começando pela Constituição Federal de 1988, que é a norma jurídica de maior nível hierárquico no sistema jurídico brasileiro, passando por leis ordinárias que regulamentam o direito à saúde, as quais, além de estabelecerem direitos e obrigações, conferem autoridade para diversas instituições emitirem normas regulamentares sobre questões sanitárias específicas (por exemplo, atividades de vigilância sanitária e regulamentação do mercado da saúde suplementar).

⁸⁰ Ao descrever o exercício da autoridade normativa como um “planejamento social”, Shapiro destaca que essa expressão deve ser compreendida em três diferentes dimensões: “O planejamento é ‘social’ em três diferentes sentidos. Em primeiro lugar, a atividade cria e administra normas que representam padrões de comportamento comunitários. É exigido dos membros da comunidade que se adaptem a esses padrões e são responsabilizados pelas autoridades jurídicas se não o fizerem. Em segundo lugar, o planejamento regula a maioria das atividades comunitárias através de políticas gerais. A forma primária de abordagem das leis não é pela nomeação de indivíduos particulares; atores são regulados apenas na medida em que eles se subsumam à descrição geral estabelecida pelas regras. Em terceiro lugar, o planejamento regula a maior parte das atividades comunitárias através de padrões publicamente acessíveis. Planos secretos que satisfaçam os requerimentos formais do sistema são possíveis, mas se a maioria da regulação jurídica é inacessível àqueles para os quais é aplicada, então esses planos não são o resultado de planejamento social e, por isso, não é direito.” Tradução livre de: “*The planning is ‘social’ in three different senses. First, the activity creates and administers norms that represent communal standards of behavior. Members of the community are required to conform, to these standards and are held accountable by legal officials if they do not. Second, the planning regulates most communal activity via general policies. The law’s primary mode of address is not naming particular individuals; actors are regulated only insofar as they instantiate the general description set out in the rules. Third. The planning regulates most communal activity via publicly accessible standards. Secret plans that satisfy the formal requirements of the system are possible, but if most legal regulation is inaccessible to those whom it applies, then these plans are not the result of social planning and hence not law.*” (SHAPIRO, 2011, p. 203).

Com efeito, parte-se de um conceito dogmático de “ordenamento jurídico”, pelo qual ele é compreendido como um sistema normativo unitário, coerente e completo de normas jurídicas.⁸¹ O princípio dogmático da unidade formal do ordenamento jurídico consiste na compreensão das diversas normas que compõem o ordenamento jurídico de um determinado país em um sistema escalonado e hierarquizado de normas, com uma única fonte de autoridade para todo o sistema normativo.

Tratando especificamente das fontes do Direito Sanitário no Direito interno, ou seja, as normas jurídicas do Direito brasileiro que regulamentam a proteção, promoção e recuperação do direito à saúde, a primeira fonte a ser considerada — e que possui maior hierarquia normativa — é a Constituição Federal de 1988.⁸² Conforme será visto nas próximas seções, o *texto constitucional* enuncia a saúde como direito social em seu art. 6º, o qual contém a descrição das diretrizes fundamentais para a estruturação do Sistema Único de Saúde, bem como a autorização expressa para que a iniciativa privada possa prestar serviços de saúde, conforme o disposto nos artigos 196 a 200 da CF/88, além da repartição de competências entre os entes federativos para a efetivação do direito à saúde.

Ao passo que as diretrizes e objetivos fundamentais do Sistema de Saúde Brasileiro estão dispostas no texto constitucional, se descermos um degrau na escala normativa encontramos diversas *leis ordinárias* que dispõem de forma específica sobre o direito à saúde, bem como descrevem a estrutura institucional para a efetivação da política pública de saúde e para a regulação dos entes privados que prestam serviços de saúde.

Com relação ao Sistema Público, há duas normas federais que dispõem de forma geral sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se das Leis n. 8.080/1990 e 8.142/1990, que compõem o que se denomina de Lei Orgânica da Saúde (LOS).

⁸¹ Faz-se, neste ponto do trabalho, uma análise dogmática do Direito, de modo que a unidade, coerência e completude do ordenamento jurídico é compreendida como uma premissa inquestionável e vinculante para o estudo científico do Direito (FERRAZ JR., 2003). Não se desconhece toda a complexidade existente no debate acerca da natureza sistêmica do ordenamento jurídico, sendo que alguns filósofos, inclusive, questionam a possibilidade de se encontrar um fundamento de validade único para as normas jurídicas em uma norma fundamental (como pretende Hans Kelsen) ou em uma norma de reconhecimento (como no positivismo de Herbert Hart). A esse respeito, remete-se o leitor às críticas que Ronald Dworkin direcionou ao positivismo de Hart (vide DWORKIN, 1977; DWORKIN, 1986). A abordagem dogmática ora adotada, no entanto, oferece um ganho descritivo para a compreensão do leitor da sistematização das normas que tratam do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro.

⁸² Não se pretende aqui retomar o debate da Filosofia do Direito sobre o fundamento último de validade do ordenamento jurídico. Dentro da própria teoria positivista do Direito existe controvérsia sobre este fundamento, sendo que na teoria pura do Direito kelseniana, este fundamento seria a norma fundamental, que é concebida como um pressuposto racional de validade do ordenamento jurídico, ao passo que no Conceito de Direito de Hart, a validade última das normas jurídicas de um determinado ordenamento é remetida à existência fática de uma *regra secundária de reconhecimento*. Sobre o debate Hart-Kelsen sobre o fundamento último de validade do direito, cf. Marmor (2006) e Ferraz Jr. (2003).

Conforme ensina Fernando Aith, a LOS dispõe sobre a estrutura, objetivos e atribuições do SUS:

De modo especial, a LOS colabora na definição do Direito à Saúde; estrutura o SUS — tornando claros seus objetivos e suas atribuições, as diretrizes que devem orientar a sua organização, direção e gestão, a forma como estão distribuídas as tarefas entre as três esferas de poder e a forma de participação da comunidade na gestão do sistema em cada uma dessas esferas; disciplina a participação dos serviços privados na prestação de assistência à saúde e a formulação e execução da política de recursos humanos na área da saúde; organiza o financiamento do SUS — tratando expressamente dos recursos, da gestão financeira, do processo de planejamento e do orçamento, inclusive das transferências intergovernamentais de recursos financeiros. (AITH, 2006, p. 204)

Cumprе mencionar que a Lei n. 8.080/1990 tem por objeto a regulamentação do Sistema Único de Saúde, especificando as diretrizes contidas nos artigos 196 e seguintes do texto constitucional. Nesse sentido, referido texto legislativo contém a definição do Sistema Único de Saúde (SUS) como o conjunto de ações e serviços prestados “por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990a, art. 4º, *caput*), bem como a previsão da participação da iniciativa privada “em caráter complementar” (BRASIL, 1990a, art. 4º, § 2º). O texto normativo faz, ainda, a previsão dos objetivos e atribuições do SUS, dos princípios e diretrizes do sistema, dos quais se destacam, entre outros, a universalidade de acesso, a integralidade da assistência, a igualdade da assistência à saúde, a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990a, art. 9º), além das competências e atribuições.

Com relação aos princípios e diretrizes, destaca-se a participação da comunidade, que é o desdobramento do princípio democrático para o direito à saúde, constituindo o valor fundamental da democracia sanitária, ou seja, do direito dos cidadãos de participarem das decisões estatais que concretizam o direito à saúde no Brasil. Referida diretriz, que possui matriz constitucional (BRASIL, 1988, art. 198, inciso III), foi regulamentada por lei específica — a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 —, que prevê duas instâncias colegiadas no âmbito do SUS, a saber: (i) a **Conferência de Saúde**, que é um órgão de composição plural, composto, portanto, por vários segmentos da sociedade, e que se reúne a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde no país e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis federal, estadual e

municipal; (ii) os **Conselhos de Saúde**, que possuem caráter permanente e deliberativo, e são composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 1990b, art. 1º). As deliberações dos conselhos de saúde são materializadas em resoluções, que precisam ser homologadas pelo chefe do Poder Executivo em cada esfera de governo (AITH, 2006, p. 265).

Assim, no nível infraconstitucional, a LOS constitui uma das principais leis ordinárias que regulamentam o direito à saúde no Brasil. Ainda no nível hierárquico de legislação ordinária, houve a regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde, a partir da edição da Lei n. 9.656/1998. Conforme será visto neste capítulo, a Lei dos Planos de Saúde (como ficou conhecida), é o atual marco regulatório do setor da Saúde Suplementar e traz as principais diretrizes e regras para a atuação das Operadoras de Planos de Saúde (OPS) no Brasil.

Embora não trate especificamente de direito à saúde, um texto normativo que possui extrema relevância para o regramento dos contratos de prestação de serviço de assistência médica é o Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078/1990). De fato, a legislação consumerista se aplica de forma subsidiária aos contratos firmados entre usuários e operadoras de planos de saúde (BRASIL, 1998, art. 35-G), bem como traz os direitos fundamentais dos consumidores e as diretrizes fundamentais para a validade das cláusulas contratuais nas relações de consumo (Lei n. 8.078/1990, art. 6º *et seq.* e art. 51).

Com relação à estrutura institucional, destaca-se a criação de duas agências reguladoras, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as quais disciplinam, respectivamente, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e o setor da Saúde Suplementar.

Nesse sentido, a Lei n. 9.782/1999 criou a Anvisa, que é a agência que possui competência para coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e colocar em prática medidas de proteção da saúde da população “por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária” (BRASIL, 1999, art. 6º). Para a saúde suplementar, a Lei n. 9.961/2000 atualmente regulamenta a estrutura institucional da ANS, bem como lhe confere poderes para a regulamentação de diversas matérias relacionadas à atuação das operadoras de planos de saúde.

A regulamentação do Direito à Saúde no Brasil ainda é feita por decisões administrativas, através do exercício do poder regulamentar por parte do Poder

Executivo; considerando a hierarquia normativa existente no Brasil, essas normas estão em um terceiro escalão, no que podemos denominar de *nível infralegal* ou *regulamentar*. Sobre o exercício do poder regulamentar, ressalta Fernando Aith que, enquanto decisões administrativas, elas devem se basear nos princípios que informam a atividade da Administração Pública (legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência), bem como, sob o ponto de vista material, deverão observar os limites do texto legal (legislativo) que se propõem a regulamentar (AITH, 2017, p. 100).

Nesse nível, destaca-se a edição de portarias por parte do Ministério da Saúde, os decretos do Presidente da República,⁸³ de resoluções normativas pelas agências reguladoras (Anvisa e ANS) e, ainda, as resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU). O quadro abaixo representa, sob o ponto de vista legislativo (constitucional, infraconstitucional e infralegal), a regulamentação da saúde no Brasil:

PRINCIPAIS FONTES NORMATIVAS DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	
NÍVEL CONSTITUCIONAL	CONSTITUIÇÃO FEDERAL (Art. 6.º e 196 a 200)
NÍVEL INFRACONSTITUCIONAL	LEI ORGÂNICA DA SAÚDE (Lei n. 8.080/1990 e Lei n. 8.142/1990)
	CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (Lei n. 8.078/1990)
	LEIS DOS PLANOS DE SAÚDE (Lei n. 9.656/98 e Medida Provisória n. 2.177-44/01)
	Lei n. 9.782/1999 (Institui o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a ANVISA)
	Lei n. 9.961/2000 (Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS)
NÍVEL INFRALEGAL (REGULAMENTAR)	Portarias do Ministério da Saúde
	Decretos do Presidente da República
	Resoluções da ANVISA
	Resoluções Normativas da ANS
	Resoluções Normativas do CONSU

Quadro 2 - Principais fontes normativas do direito à saúde no Brasil

Fonte: Elaboração própria

⁸³ A competência do Presidente da República para a regulamentação de matérias por decreto está prevista na Constituição Federal no art. 84, inciso IV. No que tange ao direito à saúde, destaca-se o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

A enumeração das principais fontes normativas do Direito Sanitário no Brasil não possui a pretensão de exaurir a matéria. Não se pode ignorar, no entanto, que o “ambiente regulatório” do Direito Sanitário ainda envolve a existência de outras leis ordinárias, medidas provisórias, decisões do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) e diversas decisões judiciais proferidas tanto pelas Cortes Estaduais quanto pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) e o Supremo Tribunal Federal (STF), que em seu conjunto conformam o Direito à Saúde no Brasil.

Nas seções que seguem será feita a descrição do Sistema de Saúde na Constituição Federal de 1988, com foco na proteção da saúde como direito fundamental e na autorização constitucional para a atuação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde. Após, no nível infraconstitucional, o objetivo será a descrição da regulamentação da saúde suplementar, notadamente com o surgimento da Lei dos Planos de Saúde. A abordagem do nível regulamentar será feita nos capítulos seguintes, em que a tese abordará a estrutura institucional da ANS e a sua produção normativa.

3.1.2 Sistema de Saúde na Constituição Brasileira de 1998

A Constituição Federal de 1988 prevê a saúde como um “*direito social*”, no *caput* do art. 6º, e, posteriormente, no artigo 196 — que é norma de cunho programático⁸⁴ — a saúde é descrita como “direito de todos e dever do Estado”, sendo garantida mediante políticas sociais e econômicas que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços que visam à sua promoção, proteção e recuperação.

Ora, ao prever a saúde como direito social, é certo que o legislador constituinte a qualificou como direito fundamental (SARLET, 2009, p. 2013 *et seq.*), e, como tal, insere-se entre as normas constitucionais que possuem *fundamentabilidade formal*, ou seja, estão no “ápice da estrutura escalonada do ordenamento jurídico, como direitos que vinculam diretamente o legislador, o Poder Executivo e o Judiciário” (ALEXY, 2017, p. 520). Ademais, ainda na lição de Alexy, os direitos fundamentais, bem como as normas

⁸⁴ Faz-se aqui um parêntesis para esclarecer que a constitucionalização de um direito social à saúde confere a todos os cidadãos brasileiros o que J. J. Gomes Canotilho denomina de “posição jurídica prestacional”, ou seja, o direito social confere aos indivíduos o direito de exigir, do Estado, a adoção de medidas políticas, sociais, econômicas, financeiras e jurídicas para a efetiva concretização desse direito. Mais do que isso, nas palavras de Canotilho, “o nível essencial de prestação condiciona as políticas econômicas e financeiras” (CANOTILHO, 2008, p. 263), ou seja, os direitos sociais impõem “tarefas ao Estado e justifica[m] que elas sejam tarefas de conformação, transformação e modernização das estruturas econômicas e sociais, de modo a promover a igualdade real [...]” (CANOTILHO, 2008, p. 338).

que preveem direitos fundamentais, possuem também *fundamentabilidade substancial*, na medida em que “com eles, são tomadas decisões sobre a estrutura normativa básica do Estado e da sociedade” (ALEXY, 2017, p. 522).

No que tange à constitucionalização do direito à saúde no Brasil, faz-se necessário destacar que foi o resultado de um movimento denominado “Reforma Sanitária”, o qual defendia que o Brasil deveria adotar “um sistema de saúde público, de acesso universal e de qualidade, a luz de outros sistemas nacionais de saúde, como o do Reino Unido” (SCHEFFER; AITH, 2016). O grande marco histórico desse movimento foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, presidida pelo sanitarista Sérgio Arouca, cujo relatório final contém a descrição do desenho institucional do Sistema de Saúde Brasileiro, que posteriormente seria adotado pelo constituinte de 1988. A esse respeito, destaca Jairnilson Paim que a Reforma Sanitária Brasileira foi corolário de um movimento pela democratização do acesso à saúde no Brasil, em que diversos atores sociais, entre eles estudantes, professores universitários, setores populares e entidades profissionais, defenderam mudanças na área da saúde (PAIM, 2008, p. 27).

Importante destacar que a saúde, enquanto direito fundamental social, caracteriza-se como “direitos a prestação em sentido estrito” (ALEXY, 2017, p. 499), o que significa dizer que nasce para os cidadãos uma pretensão em face do Estado de que este adote medidas efetivas para a efetivação do direito à saúde.⁸⁵ Nesse sentido, a saúde não deve ser abordada apenas em seu aspecto individual, como fenômeno biológico que deve ser tratado pela ciência médica, mas sim como “questão social e política a ser abordada no espaço público” (PAIM et al., 2011, p. 18). Essa é a essência da compreensão da saúde sob a ótica da Saúde Coletiva.

Assim, a saúde passa a ser reconhecida como uma dimensão dos direitos de cidadania (BRASIL, 1988, art. 1º, inc. II), cuja efetivação está diretamente vinculada à dignidade da pessoa humana (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 35). Por essa razão,

⁸⁵ A esse respeito, ensina Aith que “como Direito Social, o Direito à Saúde exige do Estado a adoção de ações concretas para a sua promoção, proteção e recuperação, como a construção de hospitais, a adoção de programas de vacinação, a contratação de médicos, etc. De outro lado, deve-se ter em vista que o Direito à Saúde também se configura em um direito subjetivo público, ou seja, um direito oponível ao Estado por meio de ação judicial, pois permite que um cidadão ou uma coletividade exijam do Estado o fornecimento de um medicamento específico ou de um tratamento cirúrgico. Assim, o Direito à Saúde é ao mesmo tempo um direito social e um direito subjetivo pois permite que um cidadão ou uma coletividade exijam que o adote medidas específicas em benefício da sua saúde ou que o Estado se abstenha de adotar ações que possam causar prejuízos à saúde individual ou coletiva” (AITH, 2006, p. 92-93).

o texto constitucional traz verdadeiro conjunto de normas que protegem e promovem a efetivação do direito à saúde.

3.1.3 Normas constitucionais de proteção do direito à saúde

Além da já mencionada previsão formal da saúde como direito social nos arts. 6º e 196, o texto constitucional ainda traz uma série de normas que visam à efetivação do direito à saúde, as quais devem ser interpretadas conjuntamente como um verdadeiro sistema constitucional de proteção do direito à saúde.

Em primeiro lugar, destaca-se que o art. 197 da Constituição declara a “relevância pública” das ações e serviços de saúde e confere ao Poder Público o dever de regulamentar, fiscalizar e controlar a sua execução. Por sua vez, o art. 198 confere as balizas para a criação do SUS, prevendo a sua forma de financiamento (CF, art. 198, §§ 1º a 3º e respectivos incisos⁸⁶), bem como estabelece que os serviços de saúde “integram uma rede regionalizada e hierarquizada”, que deve ser efetivada com base nas seguintes diretrizes: (i) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; (ii) atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais; (iii) participação da comunidade (CF, art. 197, incs. I a III).

A descentralização da gestão do SUS deve ser compreendida sistematicamente com a repartição constitucional de competências do federalismo brasileiro, prevista nos artigos 21 a 32 do texto constitucional. Nesse contexto, cumpre destacar que o constituinte originário conferiu a todos os entes federativos a responsabilidade pela efetivação da saúde.

Com efeito, o art. 23, inc. II, da CF/88 atribui competência comum à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas com deficiências”. A esse respeito, ensina Aith que a competência comum estabelecida no referido artigo significa que “todos os entes federativos são responsáveis pela execução de ações e serviços destinados a cuidar da

⁸⁶ Em nível infraconstitucional, a Lei Complementar n. 141/2012 regulamentou o disposto no art. 198, § 3º, da Constituição, estabelecendo “os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.”

saúde e devem se articular em um federalismo cooperativo”⁸⁷ (AITH, 2017, p. 61). Já no que tange à competência legislativa, o art. 24 da CF/88 prevê competência concorrente para todos os entes federativos regulamentarem a matéria. Isso significa, à luz da repartição vertical de competências⁸⁸ estabelecida pela Constituição Pátria, que a União estabelecerá normas gerais para regulamentar a matéria (BRASIL, 1988, art. 24, § 1º), sem excluir a competência suplementar dos Estados e do Distrito Federal (BRASIL, 1988, art. 24, § 2º, c/c art. 32, § 1º). Aos municípios, por sua vez, resta a competência de suplementar a legislação federal e estadual, nos termos do art. 30, inc. II.

Outra norma de extrema importância para a efetivação do direito à saúde no Brasil é o art. 200 do texto constitucional, o qual versa sobre as competências do SUS.⁸⁹ Trata-se, com efeito, do fundamento para a construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (que seria, posteriormente, regulamentado pela Lei n. 9.782/1999, com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária), bem como confere ao SUS a competência para a formação de recursos humanos na área da saúde.

⁸⁷ Acerca do federalismo cooperativo, cumpre esclarecer que encontra fundamento constitucional no art. 23, parágrafo único, o qual estabelece que “leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional”. Entre as leis complementares mencionadas no aludido dispositivo, destaque-se a Lei Complementar n. 140/2011, que regulamentou a cooperação entre União, Estados, Municípios e DF “nas ações administrativas decorrentes do exercício da competência comum relativas à proteção das paisagens naturais notáveis, à proteção do meio ambiente, ao combate à poluição em qualquer de suas formas e à preservação das florestas, da fauna e da flora.”

⁸⁸ Sobre a distribuição constitucional de competências no federalismo brasileiro, ensinam Dourado, Dallari e Elias que, “na distribuição de competências e rendas entre as três unidades federadas da Constituição de 1988 são empregadas técnicas de repartição horizontal e vertical. As competências legislativas são repartidas horizontalmente e verticalmente. Na repartição horizontal, são enumeradas as competências exclusivas da União (Art. 21 e 22) e as competências dos municípios (Art. 30), sendo conferidas aos estados as competências remanescentes (Art. 25, § 1º), ou seja, tudo aquilo que não foi atribuído à União ou aos municípios, nem incluído no campo das competências concorrentes. Na repartição vertical, são atribuídas competências concorrentes à União e aos estados (Art. 24); nesse caso, há primazia da União para fixar normas gerais (Art. 24, § 1º) e os estados (Art. 24, § 2º) e os municípios (Art. 30, II) devem complementar essas normas a fim de adaptá-las às suas especificidades, em conformidade com o princípio da predominância do interesse. O Distrito Federal funciona como entidade mista, de acordo com o Art. 32, § 1º: ‘Ao Distrito Federal são atribuídas as competências legislativas reservadas aos Estados e Municípios’.” (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012, p. 15-16).

⁸⁹ “Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional n. 85, de 2015) VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.”

3.1.4 Direito à saúde e iniciativa privada na CF/88

Conforme visto, com a CF/88 a saúde passou a ser declarada constitucionalmente como direito social, de cunho eminentemente prestacional, com a opção pela adoção de um Sistema Nacional de Saúde fundamentado pelos valores do acesso universal, igualitário e integral aos serviços de promoção, proteção e recuperação à saúde. Ao mesmo tempo em que o dever de promover a assistência à saúde em território nacional foi atribuído eminentemente ao Estado, houve significativa **abertura para a iniciativa privada** participar na prestação dos serviços.

O primeiro indicativo da conjunção do Poder Público com a iniciativa privada está no artigo 197 do texto constitucional, segundo o qual os serviços de saúde são de relevância pública e serão prestados “sobre a regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público”, mas permite que a execução dos serviços seja feita: (i) diretamente pelo Estado ou através de terceiros; e (ii) por pessoa física ou jurídica de Direito Privado (CF, art. 197, *caput*).

Ademais, o artigo 199, *caput*, expressamente declara que a iniciativa privada é *livre* para realizar a prestação de serviços de assistência à saúde, ao passo que o parágrafo 1º do mesmo artigo autoriza que as instituições privadas atuem de forma “complementar” ao SUS, mediante a celebração de contratos de Direito Público ou convênio.

Nesse sentido, o Sistema de Saúde descrito no texto constitucional implica uma complexa interação entre o Estado (a quem é atribuído o dever de efetivar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde) e a iniciativa privada (que possui liberdade para prestar serviços de assistência médica e pode atuar de forma “complementar” ao SUS).

A primeira dificuldade que se evidencia para a correta delimitação entre o público e o privado no Sistema de Saúde diz respeito à terminologia. De acordo com a previsão expressa do texto constitucional, é possível delimitar o Sistema de Saúde a partir do setor público, que abrange os serviços que são financiados e providos diretamente pelo Estado, e a atuação da iniciativa privada em caráter “complementar”, que abrange as instituições privadas que atuam, mediante contratos de Direito Público ou convênio, de forma complementar ao SUS.

Aqui surge a primeira dificuldade para se compreender a relação entre o público

e o privado no Sistema de Saúde, uma vez que a Constituição não prevê expressamente o setor da “Saúde Suplementar”. Embora não mencione, é certo que o texto constitucional confere ampla autorização para a atuação da iniciativa privada na assistência à saúde; é certo também que o sistema convive com a atuação da iniciativa privada em suas frentes, a saber: na atuação “**complementar**” ao SUS, na qual entidades filantrópicas sem fins lucrativos se certificam junto ao Poder Público como Organizações Sociais em Saúde (OSS) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e firmam contratos ou convênios com a Administração Pública para a prestação de serviços médicos, ou empresas privadas por intermédio de licitação firmam Parcerias Público-Privadas (PPP) e assumem “a gestão e operação de serviços públicos de saúde” (SCHEFFER; AITH, 2016); e, de forma “suplementar”,⁹⁰ serviço atualmente prestado pelas Operadoras de Planos de Saúde (autogestões, medicinas de grupo, cooperativas, seguradoras e filantrópicas), que se responsabilizam pela prestação de serviços de assistência médica através de contratos firmados diretamente com os beneficiários (planos individuais ou familiares) ou mediante planos coletivos (por adesão, empresariais ou autogestão), os quais oferecem um pacote de serviços ao beneficiário (descritos pelos artigos 10 e 12 da Lei n. 9.656/1998) mediante o pagamento de uma mensalidade contratualmente definida.

Nesse sentido, adotamos na presente tese a divisão proposta por Paim et al. (2011), segundo a qual o Sistema de Saúde é composto por uma complexa rede de prestadores e compradores de serviços, em uma combinação público-privada que, nem sempre, possui fronteiras bem-definidas, mas que pode ser compreendida a partir da divisão em três setores, a saber: (i) Setor Público: composto pelos serviços que são financiados e promovidos pelo Estado, em nível federal, estadual e municipal; (ii) setor privado complementar, que é financiado por recursos públicos e privados e inclui a prestação de serviços médicos pela iniciativa privada nos moldes acima descritos; e (iii) setor privado suplementar, que abarca a atuação das Operadoras de Planos Privados de Assistência Médica, nos moldes preconizados na Lei n. 9.656/1998.

O objeto da tese será a análise da regulação do setor da Saúde Suplementar, ou

⁹⁰ O termo “suplementar”, para se referir ao mercado de planos de saúde no Brasil, deve ser compreendido de forma peculiar. Com efeito, conforme ensina Marcos Vinicius Pó, “a princípio, o termo suplementar remete a uma relação onde a saúde privada supriria as lacunas do sistema público ou se destinaria a atender um público que buscasse serviços diferenciados. Contudo as deficiências e os problemas dos serviços públicos na área da saúde fazem com que os planos privados, mais que uma alternativa, sejam vistos como uma necessidade pelos públicos de classe média e média/baixa.” (PÓ, 2004, p. 96).

seja, do mercado composto pelas Operadoras de Planos de Saúde. Uma vez compreendida a regulamentação constitucional do direito à saúde no Brasil, bem como a abertura constitucional desse serviço para a iniciativa privada, passa-se a analisar a regulamentação do que acima se denominou de “privado suplementar”, notadamente no plano infraconstitucional.

3.2 O setor da Saúde Suplementar no Brasil

3.2.1 Uma consideração terminológica: saúde suplementar?

O primeiro ponto que merece destaque diz respeito ao próprio conceito de “saúde suplementar”. Com efeito, o mercado da saúde suplementar caracteriza-se pela atuação das Operadoras de Planos de Saúde (Autogestões, Medicina em Grupo, Odontologia de Grupo, Cooperativa Médica, Cooperativa Odontológica, Seguradoras e Filantrópicas), que oferecem o denominado “Plano Privado de Assistência à Saúde”, que constitui, nas palavras de Samir José Caetano Martins, “uma rede de serviços de saúde posta à disposição do consumidor mediante remuneração ao provedor do acesso, a ser paga pelo próprio consumidor ou por terceiro” (MARTINS, 2015, p. 16).

O conceito de “saúde suplementar” no Brasil, no entanto, não segue a terminologia utilizada em outros países.⁹¹ Com efeito, na experiência internacional, os seguros privados de saúde (*voluntary private health insurance* – VPHI) são classificados em complementares, suplementares ou duplicativos, de acordo com a dinâmica de cobertura oferecida em relação aos serviços cobertos pelo sistema público de saúde (OECD, 2014a).

Nesse sentido, os seguros são considerados complementares (*Complementary PHI*) na medida em que os serviços oferecidos são *parcialmente cobertos* pelo sistema público e *parcialmente* pela seguradora. Por sua vez, os seguros suplementares⁹²

⁹¹ A diferença entre o conceito de “saúde suplementar” no Brasil e em outros países do mundo foi ensinada pelo Professor Mário Scheffer, na sua aula do dia 15 de maio de 2018, na disciplina de “Políticas em Saúde”, no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo.

⁹² Em artigo sobre as implicações dos seguros privados para os países em desenvolvimento, a Organização Mundial de saúde define os seguros de cobertura suplementar (*Supplementary Coverage*) da seguinte forma: “o seguro privado complementa a cobertura proporcionada por um sistema de financiamento público e cobre um esquema limitado de intervenções que se referem às lacunas específicas na cobertura pública de um país. Por exemplo, apólices de seguro podem cobrir custos residuais de assistência médica (como as coparticipações na França); serviços não incluídos no pacote básico publicamente financiado (como as drogas ambulatoriais ou serviços odontológicos na Eslovênia); ou permitir acesso facilitado a serviços e

(*Supplementary PHI*) são aqueles que oferecem cobertura a serviços adicionais, que não são cobertos pelo sistema público (por exemplo, hotelaria diferenciada, serviços odontológicos ou medicamentos). Por fim, os seguros duplicados (*Duplicate PHI*) são aqueles cujos serviços cobertos são também oferecidos pelo sistema público (KIIL, 2012). Há países, ainda, em que o seguro privado é considerado fonte primária de serviços de saúde (*Primary PHI*), seja porque o Estado não possui um sistema público de saúde com cobertura universal, seja porque os serviços públicos de saúde somente estão disponíveis para os indivíduos que não possuem seguro privado (OECD, 2019).

No Brasil, todavia, o que se chama de “saúde suplementar” não significa “cobertura adicional” ao oferecido pelo SUS, mas sim uma rede de serviços que é contratada pelos consumidores de **forma duplicada** ao que já é oferecido pela rede pública.⁹³ Trata-se, no entanto, de uma duplicidade que deve ser analisada à luz das peculiaridades da relação existente entre a Saúde Suplementar e o SUS. Segundo Daniela Batalha Trettel, a duplicidade dos planos de saúde com relação ao SUS deve ser considerada uma **duplicidade mitigada**, notadamente pelo fato de a própria lei de regência (Lei n. 9.656/1998) trazer um rol de procedimentos que podem ser excluídos da cobertura do plano de assistência à saúde (art. 10, incisos I a IX), bem como pelos irrisórios valores ressarcidos pelos planos de saúde ao SUS pelo uso do Sistema Público pelos seus beneficiários, além da existência de dupla-porta em hospitais públicos. Ademais, destaca a autora, na prática, há verdadeira **complementaridade invertida**, uma vez que é o SUS que complementa os serviços não cobertos aos beneficiários de planos de saúde, como, por exemplo, assistência farmacêutica (TRETTEL, 2015, p. 32).

Nesse sentido, embora a terminologia amplamente difundida seja “saúde suplementar”, é necessário esclarecer que, sob o ponto de vista do pacote de serviços, não há complementaridade, pelo contrário, os serviços oferecidos pelo setor público são mais

pagamento para prestadores privados (como na Austrália e no Reino Unido, onde as apólices privadas possibilitam acesso mais rápido a especialistas e a serviços hospitalares eletivos).” Tradução livre de: “*private insurance complements coverage provided by a publicly funded system and covers a limited set of interventions that address the particular gaps in a country’s public coverage. For example, insurance policies may cover residual health care costs (such as co-payments in France); services not included in the basic publicly funded package (such as outpatient drugs or dental care in Slovenia); or allow easier access to services and payment for private providers (such as in Australia and the U.K. where private policies enable faster access to specialists and elective hospital care).*” (WHO, 2014, p. 5-6).

⁹³ No mesmo sentido afirma Daniela Batalha Trettel que, “embora alguns dos elementos da OCDE estejam presentes nos planos de saúde brasileiros, não é possível realizar um enquadramento perfeito da estrutura de saúde brasileira em nenhuma das nomenclaturas propostas. A maior proximidade se dá com cobertura em duplicidade, não havendo correlação, na essência, com o que a OCDE chama de cobertura suplementar.” (TRETTEL, 2015, p. 31).

amplos do que aqueles oferecidos pelos contratos de prestação de serviço de assistência médica. Na verdade, em comparação ao SUS, as Operadoras de Planos de Saúde propiciam o acesso a rede de prestadores médicos diferenciados e coberturas assistenciais delimitadas pela Lei n. 9.656/1998 e pelas resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

3.2.2 Breve histórico sobre a saúde privada no Brasil

3.2.2.1 Saúde privada e medicina previdenciária

A Previdência Social brasileira foi constituída a partir da Lei Eloy Chaves, em 1923, a qual criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP). Nesse sentido, ensinam Scheffer e Aith que “as CAP eram organizadas por empresas e empregados, em regime de capitalização e de contribuições mútuas, para fornecimento de benefícios previdenciários e de assistência à saúde” (SCHEFFER; AITH, 2016, p. 5).

Por sua vez, houve a reformulação do sistema previdenciário brasileiro, com a qual foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), já não mais restritos às empresas, mas agora com âmbito ampliado para todas as categorias profissionais. Referidos institutos foram criados por Getúlio Vargas no decorrer dos anos 1930, “favorecendo as camadas de trabalhadores *urbanos* mais aguerridas em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante” (LUZ, 1991, p. 79). Num terceiro momento, houve a unificação dos benefícios previdenciários com a Lei Orgânica da Previdência Social, de modo que em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual “estendeu o seguro social para todos os assalariados urbanos” (MENICUCCI, 2007, p. 66).

Interessante notar que os fatores acima relacionados com a atuação do mercado privado demonstram que esse setor, desde os anos 1960, cresce justamente em uma lacuna deixada pelos serviços públicos de saúde, como força propulsora do desenvolvimento econômico e industrial do país⁹⁴ (BAHIA, 2008, p. 158). Neste período, o serviço de

⁹⁴ De acordo com José Murilo de Carvalho, no período de progresso econômico que ficou conhecido como o “milagre” econômico brasileiro, o governo militar investiu na expansão dos direitos sociais, inclusive com a uniformização e unificação da previdência e a garantia do direito à aposentadoria, pensão e assistência médica aos trabalhadores urbanos e rurais. Por óbvio que este forte investimento na área social era uma estratégia dos militares para satisfazer a classe média e desviar o foco do esvaziamento dos direitos civis e políticos que ocorreram na mesma época (CARVALHO, 2008, p. 170-171).

saúde era de responsabilidade da Previdência Social — a chamada “medicina previdenciária” —, de modo que se tratava de “benefício vinculado ao contrato de trabalho formal e com características de seguro, ou seja, uma obrigação contratual de caráter contributivo, não se constituindo como uma prestação pública a que tem direito toda a população” (MENICUCCI, 2007, p. 62).

De acordo com Madel Therezinha Luz, no “milagre econômico” brasileiro a saúde passou a ser vista como um bem de consumo, notadamente por uma classe média que emergia na sociedade brasileira, que trabalhava nos quadros superiores dos setores de ponta da economia brasileira (LUZ, 1991, p. 81). Outrossim, entre o final dos anos 1960 e a metade dos anos 1970, houve a expansão de convênios entre o INPS e os atores representativos da atividade médica privada (hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços de assistência médica), “em detrimento dos recursos — já parcos — tradicionalmente destinados aos serviços públicos” (LUZ, 1991, p. 82).

Na lição de Célia Almeida, pelo menos três fatores explicam o crescimento da saúde privada nesse período: (i) a expansão do capital financeiro na década de 1960; (ii) a expansão da classe média nos anos 1970, que passou a consumir os serviços de planos de saúde em razão dos altos preços da assistência médica; (iii) a privatização de algumas funções públicas, tais como a assistência médico-hospitalar, “como resultado da confluência entre a interação de interesses de operários e patrões e a tradição histórica de compra de serviços da previdência social” (ALMEIDA, 1998, p. 10).

A política pública de saúde do governo já denotava a tensão entre o público e o privado, tendo em vista o contraste entre a expansão do mercado privado de saúde — com incentivo e investimento de recursos estatais diretos e indiretos — e a precariedade, tanto do serviço quanto do financiamento do setor público. Ademais, o setor privado cresce com a sua lógica de atuação completamente desvinculada dos objetivos da saúde pública. De acordo com Roncalli, a política de saúde do INPS, que “privilegiava a compra de serviços às grandes corporações médicas privadas”, fez surgir um verdadeiro “complexo previdenciário médico-industrial”, política esta que foi mantida pelo Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do qual o Instituto Nacional de Assistência

Médica da Previdência Social (INAMPS) era parte integrante⁹⁵ (RONCALLI, 2003, p. 32). As consequências dessa política são assim descritas por Luz:

Esta política teve, evidentemente, uma série de efeitos e consequências institucionais e sociais, entre as quais a progressiva predominância de um sistema de atenção médica “de massa” (no sentido de “massificado”) sobre uma proposta de medicina social e preventiva, que chegou a ser o discurso dominante na conjuntura anterior ao golpe de Estado; o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituído por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na da saúde ou da cura de sua clientela (este setor era, aliás, subsidiado em grande parte pelo Estado, ou seja, indiretamente pelos trabalhadores, na condição de contribuintes do fisco e da previdência social, através do desconto em folha). Assistimos também ao desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Assistimos, finalmente, à consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população. (LUZ, 1991, p. 82)

A crise econômica que se sucedeu no final dos anos 1970, que culminou com a queda do regime militar, e os movimentos para a redemocratização do Brasil foram determinantes para a mudança de política de incentivos estatais para a saúde privada. Com efeito, com a crise previdenciária da década de 1980, o mercado de seguro saúde passa a ser visto como uma válvula de escape para a política de contenção de custos do governo. Explica Almeida (1998) que, nesse período, o Estado deixou de firmar convênios com a iniciativa privada, mas adotou uma *política omissiva* sob o ponto de vista regulatório, “permitindo que as relações implícitas entre o público e o privado vigorassem *sem intervenção* e perdendo, assim, a capacidade de regulá-las” (ALMEIDA, 1998, p. 13).

Sob o ponto de vista sociológico, Luz ressalta que o desenvolvimento do mercado privado de saúde fez surgir uma verdadeira “burguesia da saúde”, de ideologia privatista, composta pelos principais atores integrantes da iniciativa privada em saúde, a saber,

⁹⁵ No mesmo sentido, ressalta Menicucci que “o INPS tornou-se o grande comprador de serviços médicos e passou a sustentar uma procura ampliada por meio da Previdência Social, garantindo um mercado institucional pela via dos segurados da Previdência. É nesse sentido que a interferência estatal contribuiu para o fortalecimento do setor privado, uma vez que dificilmente a expansão e a manutenção da rede privada seriam viáveis de forma independente do Estado, tendo em vista os baixos níveis salariais da população e o aumento dos custos da assistência médica, fatores que inviabilizariam à maioria da população brasileira a compra direta de serviços médicos” (MENICUCCI, 2007, p. 75).

proprietários de empresas de prestação de serviços de assistência médica (cooperativas médicas, medicina em grupo, seguros saúde), hospitais, clínicas, médicos liberais, empresas farmacêuticas, entre outras (LUZ, 1991, p. 85).

3.2.2.2 Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde

A crise previdenciária no final dos anos 1970 e início dos anos 1980 fez surgir um embate ideológico entre profissionais e instituições da área da saúde que defendiam a manutenção das políticas públicas privatizadoras — entre eles a referida “burguesia da saúde”,⁹⁶ mencionada por Luz — e aqueles que encampavam o discurso estatizante, com a necessidade do fortalecimento da saúde pública (estatal, universal e gratuita). O movimento da Reforma Sanitária Brasileira surgiu exatamente nesse período, em que se buscava uma alternativa à crise do setor da saúde, que estava completamente fragmentado e incapacitado de atender às necessidades básicas da população.

O objetivo último da já mencionada Reforma Sanitária era a criação do Sistema Único de Saúde, cuja ideia era a construção de um sistema de saúde que oferecesse cobertura universal que abarcasse todos os cidadãos brasileiros. Ensinam Scheffer e Aith que:

[...] cada cidadão deveria financiar o sistema de saúde, por meio de impostos, de acordo com a sua capacidade contributiva, e acessar o sistema de acordo com suas necessidades. Ou seja, o sistema de saúde deveria ser uma expressão da solidariedade que unisse os brasileiros a fim de responder às necessidades individuais e coletivas de saúde. (SCHEFFER; AITH, 2016, p. 359)

Conforme visto, o resultado desse movimento foi a constitucionalização da saúde como um direito social, o qual é declarado pelos artigos 6º e 196 do texto como direito de todos e dever do Estado brasileiro. Na lição de Aith, a Constituição de 1988 não se limitou apenas a reconhecer formalmente a saúde como direito, mas também se

⁹⁶ Menicucci destaca a existência de três grandes atores sociais que defendiam que as políticas de saúde deveriam privilegiar a compra de serviços privados por intermédio de recursos públicos em detrimento da expansão do serviço público de saúde, a saber: (i) “os proprietários de hospitais e clínicas credenciados pelo INPS ou aspirantes a credenciamento”; (ii) “os empresários das grandes companhias, interessados em ampliar a assistência à saúde de seus empregados de forma direta ou subsidiada pelo Poder Público”; (iii) “os proprietários de empresas de medicina em grupo, empresas voltadas para a prestação de serviços médicos para outras empresas, que irão se desenvolver também em decorrência de opções governamentais” (MENICUCCI, 2007, p. 77-78).

preocupou em dotar o sistema jurídico brasileiro de um “conjunto de garantias para a efetivação concreta do direito à saúde”, entre elas a criação do Sistema Único de Saúde “capaz de oferecer ações e serviços públicos universais, igualitários, regionalizados, hierarquizados e integrais”, além de reforçar o ideal democrático no âmbito da saúde pública, como um dos “alicerces para a sua construção e seu funcionamento” (AITH, 2015, p. 87).

Não há dúvidas de que a positivação da saúde como direito social, bem como a criação do Sistema Único de Saúde representaram passos importantes para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Há, de certa forma, uma ruptura institucional com o modelo de gestão da saúde pública que até então vigorava. Não obstante o fortalecimento dos serviços públicos de saúde na década de 1980, foi também nesse período que houve a consolidação do mercado de planos de saúde no Brasil. Qual é a explicação para esse fato?

A esse respeito, defende Telma Menicucci que a criação do Sistema Único de Saúde possui uma “dupla trajetória”. Com efeito, houve uma “inovação institucional significativa do ponto de vista interno da assistência prestada pelo setor público diretamente”. No entanto, de forma paralela e concomitante, esse novo arranjo institucional é limitado “pela antiga estrutura institucional”, de modo que “o arcabouço jurídico-institucional, ao mesmo tempo que inova, também preserva as práticas institucionalizadas” (MENICUCCI, 2007, p. 34).

Nesse sentido, a tradição institucional da política de saúde brasileira, que desde a década de 1950, e, principalmente, na década de 1960, com a criação do INPS, privilegiou o desenvolvimento de um mercado privado de saúde e sempre relegou os serviços públicos ao segundo plano, fortaleceu os atores privados do mercado da saúde e, conseqüentemente, impediu a ruptura institucional pretendida pela Reforma Sanitária. Nas palavras de Menicucci:

Nesse contexto, as ideias elaboradas e difundidas pelo movimento sanitário, que indicavam uma reforma sanitária ampla e, no limite, revolucionária, foram capazes de constituir um projeto alternativo para a saúde e de produzir mudança na política. Entretanto, essas novas ideias foram filtradas pelas instituições e práticas de saúde já consolidadas, sendo reconfiguradas de forma a acomodar as instituições vigentes, os interesses consolidados e os processos em curso, perdendo parte de seu vigor transformador e permanecendo como metas formais ou idealizadas. (MENICUCCI, 2007, p. 39)

Paralelamente a esse movimento de fortalecimento dos serviços públicos de saúde, o mercado da saúde privada permanecia carente de regulamentação e crescendo de forma consistente no **vácuo regulatório** do Estado.⁹⁷ Segundo Célia Almeida, a criação do SUS ocorreu em um contexto de crise financeira da seguridade social e, portanto, “numa conjuntura de restrições financeiras impostas pela política macroeconômica”, permitiu uma “segmentação de clientela e extensão de coberturas pelos planos privados” (ALMEIDA, 1998, p. 14).

3.2.2.3 A regulamentação do setor no final dos anos 1990: Código de Defesa do Consumidor e Lei dos Planos de Saúde

Não se pode perder de vista que, desde a promulgação do novo texto Constitucional em outubro de 1988, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde, até a efetiva regulamentação da atuação da saúde suplementar por lei ordinária em 1998, decorreram dez anos em que o setor atuou sem regulamentação específica.

Por um lado, a já mencionada omissão estatal no que tange à atuação desse setor acarretou o seu crescimento (tanto em população atendida quanto em faturamento) e fortalecimento enquanto setor produtivo da economia. Por outro lado, o vácuo legislativo, principalmente na década de 1980, permitiu que as empresas prestadoras de serviços de assistência médica elaborassem os contratos de forma extremamente vantajosa aos seus interesses, com inúmeras exclusões de serviços essenciais ao restabelecimento dos pacientes⁹⁸ e com previsão de aumentos abusivos de preço.

⁹⁷ Segundo Almeida, “houve aumento do número de beneficiários dos planos de saúde a partir do final da década de 80. Entretanto, esse crescimento não foi homogêneo para todas as modalidades, sendo que o incremento de cobertura em número de pessoas foi maior no período 1987-94, liderado pelo seguro-saúde, seguido pelas cooperativas médicas e os planos próprios das empresas. A medicina de grupo foi a que apresentou o menor crescimento, porém sempre incremental, nos dois períodos, 1987-94 e 1994-96, sendo maior no segundo (respectivamente 6% e 8%), enquanto as demais modalidades diminuíram bastante o ritmo de incorporação de novos beneficiários no período 1994-96. O seguro-saúde é a modalidade que apresenta o maior crescimento em todo o período 1987-96 (757,1%). O mesmo movimento verifica-se na cobertura de planos de saúde na população total (maior crescimento no período 1987-94), sendo que a medicina de grupo tem decréscimo de 11,3%, e o seguro-saúde cresce mais de 533%, seguido das cooperativas médicas e dos planos próprios das empresas” (ALMEIDA, 1998, p. 16).

⁹⁸ Os contratos dessa época, especialmente aqueles anteriores ao Código de Defesa do Consumidor, eram escritos em letras diminutas, com linguagem técnica e que dificultava a compreensão da extensão dos limites impostos à cobertura dos seguros saúde. Além disso, era muito frequente a previsão de exclusão de coberturas para exames, quimioterapia, próteses de qualquer natureza, limitação temporal para a permanência em UTI e reajustes muito elevados para os consumidores idosos.

No decorrer da década de 1990, um importante instrumento para a defesa dos beneficiários contra as cláusulas contratuais abusivas dos planos e seguros saúde foi o Código de Defesa do Consumidor, norma que declarou a vulnerabilidade do consumidor⁹⁹ como princípio fundamental das relações de consumo, bem como estipulou um rol de direitos básicos dos consumidores, além de caracterizar como abusivas algumas das mais recorrentes práticas lesivas de mercado dos fornecedores de serviço e presumir a nulidade de cláusulas contratuais que desequilibram as relações de consumo, notadamente aquelas “consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade”. Todavia, o Código de Defesa do Consumidor não foi suficiente para a efetiva proteção dos consumidores do mercado privado de saúde, o qual, diga-se, já contava em 1996 com a atuação de 1.660 empresas, 40 milhões de usuários e arrecadação de prêmios no importe de R\$ 17,85 bilhões, valor este superior ao orçamento do Ministério da Saúde no mesmo ano, que foi de R\$ 16,15 bilhões (CARVALHO; CECÍLIO, 2007, p. 2.168).

Mesmo com a atuação dos Procons e com a já crescente judicialização das relações contratuais, o mercado privado de saúde apresentava inúmeros problemas, pois, além das práticas abusivas das operadoras com negativas de atendimento, aumento abusivo de preços e burocratização excessiva no atendimento dos usuários, havia relato de graves problemas relacionados à gestão dessas empresas. De acordo com Santos et al., “estes fatos, além da denúncia de problemas de solvência/falência de empresas operadoras de planos de saúde, evasão fiscal e necessidade de controle/contenção dos preços da assistência médica, mobilizaram os setores governamentais para a aprovação de legislação específica” (SANTOS et. al., 2007, p. 1.464).

Nesse sentido, houve a mobilização da sociedade em torno da necessidade de regulamentação do setor, notadamente dos usuários de planos de saúde, dos portadores de doenças e profissionais da saúde (CARVALHO; CECÍLIO, 2007, p. 2.172), que culminou na edição da Lei dos Planos de Saúde (Lei n. 9.656/1998). Com efeito, a regulamentação dos planos de saúde “ganhou força a partir do início dos anos 1990, em

⁹⁹ Na lição de Cláudia Lima Marques, a vulnerabilidade do consumidor é uma presunção absoluta no Código de Defesa do Consumidor, legislação, portanto, que parte do pressuposto de que em uma relação de consumo o consumidor está em um “estado inerente de risco [...] que fragiliza, enfraquece o sujeito de direitos, desequilibrando a relação”. Nesse sentido, a presunção de vulnerabilidade do consumidor constitui “técnica para a sua boa aplicação, é a noção instrumental que guia e ilumina a aplicação destas normas protetivas e reequilibradoras, à procura do fundamento da igualdade e da justiça equitativa” (MARQUES, 2005).

meio a intensos conflitos de interesses entre a atuação e *lobby* das empresas junto ao Parlamento e ao Executivo, reivindicações dos prestadores de serviços e anseios dos clientes dos planos de saúde” (BAHIA; SCHEFFER, 2010, p. 28).

3.2.2.4 Principais inovações regulatórias introduzidas pela Lei dos Planos de Saúde (Lei n. 9.656/1998)

De fato, a Lei dos Planos de Saúde (Lei n. 9.656/1998) constitui o principal marco regulatório do setor da Saúde Suplementar (acrescido da Medida Provisória n. 2.177-44/2001, que alterou alguns artigos do texto original). Referido texto legislativo traz, logo em seu início, algumas definições fundamentais para a operacionalização do setor, tais como as de “Plano Privado de Assistência à Saúde”, “Operadora de Plano de Assistência à Saúde”¹⁰⁰ e “Carteira”,¹⁰¹ além de submeter o mercado à regulamentação e fiscalização da ANS, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, que foi criada pela Lei n. 9.961/2000.

Além disso, a Lei dos Planos de Saúde instituiu o chamado “plano-referência”, com cobertura obrigatória para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da OMS. Os serviços abrangidos por esse “plano-referência” são minuciosamente descritos pelo artigo 12 da Lei, seja em caráter “ambulatorial” (art. 12, inc. I, alíneas “a”, “b” e “c”), “internação

¹⁰⁰ Importante, ainda, mencionar que as sociedades seguradoras foram autorizadas pela Lei n. 10.185/2001 a operar planos privados de assistência à saúde, desde que fossem constituídas como seguradoras especializadas nesse tipo de serviço. Outrossim, a referida lei equiparou o “seguro saúde” ao “plano privado de assistência à saúde”, e as “sociedades seguradoras especializadas em saúde” às “operadoras de plano de assistência à saúde”, para fins de aplicação das disposições da Lei n. 9.656/1998 e regulamentação da ANS.

¹⁰¹ “Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Medida Provisória n. 2.177-44, de 2001): I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (Incluído pela Medida Provisória n. 2.177-44, de 2001); II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; (Incluído pela Medida Provisória n. 2.177-44, de 2001); III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. (Incluído pela Medida Provisória n. 2.177-44, de 2001).”

hospitalar” (art. 12, inc. II, alíneas “a” a “g”), “atendimento obstétrico” (art. 12, inc. III, alíneas “a” e “b”) e atendimento “odontológico” (art. 12, inc. IV, alíneas “a” a “c”).

Entre os principais serviços que foram incluídos na cobertura do plano-referência destaca-se, no plano ambulatorial, a obrigatoriedade de cobertura de “serviços de apoio diagnóstico”, bem como de antineoplásicos de uso oral. Já na cobertura para internação hospitalar houve a consolidação da cobertura de alguns serviços que, antes da regulamentação, eram frequentemente glosados pelas seguradoras, a saber: (i) internação em Centro de Terapia Intensiva, sem limitação de prazo; (ii) cobertura de exames complementares necessários para o controle da evolução da doença que acomete o beneficiário; (iii) cobertura de quimioterapia e radioterapia e fornecimento de medicamentos durante a internação hospitalar; (iv) cobertura para internações de urgência e emergência.

Ainda com relação às coberturas assistenciais, a Lei dos Planos de Saúde conferiu à ANS a fixação da amplitude das coberturas para os procedimentos de alta complexidade, o que atualmente é feito através da edição periódica de uma resolução normativa que atualiza o denominado “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS”. Referido Rol de Procedimentos constitui uma lista básica de procedimentos que as operadoras de planos de saúde estão obrigadas a oferecer aos consumidores.

Por sua vez, destaca Marcello Fragano Baird que a Lei dos Planos de Saúde trouxe regulamentações da atividade do setor da Saúde Suplementar também “no eixo econômico-financeiro”, tais como: (i) normas de autorização de funcionamento e encerramento de atividades das operadoras; (ii) regras para a comercialização no mercado; (iii) obrigatoriedade de manutenções de provisões técnicas; (iv) fornecimento de informações e estatísticas relativas às suas atividades (BAIRD, 2017, p. 87).

Merecem destaque, ainda, os artigos 30 e 31 da Lei dos Planos de Saúde, os quais trazem regras para que os funcionários demitidos e aposentados permaneçam como beneficiários do plano de saúde fornecido pela ex-empregadora. Em síntese, o art. 30 da Lei n. 9.656/1998 garante ao ex-empregado demitido o direito de permanecer como beneficiário do plano de saúde fornecido pela sua ex-empregadora pelo período correspondente a um terço do tempo de permanência no produto, sendo garantido o mínimo de 6 meses e o máximo de 24 meses do tempo de permanência no plano. Por sua vez, o art. 31 traz norma que beneficia o aposentado, garantindo-lhe a permanência no plano de saúde da ex-empregadora por prazo indeterminado e nas mesmas condições de

cobertura assistencial, desde que: (i) tenha contribuído para o custeio do plano pelo prazo mínimo de dez anos; (ii) comprove a aposentadoria; (iii) assuma o pagamento integral da mensalidade.

Por fim, outra norma extremamente importante estabelecida pela Lei n. 9.656/1998 foi a previsão de obrigação de as operadoras de planos de saúde ressarcirem ao SUS “os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 1998, art. 32, *caput*).

3.2.3 Panorama do mercado da saúde suplementar no período pós-regulação legislativa

Passadas mais de duas décadas da promulgação do marco regulatório do mercado da saúde suplementar, bem como da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Lei n. 9.961/2000 (que será analisada no próximo capítulo), pode-se afirmar que houve um consistente crescimento da atuação das operadoras de planos de saúde no Brasil.

Com efeito, de acordo com os dados divulgados pela ANS em seu site (ANS, 2020I), em dezembro do ano 2000 (ano da criação da agência), o mercado contava com aproximadamente 31 milhões de consumidores em planos de assistência médica sem odontologia, e com 2 milhões e 600 mil beneficiários em planos exclusivamente odontológicos. Já em setembro de 2019, os beneficiários de planos de assistência médica sem odontologia somam 47 milhões, ao passo que os consumidores em planos exclusivamente odontológicos chegam a mais de 25 milhões de pessoas (ANS, 2020I). No período pós-regulamentação houve também a consolidação de duas modalidades de contratação de plano de saúde, a saber, os planos de contratação individual/familiar e os planos de contratação coletiva (empresariais ou coletivos por adesão).

Os planos individuais/familiares são aqueles cuja contratação é feita diretamente por uma pessoa física com a operadora de plano de saúde, em benefício próprio ou de um grupo familiar. Trata-se de modalidade de contratação com regulamentação pormenorizada na Lei de Planos de Saúde, que estabeleceu uma série de proteções aos beneficiários, tais como a proibição de recontagem de carência, a impossibilidade de

cancelamento unilateral do contrato (salvo por inadimplência ou fraude), a proibição de cancelamento do contrato durante a internação do beneficiário titular (BRASIL, 1998, art. 13, parágrafo único, incisos I a III) e a limitação dos reajustes anuais a índices previamente autorizados pela ANS (BRASIL, 1998, art. 35-E, § 2º; BRASIL, 2000, art. 4º, inc. XVII).

A própria Lei dos Planos de Saúde autorizou outros dois tipos ou regimes de contratação, ambos na modalidade coletiva, a saber: os planos empresariais e os planos coletivos por adesão (BRASIL, 1998, art. 16, VII, alíneas “b” e “c”). Os planos empresariais são aqueles em que uma pessoa jurídica contrata diretamente com a operadora de planos de saúde e cujos beneficiários da contratação são os sócios e administradores da empresa, bem como os seus respectivos empregados (BRASIL, ANS, 2009, art. 5º). Por sua vez os planos coletivos por adesão são aqueles cuja contratação é efetivada entre uma pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial e a operadora de planos de saúde, por intermédio de uma Administradora de Benefícios.¹⁰² Na contratação coletiva por adesão, os associados (bem como os seus parentes até terceiro grau de parentesco consanguíneo) da entidade profissional, de classe ou setorial poderão “aderir” à contratação, passando a figurar como beneficiários.

Os planos coletivos (empresariais ou por adesão) possuem, em regra, o mesmo pacote de benefícios assistenciais (coberturas) que os planos individuais, mas não gozam das mesmas proteções. Nesse tipo de contratação, há uma certa presunção (fraca, a meu ver) de que as pessoas jurídicas contratantes possuem uma “paridade de forças” e poderiam negociar as condições de rescisão e reajuste do plano. Dessa forma, a RN 195/2009 da ANS autorizava¹⁰³ o cancelamento unilateral do contrato (ANS, RN 195/2009, art. 17, parágrafo único); além disso, o reajuste anual não precisa ser autorizado pela ANS, seguindo a apuração do Variação de Custo Médico Hospitalar (VCMH) e da

¹⁰² A figura da Administradora de Benefícios foi regulamentada pela ANS por intermédio da RN 196/2009 e definida como “pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos” (ANS, RN 196/2009, art. 2º). Na prática, a Administradora de Benefícios pode figurar como estipulante da contratação, ou pode fazer um papel de corretora, com a intermediação da contratação a ser efetivada entre a entidade de classe e a operadora de plano de saúde.

¹⁰³ O tema da rescisão unilateral dos planos coletivos é extremamente controverso, tanto que foi objeto da Ação Civil Pública n. 0136265-83.2013.4.02.51.01, julgada pela Justiça Federal do Rio de Janeiro, e que declarou abusivo o parágrafo único do art. 17 da RN 195/2009 da ANS. Recentemente a agência publicou da RN 455/2020, que anulou o referido dispositivo.

sinistralidade apurada pela operadora.¹⁰⁴

Se consideramos a distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica não odontológico nesses três regimes de contratação, tem-se atualmente que 81% dos 47 milhões de beneficiários estão em planos coletivos (sendo 31 milhões em planos empresariais e 6 milhões em planos coletivos por adesão), ao passo que 19% estão em planos individuais (cerca de 9 milhões de beneficiários), conforme gráfico 3, elaborado com os dados extraídos do site da ANS (ANS, 2020I):

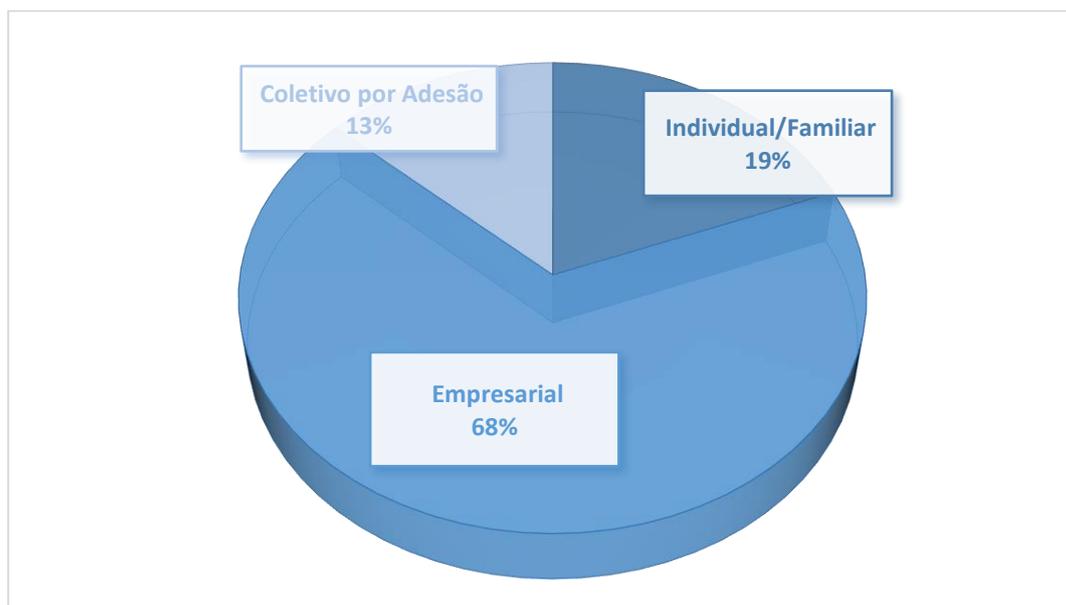


Gráfico 3 - Beneficiários de planos privados de assistência à saúde por tipo de contratação
Fonte: Elaboração própria. Dados: ANS, 2020I

No período posterior à promulgação da Lei n. 9.656/1998 houve uma clara tendência de crescimento no número de beneficiários nos planos coletivos, notadamente nos planos empresariais, que em setembro de 2000 somavam 7 (sete) milhões de beneficiários e em setembro de 2016 já contavam com 32 milhões.

O crescimento do número de beneficiários em planos empresariais pode ser explicado levando-se em conta algumas características do mercado da saúde suplementar. Em primeiro lugar, deve-se considerar que, historicamente, a assistência médica é um benefício vinculado ao contrato formal de trabalho ou então a planos de previdência

¹⁰⁴ Trata-se, também, de tema extremamente controverso e judicializado. Embora o Poder Judiciário já tenha afirmado que, em abstrato, é autorizado o reajuste do plano de saúde coletivo com base na sinistralidade, não são poucas as decisões que, na análise do caso concreto, consideram abusivos os reajustes aplicados pelas operadoras por descumprimento do princípio da transparência, que é direito fundamental dos consumidores, bem como por falta de justificativa atuarial do mesmo.

complementar, de modo que muitos consumidores são beneficiários de planos empresariais nesta condição.

Outro fator importante é a tendência de as operadoras que detêm a maior fatia de beneficiários do mercado não mais comercializarem planos individuais, bem como incentivarem a venda de planos coletivos. Se analisarmos de forma mais detida a evolução do comportamento das carteiras das operadoras que detêm a maior fatia do mercado da saúde suplementar, fica clara a tendência de diminuição da quantidade de beneficiários em planos individuais, bem como o crescimento dos planos coletivos (principalmente os empresariais).

Para demonstrar a tendência de migração dos beneficiários para os planos coletivos, foi feita uma análise da evolução da quantidade de beneficiários por tipo de contratação das carteiras das sete maiores operadoras do Brasil (Bradesco Saúde, Amil, Notre Dame, Hapvida, SulAmérica, Central Nacional Unimed e Unimed de Belo Horizonte) entre 2011 e 2019. Somadas, as carteiras dessas operadoras, havia 1.502.347 (um milhão, quinhentos e dois mil, trezentos e quarenta e sete) beneficiários em planos individuais em junho de 2011, ao passo que em dezembro de 2019 o total de beneficiários em planos individuais nessas carteiras é de 1.754.438 (um milhão, setecentos e cinquenta e quatro mil, quatrocentos e trinta e oito beneficiários), conforme gráfico 4:

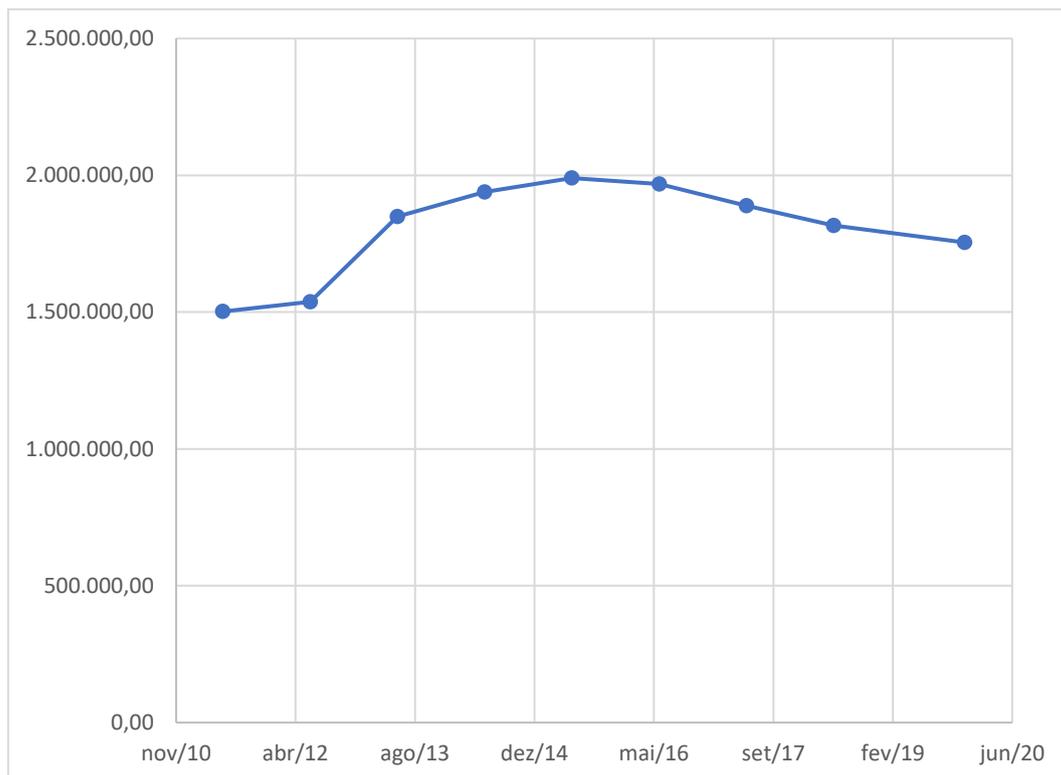


Gráfico 4 - Total de beneficiários em planos individuais/familiares nas sete maiores operadoras (2011-2019)

Fonte: Elaboração própria. Dados: ANS, 2020I

Se forem analisadas especificamente a carteira de cada uma dessas operadoras, com exceção da operadora Hapvida, as demais operadoras (Bradesco Saúde, Amil, Notre Dame e SulAmérica) tiveram redução na carteira de beneficiários individuais e sequer disponibilizam esse produto para contratação no mercado.

Por sua vez, houve um crescimento de 14% nos beneficiários de planos coletivos por adesão, com tendência de aumento na carteira de todas as operadoras¹⁰⁵:

¹⁰⁵ Com relação aos beneficiários em planos coletivos por adesão, a carteira que teve um comportamento peculiar foi a da operadora Notre Dame. Com efeito, em junho de 2011 a referida operadora tinha 485 mil beneficiários a ela vinculados por contratação coletiva por adesão, mas esse número teve uma brusca queda entre 2011 e 2014, chegando a 131 mil beneficiários. Todavia, nos últimos cinco anos a carteira retomou a tendência de aumento de beneficiários.

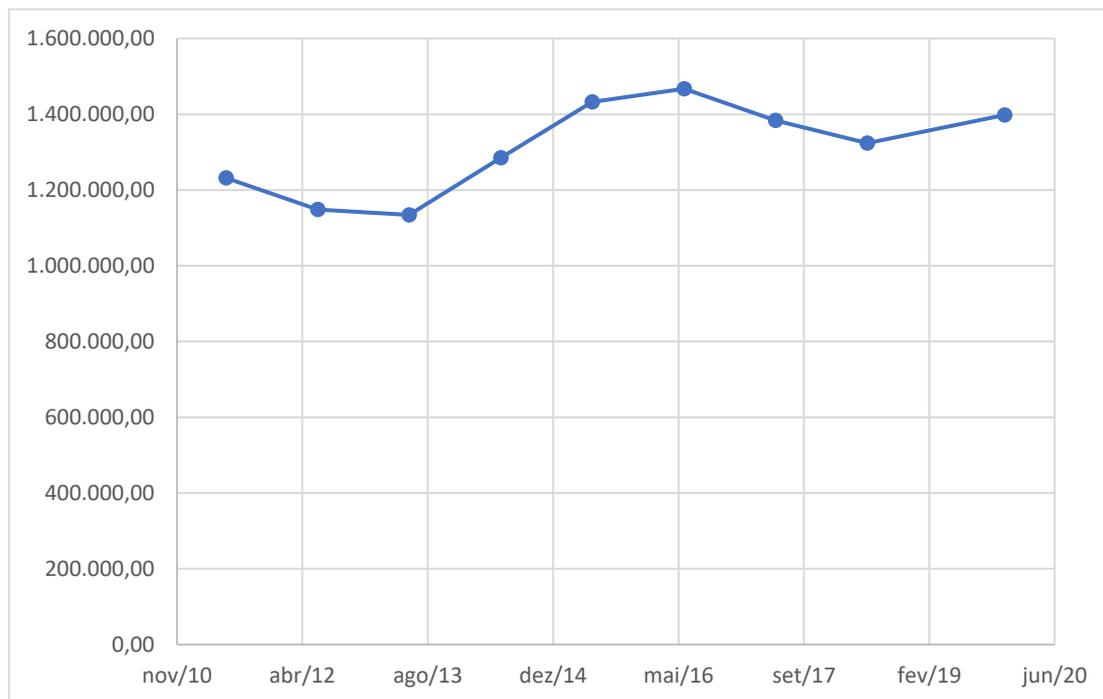


Gráfico 5 - Total de beneficiários em planos coletivos por adesão nas sete maiores operadoras (2011-2019)

Fonte: Elaboração própria. Dados: ANS, 2020I

O crescimento mais expressivo na quantidade de beneficiários das carteiras das sete maiores operadoras ocorre nos planos empresariais. Entre 2011 e 2019 houve um aumento de 48% de beneficiários vinculados a planos empresariais, o que representa, em números absolutos, quatro milhões e duzentas mil vidas a mais. Todas as carteiras (inclusive a operadora Hapvida) tiveram um expressivo crescimento, conforme gráfico 6:

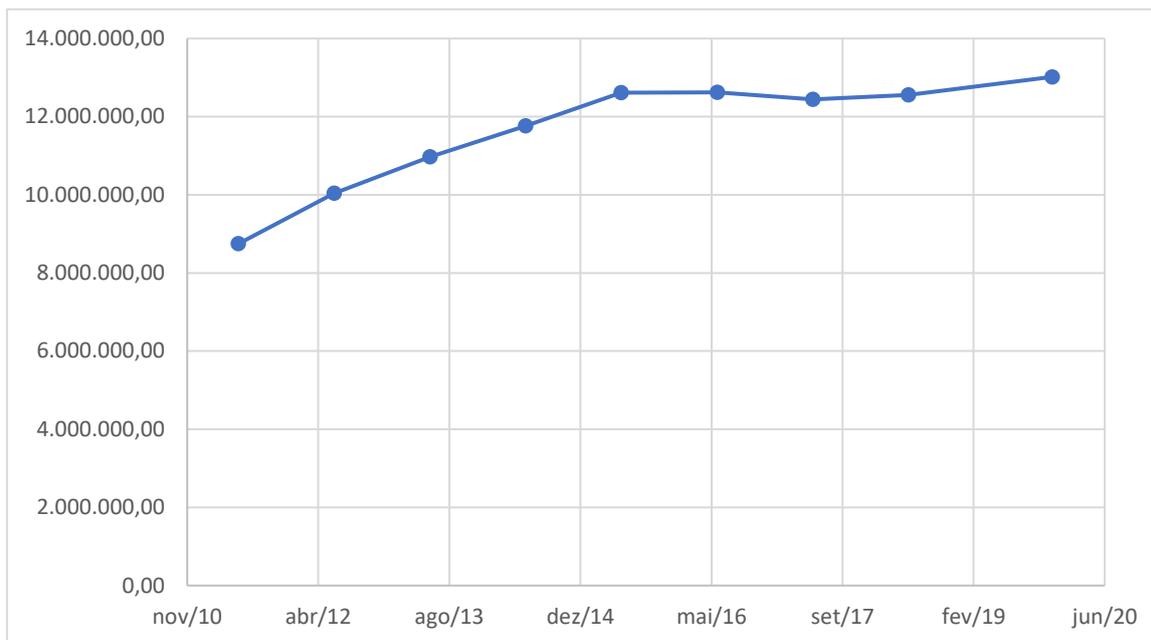


Gráfico 6 - Total de beneficiários em planos empresariais nas sete maiores operadoras (2011-2019)
Fonte: Elaboração própria; dados: ANS, 2020I

Conforme dito, nos planos de contratação empresarial há uma presunção (bastante questionável) de que as partes contratantes possuem uma paridade de forças para negociar livremente os termos da contratação, em especial as condições de reajuste (que não são regulamentadas pela ANS), bem como a rescisão do contrato (que pode ser feita unilateralmente pelas operadoras). A terminologia “Planos Empresariais” abarca uma série de realidades distintas, uma vez que, se olharmos a definição do artigo 5º da RN n. 195/2009 da ANS, se enquadram como planos coletivos empresariais os planos firmados por grandes, médias, pequenas e microempresas.¹⁰⁶ Um plano empresarial pode, assim, ter um grupo segurado com muitas mil vidas, ou então beneficiar apenas um pequeno número de pessoas de uma mesma família. Aliás, recentemente a ANS regulamentou uma forma excêntrica de plano “coletivo” empresarial contratado pelo Microempreendedor Individual (ANS, RN 432/2017), que abriu a possibilidade de existir planos coletivos com apenas um beneficiário.

É possível, no entanto, estabelecer uma relação de causalidade entre o posicionamento das grandes operadoras no mercado, que incentivaram a comercialização de planos empresariais e pararam de comercializar planos individuais (conforme visto

¹⁰⁶ A partir da edição da RN 309/2012 da ANS, que determinou o agrupamento obrigatório dos planos coletivos empresariais com menos de 30 vidas para fim de cálculo de reajuste por sinistralidade, o mercado passou a dividir os planos empresariais em três categorias: (i) planos com menos de 30 vidas; (ii) planos com mais de 30 e menos de 99 vidas; (iii) planos com mais de 99 vidas.

acima, das cinco maiores operadoras, quatro¹⁰⁷ tiveram diminuição na carteira de planos individuais e todas tiveram aumento dos planos empresariais), e o aumento exponencial da quantidade de beneficiários vinculados a contratações empresariais.

De acordo com levantamento realizado pelo Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (GEPS/FMUSP, houve um crescimento de beneficiários vinculados a planos com menos de 30 vidas (“pejotinhas”), que representavam 3,3 milhões de pessoas em 2014 (6,6% do total), para 5,44 milhões (11,7% do total) (GEPS/FMUSP, 2021).

Se deixarmos de lado a formalidade legal e analisarmos essa questão como fato social, é possível concluir pelo surgimento de uma modalidade de planos coletivos empresariais que são considerados “falsos coletivos”. Nessa terminologia enquadram-se os planos coletivos que, embora formalmente sejam empresariais, possuem como beneficiários membros de uma mesma família, de modo que, materialmente, o plano deveria ser tratado como familiar.¹⁰⁸

A escassez de planos individuais para contratação no mercado, bem como o aumento dos planos coletivos, é um reflexo da rigidez da regulação dos planos de contratação da ANS, que possuem importantes proteções aos beneficiários — como a proibição da rescisão unilateral e o controle dos reajustes anuais —, e da postura omissa da ANS com relação aos planos coletivos. A maior ou menor rigidez na regulação das garantias assistenciais dos beneficiários, bem como a política de reajustes e aplicação de outros institutos, como os Mecanismos Financeiros de Regulação, são partes constitutivas das agendas de interesses de cada ator da cadeia de fornecimento da saúde suplementar, conforme será abordado a seguir.

¹⁰⁷ Bradesco, Amil, Notre Dame e SulAmérica.

¹⁰⁸ Cumpre salientar que recentes decisões do Superior Tribunal de Justiça se mostraram sensíveis a essa realidade das contratações que, embora coletivas, “mascaram” a existência de verdadeiros planos familiares, nos quais o grupo segurado se mostra com alto grau de vulnerabilidade. A questão da validade da rescisão unilateral dos contratos coletivos com menos de 30 vidas está afetada para análise pelo STJ em caráter de recurso repetitivo.

3.3 Operadoras de planos de saúde e consumidores como grupos de interesse na regulação da saúde suplementar

3.3.1 Cadeia da Saúde Suplementar e principais grupos de interesse do setor

A compreensão dos grupos de interesse que atuam na saúde suplementar, bem como das respectivas agendas para a regulação do setor, deve ser feita à luz da Cadeia da Saúde Suplementar, compreendida como um sistema de fornecimento que se inicia nos fornecedores de insumos básicos (materiais e medicamentos), perpassa por empresas que realizam a distribuição desses insumos aos prestadores da área da saúde (clínicas, hospitais, laboratórios e médicos) e chega até os pacientes, que são os destinatários finais dos serviços, acessados por meio das operadoras de planos de saúde, as quais são contratadas por vínculo individual/familiar ou coletivamente (planos empresariais, coletivos por adesão ou autogestões) (AZEVEDO et al., 2016).

A Cadeia da Saúde Suplementar pode ser ilustrada na figura 4:

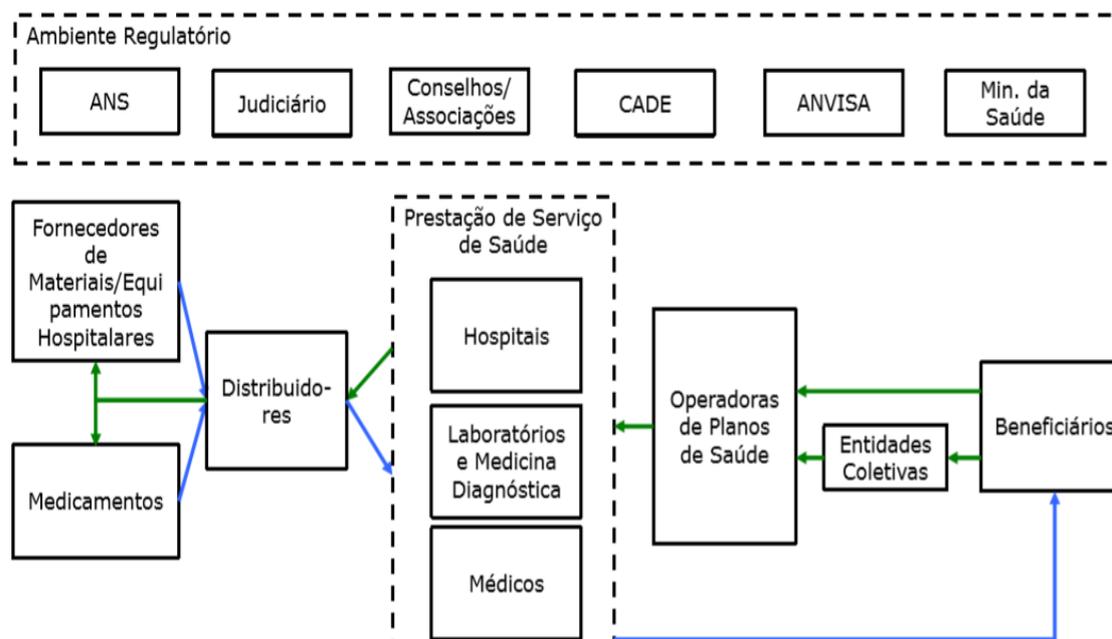


Figura 4 - Cadeia da Saúde Suplementar e ambiente regulatório¹⁰⁹
Fonte: AZEVEDO et al., 2016, p. 30

¹⁰⁹ A figura reproduzida foi extraída do estudo realizado por Paulo Furquim de Azevedo, Silvia Fagá de Almeida, Nobuiki Costa Ito, Vanessa Boarati, Caroline Raiz Moron, William Inhasz e Fernanda Rousset, denominado “A Cadeia de Saúde Suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas” (2016).

Nesse sentido, para fins didáticos, é possível destacar a existência de pelo menos três grupos de interesse que atuam diretamente na relação de compra e fornecimento de serviços na saúde suplementar. Em primeiro lugar, os prestadores de serviço da área da saúde, representados pelos hospitais, clínicas médicas, laboratórios e médicos, que prestam diretamente os serviços aos pacientes, bem como os fornecedores de equipamentos, materiais e medicamentos. Conforme será visto no capítulo 5, os prestadores se fazem representar nos instrumentos de participação da ANS através de federações, sociedades, associações, sindicatos, conselhos profissionais, como também comparecem individualmente.

As operadoras de planos de saúde (OPS), que são os agentes de mercado diretamente regulados pela ANS, são as seguradoras, medicinas de grupo, cooperativas, autogestões e filantrópicas que operam os contratos de prestação de serviços de assistência médica e atuam na qualidade de terceiro pagador na cadeia de fornecimento. Enquanto grupo de interesse, as OPS se fazem representar na ANS por meio de suas entidades representativas, com destaque para a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), a Unimed do Brasil, a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), a Uniodonto do Brasil e a Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB). Recentemente, em razão do aumento dos planos coletivos por adesão, as administradoras de benefícios também ganharam relevância no mercado, sendo representadas pela Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB).

Outro grupo de interesses extremamente relevante é o dos beneficiários de planos de saúde, que, em razão da natureza consumerista da relação contratual, serão tratados na presente tese como consumidores. Na ANS, as entidades que com maior frequência atuam para representar os interesses dos beneficiários são o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), a Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (Proteste), a Fundação Procon, o Ministério Público do Rio de Janeiro, o Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do Rio de Janeiro (Nudecon/RJ) e a Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon). Além dessas entidades, também atuam em defesa dos beneficiários, mas para resguardar os interesses de grupos específicos, as entidades que representam pacientes portadores de deficiências e de patologias especiais.

Além dos prestadores de serviços, das OPS e dos consumidores, existem também

outros atores que, embora não atuem diretamente na cadeia de fornecimento, possuem interesse e atuam nos instrumentos de participação da ANS para tentar influenciar e contribuir na regulação da saúde suplementar. Assim, por exemplo, na regulação econômico-financeira da ANS, participam dos debates dentro da agência empresas de consultoria especializadas em auditoria e em cálculos atuariais, ao passo que em assuntos relacionados a regulação assistencial e a qualidade em saúde suplementar há a participação de empresas especialistas em acreditação. Cumpre mencionar, ainda, que a pesquisa identificou a presença de pesquisadores universitários, escritórios de advocacia, representantes da indústria e do comércio, além, é claro, da burocracia interna da ANS (servidores) e de representantes de outras instituições do Estado (ministérios, secretarias, entre outros).

Em razão da complexidade dos grupos de interesse que atuam no setor, a pesquisa optou por fazer um recorte na análise da participação social, **focando na participação das operadoras de planos de saúde e dos consumidores**, que são grupos de interesse que possuem agendas potencialmente conflitivas e que protagonizam muitos dos debates regulatórios relevantes dentro da agência.

Com efeito, não se pode perder de vista que o setor da Saúde Suplementar ainda apresenta problemas regulatórios e é fortemente marcado por uma contraposição de interesses entre os beneficiários dos planos de saúde e as OPS. As seções que seguem, que possuem caráter preparatório para as pesquisas empíricas que serão realizadas nos capítulos 5 e 6, têm por objetivo construir a agenda de interesses das OPS e dos consumidores para a regulação da ANS.

Nesse sentido, a construção das narrativas e dos interesses defendidos por cada grupo de interesse do setor da Saúde Suplementar será enquadrada na classificação proposta por Baird (2017), com o intuito de facilitar a compreensão dos conflitos de agendas e pautas regulatórias, bem como para contextualizar o tema da participação social, que será objeto de estudo nos capítulos 5 e 6.

Com efeito, em sua tese de doutoramento, denominada “Rede de influência, burocracia, política e negócios na Agência Nacional de Saúde Suplementar” (2017), Baird entrevistou diversos atores que atuam tanto na ANS quanto do próprio mercado, e constatou que o setor é marcado por uma instabilidade regulatória e por conflitos de interesses marcados por correntes ideológicas que atuam na agência, notadamente em três correntes: (i) Sanitarista; (ii) Liberal e; (iii) Consumerista.

Referidas correntes ideológicas facilitam a compreensão das agendas de interesse de OPS e consumidores e dialogam com a argumentação exposta no capítulo 1, posto que demonstram diferentes visões sobre aspectos fundamentais da regulação da saúde suplementar, como, por exemplo, a relação entre o setor e a saúde pública, os efeitos econômicos e sociais da regulação, a atuação mais (ou menos) presente da ANS com relação a temas regulatórios estratégicos, a necessidade da flexibilização de direitos previstos na Lei dos Planos de Saúde, etc. Por essa razão, a classificação proposta por Baird é adotada na presente tese e utilizada para construir as narrativas das OPS e consumidores.

3.3.2 Correntes ideológicas na regulação da saúde: sanitaristas, liberais e consumeristas

Para se compreender as posições ideológicas e os conflitos de interesses no mercado da saúde suplementar, faz-se necessário retomar algumas considerações sobre a previsão constitucional do papel regulador do Estado, a positivação do direito à saúde na CF/88 e o papel da iniciativa privada.

Em primeiro lugar, conforme exposto no capítulo 1 da tese, a positivação do poder regulatório do Estado no Brasil encontra fundamento no art. 174 do texto constitucional, o qual está localizado no Capítulo I (Dos Princípios Gerais da Atividade Econômica) do Título VII (Da Ordem Econômica e Financeira), e deve ser exercida com a observância de uma série de valores econômicos (livre iniciativa, livre concorrência e proteção da propriedade privada) e sociais (dignidade humana, justiça social, função social da propriedade e defesa do consumidor) que são potencialmente conflituosos, mas que devem ser harmonizados no exercício da atividade regulatória.

A conflituosidade entre os valores econômicos e sociais na regulação reflete posicionamentos teóricos distintos sobre a natureza e os objetivos da regulação. Conforme visto no capítulo 1, a teoria econômica da regulação é fortemente influenciada por um posicionamento liberal e economicista, no qual os indivíduos são compreendidos como maximizadores racionais de utilidade (POSNER, 2014) e que possui uma visão cética sobre a realização do interesse público por intermédio da regulação. Pelo contrário, os agentes públicos (inclusive a burocracia que atua na regulação), assim como os agentes econômicos, são compreendidos como pessoas que atuam de forma egoisticamente

orientada e, assim, suscetíveis à influência de interesses econômicos e políticos no exercício da atividade regulatória, que não seria, portanto, fruto de uma busca imparcial e técnica pelo interesse público (como defendiam as teorias do interesse público).

Segundo os autores que adotam as premissas teóricas acima descritas, o interesse público na regulação seria atingido pela racionalidade inerente à conduta de cada agente econômico, que, na busca pela maximização de seus interesses, geraria ganhos de eficiência para o mercado como um todo. Nesse sentido, adota-se uma **visão liberal** da regulação, que limitaria os objetivos da regulação estatal para a correção das falhas de mercado, ou seja, a regulação deveria apenas propiciar um ambiente econômico propício para a atuação eficiente dos agentes econômicos. Ademais, ainda de acordo com essa visão, os objetivos primários da regulação são eminentemente econômicos, sendo que os que admitem a existência de objetivos sociais na regulação o fazem apenas de forma residual, ou seja, a regulação social funcionaria apenas para a correção das externalidades decorrentes da atividade econômica (como danos ambientais, proteção ao consumidor, entre outros).

A premissas teóricas da visão liberal acima descrita tem sido questionada por alguns autores que defendem que a regulação possui objetivos mais amplos do que a regulação econômica (FEINTUCK, 2010) e que sustentam a necessidade de que a regulação (seja pelo Estado, seja por agências reguladoras) busque um equilíbrio entre os objetivos econômicos (endógenos ao mercado regulado) e os objetivos sociais (exógenos ao mercado regulado) (cf., entre outros, WINDHOLZ; HODGE, 2013; PROSSER, 2006). Nesse sentido, além dos objetivos econômicos, a regulação deve atentar para objetivos sociais,¹¹⁰ tais como a equidade, a justiça social, a solidariedade e, inclusive, para potenciais efeitos redistributivos das decisões regulatórias (COUTINHO, 2014).

Esse contraste entre uma visão “liberal” e uma visão “social” da regulação está presente no debate regulatório sobre a saúde suplementar. Não se pode perder de vista que a constitucionalização do direito à saúde no Brasil foi fruto da Reforma Sanitária na segunda metade dos anos 1980, movimento marcado por forte corrente ideológica que defendia a adoção de um Sistema Nacional de Saúde, de caráter público, universal e gratuito; todavia, concomitantemente ao reforço da noção de saúde como direito de cidadania, houve oposição da iniciativa privada de ideologia liberal, que, em

¹¹⁰ O nosso objetivo no capítulo 1, inclusive, foi demonstrar como a Justiça Igualitária de John Rawls pode auxiliar para uma compreensão dos objetivos sociais da regulação da saúde (tanto pública quanto privada).

contraposição ao projeto estatizante da esquerda, propunha a construção de um Sistema de Saúde ancorado na iniciativa privada. A esse respeito, destaca Paim:

As análises realizadas durante a 8ª CNS identificavam dois pactos durante a redemocratização: o liberal-burguês e o democrático-popular. O primeiro teria como base a grande burguesia com apoio da pequena burguesia conservadora, a tecnoburocracia e os trabalhadores não organizados como massa de manobra. Já o pacto democrático-popular, teria na sua composição os trabalhadores organizados, com apoio da pequena burguesia progressista, da tecnoburocracia especialmente pública e de alguns setores industriais. Neste poderiam ser inseridas mudanças nas políticas econômicas, com melhor distribuição de renda e, possivelmente, reorientação das políticas sociais com vistas à cidadania [...]. (PAIM, 2008, p. 270-271)

O embate ideológico entre os atores liberais (liberal-burguês) e sanitaristas (democrático-popular) acima identificado por Paim é descrito na doutrina (Cf. LUZ, 1991; MENICUCCI, 2007; PAIM et al., 2011; SESTELO et al., 2013) e está presente, também, no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, especialmente no trecho abaixo transcrito, no qual fica clara a oposição entre o projeto da construção de um Sistema de Saúde controlado pelo Estado, e a atuação da iniciativa privada de forma subordinada à direção estatal, prevendo-se, inclusive, a possibilidade de “expropriação dos estabelecimentos” privados se forem descumpridas as normas e diretrizes regulatórias impostas pelo setor público:

4 - O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor. Os prestadores de serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados. Com o objetivo de garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público.

Trecho recortado do Relatório Final da 8ª CNS¹¹¹

¹¹¹ Documento disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em 11.08.2020.

Interessante notar que no relatório da 8ª CNS já se mostra presente a tensão entre público e privado no Sistema de Saúde Brasileiro, uma vez que é declarado no referido documento que o consenso dos participantes da conferência foi pela “necessidade de fortalecimento e expansão do setor público” e que a participação do setor privado “deve-se dar sob o caráter de serviço público ‘concedido’ e o contrato regido sob as normas de Direito Público” (BRASIL, 1986). A mesma tensão é descrita por Paim et al., que mencionam que a Reforma Sanitária Brasileira foi aprovada “apesar da forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado” (PAIM et al., 2011, p. 18).

A oposição ideológica entre liberais e sanitaristas, que caracterizou a criação do Sistema de Saúde Brasileiro, culminou na constitucionalização da saúde como direito social, bem como na criação do Sistema Único de Saúde, mas com a expressa autorização (também de cunho constitucional) da atuação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde.

3.3.2.1 Os sanitaristas e a regulação da saúde suplementar

O reflexo da contraposição das agendas liberal e sanitarista na saúde suplementar estabeleceu uma relação dicotômica entre o público e o privado tanto no debate teórico quanto nas discussões práticas sobre a regulação do setor. Do ponto de vista teórico, autores de viés sanitarista comumente utilizam a expressão “mix público/privado” para estabelecer uma visão de certa forma “competitiva” entre a atuação da iniciativa privada (notadamente das operadoras de planos de saúde) e o Sistema Único de Saúde (cf. SANTOS, 2009; MENICCUCCI, 2007). Ainda na doutrina, há autores que criticam a existência de incentivos fiscais às operadoras de planos de saúde e os efeitos deletérios desses incentivos para o financiamento do SUS (cf. OCKÉ-REIS, 2012).

Outra importante crítica sanitarista aos efeitos que o mercado privado de planos de saúde acarreta no Sistema de Saúde diz respeito à perene segmentação no acesso aos serviços de saúde. Essa crítica aparece na lição de Bahia (2005), segundo a qual a segmentação do acesso à saúde de acordo com a capacidade de pagamento, que é inerente ao acesso a serviços de saúde via iniciativa privada, é contraditória com a noção de saúde como direito de cidadania (que estava no âmago da reforma sanitária) e revela a estratificação do acesso aos direitos sociais no Brasil.

Nesse sentido, o pensamento sanitaria se posiciona de forma crítica com relação à participação da iniciativa privada no Sistema de Saúde Brasileiro e, com relação ao debate sobre a regulação da Saúde Suplementar, defendem uma atuação normativa e fiscalizatória robusta por parte da ANS. Conforme destaca Baird (2017), os sanitaristas predominaram na ANS entre 2004 e 2009 e defendiam uma política regulatória que realizasse uma reprodução do modelo público para a Saúde Suplementar. Dentre as pautas defendidas pelos sanitaristas, Baird identificou, a partir de suas entrevistas com personagens que atuaram na própria agência, a aproximação das coberturas previstas no Rol de Procedimentos da ANS com aquelas devidas pelo sistema público (com a inclusão de vacinas, por exemplo), a adoção de políticas de prevenção e promoção a saúde, efetivação do ressarcimento ao SUS, além da proteção dos consumidores (BAIRD, 2017, p. 137). Assim, o pensamento sanitaria defende que a Saúde Suplementar deve ser compreendida em um contexto mais amplo do Sistema de Saúde como um todo, e atribui às operadoras de planos de saúde a função de efetivar a saúde como direito de cidadania, não devendo tratá-la como bem de consumo.

Apenas para exemplificar os reflexos da atuação dos sanitaristas na regulação da Saúde Suplementar, cite-se a instituição do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos de Doenças (PROMOPREV), cuja origem remete à promulgação da Resolução Normativa (RN) n. 94/2005, que dispôs sobre a possibilidade de operadoras diferirem a cobertura com ativos garantidores da provisão de risco se aderissem a programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários. Após a RN n. 94/2005, diversas outras normas foram editadas para regulamentar o assunto, inclusive com a formalização de uma parceria entre a ANS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), da qual surgiu o Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar.¹¹²

Além do PROMOPREV, a ANS possui outros projetos de cunho assistencial que indicam a influência do pensamento sanitaria na agência, como o “Projeto Sua Saúde”, que visa estimular a participação proativa dos pacientes e usuários da Saúde Suplementar na tomada de decisões relativas à sua saúde; o “Projeto OncoRede”, que institui um modelo assistencial específico para cuidados de pacientes oncológicos; o “Projeto Parto

¹¹² Os resultados do referido laboratório estão publicados no livro “Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar brasileira”, disponível para download em <https://apsredes.org/promocao-da-saude-e-prevencao-de-riscos-e-doencas-na-saude-suplementar>. Acesso em: 13 ago. 2020.

Adequado” (RN n. 368/2015), que visa incentivar o parto natural e reduzir a quantidade de partos cesáreos; o “Programa QUALISS – Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde”, estabelecido pela RN n. 405/2016 e que normatiza os requisitos para a qualificação relevantes para aprimorar a qualidade assistencial oferecida pelos prestadores de serviços na saúde suplementar; o “Programa de Enfrentamento da Obesidade e do Sobrepeso”, que tem por objetivo combater a incidência da obesidade e excesso de peso entre os beneficiários da saúde suplementar; e o “Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde”, normatizado pela RN n. 440/2018, e que tem por objetivo melhorar o atendimento aos beneficiários de planos de saúde, notadamente no acesso à rede prestadora, na qualidade da atenção à saúde e da experiência do beneficiário na saúde suplementar.

A menção aos projetos assistenciais é importante para demonstrar a relevância que os sanitaristas exerceram (e ainda exercem) no estabelecimento das políticas regulatórias da saúde suplementar.

3.3.2.2 Agenda liberal na saúde suplementar

Em contraste com os sanitaristas, a agenda liberal na saúde suplementar é composta pelos representantes do empresariado que atuam no mercado da medicina privada. Essa classe é descrita por Madel Therezinha Luz como a “burguesia da saúde”, composta por proprietários de empresas, hospitais privados, clínicas, grupos ligados a serviços médicos e, também, por médicos liberais, “defensores de uma ideologia privatista” (LUZ, 1991, p. 85).

Atualmente, o mercado privado de planos de saúde é formado por seguradoras, medicinas de grupo, cooperativas, entidades de autogestão e entidades filantrópicas que se constituem como operadoras de planos de saúde para prestar serviços de assistência médica, nos moldes preconizados no art. 1º da Lei dos Planos de Saúde. Os beneficiários estão distribuídos nas modalidades de operadoras conforme o quadro 3, abaixo:

BENEFICIÁRIOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA POR MODALIDADE DE OPERADORA		
Modalidade	Beneficiários de assistência médica	%
Medicina de Grupo	18.364.259	39%
Cooperativa Médica	17.335.183	37%
Seguradora Especializada em Saúde	6.182.421	13%
Autogestão	4.324.752	9%
Filantropia	906.822	2%
TOTAL	47.113.437	

Quadro 3 - Beneficiários de assistência médica segundo modalidade de operadora
Fonte: Elaboração própria. Dados: ANS, 2020I, dados extraídos em março de 2020

Por sua vez, se considerarmos a quantidade de beneficiários por operadora, a Bradesco Saúde é a maior operadora em atividade no Brasil,¹¹³ com quase três milhões e meio de beneficiários, seguida da Amil (com aproximadamente três milhões), a Notre Dame Intermédica (dois milhões e meio de beneficiários), a Hapvida (dois milhões e quatrocentos mil beneficiários) e a SulAmérica (um milhão e oitocentos mil beneficiários), conforme quadro 4:

DEZ MAIORES OPERADORAS EM ATIVIDADE NO BRASIL (POR QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS)	
Operadora	Beneficiários
Bradesco Saúde	3.402.925,00
Amil	3.010.795,00
Notre Dame Intermédica	2.503.973,00
Hapvida	2.446.397,00
SulAmérica	1.835.381,00
Central Nacional Unimed	1.734.997,00
Unimed Belo Horizonte	1.266.425,00
São Francisco Sistemas de Saúde	772.353,00
Unimed Rio	707.590,00
Cassi	647.160,00

Quadro 4 - Dez maiores operadoras em atividade no Brasil (quantidade de beneficiários)
Fonte: Elaboração própria. Dados: ANS, 2020I, dados extraídos em março de 2020

Com relação às receitas com contraprestações, a Bradesco Saúde também mantém

¹¹³ Embora individualmente a Bradesco Saúde seja, de fato, a operadora com maior quantidade de beneficiários, faz-se necessário destacar que a Unimed constitui o maior grupo econômico na área da saúde suplementar. Com efeito, os dados da ANS demonstram que em março de 2020 havia 272 (duzentos e setenta e duas) cooperativas que integram o chamado “Sistema Nacional Unimed”, prestando serviços praticamente em todo território nacional e com 17.560.824 (dezesete milhões, quinhentos e sessenta mil, oitocentos e vinte e quatro) beneficiários (ANS, 2020).

a liderança do setor¹¹⁴ com uma receita de pouco mais de 24 bilhões de reais, com a Amil em segundo lugar (quase 21 bilhões), a SulAmérica com pouco mais de 17 bilhões e a Notre Dame com 6,5 bilhões:

DEZ MAIORES OPERADORAS (POR RECEITA DE CONTRAPRESTAÇÃO)	
Operadora	Receita (2019)
Bradesco Saúde	R\$ 24.047.350.176,00
Amil	R\$ 20.932.205.303,00
SulAmérica	R\$ 17.172.488.412,00
Notre Dame Intermédica	R\$ 6.527.394.142,00
Cassi	R\$ 5.632.025.940,00
Hapvida	R\$ 5.383.304.930,00
Unimed Rio	R\$ 4.501.592.080,00
Unimed Belo Horizonte	R\$ 4.215.048.143,00
GEAP	R\$ 4.144.592.478,00
Central Nacional Unimed	R\$ 4.078.715.813,00

Quadro 5 - Dez maiores operadoras em atividade no Brasil (receita de contraprestação)
Fonte: Elaboração própria. Dados: ANS, 2020I, dados referentes ao ano de 2019

A identificação dos grandes atores do setor da Saúde Suplementar é importante porque essas empresas exercem forte influência política e econômica na construção da agenda regulatória do setor da Saúde Suplementar. Conforme destaca Baird, os grandes *players* do setor — entre eles Bradesco Saúde, Amil, Qualicorp, SulAmérica, Hapvida e Unimed-Rio, além de alguns prestadores de serviços — se destacam na influência política por realizarem doações para “financiamento de campanha, posicionamento nas redes de relações ou mesmo na capacidade de realizar indicações políticas para postos de comando na ANS” (BAIRD, 2017, p. 147-148).

Com efeito, sobre o financiamento de campanhas por operadoras de planos de saúde, a pesquisa realizada por Scheffer e Bahia conclui que o “apoio financeiro a candidatos revelou-se de grande espectro político-partidário, o que pode sinalizar para a existência de uma bancada setorial, suprapartidária e informal, capaz de ser acionada em momentos estratégicos aos interesses particulares do mercado da assistência médica suplementar” (SCHEFFER; BAHIA, 2013, p. 102).

No mesmo sentido, Baird demonstra que a Amil foi a empresa do setor da Saúde

¹¹⁴ Mais uma vez ressalte-se que, se levarmos em consideração todas as 272 cooperativas que integram o Sistema Nacional Unimed, a receita somada equivale a mais de 70 bilhões de reais (70.807.486.486), muito superior ao arrecadado pela Bradesco Saúde em 2019.

Suplementar que mais realizou doações para políticos nas eleições de 2014, seguida da Bradesco Saúde, Qualicorp e das Unimed (BAIRD, 2017, p. 151). Isso é relevante pelo fato de a diretoria da ANS ser fruto de indicação política: os diretores são indicados pelo Presidente da República e sabatinados pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal. Ainda conforme a lição de Baird, há uma convergência entre os dados econômicos do setor (faturamento e quantidade de beneficiários), o posicionamento dos grandes *players* como financiadores de campanha e a rede de conexões dessas empresas com as relações de poder dentro da agência:

A observação dos quadros revela que quatro empresas já mencionadas ocupam as posições centrais de poder no setor: na ordem, Amil, Bradesco Saúde, Qualicorp e Unimed-Rio. Os dados relacionais convergem, de alguma maneira, portanto, com a posição econômica dessas empresas e sua participação no financiamento político. Isso é especialmente válido para as três primeiras, principalmente se levarmos em conta as doações eleitorais. De maneira geral, pode-se dizer que a Amil está altamente conectada e ocupa a posição de maior destaque no setor, dentre as empresas, desde a criação da agência. Em qualquer período ou medida, a Amil está entre as três primeiras posições do ranking, o que revela seu protagonismo no emaranhado de conexões do setor. A Bradesco Saúde começa a ganhar destaque e ingressa nas redes do setor com os governos petistas, a partir de 2003. Nos dois últimos períodos, em que Dilma Rouseff assume a presidência da República, observa-se uma ascensão da empresa, que passa a ocupar a quarta posição em termos de conexões. (BAIRD, 2017, p. 159-160)

Para a presente tese, notadamente para os estudos de caso propostos nos capítulos 5 e 6, é de extrema importância identificar a agenda de interesses desses grandes atores da saúde suplementar, bem como a forma como esses interesses são representados nos instrumentos de participação social dentro da ANS, ou seja, a capacidade dessas empresas de **construir uma narrativa** para influenciar na produção normativa e nas políticas regulatórias da ANS — narrativa esta que será refletida nos instrumentos de participação social.

Nesse sentido, sob a ótica da participação social, as operadoras se fazem representar nos diversos instrumentos de participação social que a ANS utiliza para a sua produção normativa através de entidades representativas de segmentos específicos de atuação de cada modalidade de operadora.

Uma das mais importantes entidades representativas de operadoras na Saúde Suplementar é a **Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)**, que foi

constituída em fevereiro de 2007 e, atualmente, representa os interesses de 18 (dezoito) operadoras, sendo 2 (duas) odontológicas (OdontoPrev e Metlife Planos Odontológicos) e 14 (catorze) operadoras de assistência médica. Se considerarmos apenas as operadoras de assistência médica, a FenaSaúde reúne 7 (sete) seguradoras especializadas em saúde (Allianz Saúde, Bradesco Saúde, SulAmérica, Itauseg, Porto Seguro, Sompo e Unimed Seguros), 7 (sete) Medicinas de Grupo (Amil, Care Plus, Omint, Grupo Notre Dame Intermédica, Gama Saúde, Mediservice) e 1 (uma) Cooperativa Médica (Central Nacional Unimed).

As 14 (catorze) operadoras associadas à FenaSaúde são de extrema importância para o mercado de saúde suplementar, uma vez que contemplam mais de 14 (catorze) milhões de vidas (cerca de 30% do total do mercado) e geraram receitas de contraprestações superiores a 81 (oitenta e um) bilhões de reais em 2019.

Outra importante entidade representativa de operadoras é a **Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge)**, que foi constituída em agosto de 1966 com a finalidade de representar os interesses das operadoras na modalidade de Medicina de Grupo. Nesse sentido, cumpre destacar que o chamado “Sistema Abramge” engloba, além da Abramge, o Sindicato das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge), o Sindicato das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog) e a Universidade Corporativa Abramge (UCA).

Embora tenha sido constituída para representar as Medicinas de Grupo, a Abramge contém em seu quadro associativo também operadoras filantrópicas. A entidade atualmente é composta por 138 (cento e trinta e oito) operadoras associadas, com 14,5 milhões de beneficiários (30% do total do mercado) e uma receita de contraprestações de pouco mais de 50,5 bilhões de reais:

Por sua vez, as Cooperativas Médicas são, predominantemente, representadas pela **Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – Unimed do Brasil**, que foi constituída em 1975 para ser a entidade representante das cooperativas do Sistema Unimed. As cooperativas geraram quase 70 bilhões em receitas de contraprestações em 2019, englobam grande parte dos beneficiários da saúde suplementar (pouco mais de 17 milhões de vidas, que representam 36% do setor) e também o maior número de operadoras (280).

Já as autogestões, que são operadoras que operam planos privados de assistência médica através de departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado (BRASIL, ANS, RN n. 137/2006, art. 2º), são representadas pela União Nacional das Instituições de

Autogestão em Saúde (Unidas). Conforme dados divulgados pela ANS em março de 2020, existem 158 (cento e cinquenta e oito) entidades de autogestão registradas na ANS, contemplando quatro milhões e trezentas mil vidas, com receitas de contraprestação de 6,2 bilhões de reais em 2019.

O quadro 6 consolida os dados relativos às principais entidades representativas de planos de saúde:

PRINCIPAIS ENTIDADES REPRESENTATIVAS DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE				
Entidade	Modalidade de Operadoras Associadas	Quantidade de Operadoras Associadas	Total de Beneficiários das Operadoras Associadas (2019)	Receita Aproximada de Contraprestações das Operadoras Associadas (2019)
FenaSaúde	Seguradoras e Medicina de Grupo	18	14 milhões	R\$ 81 bilhões
Sistema Abramge	Medicina de Grupo e Filantrópicas	138	14,5 milhões	R\$ 50,5 bilhões
Unimed do Brasil	Cooperativas	280	17 milhões	R\$ 69 bilhões
Unidas	Autogestões e Filantrópicas	158	4 milhões	R\$ 24 bilhões

Quadro 6 - Principais entidades representativas de operadoras de planos de saúde

Fonte: Elaboração própria. Dados: ANS, 2020I, referente ao ano de 2019

Ainda sob a ótica da participação social, não se pode deixar de mencionar a atuação da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB), que representa o interesse das 166 (cento e sessenta e seis) administradoras de benefícios que possuem registro perante a ANS. Cumpre salientar que a atividade das administradoras de benefícios foi regulamentada pela ANS com a RN n. 196/2009, e ganhou relevância no mercado, principalmente, em razão dos planos coletivos por adesão, que atualmente contam com pouco mais de 6 milhões de beneficiários.

Embora existam interesses específicos de cada uma das modalidades de operadoras, é possível construir uma agenda de interesses comuns das operadoras e identificá-la com uma narrativa liberal na saúde suplementar, principalmente através das publicações e manifestações da FenaSaúde, da Abramge, da Unimed Brasil e da Unidas nos instrumentos de participação social na ANS.

Em uma publicação recente, denominada “Uma nova saúde suplementar para mais brasileiros” (FENASAÚDE, 2019), a FenaSaúde — que, como visto, representa os interesses de cinco das dez maiores operadoras em atividade no país (Amil, Bradesco,

SulAmérica, Grupo Notre Dame Intermédica e Central Nacional Unimed) — expõe a sua visão de mundo sobre a saúde suplementar e propõe modificações no arcabouço legal e regulamentar do setor. Considerando que a FenaSaúde possui entre os seus associados seguradoras especializadas em saúde, medicinas de grupo e a cooperativa de trabalho médico com maior número de beneficiários, referida publicação pode ser considerada um bom indicador da agenda de interesses das operadoras.

Em primeiro lugar, a FenaSaúde defende que a Lei dos Planos de Saúde deve ser “aperfeiçoada”, de modo a permitir o acesso à saúde suplementar para mais brasileiros, bem como a contenção de custos na saúde suplementar. As propostas da FenaSaúde são as seguintes:

- 1) **Necessidade de se viabilizar a venda de planos individuais através da “modulação de produtos”:** neste ponto, há uma crítica à Lei n. 9.656/1998, que permite apenas a venda de planos com segmentações específicas (planos referência, ambulatorial, hospitalar, com ou sem obstetrícia e odontológico). Sob a retórica de ampliação da escolha do consumidor, a FenaSaúde defende a flexibilização da oferta de produtos, em uma velada referência aos denominados “planos acessíveis”. Desse modo, a linha de raciocínio pode ser assim resumida: há necessidade de ampliação de acesso à saúde suplementar, mas os custos atuais e a rigidez da legislação inviabilizam a ampliação da oferta; logo, deve-se alterar a legislação para permitir a ampliação de oferta de planos, sem a necessidade de ofertar todos os serviços e coberturas previstos no plano-referência.
- 2) **Necessidade de racionalização e redução de custos:** neste ponto a FenaSaúde defende: (i) que a Saúde Suplementar adote Mecanismos Financeiros de Regulação (coparticipação e franquia), para combater a sobreutilização dos serviços; (ii) combate a fraude, abusos e redução de desperdícios; (iii) adoção de novos modelos de remuneração para os prestadores (com o fim do chamado “*fee for service*”); (iv) a revisão do modelo de incorporação de tecnologias no Rol da ANS, com a adoção de rigorosos critérios de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), com “critérios mais rigorosos de custo-efetividade, eficácia e resolutividade”; (v) investir em atenção primária à saúde (APS), como modo de reduzir as internações hospitalares e melhorar a qualidade de vida dos beneficiários.

- 3) **Garantia do equilíbrio econômico-financeiros dos contratos:** a FenaSaúde argumenta que a saúde suplementar vive uma “escalada de custos” e que o reajuste anual dos planos de saúde individuais, controlado pela ANS, não acompanha essa escalada de custos (inviabilizando a venda dos produtos individuais). Outra crítica é a limitação dos reajustes por faixa etária para os beneficiários idosos (acima dos 60 anos). Nesse sentido, há neste ponto duas pautas importantes das operadoras: (i) a flexibilização dos reajustes anuais dos planos individuais e; (ii) a flexibilização dos reajustes por faixa etária, permitindo-se a aplicação de reajustes para os beneficiários com mais de 60 anos.¹¹⁵

As pautas defendidas pela FenaSaúde encontram ressonância nas outras entidades representativas de operadoras, especialmente na Abramge e na Unimed do Brasil.¹¹⁶ Assim, sem perder de vista as peculiaridades do nicho de mercado de cada uma das modalidades de operadoras, é possível identificar certa uniformidade nos interesses, especialmente em questões regulatórias centrais para as suas atividades.

Além das pautas acima mencionadas, a agenda liberal das operadoras também se caracteriza por defender uma **atuação regulatória minimalista** — ou até mesmo omissões regulatórias — da ANS sobre duas questões: (i) o relacionamento das operadoras com os prestadores de serviço da área médica; e (ii) regulação dos planos coletivos.

A relação entre as operadoras de planos de saúde (OPS) e os prestadores de serviço da área da saúde (hospitais, laboratórios e médicos) é complexa e demandaria uma agenda de pesquisa própria, sendo certo que, na presente tese, pretende-se enfatizar o conflito de interesses entre operadoras e beneficiários de planos de saúde. Não se pode deixar de destacar, no entanto, a existência desse debate (OPS vs. prestadores), que envolve temas como o modelo de remuneração dos prestadores (*fee for service* vs. modelo de remuneração baseado em valor), dificuldades nas negociações contratuais, rescisão contratual entre prestadores e OPS, inadimplência contratual, não adoção da Tabela

¹¹⁵ Interessante notar que a FenaSaúde sustenta que a defesa dos beneficiários contra reajustes abusivos seja feita mediante “regras de portabilidade abrangentes” (FENASAÚDE, 2019, p. 19). Essa afirmação contrária, no entanto, a posição que a FenaSaúde adotou nas reuniões do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, notadamente nas Reuniões n. 3 e 5, realizadas em 23 de maio de 2017 e 05 de julho de 2017, nas quais a FenaSaúde se posicionou de forma contrária ao fim das janelas temporais para exercício de portabilidade e a ampliação da portabilidade para os planos coletivos empresariais.

¹¹⁶ Referidas entidades contemplam 91% dos beneficiários de planos de saúde, o que confere ampla representatividade às pautas por elas defendidas (ANS, 2020).

TUSS – Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, possibilidade de redimensionamento de rede, entre outros.

Em outubro de 2018, a ANS criou uma câmara técnica específica para tratar do tema “Contratualização e Relacionamento com Prestadores” (CATEC), visando colher subsídios para a regulação de questões relacionadas à contratualização entre OPS e prestadores. Na ata da reunião inaugural da CATEC (vide apêndice 2 da tese, documento: ANS, 2018p) fica clara, no resumo da manifestação das entidades representativas de operadoras e dos prestadores, a existência de um debate no qual, por um lado, o prestadores argumentam a existência de hipossuficiência na relação com as OPS, denunciando algumas práticas que consideram abusivas (remuneração insuficiente e muitas vezes abaixo do custo dos procedimentos, ameaça de descredenciamento, dificuldades nas negociações, glosas indevidas de procedimentos) e, por outro lado, as OPS sustentam que o relacionamento com os prestadores é uma questão privada, que deve ser regida pela livre iniciativa e pela livre concorrência, questionando, inclusive, os limites do poder normativo da ANS para regulamentar a matéria.¹¹⁷

O conflito entre OPS e prestadores também foi pauta das reuniões da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS). Nos debates sobre as contribuições para a composição dos temas regulatórios que iriam compor a Agenda Regulatória 2019-21 da ANS, a FenaSaúde deixou clara a sua posição de que a ANS não deveria regular o relacionamento entre OPS e prestadores:

110 próximo triênio. O Sr. **João Alceu Amoroso Lima** (Federação Nacional de
 111 Saúde Suplementar – FenaSaúde) elogiou o processo adotado para a Agenda
 112 Regulatória de publicação, coleta de contribuições e dos ajustes antes de
 113 efetivamente serem desenvolvidos os temas. Consignando que a FenaSaúde
 114 formalizaria suas contribuições pelo portal da ANS, fez questão de registrar
 115 algumas delas: o tema relacionamento entre operadoras e prestadores não deve
 116 fazer parte da Agenda Regulatória, seja para tratar dos instrumentos contratuais
 117 seja para tratar de modelos de remuneração, glosas e outros do gênero, porque
 118 estes já constam da Agenda; a questão de reajuste de planos coletivos também
 (ANS, 2019e) Ata da 97ª Reunião da CAMSS.¹¹⁸

¹¹⁷ Na 1ª Reunião da CATEC, a manifestação da FenaSaúde foi exatamente neste sentido: “FENASAÚDE: destacou a natureza eminentemente privada do relacionamento entre operadoras e prestadores e questionou os limites da competência da ANS para regulamentar o tema ‘relacionamento entre operadoras e prestadores de serviços de saúde’, afirmando que a ANS teria poder normativo e não legislativo” (ANS, 2018p, p. 3).

¹¹⁸ Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css97_ata.pdf. Acesso em: 25 ago. 2020.

Da mesma forma, as OPS sustentam que a ANS deve se abster de regulamentar os planos coletivos (sejam os empresariais, sejam os coletivos por adesão), notadamente questões relacionadas a rescisão contratual e reajuste de preço. A premissa utilizada para sustentar a desnecessidade de regulação dos contratos coletivos é uma suposta paridade existente entre as OPS e as pessoas jurídicas contratantes (empresas, entidades de classe, sindicatos) nos planos de contratação coletiva (AZEVEDO et al., 2016).

Nesse sentido, as operadoras construíram uma narrativa crítica à atuação regulatória da ANS, destacando dois pontos: (i) a rigidez de coberturas e controle de reajustes dos planos individuais pela ANS é um fator que inviabiliza o oferecimento de planos individuais e gera escassez desse produto no mercado;¹¹⁹ (ii) a ANS não deve interferir nos contratos coletivos, nos quais deve prevalecer a livre negociação entre as OPS e as pessoas jurídicas contratantes, sendo que eventual interferência da agência nessa contratação pode inviabilizá-la, assim como ocorreu com os planos individuais.¹²⁰

No tema reajuste, a ANS historicamente adota uma postura passiva com relação ao reajuste dos planos coletivos. Com efeito, apenas em 2012 (ou seja, doze anos após a sua criação), a agência editou resolução normativa que trata de reajustes em planos coletivos, mas limitou-se a determinar a formação de “*pool de risco*” para os contratos empresariais com menos de 30 (trinta) vidas, sem, portanto, se imiscuir nas outras modalidades de planos coletivos (coletivos por adesão ou empresariais) com mais de 30 (trinta) vidas.

Referida resolução — a RN n. 309/2012 — foi debatida na ANS na “Câmara Técnica do Pool de Risco”, realizada entre novembro de 2011 e junho de 2012, e posteriormente submetida à Consulta Pública n. 48, realizada em agosto de 2012. As manifestações das operadoras na Câmara Técnica do Pool de Risco ilustram a narrativa liberal que pretende deixar os planos coletivos o mais longe possível do controle regulatório da agência.

¹¹⁹ Vide, nesse sentido, matéria publicada no site da Abramge, na qual o diretor da associação, Pedro Ramos, critica a política de reajustes da ANS para os planos individuais, bem como a inclusão de novas tecnologias no Rol da ANS sem levar em consideração o aumento de custos (ABRAMGE, 2015).

¹²⁰ Como já argumentamos em outras oportunidades (PATULLO; SILVA, 2014), essa presunção de paridade de forças nos planos coletivos é problemática, sendo certo que o tema dos reajustes nos planos coletivos é permeado por questões polêmicas, como o repasse de risco para a pessoa jurídica contratante, violações ao princípio da transparência e quebra dos deveres de colaboração e lealdade na contratação. Não se pode perder de vista, ainda, que a expressiva judicialização dos temas relacionados a contratos de planos de saúde coletivos (ROBBA, 2017), bem como a existência de auditoria do TCU, que concluiu, entre outras coisas, que a ANS tinha “insuficiência de mecanismos para prevenção, identificação e correção de reajustes abusivos em planos coletivos” (TCU, 2018).

A FenaSaúde, na Reunião do dia 15 de fevereiro de 2012 da câmara técnica, apresentou manifestação em que ressalta que a formação de “pools” para o cálculo de reajustes está na essência do mutualismo, mas destacando que as operadoras deveriam ter “liberdade” para a formação desses *pools* e que o órgão regulador não deveria limitar excessivamente as opções:



A FenaSaúde entende que as operadoras devam ter a liberdade de formar diversos *pools* de riscos, segundo seus critérios técnicos atuarialmente embasados. Em nome da simplicidade, o órgão regulador não deve limitar excessivamente as opções. A flexibilidade é fator determinante para a existência de concorrência no mercado. Desnecessário ressaltar que a concorrência é o principal mecanismo de defesa do direito do consumidor. Num mercado em que há concorrência o interesse do consumidor tende a ser mais bem preservado.

Trecho recortado da contribuição apresentada pela FenaSaúde à Câmara Técnica do Pool de Risco.¹²¹

Na mesma reunião, a Abramge, de forma veemente, teceu críticas à ANS por considerar a RN n. 309/2012 como uma intervenção indevida no modelo de governança das operadoras, sugerindo, inclusive, que a ANS seria corresponsável pela solvência das operadoras:

5. A atual tentativa de se incursionar no modelo de reajuste dos planos coletivos é vista, pela ABRAMGE, como uma intervenção indevida no modelo de governança corporativa de cada operadora, passando a ANS a figurar como co-responsável pela solvência de cada uma, no mesmo nível dos gestores que respondam com seus bens pessoais.

Trecho recortado da contribuição apresentada pela Abramge à Câmara Técnica do Pool de Risco.¹²²

Por sua vez, a Unimed-Rio manifestou-se como “Representante das Cooperativas Médicas” e não se opôs à regulamentação do *pool* de risco, mas sugeriu que : (i) o *pool* seja limitado aos contratos com menos de trinta vidas; (ii) não haja necessidade de prévia

¹²¹ FENASAÚDE, 2012. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/pool_de_risco/2a_reuniao/20120215_2a_reuniao_ct_pool_de_risco_contribuicao_fenasaude.pdf. Acesso em: 03 abr. 2021.

¹²² ABRAMGE, 2012. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/pool_de_risco/2a_reuniao/20120215_2a_reuniao_ct_pool_de_risco_contribuicao_abramge.pdf. Acesso em: 03 abr. 2021

aprovação da ANS para o reajuste; (iii) não haja limitação do percentual de reajuste pela ANS; (iv) as regras do *pool* não prejudiquem a solvência das operadoras; (v) seja possibilitada a revisão técnica da carteira; (vi) o percentual de reajuste do *pool* seja considerado um teto, mas não um percentual fixo para todos; (vii) seja possibilitada a segmentação do cálculo de reajuste por produto (UNIMED-RIO, 2012).

Não se pretende, aqui, ingressar no mérito das contribuições apresentadas pelas operadoras, mas apenas demonstrar que, em uma das raras oportunidades em que a ANS se debruçou sobre o tema dos reajustes dos planos coletivos, as operadoras demonstraram a sua preocupação de que fosse preservada a sua autorregulação quanto ao tema e que a intervenção da agência fosse apenas para fixar as balizas operacionais para a formação do *pool*.

Outra importante manifestação das operadoras de forma contrária à intervenção da ANS nos contratos coletivos ocorreu na já citada 97ª Reunião da CAMSS, notadamente na discussão da formação dos assuntos que comporiam a Agenda Regulatória 2019-21 da ANS, na qual a FenaSaúde manifestou expressamente que “a questão de reajuste de planos coletivos também não deve ser priorizada na Agenda”, sendo acompanhada pelo representante do Sinamge no sentido de que

o sistema está engessado, a exemplo da questão dos planos individuais colocada pela FenaSaúde, e, assim, ressaltou que, ao longo dos anos, as operadoras foram excessivamente reguladas e que, portanto, está no momento de desregular e deixar o mercado caminhar como é a tendência mundial. (ANS, 2019e, linhas 141-145)

Assim, diante de todo o exposto, é possível extrair uma agenda liberal das operadoras de planos de saúde para a regulação da saúde suplementar, que pode ser resumida pela seguinte narrativa:

- 1) **Flexibilização das garantias assistenciais previstas na Lei dos Planos de Saúde:** nos instrumentos de participação social, as operadoras defendem, na maioria das vezes, que a ANS deve exercer o seu poder normativo com o intuito de flexibilizar as exigências da lei, como é possível observar, entre outras, nas discussões sobre os planos acessíveis, na regulamentação das condições de cobertura e preço para permanência de aposentados e demitidos no plano da ex-empregadora, na defesa de que o Rol da ANS deve ser compreendido como uma

lista taxativa de serviços cobertos pelas operadoras, nos atuais debates sobre a flexibilização da alteração da rede hospitalar (atualmente em curso no Comitê de Estrutura dos Produtos).

- 2) **Flexibilização do controle do reajuste anual dos planos individuais/familiares pela ANS:** o controle dos reajustes dos planos individuais/familiares pela ANS, em conjunto com as garantias assistenciais previstas na Lei n. 9656/1998, são vistos como as grandes causas da escassez dos planos individuais no mercado. As operadoras adotam o discurso de que a ANS deveria flexibilizar, ou mesmo desregulamentar, o reajuste dos planos individuais/familiares, para incentivar a sua venda no mercado, bem como incorporar mecanismos de revisão técnica para os planos individuais.
- 3) **Incorporação dos Mecanismos Financeiros de Regulação (franquia e coparticipação) ao modelo da Saúde Suplementar no Brasil:** a franquia e a coparticipação são defendidas pelas operadoras como instrumento de contenção, racionalização e compartilhamento da responsabilidade dos custos assistenciais com os beneficiários. Em conjunto com a pauta da venda de Planos Acessíveis e flexibilização dos reajustes dos planos individuais, a introdução de franquia e coparticipação é uma estratégia para viabilizar a comercialização de planos individuais.
- 4) **Obstar que a ANS exerça poder regulatório sobre o relacionamento entre as OPS e os prestadores de serviço da área da saúde:** conforme se observou nas discussões das reuniões da CAMSS e nas discussões da CATEC, as operadoras pretendem limitar o poder normativo da ANS e evitar que os temas relativos ao relacionamento das OPS e prestadores (modelos de remuneração, rescisão de contratos, glosas, modelos de contrato, entre outros) faça parte da Agenda Regulatória da ANS.
- 5) **Limitar o poder regulamentar da ANS aos planos individuais, evitando que a agência regulamente os planos coletivos:** os planos coletivos são outro tema em que as operadoras pretendem fazer valer a autorregulação e a livre negociação em detrimento da atuação da ANS. Conforme visto no panorama do setor, contrastando com a escassez dos planos individuais, os planos coletivos (empresariais e por adesão) consistem em quase 81% do setor e as operadoras defendem que, nesse tipo de contratação, temas centrais como reajustes e rescisão

unilateral não sejam regulamentados pela ANS.

3.3.2.3 Saúde Suplementar e a defesa do consumidor

A defesa do consumidor na Saúde Suplementar possui fundamento tanto no texto constitucional — uma vez que, como visto no capítulo 1, a defesa do consumidor é princípio da Ordem Econômica (BRASIL, 1988, art. 170, inciso V) — quanto na própria Lei n. 9.961/2000, que criou a ANS e atribuiu à agência, entre outras competências, a de “articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde” (BRASIL, 2000, art. 4º, inciso XXXVI).

Nesse sentido, com uma pauta assistencial que é bem próxima daquela defendida pelos sanitaristas, os consumeristas sustentam que a ANS deve atuar para efetivar a defesa dos beneficiários de planos de saúde contra condutas abusivas perpetradas pelas operadoras de planos de saúde, em especial para concretizar as garantias assistenciais estabelecidas pela Lei dos Planos de Saúde e os direitos básicos dos consumidores previstos no Código de Defesa do Consumidor.

Não se pode perder de vista que a relação contratual estabelecida entre as operadoras de planos de saúde e os beneficiários caracteriza típica relação de consumo,¹²³ caracterizada, portanto, pela vulnerabilidade dos consumidores frente aos prestadores de serviço (BRASIL, 1990, art. 4º, inciso I). No caso dos contratos de planos de saúde, a questão da vulnerabilidade do consumidor é agravada tanto pelo bem jurídico que é objeto da contratação (saúde) quanto pelo fato de, não raro, os consumidores que utilizam os serviços estarem em situação de fragilidade, seja porque acometidos por doenças graves e/ou crônicas, seja pela própria idade avançada de muitos que se deparam com negativas de cobertura ou aplicação de reajustes elevados por parte das operadoras.

Nesse sentido, a Lei dos Planos de Saúde, que, como visto, foi fruto de um movimento dos usuários e prestadores para a regulamentação da prestação do serviço de assistência médica, instituiu importantes garantias para os beneficiários de planos de saúde. Com efeito, sob o ponto de vista assistencial, a Lei n. 9.656/1998 tornou

¹²³ A esse respeito, o Superior Tribunal de Justiça já pacificou entendimento no sentido de que o Código de Defesa do Consumidor é aplicável aos contratos de prestação de serviços de assistência médica, exceto aqueles geridos por operadoras de autogestão (STJ, Súmula 608).

obrigatória a cobertura de todas as doenças listadas na CID-10, determinou os serviços de cobertura obrigatória para as segmentações ambulatorial, internação hospitalar, obstetrícia e odontológica, bem como limitou as exclusões de cobertura que as operadoras podem inserir no contrato (BRASIL, 1998, art. 10, *caput* e incisos I a X, art. 12, incisos I a IV).

Ainda no eixo assistencial, a Lei dos Planos de Saúde estipulou os prazos máximos de carência, proibindo, em qualquer hipótese, a sua recontagem (BRASIL, 1998, art. 13, parágrafo único, inciso I), além de proibir a rescisão unilateral dos contratos individuais durante a internação do beneficiário titular estipulando ainda que, nas demais situações, somente é possível a rescisão se houver fraude ou inadimplência superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência (BRASIL, 1998, art. 13, parágrafo único, incisos II e III).

A Lei dos Planos de Saúde, ainda, proibiu expressamente a chamada “seleção de riscos”, estipulando que os consumidores não podem ser impedidos de participar dos planos privados de assistência à saúde em razão da idade ou condição física (BRASIL, 1998, art. 14).

Com relação aos reajustes, o marco regulatório da saúde suplementar trouxe duas importantes regras. Em primeiro lugar, com relação aos reajustes por faixa etária, a lei determinou que os contratos contêm a previsão das faixas etárias e respectivos percentuais aplicáveis para cada uma delas, bem como proibiu a aplicação de reajustes por faixa etária para os beneficiários idosos (com mais de 60 anos) que participem do contrato por mais de 10 (dez) anos (BRASIL, 1998, art. 15, parágrafo único). Em segundo lugar, foi conferida à ANS a competência para autorizar os reajustes anuais dos planos individuais e familiares, consoante o disposto no art. 4º, inciso XVII, da Lei n. 9.961/2000 (com redação dada pela Medida Provisória n. 2.177-44, de 2001).

Já no que se refere à rede de prestadores médico-hospitalares, a Lei dos Planos de Saúde prevê em seu artigo 17 que a inclusão de um prestador como credenciado confere ao consumidor a legítima expectativa de que ele será mantido durante todo o período da contratação. Assim, o texto legal impõe como condição para a substituição de prestador que haja a prévia comunicação aos consumidores e à ANS sobre a substituição que será realizada, e que o novo credenciado seja “equivalente” ao prestador que foi substituído. Trata-se, portanto, de regra que visa garantir ao consumidor a manutenção da qualidade

e quantidade de prestadores disponíveis durante a vigência da contratação.

Faz-se necessário mencionar, ainda, o direito de permanência no plano de saúde do ex-empregador garantido aos aposentados e demitidos que contribuíram para o custeio do plano. No caso do demitido, a manutenção da condição de beneficiário corresponde a um terço do período de permanência na empresa, com o mínimo de seis meses e máximo de dois anos e desde que não seja admitido em novo emprego. Por sua vez, ao aposentado a permanência é por período indeterminado, desde que tenha contribuído para o custeio do plano de saúde por mais de dez anos. Em ambas as situações, a lei prevê que o beneficiário assumirá o pagamento integral do plano de saúde.

Os temas acima mencionados (coberturas, rescisão unilateral de contratos, proibição de recontagem de carências, proibição da seleção de riscos, proibição de reajustes abusivos, manutenção de prestadores, permanência de aposentados e demitidos) consubstanciam matérias assistenciais que fazem parte da agenda consumerista na regulação da saúde suplementar.

Com efeito, muitas disputas entre os consumeristas e os liberais dentro da ANS estão relacionadas com a forma como a agência: (i) regulamenta, de forma mais ampla ou menos ampla, as referidas garantias dos beneficiários previstas na Lei n. 9.656/1998 ou; (ii) deixa de regulamentar alguns temas relevantes que podem caracterizar práticas abusivas das operadoras em face dos usuários de planos de saúde. Assim, o conflito de interesses entre consumeristas e liberais na regulação da saúde suplementar está relacionado tanto à tentativa de influenciar as **ações da ANS (no exercício das competências normativa e fiscalizatória do mercado)** quanto em manter (ou evitar) certas **omissões da agência** quanto a temas estratégicos para operadoras e consumidores.

Na produção normativa da agência, a pesquisa empírica realizada quanto à participação social na ANS (cujos resultados quantitativos e qualitativos serão apresentados nos capítulos 5 e 6 da tese) identificou conflitos das agendas liberal e consumerista em diversos temas que foram regulados pela agência.

Em contraste com a agenda liberal das operadoras, uma das pautas mais importantes dos consumidores é que a ANS regule os planos coletivos. Não há dúvidas de que a regulação da ANS com relação aos planos individuais foi muito mais robusta do que com relação aos planos coletivos. Na verdade, nos planos coletivos os

consumidores possuem dificuldades relacionadas ao acesso aos produtos,¹²⁴ ficando sujeitos à rescisão unilateral dos contratos, bem como a reajustes por sinistralidade que são, historicamente, superiores aos autorizados pela ANS para os contratos individuais/familiares.

O fenômeno da coletivização dos planos de saúde, retratado acima, faz com que a regulação dos contratos coletivos seja considerada um tema muito estratégico tanto para as operadoras (que, como visto acima, defendem que os planos coletivos passem ao largo da atuação da ANS) quanto para os consumidores, que vivenciam nesse tipo de contratação uma situação de maior vulnerabilidade, notadamente em três aspectos: (i) necessidade de elegibilidade para figurar como beneficiário de plano coletivo por adesão ou empresarial; (ii) reajustes anuais (técnico e financeiro) dos planos coletivos não são regulados pela ANS e; (iii) possibilidade de rescisão unilateral imotivada nos contratos coletivos.

Assim, uma importante pauta dos consumidores na regulação da saúde suplementar é fazer com que a ANS, além de incentivar a venda de planos individuais, regulamente os planos coletivos e aumente a proteção dos consumidores nesse tipo de contratação. Foram nesse sentido, inclusive, as contribuições que o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor apresentou na Consulta Pública n. 74, que tratava exatamente da formação da Agenda Regulatória 2019-21 da ANS (ANS, 2019w, p. 40).

A agenda consumerista na regulação da saúde suplementar, portanto, pode ser resumida nos seguintes aspectos:

- 1) **Efetivação das garantias assistenciais previstas na Lei dos Planos de Saúde:** conforme visto, a Lei dos Planos de Saúde trouxe uma série de garantias aos consumidores, tais como a proibição de seleção de risco, proibição de recontagem de carência, garantias assistenciais relacionadas às coberturas obrigatórias e regras para a aplicação de reajustes por faixa etária. Nesse contexto, na regulação desses temas, a agenda consumerista entra em rota de colisão com alguns interesses das operadoras, notadamente porque defendem a manutenção da proteção assistencial prevista para os planos individuais/familiares, sendo, por consequência, contra os

¹²⁴ Nos planos coletivos os consumidores precisam ser elegíveis para figurar como beneficiários, ou seja, precisam possuir vínculo com a pessoa jurídica contratante nos planos empresariais, ou serem associados a entidades de classe ou sindicalizados nos planos coletivos por adesão (BRASIL, ANS, 2009, artigos 5º e 9º).

chamados “Planos Acessíveis”, limitação da aplicação dos Mecanismos Financeiros de Regulação, preservação das condições assistenciais e de preço para aposentados e demitidos, rigidez nas regras para alteração da rede hospitalar, ampliação da portabilidade de carência, democratização do processo de revisão do Rol da ANS.

- 2) **Maior transparência e rigor na metodologia do cálculo do reajuste dos planos individuais:** ao passo que as operadoras pretendem flexibilizar a aplicação dos reajustes dos planos individuais/familiares, os consumidores defendem que a ANS tenha maior transparência e rigor metodológico na apuração do índice, em especial após o Acórdão do TCU na Auditoria Operacional n. 021.852/2014-6.¹²⁵
- 3) **Necessidade de a ANS regulamentar os planos coletivos, notadamente as normas de acesso aos produtos, os reajustes e a rescisão unilateral dos contratos:** essa é, sem dúvida, uma pauta muito estratégica tanto para consumidores quanto para operadoras. Os planos coletivos concentram mais de 80% dos beneficiários e são, historicamente, negligenciados pela regulação da agência e alvos de crescente judicialização.

A identificação das posições das OPS e dos consumidores com relação aos temas relevantes do setor é de fundamental importância para contextualizar a participação social na ANS, e serve de substrato para a pesquisa empírica que será apresentada nos capítulos 5 e 6 da tese. Antes de se voltar ao tema da participação social, faz-se necessário descrever, sob o ponto de vista normativo e institucional, a ANS, o que será feito no próximo capítulo.

¹²⁵ A questão, inclusive, chegou a ser judicializada após as falhas regulatórias apontadas pelo TCU na referida auditoria. Com efeito, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) ingressou com uma Ação Civil Pública (ACP n. 5013501-81.2018.4.03.0000) em face da ANS, questionando a metodologia utilizada pela agência para o cálculo do reajuste dos planos individuais. Tanto a auditoria do TCU quanto a ação ajuizada pelo IDEC fizeram com que a ANS colocasse em pauta a revisão da metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais, o que culminou na realização de um grupo de trabalho específico para o tema, na realização de uma Audiência Pública (AP n. 10) e, finalmente, na edição da RN n. 441/2018, que passou a levar em conta duas variáveis para a apuração do reajuste: o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) e o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), sendo o IVDA com peso de 80% e o IPCA com peso de 20%. Essa questão será analisada como estudo de caso no capítulo 6.

4 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): DESCRIÇÃO INSTITUCIONAL, COMPETÊNCIAS REGULATÓRIAS E PRODUÇÃO NORMATIVA

No capítulo anterior foi feita uma análise da regulação constitucional e infraconstitucional da saúde no ordenamento jurídico brasileiro, bem como demonstrou-se que o mercado da saúde suplementar, atualmente, possui um marco regulatório próprio — a Lei n. 9.656/1998 —, o qual trouxe, no plano assistencial, inúmeras proteções aos usuários de planos de saúde, bem como regulamentou aspectos operacionais e econômico-financeiros das operadoras.

Ainda sob o ponto de vista descritivo, o capítulo realizou um panorama atual do setor da Saúde Suplementar, bem como foram identificados os principais atores e respectivas agendas de interesses (sanitaristas, liberais e consumeristas) na regulação do mercado. Cumpre destacar que, embora a Lei n. 9.656/1998 tenha traçado os aspectos jurídicos e operacionais gerais, é certo que as normas regulamentares, expedidas pela ANS, são de extrema importância para a conformação do direito à saúde no campo da saúde suplementar.

No presente capítulo será feita, inicialmente, a contextualização do surgimento da ANS na Reforma do Estado no final dos anos 1990. Após, será feita a descrição normativa da agência, com a identificação da sua natureza jurídica, seus objetivos institucionais e suas competências regulatórias. Outrossim, sob o ponto de vista institucional, será analisada a estrutura institucional da agência, notadamente a atuação das diretorias no exercício das competências regulatórias.

Ao final, será realizada uma análise quantitativa da produção normativa da agência e uma reflexão sobre as principais políticas regulatórias implementadas, bem como sobre a instabilidade regulatória e judicialização que atinge o setor.

4.1 A reforma do Estado Brasileiro nos anos 1990¹²⁶

A reforma administrativa promovida pelo Governo Fernando Henrique Cardoso a partir de 1995 teve como objetivo realizar o desmonte da lógica de organização jurídico-institucional criada na Era Vargas (DINIZ, 2002). O início da implementação da referida reforma se deu com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, no qual fica clara a intenção de mudança da concepção do papel do Estado no desenvolvimento econômico do país: o Estado deveria deixar de ser o protagonista e responsável direto pelo desenvolvimento para tornar-se um promotor e regulador desse desenvolvimento.

Sob o ponto de vista jurídico, as condições para a implementação da Reforma Administrativa foram criadas com a promulgação da Emenda Constitucional n. 19/1998 (BRESSER-PEREIRA, 2009, p. 293). Ainda no plano constitucional, foram promulgadas as Emendas Constitucionais n. 5, 6, 7 e 8, todas de 1995, as quais tiveram por objetivo desarticular alguns pilares fundamentais da concepção desenvolvimentista do Estado da Era Vargas, tais como o monopólio estatal dos recursos minerais e hídricos, e estabelecer o regime legal das telecomunicações (DINIZ, 2002, p. 250).

Já no plano infraconstitucional, a reforma administrativa do Estado editou uma série de leis federais que ficaram conhecidas como “reforma regulatória”, entre elas o “Programa Nacional de Desestatização” (Lei n. 8.0312/1990, alterada pela Lei n. 9.491/1997), o Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078/1990), a Lei de Defesa da Concorrência (Lei n. 8.884/1994, alterada pela Lei n. 12.529/2011), a Lei de Concessão de Serviços Públicos (Lei n. 8.987/1995) e a Lei de Processos Administrativos Federais (Lei n. 9.784/1999) (MATTOS, 2017, p. 139).

O conjunto de reformas legislativas acima mencionadas, que abrangeram, como visto, tanto emendas constitucionais quanto um pacote de leis ordinárias, tiveram por objetivo mudar a forma de atuação do Estado perante a economia, transformando-o em

¹²⁶ Segundo Bresser-Pereira, em sua história o Estado brasileiro passou por três reformas administrativas importantes. A primeira delas teve início em 1936, no Governo Getúlio Vargas, na qual houve a “reforma burocrática que estabeleceu o serviço público profissional e os princípios da administração pública burocrática”. A segunda reforma ocorreu em 1967, com o Decreto-Lei n. 200, denominada de reforma desenvolvimentista. Por fim, a última reforma ocorreu no Governo Fernando Henrique Cardoso, e iniciou-se com a implementação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado e com a promulgação da Emenda Constitucional n. 19/1998 (Reforma Administrativa), e culminou na criação das Agências Reguladoras (BRESSER-PEREIRA, 2009, p. 292-293).

agente regulador da atividade econômica.¹²⁷ Nas palavras de Mattos, essa mudança “constitui o principal elemento de transformação jurídico-institucional introduzida pelo projeto de reforma do Estado no Brasil” (MATTOS, 2017, p. 141). Marques Neto se refere ao novo paradigma de intervenção estatal na economia instaurado pela reforma do Estado como **intervenção regulatória** (em contraposição ao modelo de intervenção direta na economia que prevalecia no Estado Desenvolvimentista):

Temos, então, que a moderna regulação [...] representa não uma subtração do papel do Estado como coordenador da economia. Representa, sim, uma mudança no paradigma pelo qual a intervenção estatal na economia se dá, mudança fortemente marcada pela substituição ou complementação dos mecanismos de intervenção direta na ordem econômica por instrumentos de uma determinada modalidade específica de intervenção indireta que poderíamos designar de *intervenção regulatória*. (MARQUES NETO, 2009, p. 93)

Sob o ponto de vista institucional, a reforma inaugurou o modelo de regulação da economia por intermédio de agências reguladoras, as quais foram criadas em três gerações. Assim, num primeiro momento, no período compreendido entre 1996 e 1997, as agências criadas são aquelas “relacionadas com a privatização e quebra de monopólio do Estado” em setores da economia (PÓ; ABRUCIO, 2006, p. 683). Nesse período foram criadas a Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), a Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) e a Agência Nacional do Petróleo (ANP). Na segunda geração de agências (1999-2000), refletiu-se a preocupação do Estado com a modernização de sua estrutura institucional e geração de eficiência em setores mais competitivos da economia. Tanto a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) quanto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) são produtos desse período. Por fim, na terceira geração, compreendida entre 2001-2002, houve “uma mistura de finalidades e áreas de atuação” (PÓ; ABRUCIO, 2006, p. 683). Com efeito, foram criadas duas agências com evidente finalidade regulatória (a Agência Nacional dos Transportes Terrestres (ANTT) e a Agência Nacional dos Transportes Aquaviários (ANTAQ)), mas houve também outras agências que demonstram a “perda de referencial

¹²⁷ A esse respeito, ensina Floriano de Azevedo Marques Neto que as transformações ocorridas na reforma do Estado brasileiro foram observadas também em países europeus que, assim como o Brasil, possuíam uma tradição de intervenção do Estado na economia. Nas palavras do autor, essas reformas “apontam para uma redução da intervenção direta e do incremento de uma nova forma de intervenção [...]. Tem lugar entre nós o fortalecimento do papel regulador do Estado em detrimento do papel do Estado produtor de bens e serviços” (MARQUES NETO, 2009, p. 87).

de regulação dos mercados”, tais como a Agência Nacional das Águas (ANA) e a Agência Nacional do Cinema (ANCINE) (PÓ; ABRUCIO, 2006, p. 683).

4.1.1 A regulação do setor da Saúde Suplementar: da atuação do CONSU à criação da ANS

Conforme visto, o marco regulatório do setor da Saúde Suplementar foi a edição da Lei dos Planos de Saúde (Lei n. 9.656/1998). Referido texto legal, que foi o produto de inúmeras medidas provisórias editadas pelo Governo Fernando Henrique Cardoso, realizou importante inovação institucional para a regulamentação do setor, que foi a criação do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU).

O CONSU foi criado pela Medida Provisória n. 1685-4, de 25 de setembro de 1998,¹²⁸ a qual alterou a Lei dos Planos de Saúde (Lei n. 9.656/1998), para incluir, entre outros, os artigos 35-A e 35-B, que versam justamente sobre as competências e estrutura institucional do referido conselho. Trata-se de órgão colegiado que integra a estrutura regimental do Ministério da Saúde e que tem como finalidade institucional estabelecer e supervisionar a execução de políticas públicas para o setor da Saúde Suplementar.

Trata-se de órgão com composição eminentemente política, que atualmente é composto por Ministro da Saúde (que o preside), Ministro Chefe da Casa Civil da Presidência da República, Ministro da Justiça e da Segurança Pública e Ministro da Economia, nos termos do Decreto n. 10.236, de 11 de fevereiro de 2020, que aprovou o Regimento Interno do CONSU. Sob o ponto de vista regulatório, o órgão teve muita importância no período anterior à criação da ANS, na época em que foi feita a chamada regulamentação “bipartite” do mercado:

Nessa primeira fase da regulamentação dos planos e seguros de saúde, surge o sistema “bipartite” de regulação: a regulação da atividade econômica pelo Ministério da Fazenda com foco nas operadoras e ótica econômico-financeira, por meio do CNSP e da Susep; a regulação pelo Ministério da Saúde visando à atividade de produção dos serviços de assistência à saúde, o produto oferecido, por meio do Consu e da

¹²⁸ A referida medida provisória foi reeditada quarenta e quatro vezes até a edição da Medida Provisória n. 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, que continua em vigência até o presente momento em razão do disposto no art. 2º da Emenda Constitucional n. 32/2001, a qual disciplinou o procedimento de tramitação das medidas provisórias e determinou que aquelas que estivessem em vigência até a data da publicação da emenda continuariam em vigor “até que medida provisória ulterior as revogue explicitamente ou até deliberação definitiva do Congresso Nacional” (BRASIL, 1988).

Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), Departamento de Saúde Suplementar (Desas). (CONASS, 2011, p. 25)

Assim, no período compreendido entre junho 1998 e setembro de 1999, teve vigência essa regulamentação bipartite; o CONSU emitiu 22 (vinte e duas) resoluções normativas, as quais regulamentaram muitas matérias de caráter assistencial (definição de rol de procedimentos de cobertura, cobertura de transplantes pelas operadoras, atendimento de urgência e emergência, regulamentação de cobertura às doenças e lesões preexistentes, cobertura para tratamento psiquiátrico), e outras que regulavam aspectos administrativos, operacionais e econômico-financeiros do mercado (reajustes, fiscalização, adaptação de contrato, funcionamento de autogestões, ressarcimento ao SUS, entre outras).

Conforme destaca Marcello Fragano Baird, o Ministério da Saúde (MS) estava pouco equipado para exercer essa função (posto que o Departamento de Saúde Suplementar era um órgão pouco estruturado), bem como o foco institucional do MS era a gestão do Sistema Único de Saúde (BAIRD, 2017, p. 92).

Assim, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar pode ser contextualizada em um momento em que o Estado brasileiro buscava melhorar a eficiência e modernizar o aparelho do Estado. Trata-se do período compreendido entre 1999 e 2000 no qual “buscava-se resguardar o interesse em relação a determinados setores de mercados já existentes” (PÓ; ABRAUCIO, 2006, p. 683) e que foi marcado pela criação de duas agências reguladoras vinculadas ao Ministério da Saúde, quais sejam, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a atualmente denominada Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Com a criação da ANS, o CONSU ficou apenas com “funções de supervisão da execução das políticas e determinação das diretrizes para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras” (CONASS, 2011, p. 28).¹²⁹

¹²⁹ Após a criação da ANS, o CONSU ficou inativo por quase 18 (dezoito) anos. No governo Michel Temer, no entanto, o conselho foi reativado, e inclusive realizou uma reunião em 18 de agosto de 2018; segundo matéria publicada pelo jornalista Elio Gaspari nos jornais “O Globo” e “Folha de São Paulo”, a reativação do CONSU faz parte de uma agenda das operadoras de planos de saúde, encabeçada pela FenaSaúde e pela Abramge, para emplacar uma série de reformas na Lei n. 9.656/1998, as quais levariam à desidratação da competências da ANS e ao fortalecimento do CONSU, o qual, como visto, possui uma composição que deixa a regulamentação do setor muito mais permeável à ingerência política. A mesma crítica é apresentada pelos professores Mário Scheffer, Lígia Bahia e Marilena Lazzarini, em estudo realizado em julho de 2019, que demonstra diversos retrocessos regulatórios do referido projeto de lei (SCHEFFER; BAHIA; LAZZARINI, 2019).

Nesse sentido, a ANS foi criada pela Medida Provisória n. 2.012/1999 (posteriormente convertida na Lei n. 9.961/2000) com a natureza jurídica de “autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde” e ficou com a responsabilidade de promover a “regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde” (Lei n. 9.961/2000, art. 1º). Para compreender a atuação da agência na regulação do mercado, bem como a sua produção normativa, faz-se necessário analisar as competências atribuídas pela Lei n. 9.961/2000 e a estrutura institucional através da qual a ANS coloca em prática a sua atividade regulatória.

4.1.2 Competências regulatórias da ANS na Lei n. 9.961/2000

A Lei n. 9.961/2000 conferiu uma diversidade de competências regulatórias à ANS. Conforme visto no capítulo anterior, a Lei dos Planos de Saúde estabeleceu o plano-referência e, com ele, uma série de diretrizes gerais para a atuação das OPS no mercado da saúde suplementar. Cabe, nesse sentido, à ANS, regulamentar o disposto na referida lei, regulamentação esta que abrangerá diversos núcleos temáticos.

A divisão das competências em núcleos temáticos tem mero propósito didático e visa possibilitar uma melhor visualização do disposto no artigo 4º da Lei n. 9.961/2000. O primeiro núcleo temático diz respeito às normas que regem a **relação contratual existente entre os beneficiários e as operadoras**, disciplinando coberturas, reajustes e normas para a contratação e troca de plano. No exercício desta competência, destacam-se a criação de normas da ANS relativas a: (i) coberturas assistenciais e garantia de acesso assistencial (Lei n. 9.961/2000, art. 4º incisos II, III, IV, IX, XIII,); (ii) extensão de benefícios a demitidos e aposentados (Lei n. 9.961/2000, art. 4º, inciso XI); (iii) normas relativas a reajustes de preço (Lei n. 9.961/2000, art. 4º, inciso XVII).

Outro núcleo temático importante diz respeito à **competência fiscalizatória** conferida à ANS. Trata-se, nas palavras de Clóvis Lima, de uma função “quase executiva” (LIMA, 2005) exercida pela agência, que lhe confere poderes para: (i) fiscalizar a atividade das operadoras quanto ao cumprimento das normas assistenciais, padrões de atuação e aspecto econômico-financeiro (Lei n. 9.961/2000, art. 4º, incs. XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, XXXI, XXXVII); (ii) autorizar e fiscalizar os reajustes de preço (XVII e XXI); (iii) administrar e arrecadar taxas (BRASIL, 2000, art.

4º, inc. XXXVIII); (iv) aplicar sanções de natureza pecuniária (multas) ou a proibição de comercialização de produtos (Lei n. 9.961/2000, art. 4º, inc. XXX e XLII, § 1º); (v) proceder à liquidação extrajudicial da operadora (Lei n. 9.961/2000, art. 4º, inc. XXXIV e XL); e (vi) determinar ou promover a alienação de carteira da operadora (BRASIL, 2000, art. 4º, inc. XXXV).

Além da competência fiscalizatória, a ANS também regulamenta **aspectos operacionais, econômicos e financeiros** das OPS. Nesse sentido, compete à ANS estabelecer normas relativas: (i) ao ingresso de operadoras no mercado (Lei n. 9.961/2000, art. 4º, incs. X, XII, XVI, XX, XXII); ii) estabelecer padrões de atuação e organização interna para as operadoras (BRASIL, 2000, art. 4º, incs. V, VII, XIV, XV, XVIII, XLI e XLII).

A agência possui, ainda, importante competência de regulamentar a relação entre as operadoras de **planos de saúde** e o **Sistema Único de Saúde**. Conforme disposto na Lei dos Planos de Saúde, a ANS possui a atribuição de regulamentar o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde, competência esta que foi prevista pela Lei n. 9.961/2000 em seu art. VI. Outra competência que está relacionada ao ressarcimento é de “proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2000, inc. XIX).

Ademais, conforme dito, a ANS foi criada com o objetivo de melhorar a **eficiência do mercado da saúde suplementar**. Para concretizar esse objetivo, a Lei n. 9.961/2000 estipulou a competência para que a agência adote medidas para induzir a competição no setor (art. 4º, inc. XXXII) e, ainda, determinou que a ANS se articule com os órgãos de defesa do consumidor, com o objetivo de tornar mais eficaz a proteção e a defesa do consumidor no mercado (art. 4º, inc. XXXVI).

4.2 Desenho institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar

4.2.1 Estrutura institucional da ANS

A análise da estrutura institucional da ANS é importante para compreender a forma como a agência se articula para colocar em prática as competências regulatórias estabelecidas pela Lei n. 9.961/2000. O regime de “autarquia especial” conferido à ANS se caracteriza pela “autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de

recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes” (BRASIL, 2000, art. 1º, parágrafo único).¹³⁰

A autonomia política da ANS é garantida pelo mandato fixo de três anos dos seus diretores (BRASIL, 2000, arts. 7º e 8º), os quais, após quatro meses, não podem ser demitidos por mera discricionariedade do Presidente da República (BAIRD, 2017, p. 94).¹³¹ Ademais, a Diretoria Colegiada da ANS é composta por cinco diretores, sendo um deles o diretor-presidente (BRASIL, 2000, art. 6º), os quais são:

indicados pelo Presidente da República ao Senado Federal, passam por sabatina na Comissão de Assuntos Sociais daquela Casa e têm seus nomes apreciados pelo plenário. Os mandatos dos diretores são não coincidentes e têm duração de três anos, havendo a possibilidade de uma única recondução a partir da indicação do Ministro da Saúde. (BAIRD, 2017, p. 94)

Já a estrutura organizacional da agência está prevista nos artigos 5º e seguintes da Lei n. 9.961/2000, tendo sido posteriormente regulamentada pelo Regimento Interno da ANS.¹³² Nos termos do regimento interno, a ANS possui a seguinte estrutura básica: I – Diretoria Colegiada (DICOL); II – Procuradoria Federal junto à ANS (PROGE); III – Ouvidoria (OUVID); IV – Corregedoria (PPCOR); V – Auditoria Interna (AUDIT); VI – Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS); e VII – Comissão de Ética (CEANS) (ANS, Resolução Regimental n. 01/2017, art. 2º, incisos I a VII).

4.2.2 A atuação da DICOL e respectivas diretorias

Dentro dessa estrutura organizacional, a DICOL é o órgão executivo da ANS, que tem por principal atribuição o exercício da administração da agência (BRASIL, ANS, Resolução Regimental n. 01/2017, art. 6º, inciso I), sendo representado pelo diretor-

¹³⁰ A esse respeito, ensina Clóvis de Lima que “a ANS é uma agência reguladora que incorpora vantagens deste instrumento de intervenção do Estado: maior poder de ação; autonomias administrativa, financeira e política, expressas por uma arrecadação própria; decisões em Diretoria Colegiada, cujos membros têm mandato definido em lei; e poder legal em relação a efetivação de suas resoluções” (LIMA, 2005, p. 52).

¹³¹ Com efeito, prevê o art. 8º da Lei n. 9.961/2000 que, após os primeiros quatro meses do mandato, os dirigentes da ANS somente perderão o mandato após a realização de processo administrativo que apure uma das seguintes infrações, a saber: I – Condenação Penal Transitada em Julgado; II – Condenação em processo administrativo, a ser instaurado pelo Ministro de Estado da Saúde, assegurados o contraditório e a ampla defesa; III – Acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas; e IV – Descumprimento injustificado de objetivos e metas acordados no contrato de gestão.

¹³² Inicialmente estabelecido pela Resolução Normativa n. 197/2009, a qual recentemente foi revogada pela Resolução Regimental n. 01, de 17 de março de 2017, da Diretoria Colegiada da ANS.

presidente (art. 26, inc. I). Outrossim, referido órgão é composto pela Presidência da ANS (PRESI), pela Secretaria Geral da Diretoria Colegiada (SEGER) e por cinco diretorias, a saber: a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), a Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO), a Diretoria de Fiscalização (DIFIS), a Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) e a Diretoria de Gestão (DIGES), além da Diretoria Colegiada (DICOL) (ANS, Resolução Regimental n. 01/2017, art. 2º, inciso I, alíneas “a” a “g”):

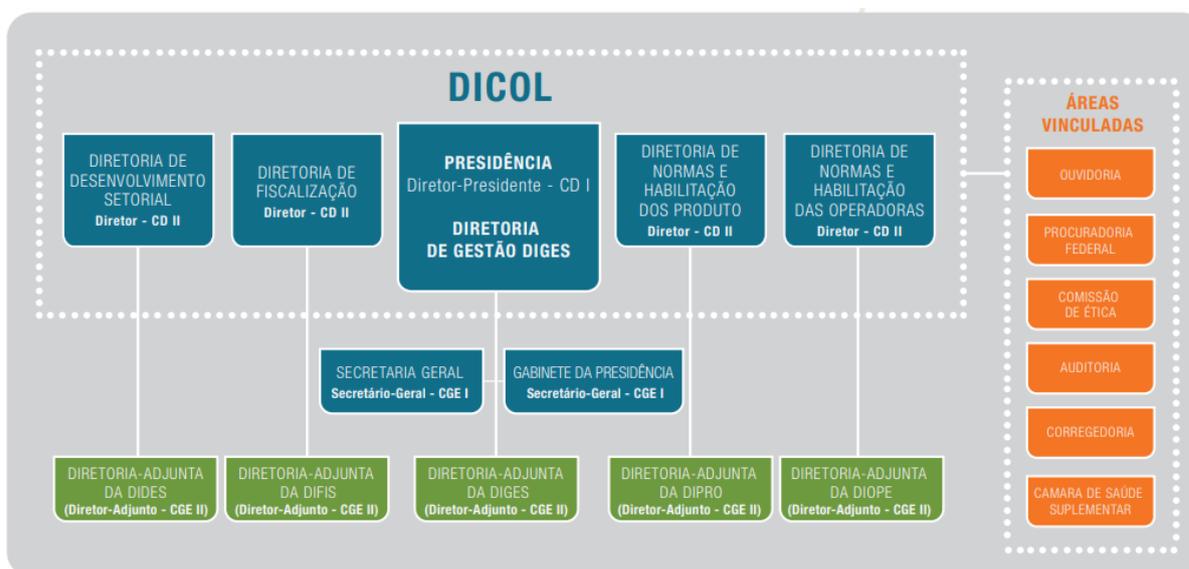


Figura 5 - Estrutura organizacional da ANS
Fonte: (ANS, 2020k) Relatório de Atividades Exercício 2019¹³³

Compete à Diretoria Colegiada (DICOL) exercer a administração da agência, além de realizar o plano estratégico e operacional da agência e exercer a competência normativa da agência (BRASIL, ANS, RR¹³⁴ n. 01/2017, art. 6º, incs. I a III). Além dessa competência de natureza executiva, é a DICOL que define o diretor responsável por cada diretoria da agência.

Com efeito, cada uma das mencionadas diretorias possui o seu respectivo diretor, o qual participa das reuniões da DICOL com direito a voto e, ainda, possui atribuição de encaminhar proposta de ato normativo do âmbito de sua competência à DICOL (BRASIL, ANS, RR n. 01/2017, art. 20, incisos II e IV), sendo que à DICOL, por sua vez, caberá a competência de “editar as normas de competência da ANS” (BRASIL, ANS, RR n.

¹³³ Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Prestacao-de-Contas/Relatorio_de_Atividades/2019_relatorio_atividades.pdf. Acesso em: 13 maio 2020.

¹³⁴ Resolução Regimental.

01/2017, art. 6º, inc. III).

No exercício da competência normativa da ANS, a Resolução Administrativa (RA) n. 49/2012, que dispõe sobre o **processo administrativo-normativo da agência**, identifica os principais atos normativos que são produzidos pela agência, a saber, as Resoluções Normativas (RN), as Resoluções Administrativas (RA), as Instruções Normativas (IN), as Instruções de Serviço (IS) e as Súmulas Normativas (SN) (BRASIL, ANS, RA n. 49/2012, art. 2º, incs. I a V). Além desses, merecem destaque também as Resoluções da Diretoria Colegiada da ANS (RDC).

Dentre os atos normativos acima citados, merecem destaque as resoluções normativas, que são normas infralegais que expressam decisões da ANS — por intermédio da DICOL — que regulamentam tanto a implementação das políticas de saúde suplementar quanto a prestação de serviços de assistência suplementar à saúde (ANS, Regimento Interno, RR n. 01/2017, art. 30, inc. II, alínea “a”). Não se pode perder de vista que, por se tratar de norma infralegal, a atividade de regulamentação “está limitada materialmente pelo instrumento legal superior ao qual o regulamento a ser editado está vinculado” (AITH, 2017, p. 100).

Cumprido destacar que as competências regulatórias da ANS, previstas no art. 4º da Lei n. 9.961/2000, são distribuídas de forma temática a cada uma das cinco diretorias da agência. A diretoria responsável pela elaboração de normas aplicáveis diretamente à regulamentação dos contratos de plano de saúde é a DIPRO. Com efeito, nos termos do artigo 10, inc. I, do regimento interno da ANS, a esse direito compete a “regulamentação, habilitação, qualificação e acompanhamento dos produtos ou planos privados de assistência à saúde” (BRASIL, ANS, RR n. 01/2017, art. 10, inciso I). Isso significa, por exemplo, que é a DIPRO que faz o monitoramento de preço e propõe estudos para aplicação de reajustes, regula as matérias relacionadas a coberturas (Rol de Procedimentos, Doenças e Lesões Preexistentes, incorporação de tecnologias na Saúde Suplementar), portabilidade, permanência de aposentados e demitidos (BRASIL, 1998, arts. 30 e 31), autoriza a transferência e alienação de carteiras e propõe a instauração de Regime Especial de Direção Técnica e Alienação de Carteira. É também a DIPRO responsável por propor a criação de grupos técnicos e comitês para discutir assuntos de competência da diretoria (ANS, RR n. 01/2017, art. 10, incisos I a XXIX).

A outra diretoria que possui atuação destacada na ANS é a DIOPE (BRASIL, ANS, RR n. 01/2017, art. 10, incisos I a XVI), que é a diretoria:

responsável pelas regras econômico-financeiras das operadoras de planos de saúde, como autorização de funcionamento, registro e monitoramento das empresas, definição dos parâmetros de capital, autorização para cisão, fusão e transferência de controle societário e decisão sobre direção fiscal e liquidação extrajudicial. (BAIRD, 2017, p. 96)

Quanto às demais diretorias, Pietrobon et al. explicam que a DIFIS é a diretoria responsável “por todo o processo de fiscalização, aspectos econômico-financeiros, médicos assistenciais, apoio ao consumidor e articulação com seus órgãos de defesa”. Já à DIDES foi atribuída competência de regulamentar o “sistema de ressarcimento do SUS e [o] desenvolvimento de instrumentos que viabilizem a melhoria da qualidade e o aumento da competitividade do setor”. Por fim, a DIGES possui atribuições voltadas a assuntos *interna corporis* da ANS, tais como “recursos humanos e financeiros, suprimentos, informática e informação” (PIETROBON et al., 2008, p. 776).

4.3 Análise da produção normativa da ANS entre 2002 e 2020

4.3.1 Considerações metodológicas

4.3.1.1 Justificativa e objetivos da pesquisa

Uma vez compreendida a competência regulatória da ANS, bem como a atuação das diretorias da agência, faz-se necessário analisar as normas que foram produzidas pela agência desde a sua criação, com o intuito de aplicar as categorias de análise desenvolvidas nos capítulos anteriores.

Dentre as inúmeras espécies normativas que a ANS pode produzir, destacam-se as resoluções normativas (RN), que são o instrumento que a agência utiliza para implementar a política de saúde suplementar e para regulamentar a prestação dos serviços de assistência suplementar à saúde (ANS, RR n. 01/2017, art. 30, inciso II, alínea “a”). Por essa razão, a regulamentação das diretrizes gerais estabelecidas pela Lei dos Planos de Saúde é feita pela ANS através das resoluções normativas.

A análise do conteúdo das RN é extremamente importante, uma vez que as decisões da ANS sobre aspectos assistenciais, operacionais, econômico-financeiros e

fiscalizatórios serão veiculadas por esta espécie normativa. Aliás, os debates dos *stakeholders* do setor nos instrumentos de participação social (que serão objeto de análise dos capítulos 5 e 6) versam exatamente sobre o conteúdo das RN, sendo certo que é possível se observar a dinâmica de interesses e as pautas defendidas por cada ator social (vide discussão a respeito no capítulo 3).

As resoluções normativas serão analisadas a partir da classificação temática proposta pela Secretaria Geral da ANS (SEGER) e apresentada no site da ANS no painel “Atos Normativos da ANS: Aperfeiçoamento do Ambiente Regulatório” (ANS, 2021a).

Assim, a pesquisa ora realizada possui por objetivo: (i) quantificar as resoluções normativas publicadas pela ANS entre 2002-2019; (ii) classificar a produção normativa da ANS por eixo-temático); e (iii) analisar criticamente a atuação da agência, identificando os avanços regulatórios derivados da atuação da ANS, bem como a instabilidade e conflituosidade que caracteriza a regulamentação do setor.

4.3.1.2 Delimitação temporal e classificação temática das resoluções normativas

Serão analisadas as resoluções normativas promulgadas pela agência entre 2002 e 2020, ou seja, a análise contempla desde a primeira RN publicada pela ANS, em 13 de fevereiro de 2002 (RN n. 01/2002) até a RN n. 463/20, publicada em 24 de novembro de 2020.¹³⁵

O material consultado está disponível no site da ANS,¹³⁶ o qual possui um campo específico para “busca de legislação”, e que recentemente foi organizado em um painel específico para a busca de atos normativos da ANS, o já mencionado painel denominado “Atos Normativos da ANS: Aperfeiçoamento do Ambiente Regulatório” (ANS, 2021a).

No referido painel, a ANS propõe a classificação de sua produção normativa em três “macrotemas”, a saber, Atos Normativos Finalísticos, Atos Normativos de Gestão e Atos Normativos de Governança.

No macrotema **Atos Normativos Finalísticos**, a ANS consolidou as normas mais importantes editadas pela agência, destinadas a regulamentar: (i) a atuação das Operadoras de Planos de Saúde nos aspectos econômico-financeiro, operacional e

¹³⁵ Informação extraída do próprio site da ANS, no campo “busca de legislação”, disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em: 12 set. 2020.

¹³⁶ <http://www.ans.gov.br>.

assistencial; (ii) o Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde; (iii) a Qualidade na Saúde Suplementar; (iv) o exercício das competências fiscalizatórias da ANS; e (v) o relacionamento entre Operadoras, Prestadores e Consumidores. Assim, as resoluções normativas enquadradas neste macrotema foram classificadas pela ANS em 07 (sete) eixos-temáticos, a saber: (1) Fiscalização; (2) Integração com o SUS; (3) Qualidade na Saúde Suplementar; (4) Regulação Assistencial; (5) Regulação da Estrutura de Produtos; (6) Regulação Econômico-Financeira e; (7) Relacionamento com Operadoras, Prestadores e Consumidores.

O segundo macrotema proposto pela ANS é o dos **Atos Normativos de Gestão**, que engloba as normas destinadas a regulamentar cinco temas, a saber: (1) Gestão da Tecnologia da Informação; (2) Gestão da Informação; (3) Gestão da Logística; (4) Gestão de Pessoas; (5) Gestão Financeira, Contábil e de Custos.

Por fim, o terceiro macrotema, denominado **Atos Normativos de Governança**, consolida as normas que regulamentam aspectos *interna corporis* da agência, que foram divididos em seis temas: (1) Comunicação e Relacionamento Institucional; (2) Consultoria Jurídica; (3) Controle Interno; (4) Gestão Estratégica; (5) Participação e Controle Social e (6) Qualidade Regulatória.

Com a finalidade de elaborar uma descrição do arcabouço normativo atual da agência, a pesquisa irá considerar **apenas as resoluções normativas vigentes**, de modo que as normas já revogadas foram descartadas do banco de dados.

4.3.2 Apresentação dos resultados

Conforme visto, a produção normativa da ANS é o resultado da atuação das diretorias que compõem a Diretoria Colegiada da ANS, cada uma com a competência para instaurar o procedimento administrativo-normativo (que visa à elaboração, dentre outras normas, das RN) de acordo com a sua pertinência temática. Depois de analisar as competências que foram delegadas à ANS pela Lei n. 9.961/2000, bem como a distribuição dessas competências entre as cinco diretorias da agência, realizou-se uma análise específica da produção de resoluções normativas (RN) pela ANS desde a sua criação.

Conforme dito, a primeira resolução normativa da ANS foi promulgada em 13 de fevereiro de 2002 e, até novembro de 2020, a agência já havia produzido 458

(quatrocentas e cinquenta e oito) resoluções, conforme gráfico abaixo:

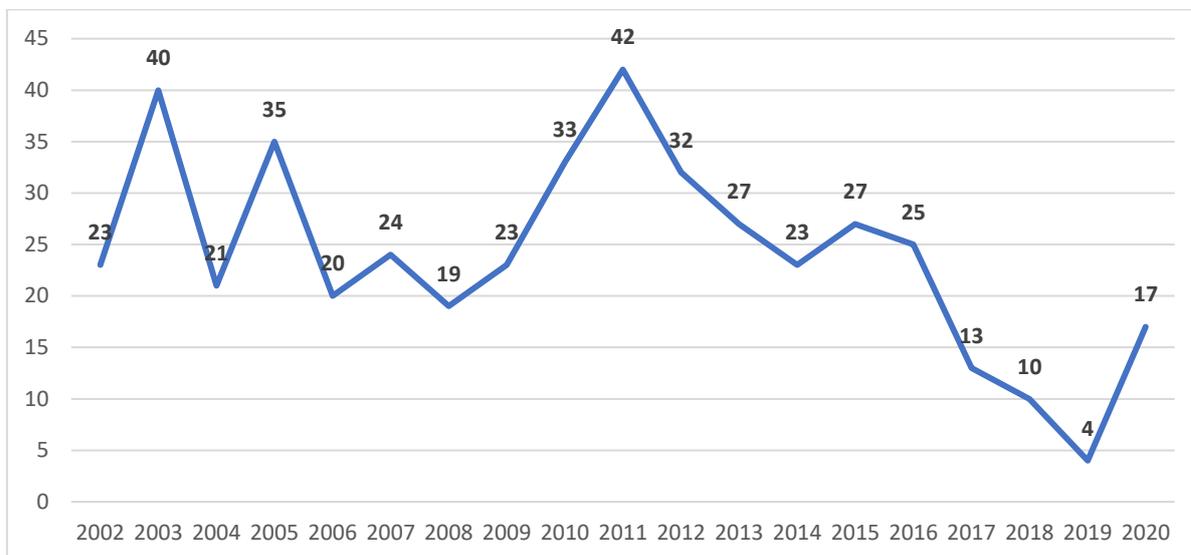


Gráfico 7 - Resoluções normativas da ANS (2002-2020)
Fonte: Elaboração própria. Dados: ANS, 2021a

Cumprir destacar que, das 458 (quatrocentas e cinquenta e oito) resoluções publicadas (até novembro de 2020), 262 (duzentos e sessenta e duas) já foram revogadas, de modo que, em dezembro de 2020, a ANS possuía **196 (cento e noventa e seis)** resoluções normativas em vigência.

Cada uma das diretorias da ANS possui legitimidade para iniciar o processo administrativo normativo dentro da ANS, obedecendo a pertinência temática das matérias de suas competências. Nesse sentido, embora a resolução normativa seja, ao final, um produto da deliberação da Diretoria Colegiada, é possível identificar, em cada uma das 197 resoluções que estão vigentes, as matérias regulamentadas por cada uma das diretorias da ANS.

Feito esse esclarecimento, o gráfico abaixo demonstra as resoluções que estão vigentes de acordo com as matérias de competência de cada uma das diretorias da ANS:

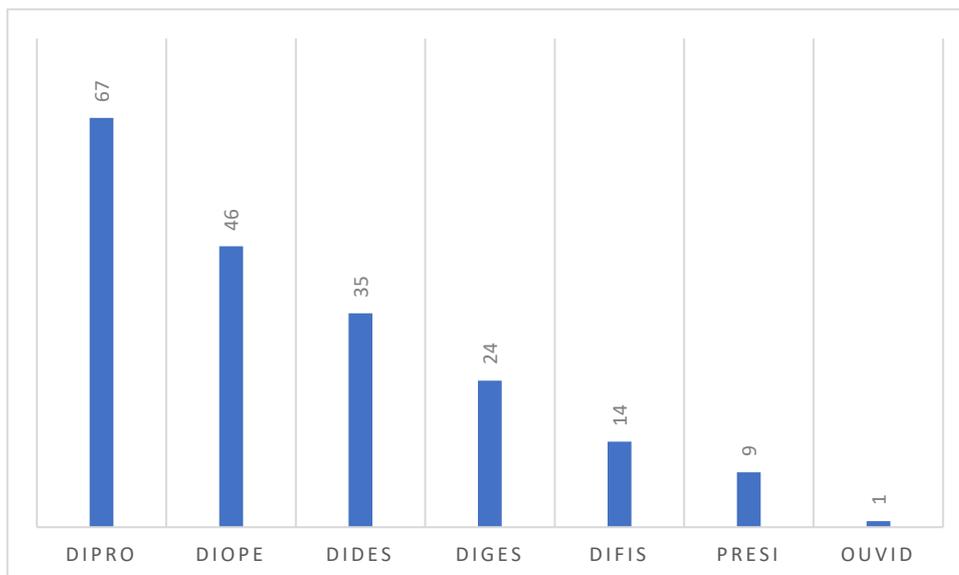


Gráfico 8 - Resoluções normativas vigentes por diretoria (ANS, março de 2021)
 Fonte: Elaboração própria. Dados extraídos do site da ANS em 30.03.2021 (ANS, 2021a)

Quando adentramos especificamente a análise das resoluções vigentes de acordo com a classificação temática proposta pela ANS, a pesquisa identificou que a grande maioria das resoluções normativas publicadas pela agência estão no macrotema “Atos Normativos Finalísticos”, que são aquelas que se destinam especificamente ao exercício das competências regulatórias atribuídas à ANS pela Lei n. 9.961/2000. Nesse sentido, das 197 resoluções vigentes, 82% (159 RN) estão neste macrotema:



Gráfico 9 - Resoluções normativas da ANS por macrotema
 Fonte: Elaboração própria. Dados: ANS, Atos Normativos da ANS, 2021a

O gráfico 10 representa as resoluções normativas vigentes, tendo como critério da classificação o tema que foi regulado:

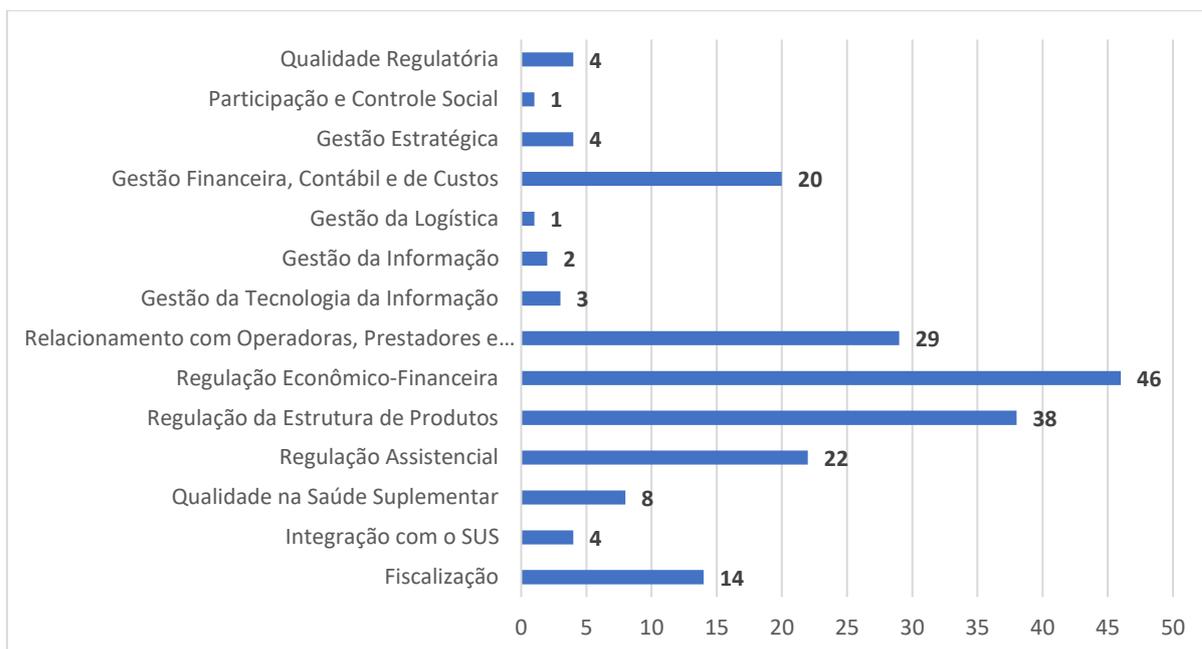


Gráfico 10 - Resoluções normativas vigentes (por tema)

Fonte: Elaboração própria. Dados extraídos do site da ANS em 30 mar. 2021 (ANS, 2021a)

Dentre os Atos Finalísticos, a maioria das resoluções diz respeito à Regulação Econômico-Financeira, seguido da regulação da Estrutura dos Produtos e do Relacionamento entre Operadoras, Prestadores e Consumidores. A regulação assistencial, que trata principalmente da normatização das coberturas dos planos de saúde, também possui produção normativa relevante, com 22 (vinte e duas) resoluções atualmente vigentes.

4.3.3 Discussão dos resultados: avanços regulatórios e persistente judicialização do setor

O estudo realizado demonstra que a ANS teve relevante produção normativa em seus mais de vinte anos de existência. Nesse período, são inegáveis os avanços regulatórios promovidos pela agência, que normatizou diversos aspectos financeiros e operacionais das operadoras e, também, implementou diversos programas regulatórios que visaram à melhoria do atendimento prestado pelos agentes regulados.

Nesse sentido, no âmbito da Regulação Econômico-Financeira, cumpre destacar que a ANS normatizou a formação de ativos garantidores pelas operadoras de planos de saúde, que consistem nos recursos (bens móveis, imóveis, ações ou títulos mobiliários)

de titularidade das operadoras, que ficam sob custódia da Agência Nacional de Saúde Suplementar e têm por objetivo conferir lastro (garantia) ao risco da atividade de operação de planos de saúde, para que não haja desassistência nos períodos de descapitalização (RN n. 430/2017), bem como as resoluções que dizem respeito a outros assuntos econômicos do setor, entre elas as que instituem as Garantias Financeiras e Provisões Técnicas (RN n. 75/2004, 206/2009, 209/2009 e 227/2010), o Plano de Contas (RN n. 290/2012 e 435/2018), o Programa de Regularização de Débitos não Tributários (RN n. 429/2017) e o Programa de Certificação em Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras (RN n. 440/2018 e 450/2020).

A ANS também editou importantes resoluções para a normatização da “Regulação da Estrutura dos Produtos”, com destaque para a criação de regras de portabilidade de carência, que é uma matéria que não estava propriamente regulamentada na Lei dos Planos de Saúde, e estabeleceu garantias para o consumidor que necessita contratar um novo produto sem a necessidade de cumprir novos prazos de carência ou cobertura parcial temporária. A matéria foi, inicialmente, prevista de forma bastante restrita nas resoluções n. 186/2009 e n. 252/2011, que limitavam o exercício desse direito apenas aos beneficiários de planos individuais/familiares e coletivos por adesão, mas que recentemente foi bastante ampliado pela RN n. 438/2018, que autoriza a portabilidade também para os beneficiários de planos empresariais e acabou com diversos requisitos burocráticos anteriormente exigidos pelas antigas normas regulamentares.

Além da portabilidade, ainda na regulação da estrutura dos produtos a ANS criou regras para registro dos produtos e comercialização dos produtos (RN n. 85/2014) e, também, estabeleceu regras para o reajuste de planos saúde (RN n. 63/2003 e RN n. 309/2012), bem como regulamentou a metodologia de reajuste anuais dos planos individuais (RN n. 441/2018). Com relação a este último tema, a ANS tem sido bastante criticada por se omitir na fiscalização e controle de reajustes de planos coletivos, sendo que houve, inclusive, auditoria do Tribunal de Contas da União sobre a questão.

No eixo temático “Fiscalização”, a principal norma que regulamenta a estrutura das ações fiscalizatórias da ANS é a RN n. 388/2015. Referida norma criou um instrumento de solução extrajudicial de conflitos assistenciais e não assistenciais entre beneficiários e operadoras denominado “Notificação de Intermediação Preliminar” (NIP) o qual, segundo dados da Diretoria de Fiscalização da ANS (DIFIS), alcançou em 2017 um índice de resolutividade de 89,1% nas demandas assistenciais e 86,84% nas demandas

não assistenciais (ANS, DIFIS, 2018). A RN n. 338/2015 prevê, ainda, o Processo Administrativo Sancionador no âmbito da ANS.

A ANS também produziu normas voltadas a regulamentar o relacionamento entre as Operadoras de Planos de Saúde (OPS) e os Prestadores de Serviço da Área da Saúde. Conforme dito no capítulo 3, a atuação da agência nesta matéria é polêmica e encontra resistência das Operadoras, que defendem que as questões que envolvem os prestadores de serviço devem ser de livre negociação entre as partes. Não obstante, a pesquisa identificou que o relacionamento entre OPS e prestadores é bastante discutido dentro da agência e constantemente presente nos instrumentos de participação social, havendo inclusive um comitê específico para tratar do tema. Nesse sentido, cumpre destacar que, nos últimos anos, a ANS editou importantes resoluções neste eixo-temático, com destaque para a criação do Comitê de Incentivo às Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores – COBOP (RN n. 346/2014), para a regulamentação do índice de reajuste aplicável pelas OPS à remuneração de seus prestadores (RN n. 364/2014, pelas RN n. 391/2015 e RN n. 420/2017) e para a regulamentação da celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde pela RN n. 436/2018.

Outra questão que também foi regulamentada pela ANS e que influencia na relação das OPS com os prestadores de serviço e, também, com a própria agência, foi a criação do programa da Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS), que foi instituído pela RN n. 305/2012. Com efeito, o TISS consiste em um padrão obrigatório de troca eletrônica de dados entre os agentes da saúde suplementar, dados estes relativos à atenção à saúde dos beneficiários. Trata-se, portanto, de instrumento que tem por objetivo diminuir a assimetria de informações no âmbito da saúde suplementar, bem como padronizar as ações administrativas de “verificação, solicitação, autorização, cobrança, demonstrativos de pagamento e recursos de glosas” e “subsidiar as ações da ANS de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde” (BRASIL, ANS, RN n. 305/2012, art. 3º).

A ANS também regulamentou importantes questões assistenciais nos últimos anos. No eixo assistencial, a Resolução Normativa n. 259, de 17 de junho de 2011, foi um dos principais avanços da ANS na defesa dos direitos dos consumidores, posto que, além de fixar os prazos máximos de atendimento para consultas, exames, internações eletivas

e atendimentos de urgência, estabeleceu regras para atendimento dos consumidores quando a operadora não disponibiliza determinado serviço dentro de sua rede credenciada.

Todavia, a ANS foi bastante criticada pela edição da RN n. 279/2011, que restringiu os critérios para permanência de aposentados e demitidos no plano de saúde da ex-empregadora e, ainda, autorizou que os empregadores contratem planos distintos e com critérios de reajustes e cobrança de valores diferenciados para os aposentados. Referida resolução normativa foi considerada verdadeiro retrocesso regulatório da agência, posto que a separação de carteiras para aposentados, com critérios de reajustes próprios, legitimava verdadeira seleção de risco.

Outro ponto bastante criticado na regulação assistencial da ANS é o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui uma referência básica para a cobertura que deve ser ofertada pelos planos de saúde. Atualmente, a ANS possui um comitê específico encarregado das atualizações do Rol da ANS, o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE), o qual coordena um complexo procedimento bienal de atualização do Rol, envolvendo a formação de Grupos Técnicos com a participação de entidades representantes de OPS, prestadores de serviço da área da saúde e órgãos de defesa do consumidor para a avaliação técnica dos procedimentos cuja inclusão no Rol é requerida. Todavia, não são poucas as críticas à excessiva morosidade da atualização do Rol de Procedimentos, que o deixa cronicamente desatualizado face às novas tecnologias que surgem na medicina, bem como à dificuldade que os beneficiários e órgãos de defesa do consumidor enfrentam para participar qualitativamente do processo de atualização das coberturas devidas pelos planos de saúde, fato que, sem dúvida, coloca em xeque a legitimidade do Rol e acarreta o seu constante questionamento perante o Poder Judiciário.

Em que pese a atividade regulatória da ANS, que, como visto, teve inúmeros avanços regulatórios, como também diversas questões polêmicas, a Saúde Suplementar persiste como um setor caracterizado pela crônica judicialização de diversas questões, em especial na relação entre operadoras e os beneficiários, bem como entre as operadoras e os prestadores de serviço.

Segundo Baird, a instabilidade regulatória decorre, em primeiro lugar, da própria falta de consenso em torno da edição da Lei n. 9.656/1998, a qual, após a sua promulgação, foi alterada por 44 (quarenta e quatro) medidas provisórias, sendo que o

texto definitivo da lei nunca foi votado no Congresso Nacional, o que retiraria a própria legitimidade do marco regulatório do setor. Em segundo lugar, houve dificuldade da própria ANS em impor-se como órgão regulatório do setor, tendo em vista a inexistência de prévia experiência institucional (BAIRD, 2017, p. 133).

De acordo com o levantamento realizado pelo Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar da Faculdade de Medicina da USP, entre 2011 e 2019 houve um crescimento de 387% na quantidade de julgamentos de ações contra planos de saúde pelo Poder Judiciário do Estado de São Paulo (TJ/SP), que é o Estado que concentra o maior número de usuários de planos de saúde (TJ/SP; FMUSP, 2019). Ainda de acordo com o referido levantamento, a maioria das decisões está relacionada a exclusões de cobertura ou negativas de tratamentos (51,7% das decisões) e o segundo motivo que mais ensejou a propositura de demandas foram os reajustes de mensalidade (28,2% das decisões) (TJ-SP; FMUSP, 2019).

A relevância da judicialização da saúde suplementar no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo também foi observada pelo estudo realizado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER), denominado “Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução”, o qual conclui que “a Justiça Estadual de São Paulo é uma das principais responsáveis por esse grande número de processos no Brasil cujo assunto é indexado como ‘planos de saúde’, tendo distribuído 116.518 casos nessa categoria durante o período em análise” (INSPER, 2019, p. 49).

Aliás, a própria variedade dos temas que foram sumulados pelo TJ/SP demonstra a variedade das questões contratuais que geram conflitos entre os beneficiários e as operadoras de planos de saúde. Cumpre esclarecer que uma súmula representa a consolidação do entendimento de determinado tribunal sobre uma tese jurídica após se manifestar no mesmo sentido em inúmeras causas semelhantes. A análise do teor das 15 (quinze) súmulas do TJ/SP demonstra que os beneficiários judicializam questões relativas a coberturas contratuais (Súmula 90, 92, 93, 95, 96, 97, 99, 102, 103 e 105), reajustes (Súmula 91), rescisão contratual por inadimplência (Súmula 94), permanência no plano após a aposentadoria (Súmula 104), legitimidade ativa do beneficiário para processar diretamente o plano de saúde em contratações coletivas (Súmula 101) e a própria aplicação do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/1998 aos contratos antigos (Súmula 100) Além das súmulas, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

também instaurou dois Incidentes de Resolução de Demanda Repetitiva (IRDR¹³⁷) para se pronunciar sobre “Reajuste por Faixa Etária em Plano de Saúde Coletivo” (Tema 11) e “Plano de Saúde Coletivo – Empregado” (Tema 14).

A existência de dois IRDR no TJ/SP para tratar de questões voltadas a planos de contratação coletiva demonstra a tendência de crescimento da judicialização das questões contratuais dos planos empresariais e coletivos por adesão. Conforme destaca Robba (2017) em sua dissertação de mestrado, a qual realizou extenso estudo jurisprudencial sobre os planos coletivos no TJ/SP, a judicialização das questões relativas a esse tipo de contratação reflete a fragilidade da regulamentação da ANS sobre planos coletivos, especialmente no que tange a controle de reajustes e rescisão unilateral de contrato.

A judicialização da saúde suplementar não é relevante apenas na justiça paulista; também o Superior Tribunal de Justiça (STJ), que é o órgão que tem competência constitucional para julgar definitivamente as questões federais, se manifestou recentemente em sede de IRDR sobre questões voltadas à saúde suplementar (STJ, 2020). Das 08 (oito) questões que foram afetadas, o STJ já firmou tese sobre cinco assuntos¹³⁸

¹³⁷ O IRDR consiste em uma técnica processual, prevista nos artigos 976 e seguintes do Código de Processo Civil (Lei n. 13.105, de 16 de março de 2015), na qual o tribunal, diante de causas repetitivas, que possuem similitude fática e debatem a aplicação de tese jurídica idêntica, seleciona determinados processos que são considerados como “paradigmas” e determina a suspensão de todas as causas que debatem a mesma questão jurídica. A finalidade desse procedimento é que o tribunal (seja em âmbito estadual ou federal) aprecie a questão jurídica e estabeleça uma tese, que deverá ser aplicada a todos os processos que versem sobre a mesma matéria.

¹³⁸ São eles: (1) prazo prescricional trienal para exercício da pretensão de revisão de cláusula contratual que prevê reajuste de plano de saúde e respectiva repetição dos valores supostamente pagos a maior (Tema 610); (2) requisitos para a validade da cláusula contratual de plano de saúde que prevê o aumento da mensalidade conforme a mudança de faixa etária do usuário” (Tema 952); (3) ausência de direito de permanência do ex-empregado aposentado ou demitido em justa causa no plano de saúde coletivo empresarial quando, na atividade, a contribuição foi suportada apenas pela empresa empregadora (Tema 989); (4) ausência de obrigação das operadoras em fornecer medicamento importado, não registro na ANVISA (Tema 990) e (5) (a) “Eventuais mudanças de operadora, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não implicam interrupção da contagem do prazo de 10 (dez) anos previsto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998, devendo haver a soma dos períodos contributivos para fins de cálculo da manutenção proporcional ou indeterminada do trabalhador aposentado no plano coletivo empresarial.” (b) “O art. 31 da lei n. 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral, cujo valor pode ser obtido com a soma de sua cota-parte com a parcela que, quanto aos ativos, é proporcionalmente suportada pelo empregador.” com o modelo dos trabalhadores ativos e facultada a portabilidade de carências.” (c) “O ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo haver a substituição da operadora e a alteração do modelo de prestação de serviços, da forma de custeio e os respectivos valores, desde que mantida paridade com o modelo dos trabalhadores ativos e facultada a portabilidade de carências” (Tema 1.034).

(e ainda se manifestará, nos próximos meses, sobre mais três importantes temas).¹³⁹

As questões de saúde suplementar também já foram objeto de questionamento perante o Supremo Tribunal Federal (STF), que já se manifestou sobre a aplicabilidade do Estatuto do Idoso aos contratos firmados anteriormente à sua vigência (Tema 381), a constitucionalidade do art. 32, da Lei n. 9.656/1998, que dispõe sobre a obrigatoriedade de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelas operadoras de planos de saúde (Recurso Extraordinário n. 597.064/RJ), e a inconstitucionalidade do art. 35-E, da Lei n. 9.656/1998 (ADI n. 1.931).

Por fim, necessário se faz mencionar que a Justiça Federal também proferiu, recentemente, duas importantes decisões sobre questões de saúde suplementar. Com efeito, a 4ª Turma do Tribunal Regional Federal da 3ª Região (TRF3/SP), no julgamento da Ação Civil Pública nº 0006666-60.2002.4.03.6100/SP, decidiu que a ANS agiu de forma ilegal ao autorizar, com base no art. 35-E, da Lei 9.656/98 (que foi declarado inconstitucional pelo STF na ADI n. 1.931), operadoras de planos de saúde a repactuarem cláusulas de reajustes de contratos de planos de saúde anteriores à vigência da referida lei, para impor reajustes por faixa etária que não estavam inicialmente previstos na contratação. Em seu voto, o Desembargador Relator Marcelo Saraiva afirmou que a ANS foi “conivente com as práticas abusivas das operadoras” e decidiu pela nulidade da Súmula Normativa n. 03/2001 da ANS, que autorizava a referida repactuação (TRF3, 2019).

A outra decisão de extrema relevância para o setor proferida pela Justiça Federal ocorreu na Ação Civil Pública n. 0136265-83.2013.4.02.5101, ajuizada pelo PROCON-RJ em face da ANS na Justiça Federal do Rio de Janeiro, a qual questionava a legalidade da chamada “Cláusula de Fidelidade” nos contratos de planos de saúde coletivos, prevista no parágrafo, do art. 17, da Resolução Normativa n. 195/2009 da ANS (TRF2, 2016). O julgamento definitivo do mérito da demanda foi feito em voto de relatoria da Desembargadora Federal Vera Lúcia Lima, a qual declarou a nulidade do parágrafo único do art. 17 da RN 195/2009 da ANS, por entender que o referido dispositivo era ilegal e violava do Código de Defesa do Consumidor. Após a decisão da Justiça Federal, a ANS

¹³⁹ São eles: (1) (a) Validade de cláusula contratual de plano de saúde coletivo que prevê reajuste por faixa etária; e (b) Ônus da prova da base atuarial do reajuste. (Tema 1.016); (2) legalidade ou abusividade de cláusula contratual de plano de saúde que estabelece o pagamento parcial pelo contratante, a título de coparticipação, na hipótese de internação hospitalar superior a 30 dias decorrente de transtornos psiquiátricos; (3) Validade de cláusula contratual que admite a rescisão unilateral, independente de motivação idônea, do plano de saúde coletivo empresarial com menos de 30 (trinta) beneficiários).

promulgou a RN 455/2020, que anulou definitivamente a cláusula de fidelidade.

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) também ingressou com uma importante ação civil pública em face da ANS, a qual questiona, dentre outras coisas, a metodologia utilizada pela agência para apurar os reajustes anuais dos planos individuais. Referida ação foi motivada pela publicação do Acórdão da Auditoria Operacional n. 021.852/2014-6, do Tribunal de Contas da União (TCU), a qual constatou inúmeras falhas regulatórias da ANS com relação ao tema. Referida demanda está tombada sob o n. 5010777-40.2018.4.03.6100 e, atualmente, tramita na 2ª Vara Cível da Seção Judiciária da Capital do Estado de São Paulo.

A pandemia do novo coronavírus também acarretou judicialização na saúde suplementar, notadamente pelo ajuizamento da Ação Civil Pública (ACP) n. 0810140-15.2020.4.05.8300 perante a 6ª Vara Federal da Seção Judiciária de Pernambuco, em que Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistema de Saúde pleiteou a inclusão dos testes sorológicos para detecção de anticorpos produzidos pelas pessoas que tiveram contato com o vírus. Tanto esta ação civil pública como a que fora ajuizada pelo IDEC serão mencionadas nos estudos de caso, cujos resultados serão apresentados no capítulo 6 da tese.

Não obstante, todas as ações acima mencionadas demonstram que a judicialização da saúde, embora a maioria das ações judiciais questionem a legalidade de exclusão de coberturas e reajustes, existe uma imensa variedade de temas que já foram apreciados por diversas instâncias do Poder Judiciário.

Independente do mérito efetivo de cada uma dessas questões — as quais, diga-se, são extremamente técnicas e complexas —, verifica-se a instabilidade regulatória do setor e, mais do que isso, a inexistência de um pacto regulatório, ou seja, de um conjunto de normas previsíveis e estáveis que dê sustentabilidade para o desenvolvimento do mercado, bem como a dificuldade da ANS em encontrar legitimação, seja nos agentes regulados, seja na própria sociedade civil, da sua atividade normativa.

É nesse contexto de instabilidade regulatória, crise de legitimidade e conflituosidade entre os grupos de interesse que se insere o tema da participação social na ANS. Compreender os instrumentos que a ANS disponibiliza, bem como a dinâmica da participação social na agência é um importante capítulo para a discussão sobre a legitimidade (ou melhor, a crise de legitimidade) da regulação do setor.

PARTE 3 - PESQUISAS EMPÍRICAS

5 ANÁLISE QUANTITATIVA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PRODUÇÃO NORMATIVA DA ANS¹⁴⁰

Os capítulos precedentes forneceram as bases teóricas e as categorias de análise que alicerçam a presente tese. No primeiro capítulo foi realizada uma crítica à visão puramente economicista da regulação, notadamente a partir de uma interpretação liberal-igualitária da regulação do direito à saúde. A partir da contextualização da saúde na justiça igualitária, argumentou-se que a saúde é um bem de importância moral especial (DANIELS, 2008), que afeta diretamente o leque de oportunidades exercitáveis por uma pessoa no decorrer de sua vida (*normal opportunity range*).

Nesse sentido, se é desejável, sob o ponto de vista da justiça distributiva, que as instituições que compõem a estrutura básica da sociedade sejam ordenadas de modo a efetivar os princípios de justiça (acesso igualitário às liberdades básicas, igualdade de oportunidades ao acesso a cargos e posições nas instituições políticas e econômicas e o princípio da diferença), é também de primordial importância garantir o acesso igualitário às condições necessárias para a garantia (ou restauração) do funcionamento normal da espécie (*normal species functioning*).

A saúde é, assim, pressuposto para a efetivação do que Rawls denomina de “igualdade democrática”. Somente em uma sociedade que garante aos seus cidadãos a distribuição equitativa das ações e serviços necessários para a promoção, proteção e recuperação da saúde é possível cogitar a efetivação dos princípios de justiça pela estrutura básica da sociedade. Assim, o Estado possui o dever de garantir à população o que Pogge denomina de “proteção à saúde minimamente adequada” (POGGE, 1985, p. 186).

Em termos de saúde pública, a discussão da igualdade em saúde envolve o debate sobre os limites dos gastos estatais com saúde em um contexto de escassez de recurso (mínimo existencial vs. reserva do possível). Para a saúde suplementar, no entanto, o debate muda de figura e envolve a discussão sobre a ética na segmentação dos sistemas de saúde. Conforme o argumento desenvolvido a partir do princípio da diferença, em um

¹⁴⁰ O presente capítulo foi submetido para publicação à Revista de Direito Sanitário, sob o título “Pesquisa quantitativa da participação social na Agência Nacional de Saúde Suplementar”, na forma de artigo elaborado em coautoria com o Prof. Fernando Aith.

país como o Brasil, que possui um Sistema Público de Saúde, com diretrizes constitucionais para propiciar o acesso universal, igualitário, gratuito e integral para toda a população, e uma iniciativa privada que atua com cobertura duplicada e que atende cerca de 47 milhões de pessoas, é inegável que o setor da Saúde Suplementar irá proporcionar desigualdade de acesso a serviços de saúde para a população que possui condições de contratar serviços privados de assistência médica.

Conforme argumentou-se no capítulo 1, sob a ótica da justiça distributiva, a desigualdade de acesso proporcionada pelo setor da Saúde Suplementar não é, de plano, algo a ser reprovado. Considerando, no entanto, que se trata de uma desigualdade vinculada às condições socioeconômicas da população, faz-se necessário que a saúde suplementar atenda às exigências do princípio da diferença; em outras palavras, a saúde suplementar deve contribuir para que o Sistema Único de Saúde cumpra os seus objetivos institucionais e proporcione o acesso universal, igualitário e integral à saúde para a população.

A conclusão acima possui consequências importantes para o debate regulatório sobre a saúde suplementar, posto que revigora a noção de “interesse público” na saúde suplementar. Com efeito, a ideia de que a regulação deve visar ao interesse público foi parasitada pelo ceticismo das teorias econômicas da regulação, notadamente pela *public choice*, que compreendem os reguladores como maximizadores de interesses privados e incapazes de promover o interesse comum. Nessa visão, a regulação deveria ser minimalista e se limitar à correção das falhas de mercado (regulação econômica). A interpretação da regulação a partir do liberalismo-igualitário rawlsiano, no entanto, destaca que a regulação não possui apenas objetivos econômicos, mas também objetivos sociais. Ora, conforme dito, a saúde suplementar pertence a uma política de saúde que possui objetivos muito mais amplos do que o mero funcionamento eficiente do mercado, e é esse ideal que a ANS deve ter em mente ao regular os agentes econômicos que nele atuam.

O interesse público em saúde suplementar exige, assim, o **equilíbrio** entre os objetivos econômicos da regulação (eficiência econômica e regulação das falhas de mercado) e os objetivos sociais da regulação (universalidade, igualdade, integralidade, defesa do consumidor). A consecução do interesse público deve levar em conta os valores econômicos e sociais acima mencionados, mas não é feita de forma solipsista pela agência. Com efeito, a construção do interesse público deve ser feita democraticamente,

com a efetiva participação das partes interessadas (*stakeholders*) do setor regulado.

Nesse sentido, com base no conceito de “Democracia Sanitária” (AITH, 2017), argumentou-se no capítulo 2 que a participação na regulação da saúde suplementar deve ser procedimentalizada, de modo que: (i) conflitos políticos e morais derivados da dinâmica de efetivação do direito à saúde na saúde suplementar sejam decididos com base na participação das partes interessadas na regulação (Democracia Sanitária); (ii) a ANS possua mecanismos institucionais para interagir, em sua atividade regulatória, com os agentes regulados e a sociedade civil, de modo a permitir o controle social da regulação, mas sem ser capturada pelos interesses privados dos agentes econômicos.

A descrição do Sistema de Saúde Brasileiro e da estrutura institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar foi objeto dos capítulos 3 e 4 da tese. Com efeito, no capítulo 3 realizou-se, inicialmente, uma descrição da regulação do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, destacando-se as principais normas constitucionais, a legislação ordinária e regulamentar que estruturam o Sistema de Saúde pátrio. Realizou-se, também, estudo sobre a evolução história do setor da Saúde Suplementar, tanto no período anterior à promulgação de seu marco regulatório como no período após a edição da Lei dos Planos de Saúde. Destacaram-se as principais inovações introduzidas pela nova lei, bem como o panorama atual do setor da Saúde Suplementar. O capítulo 3 foi finalizado com a descrição dos principais grupos de interesse do setor e das pautas de interesse para a regulação do mercado da saúde suplementar. Já o capítulo 4 dedicou-se, em um primeiro momento, à descrição jurídico-institucional da ANS, com a análise de suas competências regulatórias, o seu desenho institucional e a atuação de suas diretorias. O capítulo realiza, ainda, uma análise do conteúdo da produção normativa da agência entre 2002 e 2020 e é finalizado com uma reflexão crítica sobre a instabilidade normativa do setor da Saúde Suplementar.

Os capítulos precedentes serviram de preparação para os estudos empíricos que serão apresentados nos capítulos 5 e 6 da tese. No presente capítulo serão apresentados os resultados de pesquisa quantitativa realizada nos instrumentos de participação social da ANS, a qual teve os seguintes objetivos: (i) descrever os instrumentos de participação social previstos na legislação ordinária (Lei dos Planos de Saúde e Lei n. 9.961/2000) e nas normas regulamentares da própria ANS; (ii) realizar um estudo quantitativo que permita a mensuração da representação dos grupos de interesse nos debates regulatórios promovidos pela agência.

5.1 Aspectos metodológicos do estudo quantitativo

5.1.1 Justificativa e hipótese da pesquisa

Conforme descrito nos capítulos anteriores, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada em um contexto em que se buscava a modernização e eficiência do aparelho estatal em um mercado que já estava consolidado (ALMEIDA, 1998), com a introdução de mecanismos de *accountability*¹⁴¹ visando “a avaliação e publicidade dos resultados e informações dos órgãos, assim como a institucionalização de mecanismos de participação” (PÓ; ABRUCIO, 2006).

Além do controle democrático, os mecanismos de *accountability*, em especial a participação social nas decisões dos órgãos reguladores, têm por objetivo o próprio controle social do exercício das competências normativas que foram delegadas às agências, “com o objetivo de limitar a possibilidade de o político ou de o burocrata não benevolente (auto-interessados) ser capturados por um grupo de interesse em detrimento dos demais” (MATTOS, 2017, p. 158).

Não basta, todavia, prever formalmente instrumentos de participação: é de fundamental importância que se criem condições para que toda a sociedade civil tenha condições equânimes para a efetiva participação no processo decisório, sob pena de o resultado da regulação não refletir o interesse público, mas apenas os interesses de uma parcela do setor, que poderá enviesar a decisão do agente público.

Assim, se por um lado a participação social é essencial para a legitimação democrática do exercício do poder regulatório pela ANS, tem-se que, por outro lado, a iniquidade na participação pode gerar uma espécie de captura da agência legitimada pelos instrumentos de participação social; em outras palavras, determinado grupo de interesse utilizaria os instrumentos de participação social justamente para legitimar a implantação de sua pauta de interesses na produção normativa da agência. Na presente pesquisa,

¹⁴¹ *Accountability* pode ser compreendida como um mecanismo de responsabilidade e prestação de contas do agente público pelas decisões relativas às definições de prioridades nas políticas públicas. Segundo Marcos Vinicius Pó e Luiz Fernando Abrucio, o conceito de *accountability* é mais amplo que o de controle da política pública, posto que “inclui a existência de condições para os cidadãos participarem da definição e avaliação das políticas públicas, premiando ou punindo os responsáveis” (PÓ; ABRUCIO, 2006). Trata-se, portanto, de mecanismo de controle democrático do processo de decisão sobre a definição de prioridades das políticas públicas.

pretende-se testar a hipótese de que há um desequilíbrio de representação entre os grupos de interesse na ANS, desequilíbrio este que pode indicar que determinados grupos de interesse, notadamente as OPS e os Prestadores de Serviço, conseguem utilizar os instrumentos de participação para contribuir e influenciar as decisões da agência de forma mais organizada e eficaz do que os Consumidores.

A investigação desse problema exige a compreensão da dinâmica da participação social dentro da ANS, o que deve ser feito mediante a quantificação da participação dos grupos de interesse (Operadoras, Consumidores, Prestadores) nos diversos instrumentos de participação da ANS. Trata-se de pesquisa de fundamental importância para se compreender, em primeiro lugar, se há paridade na representação dos interesses nos instrumentos de participação social da ANS e, ainda, se eventual desproporcionalidade na participação permite que determinado grupo de interesse influencie e direcione a produção normativa da agência ao encontro da sua agenda de interesses.

5.1.2 Objetivo geral e objetivos específicos da pesquisa

A pesquisa quantitativa realizada tem como objetivo geral analisar a participação dos agentes regulados e da sociedade civil na Agência Nacional de Saúde Suplementar, utilizando os instrumentos de participação social da agência como objeto do estudo de caso. Para atingir o referido objetivo geral, identificou-se a necessidade de se cumprirem os seguintes objetivos específicos:

- a) Descrever, sob o ponto de vista normativo e institucional, os instrumentos de participação social da ANS, identificando as suas finalidades institucionais e regras legais e regulamentares aplicáveis;
- b) Compreender a forma como a ANS tem utilizado os instrumentos de participação social, mediante a análise dos temas regulatórios que têm sido submetidos à participação social, e a frequência de utilização desses instrumentos pela agência;
- c) Realizar pesquisa quantitativa que permita compreender a dinâmica de participação dos principais grupos de interesse da cadeia de fornecimento da saúde suplementar e da sociedade civil na produção normativa da agência, notadamente a partir dos dados quantitativos relativos: (i) à participação nas reuniões da CAMSS e dos comitês permanentes; (ii) aos atores presentes e às

contribuições enviadas nas audiências públicas; (iii) aos dados quantitativos relativos às contribuições enviadas às consultas públicas; e (iv) à participação da sociedade nas Câmaras e Grupos Técnicos formados pela ANS.

5.1.3 Método para a formação do banco de dados

A pesquisa teve por objetivo colher elementos que permitam compreender a descrição institucional dos instrumentos de participação social na ANS, bem como a dinâmica da participação das entidades que representam os *stakeholders* do setor na produção normativa da agência.

A principal fonte de informações para o levantamento dos dados sobre a participação social na ANS foi o site da própria agência.¹⁴² Com efeito, a ANS disponibiliza campo específico no qual é possível acessar os documentos referentes a cada um dos cinco instrumentos de participação social. A pesquisa empírica começou a ser desenvolvida em abril de 2019, com a definição do objeto, objetivos e hipótese da pesquisa, bem como com a definição da metodologia que seria utilizada. O banco de dados foi formado entre maio de 2019 e março de 2021, com a consulta dos documentos disponibilizados pela ANS, referentes a cada um dos instrumentos de participação social. Cumpre destacar que todos os documentos consultados estão referenciados no apêndice da tese, com indicação do respectivo link de acesso.

Nesse sentido, a formação do banco de dados foi feita com base nos materiais específicos que a ANS disponibiliza sobre as atividades desenvolvidas no âmbito de cada um deles, notadamente: 1) **CAMSS**: pautas e atas das reuniões realizadas; 2) **Comitês e Comissões Permanentes**: atas, listas de presença e documentos das reuniões; 3) **Audiências Públicas**: Relatório de Audiência Pública (RAP) e listas de presença; 4) **Consultas Públicas**: Relatórios de Consulta Pública (RCP); 4) **Câmaras e Grupos Técnicos**: listas de presença, pautas, atas e apresentações realizadas.

Para a sistematização dos dados, utilizou-se como metodologia a aplicação de questionário, com as perguntas expostas no quadro 7, abaixo.

¹⁴² www.ans.gov.br.

**QUESTIONÁRIO APLICADO PARA A ELABORAÇÃO DA
PESQUISA QUANTITATIVA NOS
INSTRUMENTOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL DA ANS**

1. Qual o instrumento de participação social analisado? (câmara de saúde suplementar, comitês e comissões, audiência pública, consulta pública, câmaras e grupos técnicos)
2. Indicar a referência da reunião em análise (exemplo de resposta: 1ª Reunião da Câmara Técnica de Regulamentação dos artigos 30 e 31, da Lei n. 9.656/1998)
3. Data de referência
4. Qual o tema debatido na reunião? (exemplo de resposta: atualização do Rol da ANS em 2018)
5. Eixo temático da matéria debatida (exemplo de resposta: operadoras – aspecto econômico-financeiro; operadoras – manutenção de registro; ressarcimento ao SUS; plano de saúde – coberturas)
6. O documento analisado possui todas as informações necessárias para a pesquisa?
7. Quantificação dos grupos de interesse
 - a. Operadoras (exemplo de resposta: Abramge, FenaSaúde, Unimed do Brasil, Unidas, SulAmérica, Amil, etc.)
 - b. Consumidores (exemplo de resposta: Idec, Proteste, Procon, Defensoria Pública do Rio de Janeiro, etc.)
 - c. Prestadores de Serviço da Área da Saúde (exemplo de resposta: CFM, ANAHP, SBPC, COFEN, Hospital Albert Einstein, etc.)
 - d. Outros (exemplo de resposta: Instituto Brasileiro de Atuária, Escritório de Advocacia, FGV, etc.)
 - e. Estado/Servidores da ANS (exemplo de resposta: Servidor da ANS; Ministério da Saúde)
8. Especificar a resolução normativa, ato normativo ou programa regulatório resultante do instrumento de participação (se não houver, colocar N/A)
9. Será necessário utilizar a Lei de Acesso à Informação? Em caso positivo, indicar a informação que será necessário requisitar.

Quadro 7 - Questionário aplicado para a elaboração da pesquisa quantitativa nos instrumentos de participação social da ANS
Fonte: Elaboração própria

Com relação à classificação dos atores sociais, cumpre destacar que o mercado da saúde suplementar é extremamente complexo e deve ser compreendido na dinâmica existente entre seus diversos atores na Cadeia da Saúde Suplementar. Com efeito, as

operadoras de planos de saúde atuam na qualidade de “terceiro pagador”¹⁴³ em uma complexa cadeia de fornecimento que visa atender as necessidades dos beneficiários de planos de saúde, cadeia esta da qual participam: (i) fornecedores de materiais, equipamentos hospitalares e medicamentos, bem como os distribuidores desses insumos; (ii) prestadores de serviços médico-hospitalares (hospitais, laboratórios e medicina diagnóstica e médicos); (iii) as operadora de planos de saúde; (iv) os beneficiários (destinatários finais do serviço) (AZEVEDO et al., 2016).

Assim, para quantificar a participação dos atores sociais foi utilizada uma classificação que posiciona cada uma das entidades participantes de acordo com o interesse defendido na Cadeia da Saúde Suplementar, a saber: (i) **Operadoras**: nesta categoria foram incluídas todas as espécies de Operadoras de Planos de Saúde (Autogestões, Cooperativas, Medicinas de Grupo, Seguradoras e Filantrópicas), as Administradoras de Benefícios, bem como as respectivas entidades que representam as Operadoras de Planos de Saúde (FenaSaúde, Sinamge, Sinog, Abramge, CMB, Unidas, Uniodonto, Unimed do Brasil) e as que representam Administradoras de Benefícios (ANAB); (ii) **Consumidores**: todas as entidades que, de alguma forma, representaram os interesses dos beneficiários de planos de saúde foram incluídas na categoria “Consumidores”, como, por exemplo, a Proteste, o Idec, o Ministério Público do Rio de Janeiro, o Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do Rio de Janeiro, bem como as entidades que representam interesses de pessoas portadoras de deficiência ou de patologias graves e, também, as pessoas físicas que se declararam como consumidores de planos de saúde; (iii) **Prestadores de Serviços da Área da Saúde**: nesta categoria incluem-se todas as entidades que representam interesses de prestadores que participam da cadeia de fornecimento da saúde suplementar, como hospitais, médicos (das mais diversas especialidades), dentistas, farmacêuticas, clínicas, laboratórios, bem como as respectivas entidades representativas, como federações, sociedades, conselhos profissionais, associações e sindicatos; (iv) **Outros**: a categoria “outros” foi criada para incluir todas as pessoas que se fizeram representar na ANS, mas que não participam diretamente da cadeia de fornecimento da saúde suplementar, como, por exemplo,

¹⁴³ De acordo com a definição de Carlos Octávio Ocké-Reis, “o mercado de planos de saúde é caracterizado pela atuação das seguradoras de saúde, das empresas de medicinas em grupo, das cooperativas médicas e das entidades de autogestão. Na **qualidade de ‘terceiro pagador’**, essas organizações vendem planos de pré-pagamento que intermedeiam o financiamento do acesso aos serviços privados de saúde, protegendo os segurados do risco associado ao custo de adoecer” (grifo nosso, OCKÉ-REIS, 2012, p. 59).

prestadores não médicos (consultorias atuariais e de acreditação), advogados e agentes “não econômicos”, como universitários, imprensa e cidadãos que não se declararam consumidores; (v) **Representantes do Estado e Servidores da ANS**: todos os órgãos do Estado que se fizeram representar nas audiências públicas (com exceção do Ministério Público e da Defensoria Pública, que foram incluídos no grupo dos consumidores), bem como os servidores da ANS, foram incluídos nesta última categoria.

Com base no questionário proposto, bem como na classificação dos atores sociais acima descrita, os dados quantitativos foram extraídos dos documentos consultados e consolidados em planilhas no formato “Excel” (uma para cada instrumento de participação analisado), a partir das quais foram extraídos os gráficos que serão apresentados na próxima seção.

5.1.4 Limitações da pesquisa

Considerando que foi elaborada com base nos documentos produzidos pela própria ANS, a pesquisa possui algumas limitações, tais como a exatidão dos dados contidos nos documentos, a indisponibilidade de alguns documentos e a dificuldade na compreensão das informações contidas em alguns documentos que foram preenchidos à mão. Algumas limitações relevantes com que a pesquisa se deparou na análise da documentação foram as seguintes:

- 1) **Câmara de Saúde Suplementar (CAMMS)**: indisponibilidade da ata da Reunião n. 87 da CAMMS. Foi também constatado que as atas das Reuniões 01 a 68 especificavam precisamente os participantes, e que a partir da Reunião 69, até a Reunião 101, a ata fazia referência às assinaturas dos membros presentes na reunião (que não necessariamente correspondia aos membros que estavam efetivamente presentes). Por essa razão, na análise das atas das Reuniões 01 a 68 a pesquisa considerou a presença das entidades que a própria ata registrou como presentes, ao passo que nas Reuniões 69 a 101 foi necessário apurar as assinaturas constantes na ata, bem como as manifestações de cada membro que foram descritas na ata.
- 2) **Comitês e Comissões**: os documentos indisponíveis dos Comitês e Comissões da ANS são os seguintes: Lista de Presença da 7ª Reunião do COTAQ; Ata da 4ª

Reunião do COGEP; Ata da 6ª Reunião do COGEP; Lista de Presença da 6ª Reunião do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos; Ata da 69ª Reunião do COPISS.

- 3) **Audiências Públicas (AP):** com relação às audiências públicas, constatou-se a indisponibilidade da lista de presença da AP n. 13 (cujos dados quantitativos da participação social foram extraídos do Relatório de Audiência Pública), bem com a divergência entre os dados constantes na lista de presença e no Relatório de Audiência Pública na AP n. 11.
- 4) **Consultas Públicas:** considerando que a participação social na ANS somente foi regulamentada pela RN n. 242/2010, as informações disponíveis das consultas públicas realizadas entre 2001 e 2009 são muito deficientes, sendo certo que a maioria dos relatórios das consultas públicas realizadas nesse período estão indisponíveis. Por essa razão, a pesquisa realizou o levantamento quantitativo das contribuições relativas às consultas públicas realizadas após 2010, quais sejam, CP n. 31 a 77. Outrossim, não foi possível incluir na pesquisa as CP n. 32, 34, 37, 55, 56, 58 e 75 em razão da insuficiência das informações constantes dos respectivos relatórios de consulta pública.
- 5) **Câmaras e Grupos Técnicos:** os documentos indisponíveis das Câmaras e Grupos Técnicos da ANS são os seguintes: Lista de Presença do GT Rol RN 167/2008; Lista de Presença do GT Rol RN 211/2010; Lista de Presença do GT Medicamentos Antineoplásicos RN 387/2015; Lista de Presença do GT de Genética RN 387/2015; Lista de Presença da 1ª Reunião do GT Rol RN 338/2013; Lista de Presença das Reuniões n. 01 e 02 do GT de Debates Fiscalizatórios; Lista de Presença das Reuniões n. 01, 02 e 03 do GT de Oncologia; Lista de Presença do GT Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento; Lista de Presença do GT de Assistência Farmacêutica; Listas de Presença das Reuniões 01 e 10 do GT de Remuneração; Lista de Presença da 3ª Reunião da Câmara Técnica de Mecanismos Financeiros de Regulação;¹⁴⁴ e Lista de Presença da Câmara Técnica de Pesquisa de Satisfação dos Beneficiários.

¹⁴⁴ Com relação à Câmara Técnica de Mecanismos Financeiros de Regulação, cumpre destacar que todas as listas de presença estão indisponíveis no site da ANS. Por essa razão, foi feito o pedido de acesso à lista de presença das cinco reuniões da referida Câmara Técnica através da Lei de Acesso à Informação (Pedido n. 25072.015586/2020-46). Em resposta ao referido pedido, a ANS disponibilizou a lista de presença das 1ª, 2ª, 4ª e 5ª Reuniões, restando faltante da lista da 3ª Reunião, realizada em 09 de abril de 2013).

Além dos referidos documentos que estão indisponíveis, alguns grupos técnicos não foram incluídos na pesquisa pois não possuíam por finalidade a criação normativa, mas sim a realização de oficinas e treinamentos entre prestadores e operadoras.¹⁴⁵

5.2 Descrição dos instrumentos de participação social da ANS

A primeira etapa da pesquisa consistiu na identificação dos instrumentos de participação social na legislação que estrutura institucionalmente a agência, notadamente nas Leis n. 9.656/1998 e n. 9.961/2000, bem como nas resoluções normativas da ANS¹⁴⁶ que versam sobre a sua organização interna, das quais se destacam: (i) a Resolução Normativa (RN) n. 242, de 07 de dezembro de 2010, que regulamentou a participação social nos processos de edição de normas e tomada de decisão no âmbito da ANS; (ii) a Resolução Administrativa (RA) n. 49, de 13 de abril de 2012, que dispõe sobre o processo administrativo normativo no âmbito da ANS; (iii) a Resolução Regimental (RR) n. 01, de 17 de março de 2017, que dispõe sobre o Regimento Interno da ANS; (iv) a Resolução Normativa n. 237, de 21 de outubro de 2010 (alterada pelas RN n. 353/2014, RN n. 380/2015 e RN n. 402/2016), que dispõe sobre o Regimento Interno da CAMSS; e (v) normas regulamentares que instituíram os comitês, comissões, câmaras e grupos técnicos no âmbito da ANS.

A partir da referida análise, observou-se que o tema da participação da sociedade na ANS é complexo, uma vez que a agência possui 05 (cinco) principais instrumentos de participação que são utilizados para auxiliá-la na tomada de decisão: (i) a Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS); (ii) os comitês e comissões; (iii) as audiências públicas (AP); (iv) as consultas públicas (CP); e (v) as câmaras e grupos técnicos.

Para fins didáticos, foi realizada a classificação desses instrumentos de

¹⁴⁵ Os grupos técnicos que não foram incluídos na pesquisa são os seguintes: (i) GT de Oncologia; (ii) Grupo Técnico LAB-DIDES (Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial); (iii) Grupo Técnico LAB-DIDES Odontologia (Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial); (iv) Grupo Técnico Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais; (v) Grupo Técnico FormSUS – Procedimentos – DUT; (vi) Grupo Técnico de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – GT PROMOPREV; (vii) Grupo Técnico multidisciplinar de enfrentamento da obesidade na saúde suplementar; e (viii) Grupo de Trabalho Técnico do Laboratório de Inovações sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira (vinculado à DIPRO).

¹⁴⁶ Todas as normas estão disponíveis em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>, acesso em: 30 jul. 2020, com exceção da RA n. 49/2012, que foi obtida mediante a utilização da Lei de Acesso à Informação (LAI).

participação em dois grandes grupos: (1) **Instrumentos de Participação Social Institucionalizada**: neste grupo foram incluídos a CAMSS e os comitês e comissões, que são órgãos consultivos permanentes, que auxiliam a Diretoria Colegiada da ANS na tomada de decisão e na discussão de diversos assuntos e temas regulatórios; (2) **Instrumentos Específicos de Participação Social na Produção Normativa da ANS**: neste grupo foram incluídos os instrumentos de participação da sociedade previstos na RN n. 242/2010, através dos quais a sociedade é convocada (mediante audiências e consultas) ou convidada (no âmbito das câmaras e grupos técnicos) para auxiliar na produção normativa da ANS, podendo oferecer subsídios, contribuições e participar dos debates sobre temas regulatórios relevantes.

Faz-se necessário esclarecer que, embora divididos em grupos, existe uma interação entre a produção de conteúdo de cada um desses instrumentos de participação,¹⁴⁷ sendo certo que, não raro, a ANS submete o debate sobre determinadas questões regulatórias à participação social em mais de um instrumento.¹⁴⁸

5.2.1 Instrumentos de participação institucionalizada: CAMSS e comitês

Com relação aos denominados “instrumentos de participação institucionalizada”, cumpre destacar que a Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) foi criada pela Medida Provisória n. 1.685-4, de 27 de setembro de 1998, que a previa como órgão consultivo da estrutura do CONSU. Todavia, após a criação da ANS pela Medida Provisória n. 1.928, de 25 de novembro de 1999 (posteriormente reeditada pela MP n. 2.012-2/1999 e convertida na Lei n. 9.961/2001), a CAMSS passou a integrar a estrutura da agência recém-criada, também como órgão de caráter permanente e consultivo (BRASIL, Lei n. 9.961/2001, art. 5º, parágrafo único, e art. 13).

Trata-se, portanto, de órgão que possui caráter consultivo e que tem por objetivo proporcionar um espaço de representação e discussão dos diversos *stakeholders* do mercado da saúde suplementar. A escolha de cada membro das cadeiras da CAMSS é

¹⁴⁷ Por exemplo, o resultado de uma câmara técnica é debatido na CAMSS e pode subsidiar a realização de uma audiência pública ou mesmo de uma consulta pública.

¹⁴⁸ Por exemplo, anteriormente à edição da RN n. 433/2018, que regulamentou o tema “Mecanismos Financeiros de Regulação: Franquia e Coparticipação”, a questão regulatória foi submetida a duas consultas públicas (CP n. 24 e n. 60), a uma câmara técnica (Câmara Técnica sobre Mecanismos de Regulação), a um grupo técnico (Grupo Técnico de Coparticipação e Franquia / Interáreas), foi objeto de debate na 89ª Reunião da CAMSS e na Audiência Pública n. 06. Mesmo após a revogação da RN n. 433/2018 pela RN n. 434/2018, a ANS ainda promoveu mais uma audiência pública para discutir o tema (AP n. 11).

feita pelo Diretor-Presidente da ANS, conforme disposto no art. 13, § 1º, da Lei n. 9.961/2000.

Atualmente, a composição da CAMSS é regulamentada pela Resolução Normativa n. 237/2010 da ANS, alterada pelas Resoluções n. 353/2014, n. 380/2015, e n. 402/2016, as quais modificaram a composição da Câmara para incluir um representante do Ministério Público Federal e das administradoras de benefícios. Nesse sentido, para o biênio 2019-2020, a composição da CAMSS contou, além do Diretor-Presidente e seu secretário, com mais 37 (trinta e sete) membros, assim distribuídos: (i) 09 (nove) representantes de órgãos do Estado;¹⁴⁹ (ii) 07 (sete) representantes de Prestadores de Serviço da Área da Saúde;¹⁵⁰ (iii) 08 (oito) representantes de Operadoras de Planos de Saúde;¹⁵¹ (iv) 08 (oito) representantes dos Consumidores e Pacientes Portadores de Deficiência e Portadores de Patologias Especiais;¹⁵² e (v) 05 (cinco) entidades classificadas como “Outros”, pois são representantes de entidades que não participam diretamente do mercado da saúde suplementar, sendo 03 (três) representantes dos trabalhadores,¹⁵³ um representante da indústria¹⁵⁴ e outro do setor de serviços.¹⁵⁵

Conforme dito, a CAMSS é um órgão consultivo e, portanto, não possui competência decisória dentro da ANS. Nesse sentido, conforme descrito no artigo 2º do seu Regimento Interno (ANS, RN n. 237/2010, incisos I a V), a CAMSS tem, em primeiro lugar, a competência de acompanhar a elaboração das políticas do setor da Saúde Suplementar e, também, de discutir, analisar e sugerir medidas para “melhorar as relações entre os diversos segmentos que compõem o setor (ANS, RN n. 237/2010, incisos I e II).

¹⁴⁹ Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Economia (áreas da Fazenda, Previdência e do Trabalho), Ministério da Justiça (MJ) Ministério da Saúde (MS) e Ministério Público Federal (MPF).

¹⁵⁰ Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSAÚDE), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Federal de Oftalmologia (CFO) e Federação Brasileira de Hospitais (FBH).

¹⁵¹ Associação Nacional de Administradoras de Benefícios (ANAB), Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE), Unimed do Brasil (Cooperativas de Trabalho Médico), Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (SINOG), Uniodonto do Brasil (Cooperativas Odontológicas) e Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB)

¹⁵² Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor (Procon São Paulo), Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (NUDECON-RJ), Associação Brasileira de Procons (Procons Brasil), Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor (MPCON), Associação de Pais, Amigos e Pessoas com Deficiência, de Funcionários do Banco do Brasil e da Comunidade (Apabb), Associação Brasileira de Ostomizados (Abraso), Amigos Múltiplos pela Esclerose (Ame) e Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (Abraz).

¹⁵³ Central Única dos Trabalhadores (CUT), Força Sindical (FS) e União Geral dos Trabalhadores (UGT)

¹⁵⁴ Confederação Nacional da Indústria (CNI).

¹⁵⁵ Confederação Nacional do Comércio (CNC).

O caráter meramente consultivo da CAMSS está expresso no art. 2º da RN n. 237/2010, que lhe atribui competência para “auxiliar” a Diretoria Colegiada da ANS a “aperfeiçoar o mercado da saúde suplementar” (ANS, RN n. 237/2010, art. 2º, inciso III). Assim, embora seja um órgão com composição plural e que tenha representação de todos os atores que atuam na cadeia de fornecimento da saúde suplementar, as opiniões, sugestões e análises feitas na CAMSS não vinculam a Diretoria Colegiada da ANS (DICOL).

Outro instrumento de participação que também possui caráter consultivo e foi enquadrado como instrumento de “participação institucionalizada” são os comitês e comissões permanentes da ANS. Os comitês e comissões são compostos tanto por servidores da ANS quanto por entidades representativas dos diversos agentes do setor (operadoras, prestadores da área médica, área contábil, consultorias, consumidores, entre outros).

A formação dessas instâncias consultivas é feita pelas diretorias da ANS, de acordo com a pertinência temática, ou seja, cada comitê/comissão será formado e coordenado pela diretoria responsável por regular o tema que será discutido. Assim, por exemplo, o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE), que debate temas de natureza assistencial, é coordenado pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), que é a diretoria que tem a atribuição de decidir sobre temas assistenciais.

Nesse sentido, as diretorias da ANS já instituíram 06 (seis) comitês e 01 (uma) comissão, que podem ser divididos de acordo com os seguintes núcleos temáticos: (i) *Regulação de Aspectos Econômico-Financeiros*: Comitê Técnico-Contábil e Comissão Permanente de Solvência (CPS), ambos coordenados pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE); (ii) *Regulação da Troca e Padronização de Informações na Saúde Suplementar*: Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS), coordenado pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS (DIDES); (iii) *Regulação de Qualidade de Prestação de Serviços na Saúde Suplementar*: Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ) e Comitê Gestor do QUALISS (COGEP), ambos coordenados pela DIDES; (iv) *Regulação Assistencial*: Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE), coordenado pela DIPRO e; (v) *Regulação da Estrutura e Funcionamento dos Planos de Saúde*: Comitê de Regulação da Estrutura de Produtos, coordenado pela DIPRO.

5.2.2 Instrumentos de participação na produção normativa: audiências públicas, consultas públicas, câmaras técnicas e grupos técnicos

A ANS possui instrumentos de participação previstos na Resolução Normativa n. 242/2010, que são instrumentos específicos para a participação da sociedade na produção normativa da agência, quais sejam, as audiências públicas, as consultas públicas, as câmaras técnicas e os grupos técnicos.

A realização de audiências públicas possui previsão na Lei de Processos Administrativos Federais (Lei n. 9.784/1999), como forma de promover o debate para auxiliar as autoridades no processo de tomada de decisão sobre questão relevante. A recente lei federal que regulamentou o processo decisório e o controle social das agências reguladoras (Lei n. 13.848/2019) reforçou essa previsão em seu art. 10, o qual oportuniza à agência, por decisão colegiada, convocar audiência para “formação de juízo e tomada de decisão sobre matéria considerada relevante” (BRASIL, 2019, art. 10).

No âmbito da ANS, a utilização de audiências públicas como instrumento de participação social é regulamentada pela RN n. 242/2010, especificamente em seus artigos 9º a 16. A convocação da audiência é feita por deliberação da DICOL, sempre que houver necessidade de “ouvir e colher subsídios da sociedade civil e dos agentes regulados” acerca de “matérias relevantes” (RN n. 242/2010, art. 9º).

A convocação do instrumento pode ser feita por intermédio de publicação no Diário Oficial da União (DOU) e divulgada no site da agência. Conforme previsão do art. 11 da RN n. 242/2010, a publicação no diário oficial deverá especificar: (i) a data e o local da audiência; (ii) a matéria objeto da audiência pública; (iii) o endereço eletrônico para requerimento dos interessados em participar da audiência; e (iv) a indicação do link no site da ANS onde será divulgada a audiência pública.

A formalização dos temas debatidos na audiência é feita em um documento denominado “Relatório de Audiência Pública” (RAP), que deve conter: (i) a ata da audiência pública e seus respectivos anexos; (ii) a consolidação das principais sugestões e contribuições dos participantes; (iii) dados estatísticos relativos à participação na audiência pública; (iv) a manifestação motivada sobre o acatamento ou a rejeição das principais sugestões e contribuições; e (v) a identificação das sugestões e contribuições incorporadas ao processo decisório da ANS (RN n. 242/2010, art. 16).

Já as consultas públicas (CP) constituem outro instrumento de participação previsto na Lei de Processos Administrativos Federais para auxiliar o órgão na tomada de decisão quando a matéria fosse considerada de “interesse geral” (Lei n. 9.784/1999, art. 31). A abertura de consulta pública era, no entanto, apenas uma possibilidade, posto que o texto deixava margem para análise discricionária do órgão sobre a efetiva necessidade de submeter a questão a consulta pública.

A atual lei que regulamentou o processo decisório e o controle social das agências reguladoras (Lei n. 13.848/2019) conferiu obrigatoriedade à realização de consulta pública sempre que houver decisão ou proposta normativa de assunto que for considerado de interesse geral dos agentes econômicos, dos consumidores ou dos usuários dos serviços prestados, a teor do disposto no seu art. 9º.¹⁵⁶

No âmbito da ANS, a regulamentação da consulta pública é feita nos artigos 4º e seguintes da RN n. 242/2010, nos quais se confere poder à DICOL, por intermédio de deliberação, para submeter as propostas de atos normativos à consulta pública. Por se tratar de ato normativo regulamentar anterior à Lei n. 13.848/2019, faz-se necessário interpretar o art. 4º da RN n. 242/2010 de modo a compatibilizá-lo com a nova regra prevista no artigo 9º da nova lei. Dessa forma, todos os atos normativos que forem de “interesse geral” dos agentes regulados e da sociedade civil devem, obrigatoriamente, ser submetidos a consulta pública.

Na CP, a participação da sociedade civil e dos agentes regulados ocorre mediante o envio de contribuições (pedido de inclusão, revogação ou simplesmente de alterações) na minuta de resolução normativa posta em discussão. A convocação é feita mediante publicação no DOU e tem início 7 (sete) dias após a publicação na imprensa oficial, ficando disponível para o recebimento de sugestões por pelo menos 30 (trinta) dias (prazo este que pode ser prorrogado pela DICOL em caso de necessidade).

A conclusão da consulta pública é feita através da elaboração do Relatório de Consulta Pública (RCP), que deverá conter os requisitos mínimos dispostos no art. 8º da RN n. 242/2010:

¹⁵⁶ “Art. 9º. Serão objeto de consulta pública, previamente à tomada de decisão pelo conselho diretor ou pela diretoria colegiada, as minutas e as propostas de alteração de atos normativos de interesse geral dos agentes econômicos, consumidores ou usuários dos serviços prestados. § 1º A consulta pública é o instrumento de apoio à tomada de decisão por meio do qual a sociedade é consultada previamente, por meio do envio de críticas, sugestões e contribuições por quaisquer interessados, sobre proposta de norma regulatória aplicável ao setor de atuação da agência reguladora.”

I - o número de sugestões e contribuições recebidas no total; II - dados estatísticos sobre as sugestões e contribuições; III - a consolidação das principais sugestões e contribuições; IV - a manifestação motivada sobre o acatamento ou a rejeição das principais sugestões e contribuições; e V - a identificação das sugestões e contribuições incorporadas à proposta do ato normativo. (ANS, RN n. 242/2010, art. 8º)

Por fim, o último instrumento de participação no processo administrativo normativo da ANS são as câmaras técnicas (CT) e grupos técnicos (GT), que são muito utilizados pelas diretorias da ANS para aprofundar o debate e colher subsídios para a normatização de questões regulatórias específicas.

Nos termos do art. 17 da RN n. 242/2010 da ANS, a formação de uma câmara técnica depende de deliberação da DICOL, que delimita a matéria que será objeto de estudo e as entidades (pessoas físicas ou jurídicas) que serão convidadas para participar das reuniões. Há, dessa forma, discricionariedade da DICOL para a escolha dos temas que serão submetidos à câmara técnica, bem como para escolher os seus respectivos membros.

Assim, a câmara técnica é constituída pela Diretoria Colegiada por meio da edição de uma portaria, que funcionará como um “regimento interno” da câmara constituída e delimitará: (i) o tema a ser debatido; (ii) a composição; (iii) as entidades que serão convidados; (iv) as reuniões que serão realizadas.

As primeiras câmaras técnicas foram realizadas pela ANS em 2010, com os temas “Portabilidade de Carências”, “Novo Modelo de Reajuste” e “Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998”. Desde então, a ANS já concluiu 15 (quinze) câmaras técnicas.

Por sua vez, os grupos técnicos possuem finalidade semelhante às câmaras técnicas (aprofundar o debate regulatório sobre tema relevante), mas não são revestidos da mesma formalidade das câmaras. Por sua informalidade, os grupos técnicos realizados são mais numerosos, com destaque para os grupos que são formados para subsidiar a atualização do Rol de Procedimentos da ANS.

A figura abaixo foi elaborada para facilitar a visualização e a interação dos instrumentos de participação social na ANS¹⁵⁷:

¹⁵⁷ Na 547ª Reunião da Diretoria Colegiada foi aprovada a realização da Consulta Pública n. 86, de 15 de abril de 2021, a qual tem por objeto colher contribuições sobre a proposta de Resolução Normativa que



Figura 6 - Instrumentos de participação social na ANS

Fonte: Elaboração própria

5.3 Apresentação dos resultados da pesquisa quantitativa

Com base na metodologia descrita na seção anterior, foi feita a quantificação da participação social em todas as cinco instâncias de participação que a ANS possui. Nesse sentido, os resultados apresentados refletem os dados relativos às 101 (cento e uma) reuniões realizadas pela CAMSS entre 1998 e 2020,¹⁵⁸ às reuniões realizadas pelos 07 (sete) comitês e comissões permanentes da ANS,¹⁵⁹ às 15 (quinze) audiências públicas realizadas entre 2014 e 2019, às 40 (quarenta) consultas públicas realizadas entre 2010 e

dispõe sobre o processo de Análise de Impacto Regulatório (AIR) e sobre o processo de Participação Social (PS) no âmbito de ANS. Se aprovada, referida resolução alteraria o disposto na RN 242/2010 sobre os instrumentos de participação social da agência. A proposta de minuta da referida resolução normativa está disponível no site da ANS e não traz alteração substancial quanto o tema, embora contenha alguns pontos interessantes, como, por exemplo, a divisão da participação social em duas modalidades, quais sejam, a Participação Social Dirigida (PSD) e a Participação Social Ampla (PSA). A Participação Social Dirigida seria utilizada para o debate de temas técnicos e se utilizaria de fóruns de caráter permanente (como, por exemplo, os Comitês e Comissões permanentes) e de instâncias consultivas criadas especificamente para o debate do tema (como, por exemplo, Câmaras e Grupos Técnicos). Por sua vez, a Participação Social Ampla seria efetivada através de audiências públicas e consultas públicas para o debate de temas regulatórios relevantes. A proposta de minuta torna obrigatória a realização das consultas públicas (segundo o disposto na nova Lei Geral das Agências) para a edição de atos normativos dentro da agência, mas permite a dispensa da PSA em caso de urgência e se as circunstâncias mostrarem que a participação social seria “improdutiva”.¹⁵⁸ Com exceção da Reunião n. 87, cuja ata está indisponível no site da ANS.

¹⁵⁹ Os comitês e Comissões incluídos na pesquisa foram os seguintes: (1) Comitê Técnico Contábil; (2) Comissão Permanente de Solvência (CPS); (3) Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS); (4) Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ); (5) Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE); (6) Comitê Gestor do QUALISS (COGEP); e (7) Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos.

2019,¹⁶⁰ às reuniões realizadas por 14 (catorze)¹⁶¹ câmaras técnicas da ANS e às reuniões de 18 (dezoito) grupos técnicos da ANS.¹⁶²

5.3.1 Participação social nas reuniões da Câmara de Saúde Suplementar

A Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) realizou a sua primeira reunião em 24 de agosto de 1998, antes mesmo da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Cumpre destacar que, entre agosto de 1998 e março de 2020, a CAMSS reuniu-se 101 vezes, sendo certo que, atualmente, o faz ordinariamente em periodicidade correspondente a quatro vezes ao ano.

Conforme dito na seção anterior, a CAMSS possui a sua composição determinada tanto pelo art. 13 da Lei n. 9.961/2000 quanto pela RN n. 237/2010 da ANS (com as alterações promovidas pelas RN n. 353/2014, n. 380/2015, e n. 402/2016). Se utilizarmos a classificação dos atores sociais proposta na presente pesquisa (Operadoras, Consumidores, Prestadores, Outros e Representantes do Estado), a representação proporcional das entidades da CAMSS pode ser visualizada no gráfico 11:

¹⁶⁰ Foram levantados os dados quantitativos referentes às seguintes consultas públicas: CP 31, CP 33, CP 35, CP 36, CP 38, CP 39, CP 40, CP 41, CP 42, CP 43, CP 44, CP 45, CP 46, CP 47, CP 48, CP 49, CP 50, CP 51, CP 52, CP 53, CP 54, CP 57, CP 59, CP 60, CP 61, CP 62, CP 63, CP 64, CP 65, CP 66, CP 67, CP 68, CP 69, CP 70, CP 71, CP 72, CP 73, CP 74, CP 76 e CP 77.

¹⁶¹ As câmaras técnicas incluídas na pesquisa formam as seguintes: (1) Câmara Técnica sobre Mecanismos de Regulação; (2) Câmara Técnica da Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9656/1998; (3) Câmara Técnica de Portabilidade de Carências; (4) Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste; (5) Câmara Técnica de Ajustes ao Patrimônio para fins de PMA [Patrimônio Mínimo Ajustado] e Margem de Solvência; (6) Câmara Técnica do Pool de Risco; (7) Câmara Técnica sobre Obrigatoriedade de Ouvidorias na Saúde Suplementar; (8) Câmara Técnica de Regulamentação da Lei n. 13.003, de 24 de junho de 2014; (9) Câmara Técnica: configuração da infração às normas sobre suspensão e rescisão unilateral de contrato individual; (10) Câmara Técnica sobre Monitoramento do Relacionamento entre OPS e Prestadores – 2013; (11) Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes; (12) Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários em Planos de Saúde; (13) Câmara Técnica de Compartilhamento de Riscos; (14) Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC).

¹⁶² Os grupos técnicos incluídos na pesquisa são os seguintes: (1) GT Planos Acessíveis; (2) GT Genética (Rol 2018); (3) GT Rol RN 338/2013; (4) GT de Remuneração; (5) GT de Assistência Farmacêutica; (6) GT de Solvência; (7) GT Rol RN 387/2015; (8) GT de Debates Fiscalizatórios; (9) GT Zika Vírus; (10) GT Projeto Sua Saúde; (11) GT Rol RN 428/2017; (12) GT Novo Modelo de Reajuste; (13) GT Rol RN 167/2008; (14) GT de Coparticipação e Franquia Interáreas; (15) GT de Acreditação; (16) Grupo Técnico Lei 13.003/2014; (17) GT Programa de Qualificação de Operadoras; (18) GT Interáreas (DIDES, DIPRO e DIFIS).

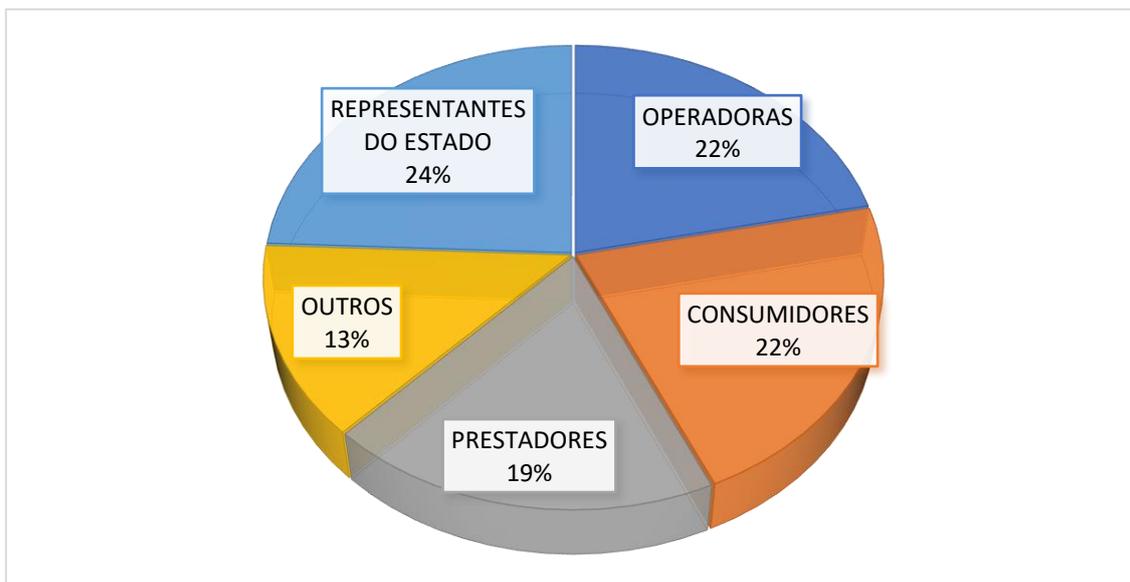


Gráfico 11 - Composição da CAMSS (conforme distribuição das cadeiras determinada pela RN n. 237/2010)

Fonte: Elaboração própria a partir da composição determinada pela RN n. 237/2010 (com as alterações promovidas pelas RN n. 353/2014, n. 380/2015 e n. 402/2016)

Conforme se observa no gráfico acima, a composição da CAMSS é feita com certa paridade na representação dos interesses das Operadoras (que são representadas por oito entidades), Consumidores (que são também representados por oito entidades) e Prestadores (que possuem sete representantes no órgão).

Nesse sentido, a pesquisa quantitativa teve por objetivo comparar a proporcionalidade da representação determinada pela distribuição das cadeiras na RN n. 237/2010 da ANS e o efetivo comparecimento das entidades nas 101 (cento e uma) reuniões realizadas entre 1998 e 2020.

O gráfico 12 foi construído a partir da análise das atas das reuniões da CAMSS entre 1998 e 2020. Cumpre reforçar que, das Reunião 01 até a 68, as atas descreviam precisamente cada um dos representantes das entidades que estavam presentes na reunião, ao passo que, da Reunião 69 até a 101, as atas passaram a fazer referência à lista de assinaturas das atas, de modo que foi necessário computar o comparecimento nas reuniões a partir das assinaturas constantes na ata.

Outra observação importante é que, com a análise das atas, notou-se que algumas entidades que se manifestaram nas reuniões não haviam assinado a ata (embora seus representantes estivessem presentes, pois se manifestaram na reunião). Desse modo, também foram contados como presentes as pessoas que se manifestaram na reunião (embora não tenham assinado a ata).

Por fim, cumpre destacar que em “Estado” foram considerados apenas os representantes dos Ministérios, Conselho Nacional de Saúde, Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), de modo que não foram computados os servidores da ANS, uma vez que a pesquisa tinha por objetivo computar o comparecimento apenas das entidades que possuem cadeira na CAMSS, de modo que a participação dos servidores da ANS na CAMSS não foi computada.

Nesse sentido, as “Operadoras” foram as entidades cujos representante mais compareceram nas reuniões da CAMSS, com 37% dos presentes; seguidos dos Prestadores de Serviço da Área da Saúde, com 23% dos presentes; dos representantes do Estado, com 15%; dos Consumidores, com 14%; e, por último, da categoria “Outros” (que abarca o CNI, o CNC e as entidades sindicais), com 11%.

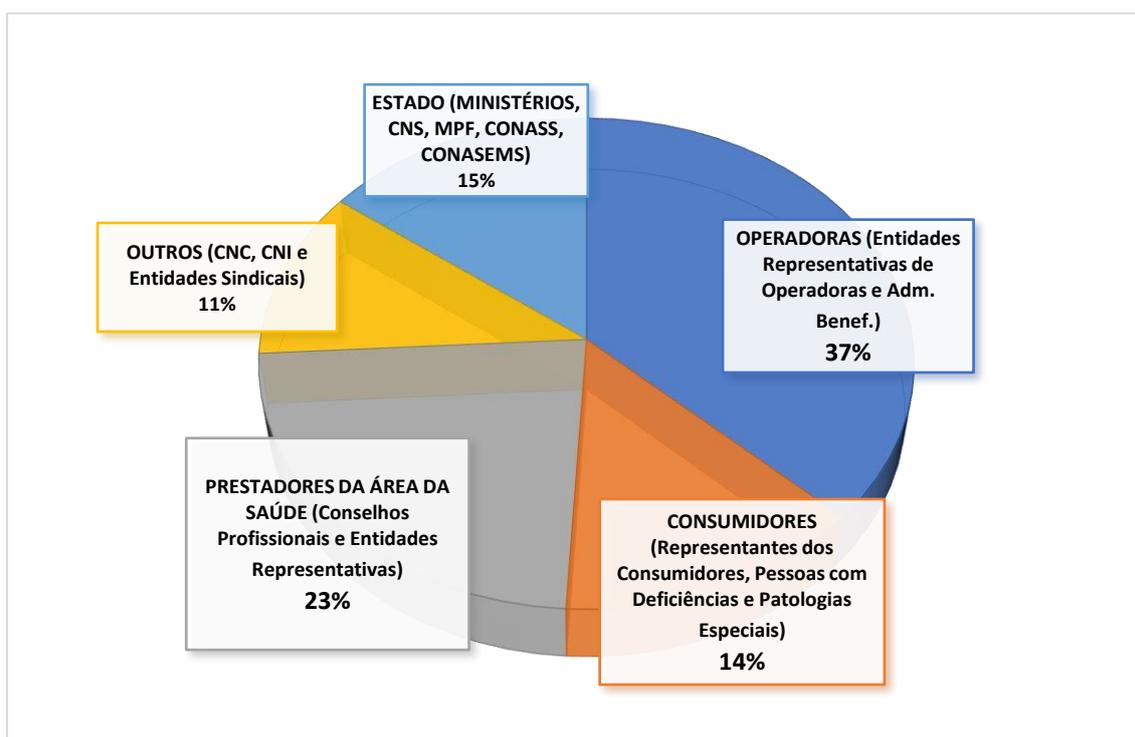


Gráfico 12 - Presença nas reuniões da CAMSS (1998-2020)

Fonte: Elaboração própria. Dados: Câmara de Saúde Suplementar (Atas das Reuniões)

5.3.2 Participação social nos comitês permanentes da ANS

Com base no material disponibilizado pela ANS, o qual contém a descrição de cada comitê e comissão, com os objetivos institucionais e legislação pertinente, além do detalhamento das reuniões realizadas (com pautas, atas, listas de presença e contribuições

apresentadas), foi elaborada pesquisa com o objetivo de **quantificar proporcionalmente a participação social** em cada comitê e comissão, com base nas assinaturas constantes nas listas de presenças e nas atas de cada reunião.

O quadro 8 consolida os resultados da pesquisa, demonstrando a representação proporcional de cada entidade nas reuniões dos Comitês e Comissões permanentes da ANS:

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS COMITÊS PERMANENTES DA ANS							
Entidades /Comitês	Comitê de Regulação da Estrutura de Produtos	COGEP	Comitê Técnico Contábil	COPISS	COSAÚDE	COTAQ	Comissão Permanente de Solvência
OPERADORAS	62%	22%	49%	29%	38%	26%	37%
CONSUMIDORES	2%	2%	0%	0%	4%	0%	0%
PRESTADORES	4%	49%	0%	33%	30%	46%	1%
OUTROS	5%	7%	18%	2%	3%	12%	23%
ESTADO/SERVIDORES DA ANS	27%	19%	34%	36%	25%	15%	39%

Quadro 8 - Participação social nos comitês permanentes da ANS

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS (atas e listas de presença das reuniões dos comitês e comissões)

Conforme dados consolidados no quadro 8, nota-se que os comitês da ANS constituem fórum em que a burocracia interna da ANS interage com os agentes econômicos da cadeia de Saúde Suplementar, em especial com as Operadoras de Planos de Saúde e, dependendo da matéria, com Prestadores da Área da Saúde¹⁶³ e com empresas de consultoria¹⁶⁴ que são convidadas a participar dos debates.

Os Consumidores, no entanto, estão representados em apenas 03 (três) dos 07 (sete) comitês da ANS e estão sempre em minoria (comparativamente com os demais atores da cadeia de saúde suplementar). Mesmo os comitês que são coordenados pela

¹⁶³ Por exemplo, no Comitê Gestor do Qualiss (COGEP) e no Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ), os Prestadores da Área Médica representam 49% e 46% dos presentes nas reuniões, respectivamente. Os Prestadores possuem presença marcante também no Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS), com 33%, e no Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE), com 30% dos participantes. Apenas para servir de contraste, na Comissão Permanente de Solvência, os Prestadores representam apenas 1% dos participantes.

¹⁶⁴ Exemplos da participação de consultores na ANS pode ser observado no Comitê Técnico Contábil, em que houve a participação da empresa Grunitzky Auditores (especializada em auditoria independente, consultoria empresarial e capacitação profissional), da empresa Alfa e Ômega (assessoria contábil), da Fama Auditores Independentes e do Instituto dos Auditores Independentes do Brasil (IBRACON). Também na Comissão Permanente de Solvência houve a participação do Instituto Brasileiro de Atuária (IBA), da Escola Nacional de Seguros, da Fama Auditores, do IBRACON e da empresa Strategy Consultoria e Assessoria Atuarial. Outro comitê que teve marcante participação de consultorias foi o COTAQ, que trata de qualidade setorial,

DIPRO, que tratam de questões assistenciais de extrema relevância para os beneficiários, contam com representatividade desproporcionalmente baixa dos Consumidores. Com efeito, no Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, cujas reuniões debateram temas como Reajuste de Preços, Portabilidade e Alteração de Rede Hospitalar, enquanto as Operadoras representam 62% dos participantes, os Consumidores foram apenas 4%. Já no COSAÚDE, que é o comitê responsável por coordenar a atualização do Rol da ANS, as Operadoras representam 38% dos participantes, os Prestadores 30% e os Consumidores apenas 4%.

5.3.3 Participação social nas audiências públicas

A primeira audiência pública (AP) foi realizada pela ANS em 2014 e, desde então, a agência já promoveu 16 (dezesseis) audiências até o ano de 2021, das quais 09 (nove) envolveram o debate de questões relacionadas a aspectos econômico-financeiros das operadoras, 01 (uma) tratou de contratação e troca de plano de saúde, 01 (uma) de manutenção de registros das operadoras, (01) uma de coberturas, 02 (duas) de reajustes de preço e 02 (duas) de assuntos relacionados a relacionamento com prestadores, conforme gráfico 13:

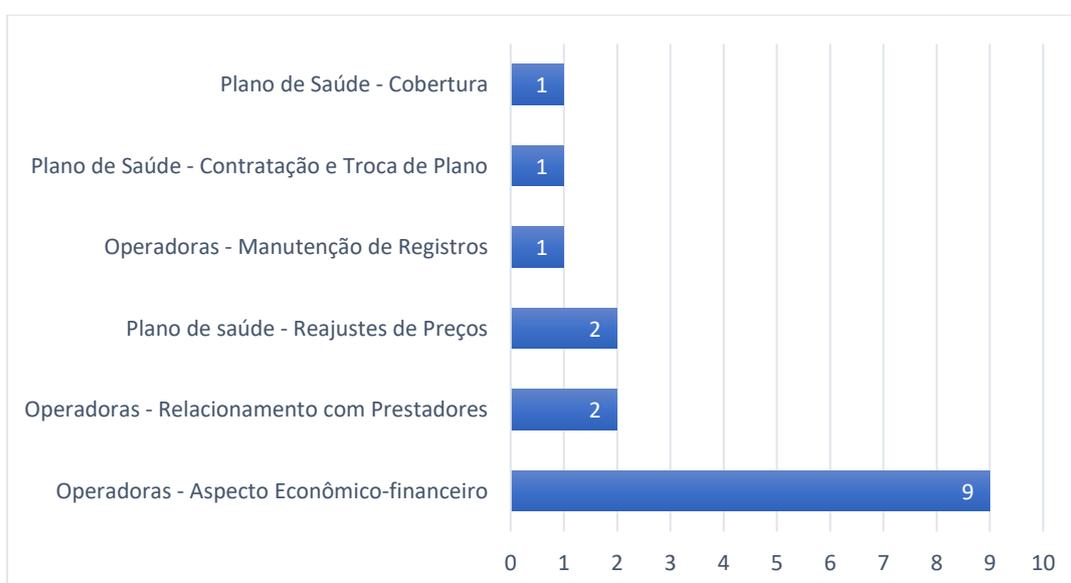


Gráfico 13 - Temas das audiências públicas da ANS (2014-2020)

Fonte: Elaboração própria

Os assuntos selecionados pela ANS para as audiências refletem na maior presença

de representantes de Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviço da Área da Saúde, em detrimento dos Consumidores. Consoante gráfico 14, abaixo, elaborado com base nas informações contidas tanto nas listas de presença de cada audiência pública como nos relatórios de audiência pública (RAP) elaborados pela ANS, foram identificadas 1.503 (mil, quinhentas e três) pessoas presentes nas 15 audiências públicas realizadas entre 2014-2019, das quais 746 (setecentas e quarenta e seis) representavam “Operadoras” (40% do total), 225 (duzentas e vinte e cinco) eram representantes de Prestadores da Área da Saúde (15% do total), 41 (quarenta e uma) eram representantes dos Consumidores ou consumidores pessoa física (3% do total), 307 (trezentas e sete) eram representantes de órgãos do Estado ou servidores da ANS e 184 (cento e oitenta e quatro) foram classificadas como “Outros” (consultorias, advogados, OAB, imprensa, universitários).

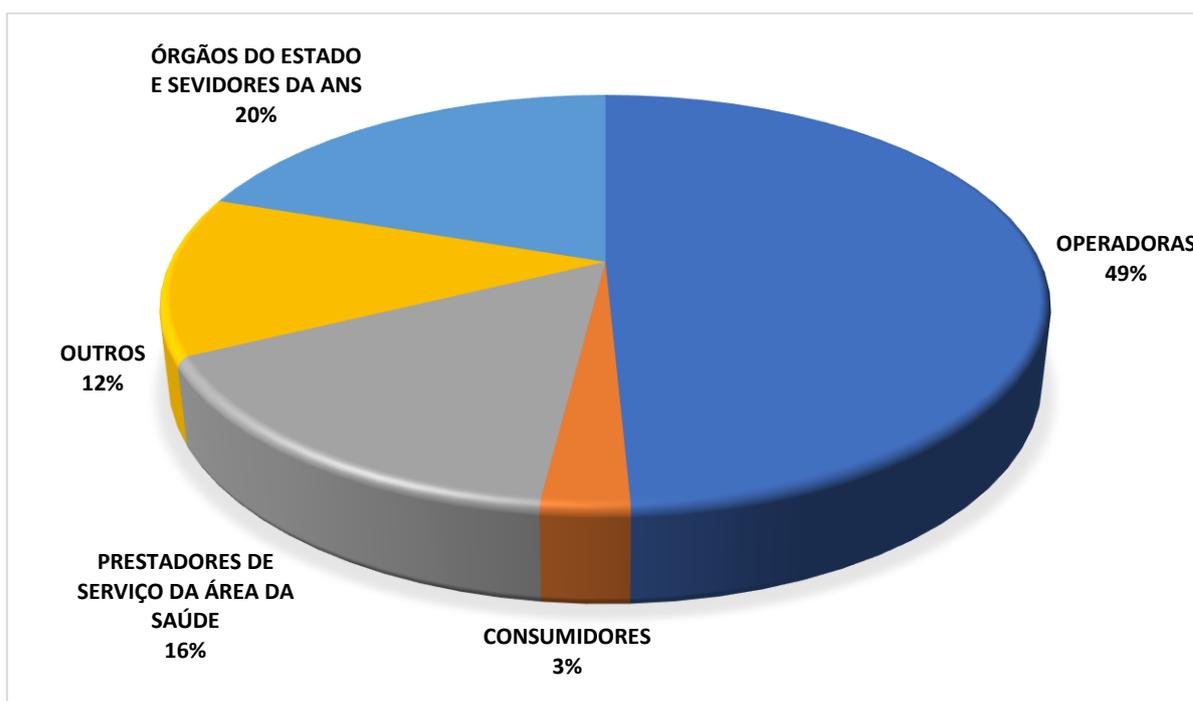


Gráfico 14 - Representação dos grupos de interesse nas audiências públicas da ANS (AP 01 a AP 16)
 Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da ANS (listas de presença das audiências públicas)

Se analisarmos detidamente a participação dos Consumidores em cada uma das audiências, é possível observar que em sete (AP 05, AP 07, AP 08, AP 09, AP 12, AP 14 e AP 15) das quinze audiências não houve a participação de nenhuma entidade de defesa do consumidor, e que a AP 11 (Reajustes dos Planos Individuais) e a AP 12 (Mecanismos Financeiros de Regulação) foram as que concentraram a maior participação dos

Consumidores, conforme gráfico 15:

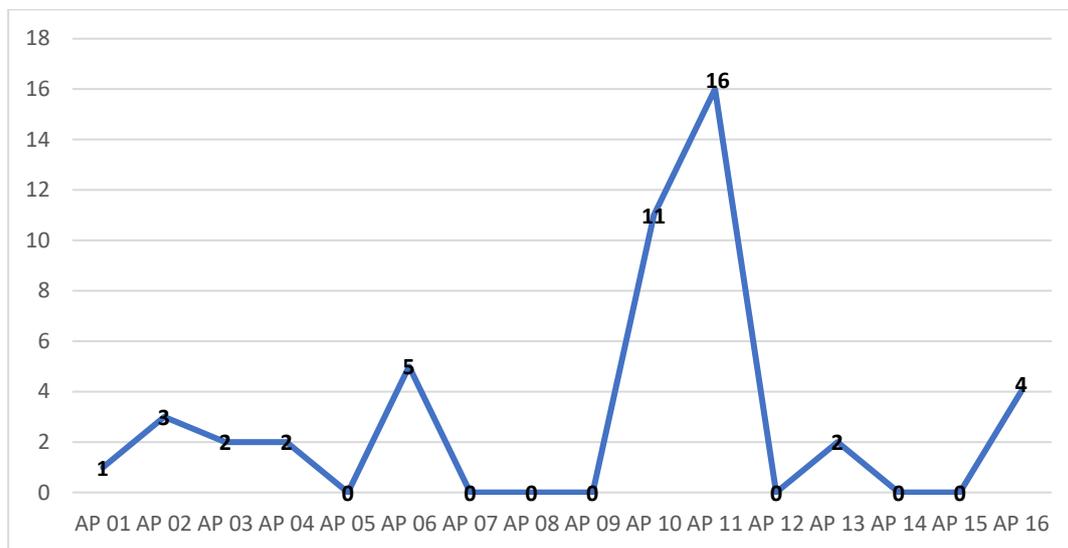


Gráfico 15 - Presença dos consumidores por audiência pública (2014-2020)

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS (listas de presença das audiências públicas)

Com relação à quantidade de contribuições apresentadas nas audiências,¹⁶⁵ também há o destaque das Operadoras. De acordo com o gráfico 16, elaborado a partir das informações contidas nos relatórios de audiência pública, as Operadoras apresentaram 294 (duzentos e noventa e quatro) contribuições, número que é superior ao de todas as demais categorias (Consumidores, Prestadores, Órgãos do Estado, Servidores e Outros), que, somados, apresentaram 180 (cento e oitenta) contribuições:

¹⁶⁵ Nas audiências públicas, qualquer pessoa física ou jurídica interessada pode se habilitar para apresentar contribuições nas audiências, seja por escrito, seja oralmente no momento da audiência, seja através de apresentações, inclusive com a utilização de material de apoio.

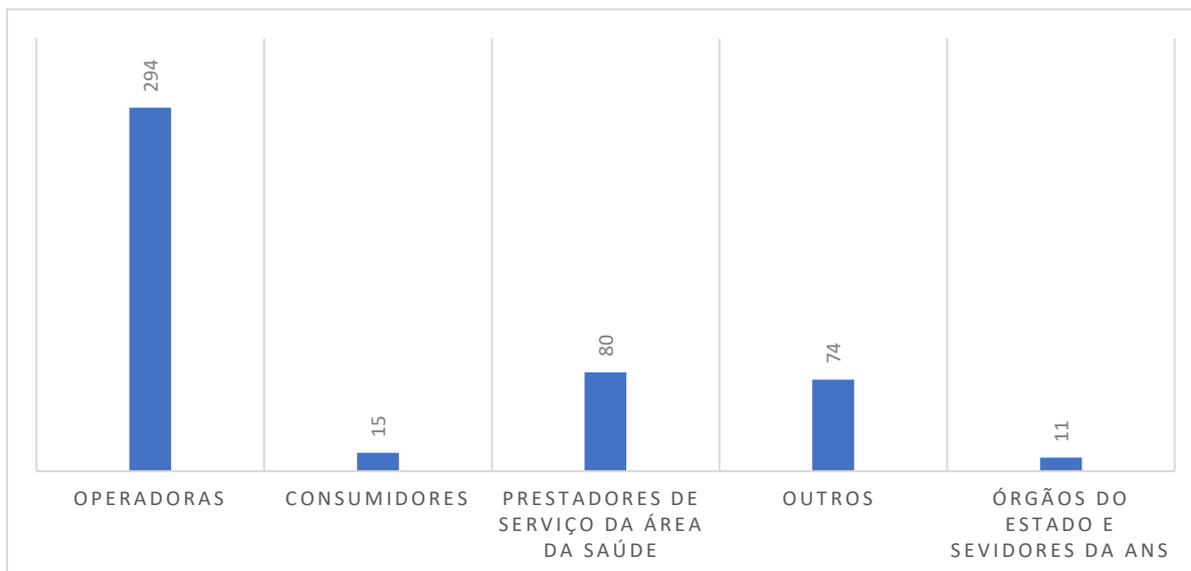


Gráfico 16 - Total das contribuições apresentadas por grupo de interesse nas audiências públicas da ANS
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS (relatórios de audiência pública)

O gráfico 16 demonstra que, além de estarem quantitativamente mais presentes nas audiências públicas, as Operadoras e Entidades Representativas de Operadoras também ofertam mais contribuições e, portanto, procuram utilizar o espaço para influenciar na decisão da ANS sobre a matéria regulatória posta em debate.

5.3.4 Participação social nas consultas públicas

Ao contrário do que ocorre com as audiências públicas (que tiveram início em 2014), as consultas públicas são utilizadas pela ANS desde 2001. Faz-se necessário ponderar que houve pelo menos 30 (trinta) consultas públicas realizadas antes da regulamentação da participação social pela ANS (que ocorreu somente em 2010, com a edição da RN n. 242/2010).

Nesse sentido, somente após a edição da RN n. 242/2010 houve a obrigatoriedade de a agência consolidar as contribuições em um relatório de consulta pública (RCP) e se manifestar pontualmente sobre as contribuições individuais de cada entidade. Assim, a ANS apenas disponibiliza os RCP a partir da Consulta Pública n. 31, de modo que as informações relativas às CP 01 a 30 estão indisponíveis para o público.

Outra ponderação importante é que entre 2010-2016 a ANS ainda utilizava o processo físico, tendo adotado o processo digital apenas em 2016. Nesse sentido, os Relatórios das CP 31 a 60 trazem, em sua grande maioria, apenas informações estatísticas

sobre as contribuições apresentadas, a partir das quais é possível **quantificar** o número de contribuições apresentadas individualmente pelos grupos de interesse (Operadoras, Consumidores, Prestadores, etc.), mas não é possível realizar a análise qualitativa dessas contribuições, ou seja, não é possível identificar qual entidade enviou determinada contribuição e quais foram acatadas, parcialmente acatadas ou rejeitadas.

Considerando as limitações acima mencionadas, optou-se por: (i) desconsiderar as consultas públicas realizadas anteriormente à publicação da RN n. 242/2010 (CP 01 a 30), tendo em vista a ausência do RCP com as informações quantitativas sobre as contribuições apresentadas; (ii) nas Consultas Públicas 31 a 77 (realizadas após 2010), foi feita análise **quantitativa** das contribuições apresentadas, com o objetivo de identificar a quantidade de contribuições apresentadas por ator social (Operadoras, Consumidores, Prestadores, etc.).

Outrossim, faz-se necessário consignar que na análise quantitativa foram incluídas as Consultas Públicas 31 a 77, realizadas entre os anos de 2010 e 2019, com exceção das Consultas Públicas n. 32, 34, 37 55, 56, 58 e 75, uma vez que as informações disponibilizadas nos RCP dessas consultas não permitem a quantificação do total de contribuições por grupo de interesse.

Nesse sentido, nas consultas públicas realizadas pela ANS entre 2010 e 2019 (com exceção das acima mencionadas) foram identificadas 72.214 (setenta e duas mil, duzentas e catorze) contribuições, das quais 21.635 (30% do total) foram apresentadas por Operadoras, 20.084 (28% do total) por Consumidores (beneficiários de planos de saúde e entidades representativas dos interesses dos consumidores), 12.998 (18% do total) por Prestadores de Serviço da Área da Saúde (Hospitais, Clínicas, Filantrópicas, Farmacêuticas, etc.), 836 (1% do total) por Órgãos do Estado e Servidores da ANS e 16.661 (23% do total) por “Outros” (prestadores não médicos, advogados, universidades, etc.), conforme gráficos 17 a 19:

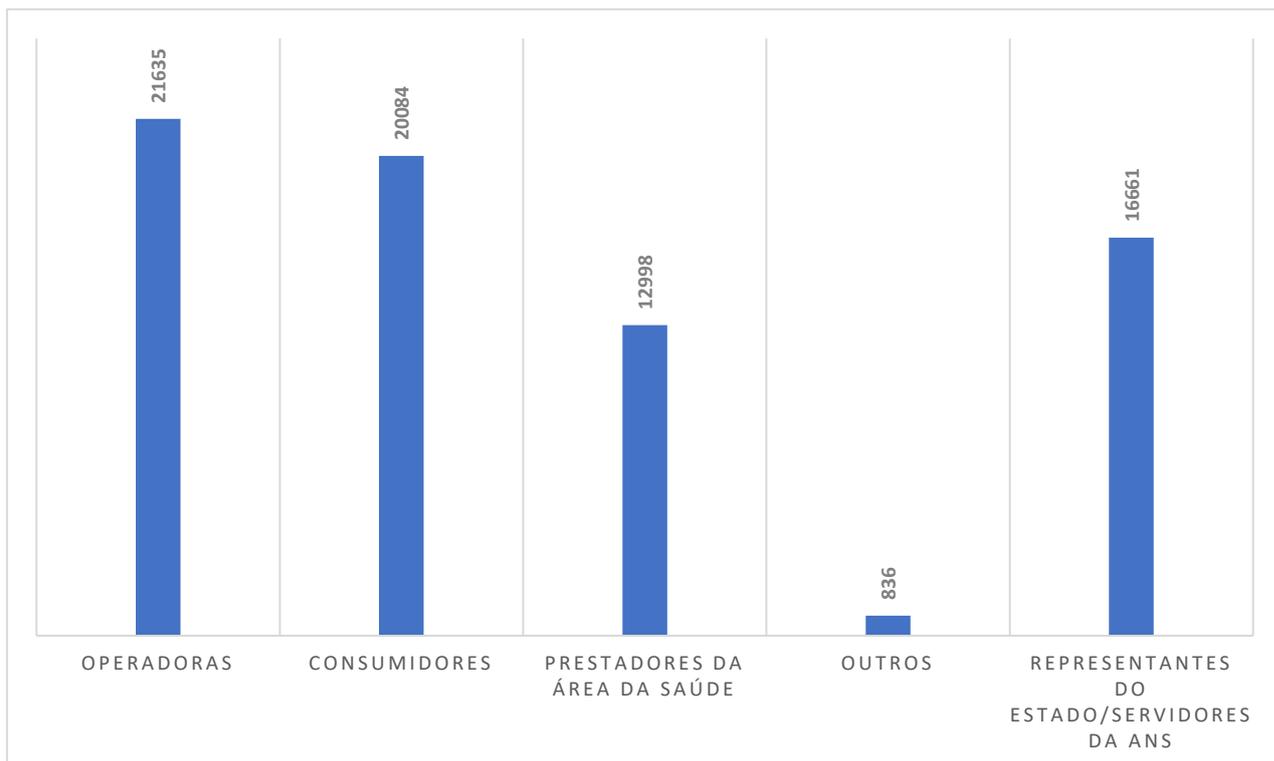


Gráfico 17 - Total de contribuições por grupo de interesse nas consultas públicas da ANS (2010-2020)
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS (relatórios de consulta pública)

Embora as Operadoras ainda representem a maioria das contribuições enviadas, a pesquisa identificou que, proporcionalmente, há maior participação dos Consumidores nas consultas públicas (se compararmos com as audiências públicas e demais instrumentos de participação). Essa diferença na participação se explica por dois fatores. Em primeiro lugar, a maior diversidade de temas regulatórios submetidos a consultas públicas, muitos deles com conteúdo de Regulação Social e que afetam diretamente a relação contratual firmada com os consumidores. Das 77 (setenta e sete) consultas públicas, 18 (dezoito), ou seja, 23% do total, dizem respeito a temas relacionados a “Plano de Saúde: Cobertura”.

O segundo fator é a participação dos Consumidores nas consultas públicas que têm por objeto as atualizações do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. Com efeito, das 20.084 (vinte mil e oitenta e quatro) contribuições enviadas pelos Consumidores nas consultas públicas realizadas entre 2010 e 2019, **tem-se que 17.794 (88% do total) foram enviadas em consultas públicas de atualização do Rol da ANS.** O gráfico 18, que analisa a dinâmica de envio de contribuições às CP pelos Consumidores, demonstra **o aumento de envio de contribuições dos Consumidores nas CP 31, 40, 53, 59 e 61** (que tratam das atualizações do Rol da ANS):

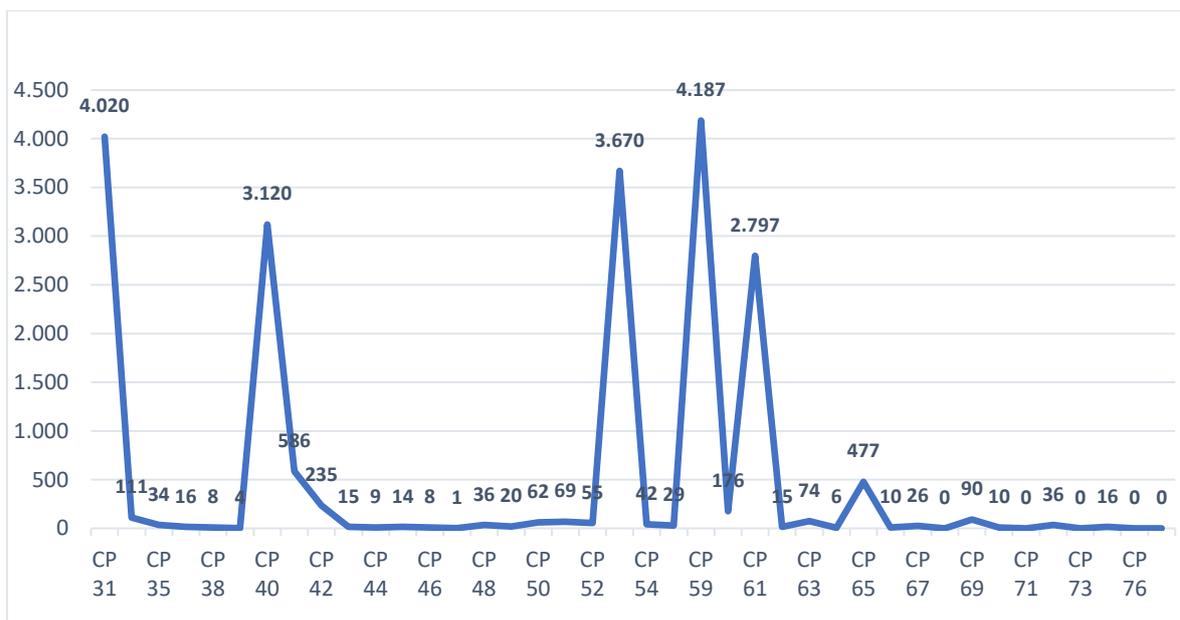


Gráfico 18 - Contribuições apresentadas por Consumidores por consulta pública
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS (relatórios de consulta pública)

Por outro lado, se excluirmos as consultas públicas com o tema “Atualização do Rol da ANS”, a participação dos Consumidores cai para apenas 6% das contribuições enviadas, ao passo que a participação das Operadoras e dos Prestadores de Serviço da Área da Saúde sobe para 44% e 30%, respectivamente.

Enquanto os Consumidores concentram as suas contribuições nas consultas de atualização do Rol da ANS, as Operadoras contribuem de forma mais uniforme nas consultas públicas, enviando em média 541 (quinhentas e quarenta e uma) contribuições por consulta, conforme se observa no gráfico 19:

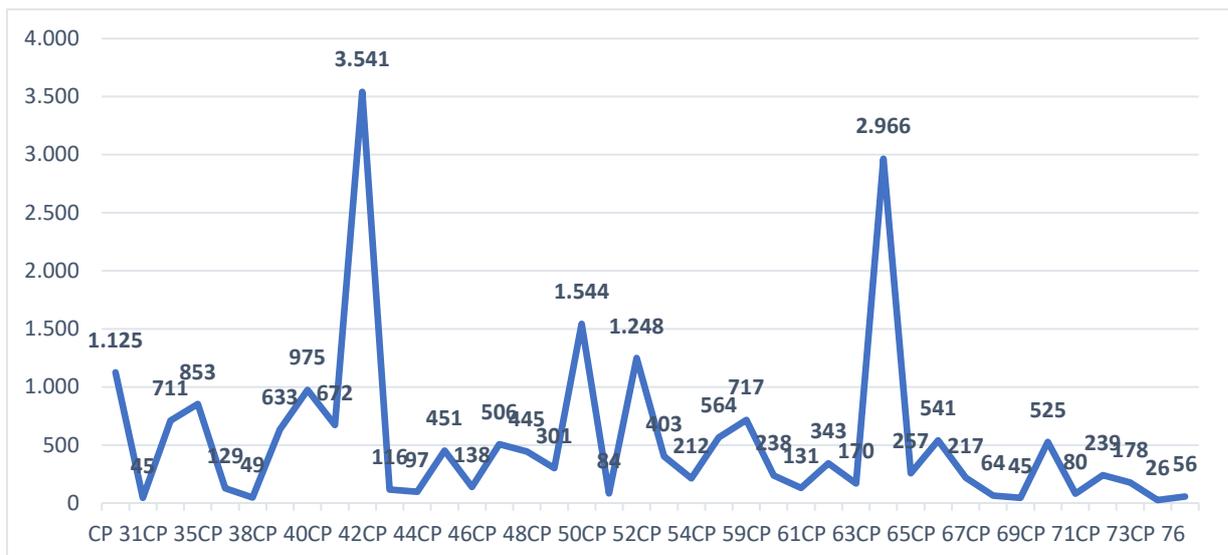


Gráfico 19 - Contribuições apresentadas pelas Operadoras por consulta pública
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS (relatórios de consulta pública)

5.3.5 Participação social nas câmaras e grupos técnicos

As câmaras e os grupos técnicos têm se mostrado um importante instrumento de participação social dentro da ANS. Com efeito, as câmaras técnicas já foram utilizadas para o debate de diversos temas de extrema importância para a regulação do mercado, como a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998, a elaboração da RN n. 432/2018 da ANS, que regulamentou os Mecanismos Financeiros de Regulação (franquia e coparticipação), a regulamentação da portabilidade de carências, a formação de *pool* de risco para o cálculo de reajuste dos planos coletivos com menos de 30 vidas (RN n. 309/2012), entre outros temas.

Os grupos técnicos também são utilizados pelas diretorias da ANS para promover debate aprofundado sobre tema regulatório específico, mas não possuem a mesma formalidade de uma câmara técnica. Entre os diversos grupos técnicos que já foram formados pela ANS, destaque-se os grupos que são periodicamente formados pela DIPRO, através do COSAÚDE, para debater as atualizações do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

A análise da participação civil nas câmaras e grupos técnicos foi feita através da análise das atas e listas de presença disponibilizados pela ANS.¹⁶⁶ O quadro 9 consolida a análise das reuniões de 14 (catorze) câmaras técnicas e 18 (dezoito) grupos técnicos, e

¹⁶⁶ O material consultado está referenciado no Apêndice da Tese.

representa a média de participação de cada entidade nesses instrumentos:

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS REUNIÕES (MÉDIA)		
Grupo de Interesse	Câmaras Técnicas	Grupos Técnicos
Operadoras	42%	35%
Consumidores	6%	4%
Prestadores da Área da Saúde	10%	23%
Outros	9%	10%
Estado/Servidores da ANS	33%	28%

Quadro 9 - Câmaras técnicas e grupos técnicos: participação social nas reuniões (média)
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS (listas de presença e atas das reuniões das câmaras técnicas e dos grupos técnicos)

Conforme se observa no quadro 9, as categorias com maior representação nas câmaras e grupos técnicos foram as Operadoras (com 42% nas câmaras e 35% nos grupos) e o Estado/Servidores da ANS (com 33% nas câmaras e 28% nos grupos). Isso demonstra que esses instrumentos constituem importante fórum para que os agentes regulados (Operadoras) e a burocracia estatal (em especial da ANS) debatam a normatização de temas relevantes para o mercado.

5.4 Discussão dos resultados da pesquisa empírica

Conforme visto, o tema da participação social na ANS é complexo, tendo em vista a existência de diversos instrumentos que a agência utiliza para interagir com os diversos atores da cadeia de fornecimento da saúde suplementar. O resultado consolidado da pesquisa é representado no gráfico 20, abaixo, o qual compara a representação de cada uma das entidades (Operadoras, Consumidores, Prestadores, Outros e Estado/Servidores da ANS) nos seis instrumentos analisados:

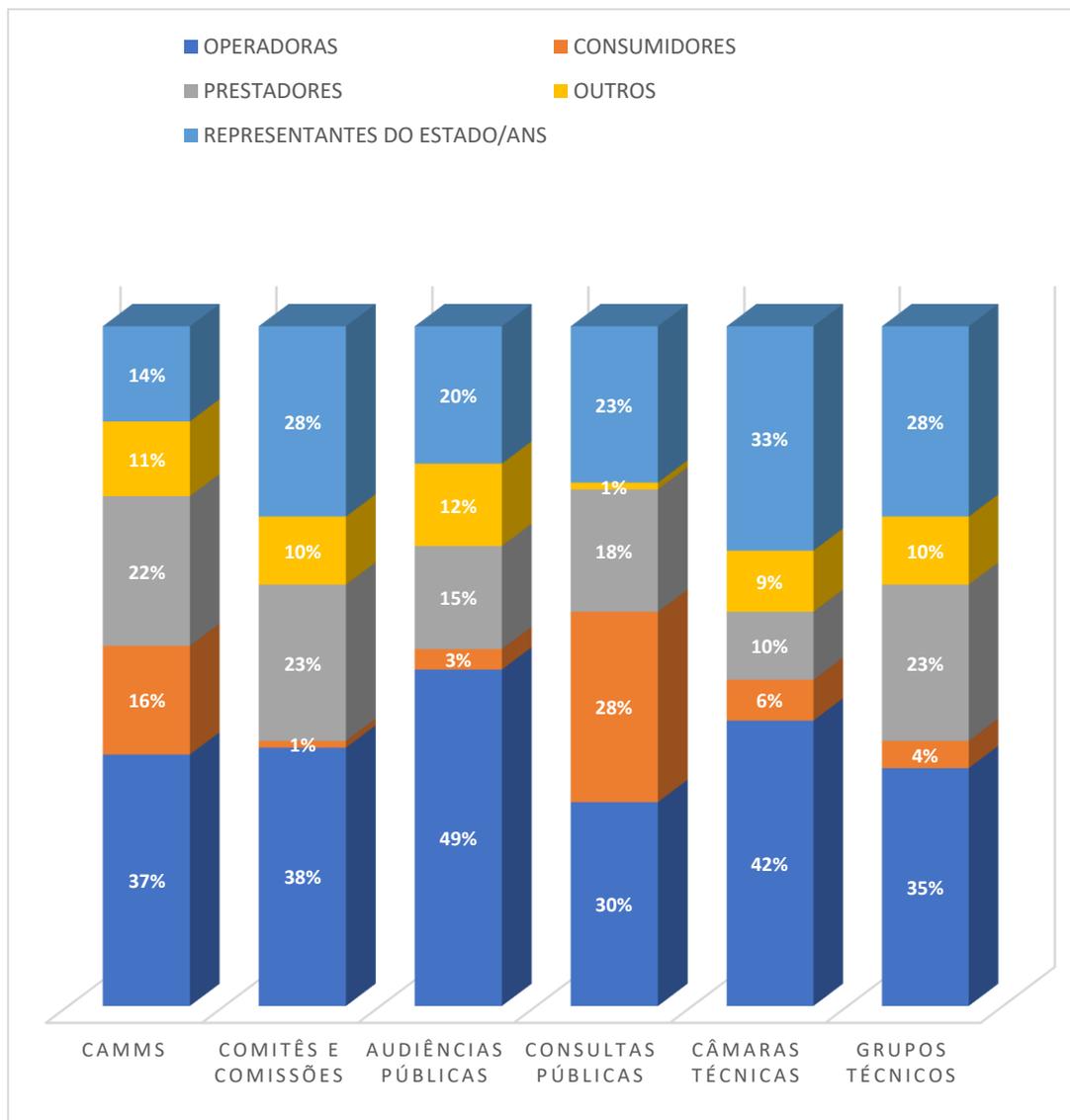


Gráfico 20 - Resultado consolidado: participação social na ANS
Fonte: Elaboração própria

O gráfico 20 demonstra que a categoria “Operadoras”, representada na base do gráfico (em azul escuro), predomina proporcionalmente em todos os instrumentos de participação social, inclusive na CAMSS, que possui as cadeiras definidas em lei de forma paritária com os demais atores sociais. As Operadoras comparecem nos instrumentos de participação tanto individualmente como também por suas respectivas entidades representativas, das quais se destacam a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), a Unimed do Brasil (representante das cooperativa médicas), a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), a Confederação das Santas Casa e Hospitais Filantrópicos (CMB), a Uniodonto do Brasil (representante das cooperativas odontológicas), o Sindicato

Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (SINOG) e a Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB).

Com relação às entidades representativas de Operadoras, cumpre destacar que possuem cadeira na CAMSS e marcam presença invariavelmente em todos os instrumentos de participação social da ANS. Há, portanto, uma **consistência** na participação das Operadoras, que protagonizam as discussões dos temas regulatórios em todos os fóruns existentes na ANS. Isso demonstra que, além da organização para comparecer e participar dos fóruns de debate criados pela ANS, há uma capacidade das Operadoras de manter um diálogo constante com o regulador e influenciar as decisões da agência para corresponderem à sua agenda de interesses para o setor.¹⁶⁷

Nota-se, ainda, que nos instrumentos de participação que se destinam às discussões de temas mais específicos e técnicos — Comitês, comissões, câmaras e grupos técnicos — há forte presença das Operadoras e dos representantes do Estado/Servidores da ANS. Assim, se somarmos os resultados das Operadoras e do Estado/Servidores da ANS, temos que nos comitês e comissões eles representam 64% dos presentes, nas câmaras técnicas somam 75% dos participantes e nos grupos técnicos correspondem a 63% dos participantes.

Quanto à categoria “Consumidores”, que corresponde ao segundo bloco do gráfico 20 (em laranja, de baixo para cima), a pesquisa identificou que os interesses dos beneficiários de planos de saúde são representados de forma difusa e por entidades que podem ser classificadas em três categorias,¹⁶⁸ a saber: entidades públicas e privadas de defesa do consumidor;¹⁶⁹ órgãos públicos que possuem departamentos de defesa do consumidor;¹⁷⁰ e associações de defesa de pacientes portadores de deficiências ou

¹⁶⁷ A análise da eficácia da participação social das Operadoras depende, no entanto, de pesquisa qualitativa que analise se a maior participação destas nos instrumentos de participação social reflete, de fato, na implementação de pautas regulatórias de acordo com os seus interesses econômicos.

¹⁶⁸ A pesquisa identificou, ainda, que os beneficiários de planos de saúde (pessoas físicas) compareceram, de forma esporádica, a algumas audiências públicas e, ainda, enviaram contribuições para consultas públicas.

¹⁶⁹ No primeiro grupo — das entidades de defesa do consumidor — destacam-se os Procons (aqui englobados tanto o Procon carioca e o Procon de São Paulo quanto a Associação Brasileira dos Procons), o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), a Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (Proteste), a Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde (ADUSEPS) e o Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor (BrasilCon), que são entidades que inclusive ocuparam assentos na Câmara de Saúde Suplementar.

¹⁷⁰ No segundo grupo — dos órgãos públicos que possuem departamentos de defesa do consumidor — merecem destaque o Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (Nudecon/RJ) e a Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor.

patologias especiais.¹⁷¹

Importante destacar que, nas consultas públicas, que constituem instrumento que propicia a participação espontânea e incondicionada da sociedade,¹⁷² houve uma relevante participação dos consumidores, que enviaram 28% das contribuições nas consultas públicas que foram analisadas. Conforme dito acima, 88% dessas contribuições foram enviadas nas consultas que tratavam da atualização do Rol da ANS, que é a matéria que, sem dúvida, mais afeta os beneficiários de planos de saúde.

Por outro lado, nos instrumentos de participação destinados a discussões mais técnicas, e nos quais há a necessidade de convite da ANS para participar, houve diminuição na representação dos interesses dos beneficiários. Conforme se observa no gráfico 20, os Consumidores representaram apenas 1% dos presentes nos comitês e comissões, 6% nas câmaras técnicas e 4% nos grupos técnicos.

Cumprido destacar que mesmos nos comitês, câmaras e grupos técnicos que tratam de questões assistenciais também foi constatada a baixa participação dos Consumidores. Exemplo disto pode ser verificado no COSAÚDE — que é responsável pela atualização do Rol da ANS —, no qual os Consumidores representam apenas 4% dos participantes,¹⁷³ no Comitê de Regulação de Estrutura de Produtos, no qual os Consumidores representaram apenas 2% dos presentes,¹⁷⁴ na Câmara Técnica de Regulação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998, na qual os Consumidores representaram apenas 5% dos

¹⁷¹ Entre as associações, destacam-se o Instituto Oncoguia, a Associação de Pais, Amigos e Pessoas com Deficiência, de Funcionários do Banco do Brasil e da Comunidade (Apabb), a Associação Brasileira de Ostomizados (Abraso), a Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos (Feneis), a Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos (Onedef), a organização Amigos Múltiplos pela Esclerose (Ame), a Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (Abraz), a Associação Brasileira Superando o Lupus, Doenças Reumáticas e Raras (Superando), a Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama), o Grupo Otimismo, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE) e a Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA).

¹⁷² Para contribuir em uma Consulta Pública da ANS, basta acessar o site da agência no prazo determinado no edital e enviar a contribuição pela própria Internet. É possível, ainda, enviar contribuições por escrito, diretamente à agência.

¹⁷³ Esse resultado reflete a análise das listas de presença das 24 reuniões já realizadas pelo COSAÚDE entre 2014 e 2019. A pesquisa identificou 758 assinaturas nas listas de presença das referidas reuniões, das quais 285 eram de operadoras ou representantes de operadoras (38%), 32 eram de entidades representativas de consumidores (Proteste, MP-RJ-Nudecon, Senacon e Procon) ou de associações que representam deficientes físicos ou patologias especiais (Instituto Oncoguia, Abrale, Abraso), o que corresponde a 4% dos presentes, 230 assinaturas de Prestadores da Área da Saúde (30%), 187 do Estado/Servidores da ANS (o que corresponde a 25% dos presentes) e 24 assinaturas foram classificadas como “Outros”.

¹⁷⁴ O Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos é coordenado pela DIPRO e discute temas de extrema relevância para os consumidores, entre os quais portabilidade de carências, critérios para a alteração de rede hospitalar e reajuste de preços. A pesquisa constatou que o referido comitê realizou 8 reuniões entre 2017 e 2018, cujas listas de presença somaram 601 assinaturas. Destas, 372 eram de Operadoras (62%), 10 de Consumidores (2%), 24 de Prestadores da Área da Saúde (4%), 164 de Servidores da ANS (27%) e 31 de Outros (5%).

participantes,¹⁷⁵ e no Grupos Técnico constituído para a atualização do Rol da ANS 2018 (RN n. 428/2017), com apenas 4% de Consumidores.

Se concentrarmos a análise na atualização do Rol da ANS de 2018 (RN n. 428/2017), o contraste entre o comportamento dos consumidores nos diversos instrumentos de participação que discutiram o mesmo tema é evidente. Conforme disposto na Instrução Normativa n. 44/2014 da DIPRO, a análise de questões pertinentes à atualização do Rol da ANS é de competência do COSAÚDE, de modo que o ciclo de atualização do Rol de 2018 (RN n. 428/2017) iniciou-se com a 14ª Reunião do COSAÚDE, realizada em 03 de março de 2016. Conforme visto, no referido comitê os consumidores representam **4% dos participantes**.

Após o início do COSAÚDE, foi constituído Grupo Técnico específico para debater o Rol de 2018, o qual realizou 15 reuniões entre 17 de novembro de 2016 e 16 de março de 2017 e teve por objetivo debater as propostas de inclusão, alteração e exclusão de procedimentos e diretrizes de utilização. Das quinze reuniões, os Consumidores se fizeram representar apenas nas 9ª, 10ª, 11ª, 12ª, 13ª e 14ª Reuniões.¹⁷⁶ A partir da análise das listas de presença das 15 reuniões do grupo técnico de atualização do Rol 2018, a pesquisa identificou 339 assinaturas, das quais apenas 13 eram de integrantes das associações que representaram os beneficiários de planos de saúde (e foram categorizados como Consumidores), o que em termos proporcionais corresponde a **4% dos participantes do grupo técnico**.

A atualização do Rol da ANS em 2018 foi também objeto da Consulta Pública n. 61, realizada entre 27 de junho de 2017 e 26 de julho de 2017. De acordo as informações constantes na Nota Técnica n. 196/2017 da DIPRO (ANS, 2017ay), a CP 61 recebeu 5.259 contribuições, das quais **53% (2.797)** foram encaminhadas pelos consumidores, a maioria das quais pretendia a inclusão de novos procedimentos no Rol da ANS.

Nesse sentido, o exemplo da atualização do Rol da ANS 2018 indica que nos instrumentos de participação destinados a discussão técnica, a participação dos consumidores foi de **4% (COSAÚDE) e 4% (GT Rol 2018)**, ao passo que nas consultas

¹⁷⁵ A Câmara Técnica de Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998 será analisada em estudo de caso no capítulo 6. Cumpre destacar que o tema é de extrema relevância para os beneficiários de planos de saúde, posto que trata do benefício de permanecer, após a demissão ou aposentadoria, como beneficiário do plano firmado pela ex-empregadora.

¹⁷⁶ Nas reuniões do referido grupo técnico, a representação dos consumidores foi feita pela Associação Brasileira de Linforma e Leucemia (ABRALE), pelo Instituto Oncoguia e pela Associação dos Reumáticos de Uberlândia e Região (ARUR).

públicas, em que o envio de contribuições é feito de forma espontânea e, inclusive, por intermédio da Internet, os beneficiários de planos de saúde representam **53% das contribuições**. Os resultados da presente pesquisa quantitativa indicam que, para avaliar a eficácia da participação dos Consumidores na ANS, seria necessário analisar quantas contribuições foram efetivamente acolhidas, a fim de avaliar o real impacto da participação dos Consumidores na produção regulatória da agência (o que será feito no capítulo 6).

Já os Prestadores de Serviço da Área da Saúde possuem relevante representatividade nos instrumentos de participação dentro da ANS que tratam de temas regulatórios que os afetam diretamente, especialmente através dos conselhos profissionais. Nesse sentido, nas duas primeiras audiências públicas que a ANS realizou, que trataram de “Boas Práticas na Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço de saúde (AP 01) e da “Regulamentação da Lei n. 13.003/2014” (AP 02), os Prestadores corresponderam a 33% dos presentes (na AP 01) e a 42% dos presentes (AP 02).

Também nos instrumentos de debate técnico dentro da ANS, como comitês, câmaras técnicas e grupos técnicos, houve representatividade relevante dos prestadores. Assim, por exemplo, no COGEP e no COTAQ, que são comitês que tratam de qualidade setorial, os prestadores representaram 49% e 46% do total dos participantes, respectivamente. Já no COSAÚDE (que, como visto, atualiza o Rol da ANS), os prestadores representaram 30% dos presentes e, no COPISS, que trata de padronização de troca das informações na Saúde Suplementar, os prestadores corresponderam a 33% dos participantes.

Destaque-se, ainda, a participação dos Prestadores da Área da Saúde na câmara técnica que discutiu a regulamentação da Lei n. 13.003/2014, com 34% dos presentes, e na Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC), em que os prestadores representaram 46% dos participantes. Por fim, cumpre destacar a relevante presença dos prestadores nos grupos técnicos, em especial no Grupo Técnico que tratou da regulamentação da Lei n. 13.003/2014, em que 58% eram prestadores, e na Câmara Técnica de Remuneração dos Prestadores, com 50% dos participantes.

Observa-se, assim, que tanto as Operadoras quanto os Prestadores da Área da Saúde possuem organização e capacidade de se fazer representar nos instrumentos de participação que discutiram temas regulatórios de seus interesses, em contraste com a

participação dos beneficiários.

Por fim, além dos atores sociais que são diretamente afetados pela regulação da ANS por participarem da cadeia de fornecimento da saúde suplementar (Operadoras, Consumidores e Prestadores), a pesquisa identificou que os instrumentos de participação da ANS também propiciaram a participação relevante de entidades que foram classificadas como “Outros”, que englobam principalmente empresas de consultoria, associações, escritórios de advocacia e outros prestadores especializados em Saúde Suplementar, o que demonstra a abertura da agência para obter apoio técnico na regulação do mercado.

6 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ANS: ESTUDOS DE CASO

No capítulo 5 da tese foram apresentados os resultados da pesquisa quantitativa, que teve, em suma, dois objetivos. Em primeiro lugar, descrever os instrumentos de participação social que a ANS utiliza para promover a interação dos atores sociais do mercado da saúde suplementar em suas decisões regulatórias. Conforme visto, a ANS possui instrumentos de participação institucionalizados (a CAMSS e os comitês e comissões permanentes), que possuem caráter eminentemente consultivo, bem como instrumentos utilizados pela agência para possibilitar a participação da sociedade especificamente em sua produção normativa (audiências públicas, consultas públicas e as câmaras e grupos técnicos). Estes últimos são convocados de forma específica para debater temas regulatórios selecionados pela Diretoria Colegiada da ANS.

Em segundo lugar, a pesquisa fez um levantamento quantitativo para descrever a dinâmica da participação dos atores sociais nos diversos instrumentos de participação da agência, ou seja, verificar quais entidades participam na ANS, com qual frequência e em quais temas, bem como verificar de que forma o interesse de cada ator social (OPS, Prestadores de Serviço, Consumidores, etc.) tem sido proporcionalmente representado na agência. Conforme as conclusões apresentadas no capítulo 5, as OPS e os Prestadores de Serviço possuem uma representatividade muito mais organizada e mais consistente do que os Consumidores, que se fazem representar de forma mais difusa, menos sistematizada, menos especializada e em temas específicos de interesse dos beneficiários.

Assim, embora o estudo quantitativo tenha possibilitado uma visão geral da participação social na ANS, o alcance das conclusões da referida pesquisa é limitado, posto que não permite avaliações qualitativas sobre a participação social na agência. Em outras palavras, o estudo quantitativo precisa ser completado com uma análise qualitativa que permita colher evidências empíricas sobre a participação social das OPS e dos Consumidores na agência, visando apurar a forma como cada grupo de interesses consegue influenciar as decisões da agência, bem como analisar a maneira como a ANS tem utilizado os diversos instrumentos de participação social para promover o debate e aperfeiçoar a sua produção normativa, o que será feito no presente capítulo.

6.1 Aspectos metodológicos da pesquisa qualitativa

6.1.1 Justificativa e hipótese da pesquisa qualitativa

A análise da influência da participação dos atores da cadeia de fornecimento da saúde suplementar na produção normativa da ANS é um tema de extrema importância para a saúde suplementar. Com efeito, cumpre inicialmente destacar que não são poucos os trabalhos que evidenciam que a ANS é uma agência fortemente influenciada por interesses políticos e econômicos. Nesse sentido, por exemplo, a pesquisa de Marcello Fragano Baird demonstra a forte influência do empresariado nas indicações políticas para as diretorias da agência (BAIRD, 2017); por sua vez, o recente artigo de Mário C. Scheffer, Maria Pastor-Valero, Giuliano Russo e Ildefonso Hernández-Aguado indica a recorrente prática denominada “Porta Giratória” no setor da saúde (mais precisamente na ANS e na ANVISA), concluindo que “quase metade dos ex-diretores da ANVISA e da ANS foram para companhias e setores previamente regulados e supervisionados por elas, o que indica um alto potencial para captura regulatória”.¹⁷⁷

Aliás, sobre a influência dos poderes político e econômico no setor, não se pode perder de vista que o mercado da saúde suplementar é marcado pela dominância crescente de grupos econômicos que possuem forte capacidade de influenciar nas políticas setoriais (SESTELO, 2017). No mesmo sentido, alerta Ocké-Reis que a crescente concentração do mercado de planos de saúde constitui um fator que torna “crível a ameaça de captura da ANS pelos grupos econômicos” (OCKÉ-REIS, 2012, p. 74). Também Trettel (2015) destaca “falhas regulatórias perpetradas pela própria ANS” e o risco de captura da agência por determinados grupos de interesse.

A atuação das OPS perante o Poder Legislativo também tem sido objeto de atenção pela literatura. Além do já mencionado estudo de Baird (2017), também Scheffer e Bahia destacam a proximidade das Operadoras de Planos de Saúde com o poder político, mediante o financiamento de campanhas dos candidatos para os Poderes Legislativo e Executivo (SCHEFFER; BAHIA, 2013).

Ademais, destaca Paulo Ferreira Vilarinho (2010) a estratégia, já mencionada no

¹⁷⁷ Tradução livre de: “Almost half of the ex-directors of ANVISA and ANS went to companies and sectors previously regulated and supervised by them, which indicates a high potential for regulatory capture” (SCHEFFER et al., 2020, p. 3)

capítulo 2, de coletivização do mercado de planos de saúde, como forma de escapar à regulamentação estabelecida pela Lei n. 9.656/1998. Soma-se a isso o fato de a ANS, historicamente, se omitir quanto à regulamentação de questões fundamentais dos contratos coletivos, especialmente no controle de reajustes e na vedação de rescisão imotivada (ROBBA, 2017).

A possibilidade de captura do órgão regulador pelos grupos de interesse é destacada por Marcos Pó como uma das maiores contribuições da teoria econômica da regulação (PÓ, 2009, p. 64). Trata-se, aliás, de tema que deve ser compreendido de forma conjunta com o ceticismo quanto à possibilidade de consecução do interesse público através da regulação, já tratado no capítulo 1. Ora, a Teoria da Captura compreende o regulador não como uma instituição técnica e imparcial, mas sim de forma inserida no jogo político e, portanto, inexoravelmente sujeita à influência de grupos de interesse. No Brasil esse fenômeno é particularmente complexo, uma vez que, historicamente, o acesso à burocracia estatal encarregada de exercer o poder regulatório é feito por “canais pouco públicos e pouco institucionalizados democraticamente, apenas determinados atores têm acesso ao jogo de barganha político que está na base da ação regulatória do Estado” (MATTOS, 2004, p. 2).

O modelo de agências reguladoras que se estabeleceu com a Reforma do Estado na década de 1990 visou justamente superar os déficits de legitimidade democrática que caracterizavam a efetivação das políticas públicas no Estado brasileiro. Nesse sentido, destaca Mattos:

[...] é possível afirmar que as agências reguladoras se transformaram em um novo locus de circulação de poder político, redefinindo as relações internas ao Poder Executivo na regulação de setores da economia brasileira e as condições de barganha política entre este Poder e o Poder Legislativo. Ao mesmo tempo, as agências teriam o potencial de serem assumidas como uma nova arena política de participação de atores da sociedade civil na elaboração de políticas públicas. (MATTOS, 2004, p. 03)

Por esse motivo, o tema da participação social nas agências reguladoras é de extrema importância, pois está inserido em um contexto em que se pretende revigorar a importância da influência da sociedade civil na regulação. Com efeito, a doutrina descreve que o aprofundamento das práticas democráticas nas decisões regulatórias constitui um **novo modelo de governança** (LOBEL, 2004), bem como condição

fundamental para a legitimidade das normas regulamentares.

Nesse sentido, cumpre destacar que o estudo quantitativo realizado no capítulo 5 demonstrou que, de fato, a ANS possui diversos instrumentos que permitem a participação da sociedade em diversas instâncias de sua atividade regulatória, inclusive na sua produção normativa. Referida pesquisa, todavia, demonstrou que as OPS participam da regulação da ANS de forma muito consistente e organizada, principalmente através de suas entidades representativas. A pesquisa qualitativa ora proposta parte da hipótese de que, considerando que as OPS possuem uma agenda de interesses bem definida para a regulação do mercado (conforme visto no capítulo 3), a maior capacidade de se fazer representar e participar nos instrumentos técnicos que a agência disponibiliza lhe confere a possibilidade de influenciar as decisões da agência e transformar os seus interesses econômicos em normas regulamentares.

Em contrapartida, a pesquisa desenvolvida no capítulo 5 demonstrou que os Consumidores se fazem representar na agência de forma difusa, através de entidades que não possuem, necessariamente, uma agenda coesa de interesses e, ainda, que os Consumidores pouco participam dos instrumentos de participação social destinados à análise técnica da regulação da ANS. Nesse sentido, a pesquisa também trabalha com a hipótese de que, comparativamente às OPS, os Consumidores possuem baixa capacidade de influenciar nas decisões regulatórias da ANS.

Nesse contexto, a pesquisa trabalha com a hipótese de que as OPS possuem maior capacidade de influenciar as decisões regulatórias da ANS, capacidade esta que contrasta com a existência de obstáculos para a participação dos Consumidores. Assim, embora a ANS tenha se tornado um importante fórum de participação dos atores sociais da saúde suplementar, a desigualdade quantitativa e qualitativa existente na participação de OPS e Consumidores acaba minando o potencial legitimador da participação social, o que contribui tanto para a conflituosidade quanto para a judicialização e consequente instabilidade normativa do setor.

6.1.2 Objetivo geral e objetivos específicos do estudo qualitativo

Cumpre inicialmente destacar que, em razão da complexidade dos grupos de interesse que participam do setor da Saúde Suplementar, o estudo qualitativo se limita à análise da participação de dois grupos específicos, a saber, as Operadoras de Planos de

Saúde e os Consumidores. Seguindo essa premissa, a pesquisa tem como objetivo geral avaliar, em primeiro lugar, a participação de Operadoras e Consumidores nos debates regulatórios promovidos pelos instrumentos de participação da agência e, em segundo lugar, avaliar a forma como os temas regulatórios relevantes para o setor têm sido debatidos dentro da ANS.

Especificamente, o estudo tem por objetivos:

- 1) Descrever as questões regulatórias que foram debatidas nos instrumentos de participação social, com a finalidade de identificar o conflito de agendas entre Operadoras e Consumidores existente em cada uma das questões. Para tanto, foram selecionados temas em que há, especificamente, divergência entre Operadoras e Consumidores, notadamente aqueles que envolvem a regulação de questões que afetam diretamente a relação contratual, como, por exemplo, questões de natureza assistencial, reajustes e a aplicação de Mecanismos Financeiros de Regulação.
- 2) Compreender, através da análise das atas e relatórios das reuniões, a atuação das OPS e dos Consumidores nos instrumentos de participação social, visando: (i) descrever o percurso dos temas nos instrumentos de participação social da ANS até a decisão final da Diretoria Colegiada; (ii) analisar a presença de Operadoras e Consumidores nos debates, bem como as manifestações realizadas em cada instrumento de participação social; (iii) identificar os argumentos utilizados por Operadoras e por Consumidores, bem como as contribuições apresentadas nas consultas pública; e (iv) analisar a influência das Operadoras e dos Consumidores nas decisões que foram tomadas pela ANS relativamente a cada um dos temas.
- 3) Confrontar a decisão tomada pela ANS com os interesses defendidos por Operadoras e por Consumidores, visando identificar qual grupo de interesse conseguiu transformar a sua agenda em decisão regulatória da agência.

6.1.3 Considerações metodológicas

6.1.3.1 Método utilizado: estudo de casos múltiplos

Compreender a forma como a participação social influencia nas decisões regulatórias da ANS é uma questão complexa, por vários fatores. Em primeiro lugar, pela variedade de entidades e partes interessadas na regulação da agência, que variam desde agentes regulados, prestadores de serviço, consumidores, até terceiros que não fazem parte diretamente da cadeia de fornecimento da saúde suplementar, mas que possuem interesse — dos mais diversos — na regulação da agência.

Além da variedade de *stakeholders*, também se faz necessário considerar a variedade de instrumentos de participação que a agência possui (conforme visto no capítulo 5, há pelo menos cinco utilizados com frequência), sendo que a participação ocorre de forma distinta em cada um desses instrumentos e, ainda, que as finalidades de cada instrumento também são distintas.

Ademais, outro fator que torna o tema ainda mais complexo é a variedade de questões regulatórias que a ANS normatizou em seus mais de vinte anos, sendo certo que a grande maioria dos temas relevantes para a regulação do setor passaram pelos instrumentos de participação social.

Nesse sentido, o método eleito para o estudo qualitativo foi o estudo de casos, que se destina justamente ao enfrentamento de “fenômenos sociais complexos”, uma vez que permite que os investigadores “retenham uma perspectiva holística e do mundo real” (YIN, 2015, p. 2). A opção pelo método do estudo de casos tem o objetivo de permitir a compreensão contextualizada da participação social na ANS e, também, uma reflexão crítica sobre o tema a partir dos conceitos e categorias desenvolvidos nos capítulos precedentes.

Com efeito, necessário se faz destacar que os agentes regulados — no caso, as Operadoras de Planos de Saúde —, bem como os Consumidores (beneficiários de planos de saúde), devem ser compreendidos como “grupos de interesse”,¹⁷⁸ de modo que é

¹⁷⁸ Conforme já mencionado na metodologia da pesquisa quantitativa realizada nos instrumentos de participação social da ANS, os grupos de interesse foram concentrados em 05 (cinco) categorias analíticas, as saber, Operadoras, Consumidores, Prestadores, Outros e Servidores da ANS/Estado. Não se ignora, no entanto, que, em razão da complexidade das relações jurídicas e econômicas existentes entre os diversos atores que compõem a Cadeia da Saúde Suplementar, pode haver divergências de interesses entre atores

função da ANS, enquanto regulador, funcionar como “centro regulador” da disputa de interesses existentes entre essas entidades (PÓ, 2011, p. 20).

Nesse sentido, o método do estudo de casos permitirá a identificação do conflito de agendas existente entre Operadoras e Consumidores (já mencionado na parte final do capítulo 3), que está no âmago da instabilidade regulatória e da judicialização do setor (mencionadas no capítulo 4 da tese). Ademais, a identificação das controvérsias existentes entre Operadoras e Consumidores será feita à luz dos objetivos econômicos e sociais da regulação da saúde suplementar. Conforme exposto nos capítulos 1 e 2, o interesse público em saúde suplementar é construído justamente através da “sinergia” (PÓ, 2011) existente entre as regulações econômica e social e é resultado de um processo que deve ser construído **democraticamente**, com a participação dos *stakeholders* na regulação da agência.

O método do estudo de caso permite, ainda, o **aprofundamento do estudo empírico** realizado no capítulo 5, posto que, com a análise específica da participação das Operadoras e Consumidores em cada um dos casos selecionados, é possível avançar nos indícios que os estudo quantitativo forneceu, a saber, que existem obstáculos que os Consumidores enfrentam na participação social na agência, bem como que as OPS possuem maior capacidade de influenciar nas decisões regulatórias da ANS.

6.1.3.2 Justificativa dos casos selecionados para a pesquisa qualitativa

O método do estudo de casos será utilizado para colher informações e evidências sobre a participação social na ANS. Em razão da complexidade do tema, bem como da multiplicidade tanto de temas regulatórios quanto de instrumentos de participação utilizados pela ANS, o estudo utilizará a metodologia do **estudo de casos múltiplos**.

De acordo com a lição de Robert Yin, o estudo de caso consiste na escolha de um “fenômeno contemporâneo (o “caso”) em profundidade e em seu contexto com o mundo

que foram incluídos dentro de uma mesma categoria, ou até mesmo confusão de atores que poderiam estar em mais de uma categoria. Por exemplo, dentro da categoria analítica “Operadoras”, pode haver assuntos em que seguradoras e cooperativas médicas tenham opiniões divergentes (ou até mesmo contrapostas), da mesma forma que dentro da categoria “Prestadores” pode haver divergência entre hospitais e médicos. Ademais, ante o fenômeno da verticalização da saúde suplementar, em que OPS possuem a própria rede médico-hospitalar, pode haver confusão dos interesses entre OPS e alguns prestadores. A complexidade das relações existentes representa, portanto, um **limite** ao estudo qualitativo que foi aqui realizado, mas que não inviabiliza, nem invalida as conclusões da pesquisa, cujo objetivo foi analisar, em linhas gerais, os contrastes existentes na participação de OPS e Consumidores.

real [...]”. (YIN, 2015, p. 15). Em razão da complexidade do tema, da variedade de instrumentos de participação social utilizados pela ANS, bem como da diversidade de contextos e finalidades com que esses instrumentos são utilizados, a presente pesquisa precisou se valer de casos múltiplos, tendo sido analisado profundamente o processo de formação da decisão da agência em sete casos regulatórios relevantes, a partir dos quais foi possível fazer o cruzamento das conclusões de cada caso (“*cross-case*”¹⁷⁹) e extrair o que Robert Yin denomina da “generalizações analíticas”,¹⁸⁰ ou seja, conclusões que podem ser aplicadas para situações que extrapolam os casos analisados.

A metodologia de estudo de casos múltiplos é indicada para a presente pesquisa pois, conforme visto, a participação social varia de acordo com inúmeros fatores, tais como a natureza do tema regulatório em debate, o instrumento de participação utilizado pela agência, a repercussão do tema que a ANS está regulando, entre outros fatores. Nesse sentido, ao passo que nas questões de **regulação econômico-financeira** a participação dos Consumidores é praticamente irrelevante, nas questões de **regulação assistencial**, bem como na **regulação de reajustes**, a presença dos Consumidores, ainda que minoritária, foi relevante.¹⁸¹

Com efeito, o crescimento da participação dos Consumidores em temas como a regulação assistencial e a regulação de reajustes se deve, em primeiro lugar, pelo fato de essas questões afetarem diretamente os direitos e obrigações do contrato de prestação de serviços de assistência médica e, em segundo lugar, pela existência de diferentes agendas de interesses de Operadoras e Consumidores na regulação dessas questões, que são, sem

¹⁷⁹ Conforme explica Yin, “cada estudo de caso individual consiste em um estudo ‘completo’, no qual a evidência convergente é procurada em relação aos fatos e às conclusões do caso; as conclusões de cada caso são, então, consideradas a informação que precisa ser replicada por outros casos individuais” (YIN, 2015, p. 61).

¹⁸⁰ Nas palavras de Yin, “uma generalização analítica consiste em uma cuidadosa declaração, teoria ou proposição teórica. A generalização pode tomar a forma de uma lição aprendida, uma hipótese de trabalho ou outro princípio que se acredite a outras situações (não apenas outros ‘casos similares’). Assim, a generalização analítica preferencial é colocada em um nível conceitual superior ao do caso específico (aparentemente, esse nível mais alto era necessário para justificar a importância do estudo do caso escolhido em primeiro lugar)” (YIN, 2015, p. 70).

¹⁸¹ Outro exemplo que se pode mencionar é a Audiência Pública n. 10, em que se debateu a alteração de metodologia de cálculo dos reajustes dos planos individuais, na qual as entidades de defesa dos consumidores representaram 9% dos presentes e que contou com a participação do IDEC, do Instituto de Defesa Coletiva, do Ministério Público do Rio de Janeiro, do Procon e do Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do Rio de Janeiro, do Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor (BRASILCON) e de consumidores pessoas físicas. Outro exemplo que pode ser citado é o envio de contribuições pelos consumidores nas consultas públicas de atualização do Rol da ANS (CP 31, 40, 53, 59 e 61), nas quais os consumidores enviaram quase 18 mil contribuições, o que representa 56% das contribuições enviadas naquelas consultas públicas.

dúvida, as questões mais polêmicas e controversas do setor.

Sendo assim, os dois primeiros critérios para a seleção de casos para o estudo qualitativo foi justamente a eleição de casos em que os Consumidores compareceram de forma significativa nos instrumentos de participação, bem como a existência de agenda de interesses conflitantes entre Operadoras e Consumidores nas questões regulatórias debatidas.

Procurou-se, ainda, selecionar questões regulatórias que são socialmente relevantes, atuais e que sejam dotadas de conflituosidade. Nesse sentido, como critério para a relevância social das questões, levou-se em consideração normas que foram publicadas pela ANS nos últimos dez anos e que geraram controvérsia perante órgãos externos à ANS, tais como o Poder Legislativo, o Ministério da Saúde, o Poder Judiciário ou o Tribunal de Contas da União.

Considerando os critérios acima descritos, os casos selecionados para análise qualitativa foram os seguintes:

1) Questões de regulação assistencial:

- i) Atualização do Rol da ANS 2018 (RN n. 428/2017);
- ii) Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998 (RN n. 279/2011); e
- iii) Cobertura de exame para coronavírus (RN n. 453/2020);

2) Regulação de reajustes/estrutura dos produtos:

- i) Regulação de nova metodologia de reajustes anuais para planos individuais (RN n. 441/2018);
- ii) Debate sobre a possibilidade de venda de Planos Acessíveis; e
- iii) Regulação dos Mecanismos Financeiros de Regulação: franquia e coparticipação (RN n. 433/2018);

3) Macrorregulação: Formação do Tema Regulatório n. 12 da Agenda Regulatória 2019-2021

6.1.3.3 Material consultado e método utilizado para a coleta de dados

Cada um dos casos selecionados para o estudo qualitativo passou por pelo menos um instrumento de participação social e, ainda, foi objeto de deliberação pela Diretoria Colegiada da ANS. Nesse sentido, os dados referentes a cada um dos casos foram coletados a partir da análise dos documentos produzidos pelos instrumentos de participação social, em especial a atas das reuniões, os relatórios de audiências e consultas públicas, os relatórios da análise de impacto regulatório, além dos slides das apresentações e contribuições escritas enviadas pelas entidades que participaram dos debates promovidos pela ANS. Cada documento consultado na pesquisa está relacionado no **Apêndice** da tese.

Seguindo a lição de Robert Yin, a análise dos casos múltiplos seguiu uma “lógica de replicação” da metodologia utilizada para a extração dos dados empíricos de cada caso, como se os casos fossem “experimentos múltiplos” sobre a participação social na agência (YIN, 2015, p. 58).

Assim, a coleta dos dados foi realizada com metodologia semelhante à utilizada na pesquisa qualitativa realizada no capítulo 5, a saber, pela aplicação de um questionário para construir a narrativa de cada um dos casos que foram analisados. As perguntas que serviram de norte para a pesquisa qualitativa estão representadas no quadro 10:

QUESTIONÁRIO APLICADO NA ELABORAÇÃO DOS ESTUDOS DE CASO

1. Indicar o tema regulatório e a resolução normativa que foi criada (exemplo de resposta: atualização do Rol da ANS em 2018; RN n. 428/2017)
2. Indicar, em ordem cronológica, os instrumentos de participação social que a ANS utilizou para debater o tema
3. Havia regulamentação prévia sobre o tema? Em caso positivo, indicar a norma que foi revogada/alterada
4. Descrever as justificativas utilizadas pela ANS para regular/alterar a matéria
5. Quais as entidades que representaram as Operadoras nos debates dentro da ANS? (Na resposta, considerar todos os instrumentos de participação)
6. Quais as entidades que representaram os Consumidores nos debates dentro da ANS? (Na resposta, considerar todos os instrumentos de participação)
7. Descrever a controvérsia existente entre Operadoras e Consumidores na regulamentação da questão
8. Houve consulta pública? Indicar as alterações promovidas na norma em razão da CP
9. A decisão da ANS refletiu a agenda de interesses das Operadoras? (exemplo de resposta: sim; não; parcialmente; não é possível afirmar). Justificar a resposta
10. Houve relatório de análise de impacto regulatório? Em caso negativo, a ANS explicitou em sua decisão as razões para o acolhimento dos argumentos apresentados nos instrumentos de participação?

Quadro 10 - Questionário aplicado na elaboração dos estudos de caso

Fonte: Elaboração própria

6.2 Apresentação dos resultados: síntese dos casos analisados

6.2.1 Regulação assistencial

6.2.1.1 Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998 (CASO 01)

6.2.1.1.1 Contextualização do problema regulatório

Conforme foi exposto no capítulo 3 da tese, o plano de saúde é, historicamente,

um benefício vinculado ao contrato de trabalho. Conforme dados divulgados pela ANS, dos quase 47 milhões de beneficiários de planos de saúde no Brasil, 67% (31,5 milhões) estão em planos coletivos empresariais (ANS, 2020j), que são aqueles nos quais uma pessoa jurídica realiza a contratação de um plano privado de assistência médica diretamente com uma operadora de plano de saúde em benefício de uma população a ela vinculada, seja por vínculo empregatício ou estatutário (BRASIL, ANS, RN n. 195/2009, art. 5º).

Visando proteger os indivíduos que são beneficiários de planos de saúde em razão de vínculo empregatício, a Lei dos Planos de Saúde regulamentou, em dois artigos, as condições para que os empregados que são demitidos ou que se aposentam possam continuar como beneficiários do plano de saúde de sua ex-empregadora, por prazo determinado (no caso dos demitidos) ou indeterminado (para os aposentados).

Em apertada síntese, as regras para que demitidos e aposentados possam gozar do benefício estão previstas nos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998, e são as seguintes: (i) os consumidores que gozarem de plano de saúde em razão de vínculo empregatício e forem exonerados sem justa causa podem permanecer como beneficiários do plano de saúde de sua ex-empregadora, nas mesmas condições de cobertura assistencial da época da vigência do contrato de trabalho, pelo período correspondente a um terço da permanência no produto, garantido o mínimo de 6 (seis) meses e o máximo de 02 (dois) anos, desde que tenham contribuído para o seu custeio e assumam o pagamento integral das mensalidades; (ii) para os aposentados, o benefício legal consiste na permanência por prazo indeterminado como beneficiário do plano de saúde da sua ex-empregadora, nas mesmas condições de cobertura assistencial de outrora, desde que tenham contribuído para o seu custeio pelo período mínimo de 10 (dez) anos e que, a partir do desligamento da empresa, assumam o pagamento integral da mensalidade.

Sob o ponto de vista jurídico, a interpretação dos benefícios previstos nos artigos 30 e 31 da Lei dos Planos de Saúde é problemática, tendo em vista, em primeiro lugar, a existência de diversos requisitos para a aquisição e exercício desses direitos e, em segundo lugar, em razão da indeterminação de diversos conceitos utilizados no texto normativo (por exemplo, “contribuição”, “mesmas condições de cobertura assistencial”). Ademais, não se pode perder de vista a complexidade inerente à relação jurídica estabelecida nos planos empresariais, tendo em vista que a relação contratual se estabelece, num primeiro momento, entre a empresa estipulante da contratação e a

operadora de plano de saúde, mas cujos beneficiários (destinatários finais do serviço) serão os sócios e os empregados da pessoa jurídica contratante.

Outro fator que adiciona ainda mais complexidade à questão é que a ANS, no papel de agente regulador do mercado da saúde suplementar, possui competência para regular apenas a atividade das OPS e dos beneficiários; todavia, os artigos 30 e 31 da Lei dos Planos de Saúde preveem benefícios relacionados ao contrato de trabalho, de modo que a sua concretização tem a participação fundamental das empresas empregadoras, que não são, em tese, regulamentadas pela ANS.

Cumpra ainda destacar que a questão foi inicialmente regulamentada pelas Resoluções n. 20 e 21 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), que datam de 1999, antes mesmo da criação da ANS. Em razão das críticas que o mercado direcionou ao regramento estabelecido pelo CONSU, a ANS, em 2010, colocou em pauta a revisão da regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei dos Planos de Saúde, com a criação de uma Câmara Técnica específica para tanto.

6.2.1.1.2 Câmara Técnica de Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998

O primeiro instrumento de participação social utilizado pela ANS para debater a revisão da regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998 foi a câmara técnica, cujas reuniões ocorreram entre 08 de julho de 2010 e 05 de outubro de 2010. Conforme consta na Ata da 1ª Reunião da Câmara, a percepção da agência era a de que a regulação do tema era nebulosa e que as garantias previstas na lei, nas palavras da Dra. Carla Soares — presidente da Câmara Técnica —, “não foram bem delimitadas, explicitadas” (ANS, 2010e, p. 2).

Da mesma Ata da 1ª Reunião também é possível extrair as questões regulatórias que deveriam ser tratadas pela nova regulação. Em síntese, as discussões da Câmara Técnica giraram em torno de onze questões, a saber: (i) Esclarecimento da expressão “Contribuição”; (ii) Esclarecimento da expressão “mesmas condições assistenciais”; (iii) Aplicabilidade do benefício aos contratos anteriores à Lei n. 9.656/1998; (iv) Separação de planos de ativos e inativos; (v) Condição do aposentado que continua trabalhando na mesma empresa; (vi) Contagem do tempo de contribuição em caso de mudança de operadora; (vii) Pagamento de mensalidade em plano pós-estabelecido; (viii) Contratação

de plano de inativos para autogestões; (ix) Esclarecimento da expressão “novo emprego”; (x) Comunicação ao beneficiário; e (xi) Portabilidade (ANS, 2010e).

A Câmara Técnica foi composta por Operadoras de Planos de Saúde (Bradesco Saúde, São Francisco Saúde, SulAmérica e Caixa de Previdência e Assistência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde – CAPESESP), por representantes de Operadoras de Planos de Saúde (Unimed do Brasil, CMB, Abramge, Unidas, FenaSaúde, Uniodontó e Sinog), por entidades de defesa dos consumidores (Fundação Procon-SP e Associação Brasileira de Defesa do Consumidor – Proteste), por representantes dos setores da indústria (CNI) e do comércio (CNC), representantes dos trabalhadores (Nova Central Sindical dos Trabalhadores, União Geral dos Trabalhadores e Central Única dos Trabalhadores), por um integrante de um escritório de advocacia (Pinheiro Neto Advogados) e por servidores da ANS.

Com base na lista de questionamentos acima mencionada, foi aberta a possibilidade de as entidades que participaram da Câmara Técnica ofertarem contribuições por escrito sobre cada uma das questões regulatórias, as quais foram expostas na segunda reunião do grupo. A terceira e quarta reuniões da Câmara Técnica se destinaram aos debates sobre as contribuições que cada entidade ofertou sobre as onze questões formuladas pela ANS.

A RN n. 279/2011 teve um impacto bastante significativo nos direitos dos consumidores que são beneficiários de planos de saúde em razão de vínculo empregatício. Com efeito, não se pode perder de vista que a aprovação da referida RN ocorreu durante a gestão de Maurício Ceschin,¹⁸² que foi o primeiro Diretor-Presidente da ANS sem ligação partidária e que possuía ligação com o mercado, posto que trabalhou no Hospital Sírio Libanês e, também, foi presidente da Qualicorp (BAIRD, 2017, p. 190).

A relevância social da questão ficou evidenciada, ainda, pelo fato de os benefícios dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998 constituírem uma das questões mais judicializadas no âmbito da saúde suplementar. Dentre as diversas questões que chegaram ao Poder Judiciários, podem-se destacar quatro questões mais relevantes: (i) a definição

¹⁸² Durante a gestão de Ceschin, a ANS teve grande produção normativa, sendo certo que entre 2010 e 2012 foram produzidas 108 das 455 RNs que a agência já promulgou (ou seja, 23% do total). Entre os diversos atos normativos importante desse período, a RN n. 279/2011 foi bastante polêmica, posto que legitimou a separação de carteiras entre os aposentados e os funcionários da ativa, o que permitiu a aplicação de reajustes diferenciados à carteira de aposentados (BAIRD, 2017, p. 202-203). Os efeitos nefastos da RN n. 279/2011 para os aposentados também são destacados por Dias Filho (2016), que pondera que a norma constitui verdadeira seleção de riscos em nome de uma sustentabilidade do setor.

da expressão “contribuição”, para fins de aquisição dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998; (ii) a interpretação da expressão “mesmas condições” e as suas consequências para a definição da cobertura e preço do plano dos inativos; (iii) a própria possibilidade de separação das carteiras dos planos dos ativos e inativos; e (iv) a possibilidade (ou não) de forma de pagamento diferenciada entre esses dois grupos.

A partir da análise dos debates ocorridos nos instrumentos de participação social, a pesquisa procurou compreender o conflito de agendas existente entre as Operadoras e os Consumidores sobre esse tema, bem como verificar de que forma ocorreu a participação desses atores nas discussões e qual agenda foi efetivamente implementada pela RN n. 279/2011.

Em primeiro lugar, as reuniões da Câmara Técnica de Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998 deixaram bem clara a existência de uma contraposição de interesses entre Operadoras e Consumidores na regulamentação da questão. A partir da análise da ata da 2ª Reunião da Câmara, foi elaborado o quadro 11, que sintetiza a posição de Operadoras e Consumidores sobre as onze questões que foram colocadas em debate pela ANS:

CT ART. 30 E 31: OPERADORAS X CONSUMIDORES		
Questão	Argumentos das Operadoras	Argumento dos Consumidores
1. Expressão “contribuição”	Deve ser compreendida como valor mensal e contínuo pago pelo consumidor para custear parte ou a integralidade do valor. Não devem ser compreendidos como contribuição a coparticipação e qualquer pagamento de diferença feito pelo beneficiário para ter melhor cobertura.	Questão deve ser definida em dissídio coletivo, não cabendo à ANS regulamentar a questão.
2. Expressão “mesmas condições assistenciais”	Deve ser garantida a mesma segmentação do plano dos ativos. Não devem ser garantidos outros fatores, como acomodação, rede, fator de moderação, preço (deve ser privilegiada a liberdade de contratar) (posição da Unimed Brasil e Uniodonto). FenaSaúde e Abrange entendem que a expressão deve abarcar “mesmos procedimentos, mesmo serviço e mesma rede”.	Interpretação deve ser ampla, de modo a não permitir qualquer tipo de restrição que não está imposta pela Lei n. 9.656/1998.
3. Aplicação dos benefícios aos planos anteriores à Lei n. 9.656/1998	Direitos do art. 30 e 31 devem ser aplicados somente aos contratos novos e aos adaptados.	Contrato é de trato sucessivo, logo o direito dos arts. 30 e 31 se aplica aos contratos antigos.

CT ART. 30 E 31: OPERADORAS X CONSUMIDORES		
Questão	Argumentos das Operadoras	Argumento dos Consumidores
4. Separação de planos entre ativos e inativos	Deve ser permitida a distinção entre ativos e inativos. Lei não obriga a manutenção de preços; plano de inativos tem base atuarial distinta.	Não deve ser permitida a separação de planos de ativos e inativos e deve ser garantido aos inativos as mesmas condições de existentes na vigência do contrato de trabalho (reajuste, preço, fator moderador, etc.).
5. Aposentado que continua trabalhando na mesma empresa	Unimed do Brasil defendeu que o aposentado deveria ser tratado como “demitido”. Abramge e Unidas sustentaram posição diversa (que deveria ser garantido o art. 31).	Deve ser garantido o direito do art. 31, pois é irrelevante o fato de ele continuar trabalhando ou não.
6. Mudança de Operadora	Devem ser somados os períodos de contribuição.	Devem ser somados os períodos de contribuição.
7. Pagamento de mensalidade em plano pós-estabelecido	Destacou-se a dificuldade de estabelecer um valor de contraprestação e houve divergência nas soluções. Unimed do Brasil apenas opinou que é inviável manter o aposentado no rateio e contratar plano de pré-pagamento para aposentados. Uniodonto defendeu a impossibilidade de garantir o art. 30 e 31 para esse tipo de contratação. Abramge sustentou que deveriam ser cobrados os valores despendidos das ex-empregadores, que posteriormente acertariam o valor de reembolso. FenaSaúde defendeu a manutenção considerando o valor por “faixa etária”.	Procon não opinou e solicitou esclarecimento da ANS.
8. Contratação de plano de inativos para autogestões	Não opinaram.	Reforçaram a posição de que a Lei n. 9.656/1998 não permite a distinção e que essa modalidade acentuaria a vulnerabilidade dos consumidores.
9. Expressão “novo emprego”	Deve ser compreendida como qualquer atividade remunerada, e não apenas os empregos CLT.	Não opinaram.
10. Comunicação ao beneficiário	Responsabilidade de comunicação deve ser do empregador.	Responsabilidade de comunicação deve ser da operadora, contagem do prazo somente da ciência pelo consumidor.
11. Portabilidade	Não deve ser permitida portabilidade para inativos (exceto Unidas, que defendeu a portabilidade).	Deve ser garantia e de forma ampla.

Quadro 11 - Posição das Operadoras e Consumidores sobre os temas debatidos na Câmara Técnica de Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Ata da 2ª Reunião da Câmara Técnica de Regulação dos artigos 30 e 31 (ANS, 2010f)

O quadro 11 demonstra que houve consenso entre Operadoras e Consumidores apenas na questão 6 (“Mudança de Operadora”), de modo que nos demais temas os interesses eram conflitivos. Entre os onze temas, a questão mais polêmica é, sem dúvida,

a discussão sobre a separação de carteiras entre funcionários ativos e inativos.¹⁸³

Uma vez evidenciada a contraposição de interesses e de valores para a nova regulação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998, a pesquisa analisou, com base nas informações das atas das reuniões da Câmara Técnica, a dinâmica da participação das entidades nas reuniões, uma vez que é a partir desses debates que a ANS colhe os subsídios para a elaboração da norma.

Cumpré destacar que na 1ª Reunião da Câmara Técnica a ANS apresentou as onze questões que seriam objeto de discussão, de modo que, para a 2ª Reunião (realizada aproximadamente um mês após a 1ª), todas as entidades puderam apresentar o seu posicionamento sobre cada uma das questões propostas pela agência. Nesse sentido, a 2ª Reunião foi aberta com uma apresentação da Coordenadora da Câmara Técnica, Sra. Cristiane Arruda, que sintetizou as principais contribuições recebidas pela ANS (ANS, Câmara Técnica de Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998, 2010b, p. 2-7).

A partir da leitura das atas das reuniões, é possível observar que, após a apresentação das contribuições de cada entidade no início da 2ª Reunião, os debates foram centralizados nas Operadoras, nos Servidores da ANS, nas entidades representativas de empregadores (especialmente CNC) e no escritório de advocacia que participou da Câmara Técnica. Observou-se, ainda, que as entidades de defesa do consumidor fizeram poucas intervenções e não se engajaram, efetivamente, nas discussões travadas na Câmara Técnica.

O gráfico abaixo, elaborado com base nas atas das reuniões da Câmara Técnica de Regulação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998, demonstra que as Operadoras fizeram 55 (cinquenta e cinco) intervenções nas reuniões, ao passo que as entidades de defesa do consumidor (Procon e Proteste) se manifestaram apenas 04 (quatro) vezes.

¹⁸³ Com efeito, considerando que tanto o artigo 30 quanto o 31 da Lei n. 9.656/1998 fazem menção à necessidade de que o empregado contribua para o custeio do plano para ter o direito de permanência no plano, definir o que significa “contribuição” é uma questão estratégica pois constitui pressuposto para a aplicabilidade do benefício. Já a separação de carteira entre ativos e inativos constitui questão relevante tanto para as operadoras quanto para os empregadores, pois possibilita a existência de base atuarial e valores diferenciados para os funcionários ativos e inativos.

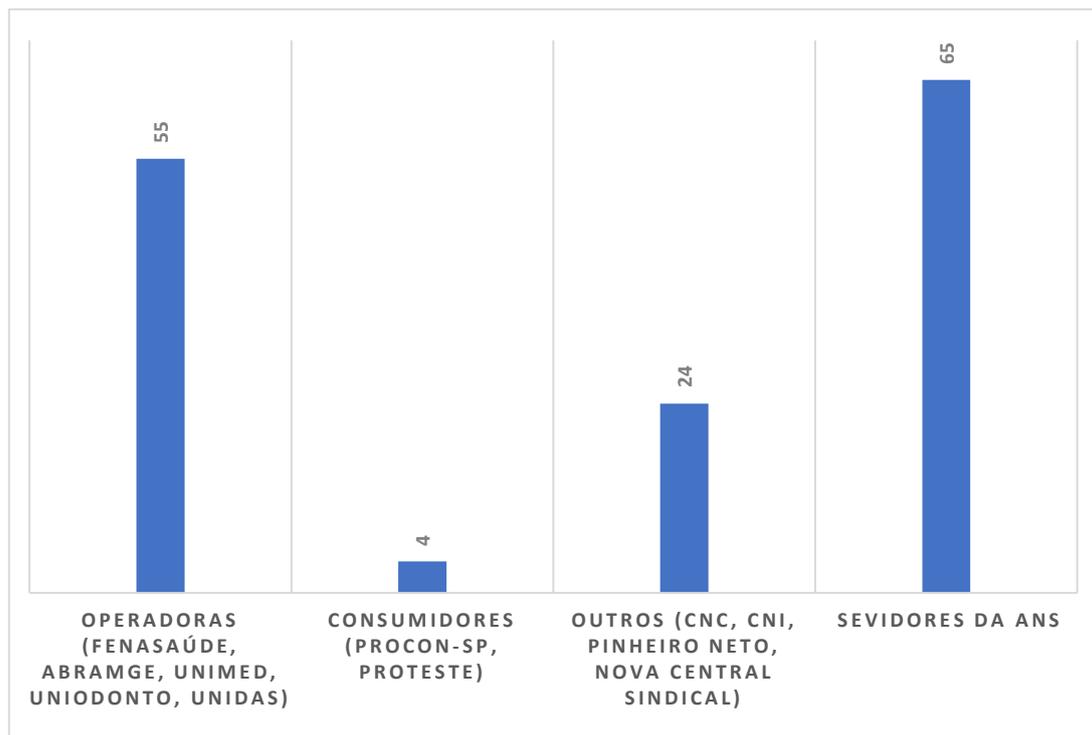


Gráfico 21 - Quantidade de manifestações das entidades na Câmara Técnica de Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998

Fonte: Elaboração própria a partir da análise das atas da Câmara Técnica (ANS, 2010e, 2010f, 2010g e 2010h)

Assim, comparativamente às demais entidades, as entidades de defesa do consumidor se manifestaram muito pouco nos debates, o que é mais um indício de um problema de representação dos Consumidores nos instrumentos de participação social da agência.

Aliás, cumpre destacar que, sobre o tema da separação de carteira entre ativos e inativos — que, como visto, era uma das questões mais polêmicas, com uma divergência clara entre OPS e Consumidores —, a pesquisa não encontrou um debate efetivo sobre o tema na Câmara Técnica. Muito embora tenha sido consignada a existência de divergência entre as posições adotadas pelo Procon-SP e as Operadoras, bem como tenha sido colocada a preocupação com a “sustentabilidade” dos contratos, não houve na Câmara Técnica a discussão sobre a legalidade dessa separação de carteiras, nem mesmo a apresentação de estudos que demonstrassem a inviabilidade de se manter ativos e inativos na mesma carteira.

Ademais, conforme se extrai da ata da 4ª Reunião da Câmara Técnica, os debates tomaram como premissa a possibilidade de separação de ativos e inativos em carteiras distintas. Debate efetivo houve sobre a forma como essa distinção seria operacionalizada,

mas não sobre a divergência apresentada pelo Procon-SP.

Outro ponto que merece destaque é que as quatro intervenções feitas pelas entidades de defesa do consumidor durante a Câmara Técnica ocorreram nas duas primeiras reuniões, sendo duas na 1ª Reunião e duas na 2ª Reunião. Isso significa que na 3ª Reunião e na 4ª Reunião, que foram aquelas em que ocorreram debates mais substantivos e nas quais a proposta de resolução já estava mais madura, não houve qualquer intervenção dos Consumidores.

A análise das atas das reuniões da Câmara Técnica demonstra a dificuldade que os Consumidores têm de se posicionarem como um interlocutor relevante nos debates regulatórios dentro da ANS, tendo em vista a baixa representatividade dentro da Câmara Técnica, as poucas intervenções das entidades nos debates e a ausência de debate efetivo sobre as divergências apresentadas pelos Consumidores nas discussões travadas no grupo técnico.

A RN n. 279/2011, antes de ser publicada, ainda foi submetida a consulta pública.

6.2.1.1.3 Consulta Pública n. 41

Após a realização da Câmara Técnica, a ANS submeteu a minuta de resolução normativa a consulta pública. Com efeito, a Consulta Pública n. 41 ficou aberta para o envio de contribuições entre os dias 19 de abril de 2011 e 02 de junho de 2011 e, de acordo com o Relatório da Consulta Pública, recebeu 1.870 (mil, oitocentas e setenta) contribuições, das quais 52% foram enviadas por Operadoras e Entidades Representativas de Operadoras, 31% por Entidades Representativas de Consumidores, 1% por Prestadores de Serviço da Área da Saúde e 16% por Outras entidades (Consultorias, Escritórios de Advocacia, Representantes de Empregadores, Corretores, etc.).

O Relatório da Consulta Pública apresentou apenas as 197 (cento e noventa e sete) contribuições consideradas mais relevantes pela ANS, **das quais 23 (vinte e três) foram acatadas pela agência e 174 (cento e setenta e quatro) rejeitadas (ANS, 2011t, p. 5-65)**. As contribuições que foram aceitas acarretaram algumas modificações na minuta da resolução normativa, notadamente:

conferir maior clareza às suas disposições, a necessidade de promover ainda algumas alterações formais, bem como a criação de um artigo específico que apresentasse os conceitos para “contribuição”, “mesmas

condições de cobertura assistencial” e “novo emprego”, por constituírem termos ou expressões citadas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 que foram objeto de muitas discussões no âmbito da Câmara Técnica da Regulamentação dos Artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 e no decorrer do desenvolvimento deste projeto. (ANS, 2011t, p. 3)

6.2.1.1.4 Decisão da DICOL e judicialização do tema no STJ

Após a realização da consulta pública, a minuta da Resolução Normativa n. 279/2011 foi submetida à apreciação da Diretoria Colegiada da ANS (DICOL). Inicialmente, o tema foi debatido na 313ª Reunião Ordinária da DICOL, cuja ata apenas menciona que a minuta de RN foi “apreciada”, mas sem uma decisão definitiva da agência sobre a questão. Novamente, na 315ª Reunião da DICOL o tema foi colocado em pauta e a RN n. 279/2011 foi aprovada por maioria de votos, com apresentação de voto divergente do então diretor da Diretoria de Fiscalização (DIFIS), Sr. Eduardo Marcelo de Lima Sales (ANS, 2011aa).

Cumprido, por fim, destacar que a RN n. 279/2011 foi uma das que mais gerou controvérsias perante o Poder Judiciário, notadamente com a instauração de Incidentes de Resolução de Demandas Repetitivas (IRDR) perante o Superior Tribunal de Justiça — temas 989 e 1.034.

O tema 989 do STJ decidiu se o ex-empregado (aposentado ou demitido) teria o direito de permanecer no plano de saúde da ex-empregadora, caso a contribuição para o plano tenha sido suportada exclusivamente pela empresa empregadora. A questão jurídica afetada pelo STJ diz respeito à abrangência da expressão “contribuição”, contida tanto no art. 30 quanto no art. 31, da Lei n. 9.656/1998, e que foi uma das pautas das discussões da Câmara Técnica que construiu os conceitos que foram incorporados na RN n. 279/2011.

Nesse sentido, embora a ANS tenha se debruçado sobre o assunto, que foi, inclusive, uma das justificativas utilizadas pela agência para rever a regulamentação do tema, ainda assim a novel regulamentação não foi capaz de impedir a judicialização do tema. Com efeito, a definição da expressão “contribuição” no art. 2º, inciso I, foi relativamente ampla, posto que considera “qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício [...]” (ANS, RN n. 279/2011, art.

2º, inciso I).

A abertura dada pela redação do artigo mencionado, ao considerar contribuição “qualquer valor”, “inclusive com desconto em folha”, levou os tribunais estaduais, em especial o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, a firmarem entendimento no sentido de que a aquisição do direito de permanência no plano de saúde da ex-empregadora, seja por aposentadoria ou por demissão, não exigiria necessariamente a contribuição mediante desconto em folha de pagamento, sendo possível se considerar outras formas de contribuição, inclusive o benefício do plano de saúde como “salário indireto”.

Todavia, na fixação da tese relativa a este tema, que ocorreu em agosto de 2018, o STJ pacificou o entendimento de que, nos planos de saúde custeados exclusivamente pela empregadora, os ex-empregados (seja demitidos ou aposentados) não possuem direito ao benefício, não se caracterizando como contribuição o mero pagamento de coparticipação e, também, não se enquadrando como salário indireto.

Outro tema bastante polêmico que foi afetado pelo STJ e que, como visto na exposição da Câmara Técnica, foi objeto de controvérsia entre OPS e Consumidores, foi a condição assistencial e custeio do plano de saúde dos beneficiários inativos. Conforme exposto, a RN n. 279/2011 permitiu a separação de carteira de ativos e inativos, que foi uma pauta defendida pelas OPS e pelos empregadores no decorrer da Câmara Técnica de Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998.

Na prática, no entanto, essa separação relevou-se verdadeira seleção de riscos nos planos empresariais, posto que a carteira dos funcionários inativos passou a ter condições de custeio próprios, de modo que os aposentados e demitidos não possuíam as mesmas condições dos funcionários da ativa. Uma prática muito comum nas empresas a partir da promulgação da RN n. 279/2011 foi a de cobrar dos funcionários ativos por “taxa média”, ou seja, o valor da vida de um funcionário da ativa é calculado por preço médio do valor referente às vidas de todos os beneficiários da carteira e a contribuição (tanto do funcionário da ativa quanto da empregadora) é calculada com base nesse valor, ao passo que, após a aposentadoria, o ex-empregado passaria a ter a sua mensalidade cobrada de acordo com o preço correspondente à sua faixa etária, o que, invariavelmente, faz com que a sua mensalidade dobre ou, às vezes, triplique de valor. Evidentemente, esse efeito ocorre porque, quando da aposentadoria, o funcionário está em uma faixa etária muito superior à média do valor das vidas da carteira (que possui beneficiários jovens e

beneficiários mais velhos).

A pesquisa identificou que o argumento utilizado pelas entidades representantes de OPS e, também, pelos representantes dos empregadores era o de que a separação de carteiras entre ativos e inativos era necessária para a manutenção da sustentabilidade do plano. Abaixo destaca-se manifestações do Dr. Luiz Celso Dias Lopes (da SulAmérica e FenaSaúde) e do Dr. Flávio Bitter (Bradesco Saúde e FenaSaúde), em que é possível se observar a menção ao “princípio de autossustentabilidade do plano” para o regramento dos planos dos inativos:

ser modificado ou melhor interpretado. Disseram também que deve ser observado o princípio da autosustentabilidade do plano, de forma a refletir o real risco assistencial da carteira de inativos e estabelecer mecanismos de reequilíbrio. Sobre “mesmas condições do cobertura assistencial”, seu Grifo nosso; trecho recortado da Ata da 2ª Reunião da Câmara Técnica de Regulamentação dos Artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 (ANS, 2010f, p. 12)

Da mesma forma, a Abramge se posicionou no sentido de que a Lei n. 9.656/1998 não obriga a manutenção de ativos e inativos em uma mesma contratação, de modo que deve ser autorizada a contratação de planos distintos, com bases atuariais distintas e preços distintos:

desses planos, evitando-se prejuízo aos consumidores. A Abramge diz que a Lei não obriga a manutenção do mesmo preço para os ativos e inativos, sendo perfeitamente possível a liberdade de se ajustar contratualmente os preços para inativos, inclusive reajuste por faixa etária e fator moderador, e que o preço, seja no plano de ativos ou de inativos, deve ter cálculo atuarial distinto, por onerar toda a massa assistida pelo plano, como também os próprios empregadores, desestimulando a contratação do plano coletivo. A Unidas Grifo nosso; trecho recortado da Ata da 2ª Reunião da Câmara Técnica de Regulamentação dos Artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98. (ANS, 2010f, p. 04)

Por sua vez, as contribuições das entidades de defesa dos consumidores visavam obstar que a novel regulamentação restringisse os benefícios previstos na lei ordinária. Notadamente com relação à separação da carteira de ativos e inativos, a contribuição ofertada pelo Procon-SP deixa bem clara a preocupação de que a separação de carteiras poderia aumentar a vulnerabilidade dos consumidores, especialmente dos idosos, sujeitando-os a reajustes onerosos (em razão da alta sinistralidade) e a rescisão unilateral do contrato, defendendo, portanto, a isonomia no tratamento dos ativos e inativos:

ativos e inativos. O Procon diz que como a Lei assegura ao beneficiário o direito conferido nos artigos 30 e 31 nas mesmas condições de cobertura assistencial, devem ser mantidas exatamente as mesmas outras condições, como reajuste, preço, faixa etária, fator moderador existente quando do advento do contrato de trabalho, e que a própria Lei 9656 não estabeleceu a possibilidade de criação de planos para inativos, portanto, essa separação de planos acarretaria a concentração de idosos nas carteiras, reajustes onerosos, rescisão unilateral dos contratos e também a hipossuficiência dos consumidores. Ressalta que, se ainda assim for feita a separação, devem ser Grifo nosso; trecho recortado da Ata da 2ª Reunião da Câmara Técnica de Regulamentação dos Artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98. (ANS, 2010f, p. 03)

Os argumentos utilizados por Operadoras e Consumidores no debate sobre a separação da carteira de ativos e inativos evidenciam conflito entre duas agendas que se amparam nos objetivos econômicos e objetivos sociais da regulação para influenciar na decisão da ANS.

A possibilidade de separação da carteira de ativos e inativos, bem como da cobrança de valores diferenciados para os aposentados foi autorizada pela RN n. 279/2011, notadamente em seu artigo 19.¹⁸⁴ Referido artigo foi considerado retrocesso regulatório da ANS (BAIRD, 2017) e foi duramente criticado, sendo que, inclusive, na sua aprovação na DICOL, houve a apresentação de voto divergente do então diretor da Diretoria de Fiscalização (DIFIS), Sr. Eduardo Marcelo de Lima Sales (ANS, 2011aa).

No Superior Tribunal de Justiça, a controvérsia sobre a legalidade da separação da carteira de ativos e inativos, bem como das condições de permanência dos aposentados, gerou a decisão em sede de recurso repetitivo, com a fixação de tese considerando ilegal a separação de carteira de ativos e inativos:

A) Eventuais mudanças de operadora, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não implicam interrupção da contagem do prazo de 10 (dez) anos previsto no art. 31 da Lei nº 9.656/1998, devendo haver a soma dos períodos contributivos para fins de cálculo da manutenção proporcional ou indeterminada do trabalhador aposentado no plano coletivo empresarial. B) **O art. 31 da Lei nº 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo**

¹⁸⁴ “Art. 19. A manutenção da condição de beneficiário em plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá ocorrer com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.” (BRASIL, ANS, RN n. 279/2011, art. 19).

de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral, cujo valor pode ser obtido com a soma de sua cota-parte com a parcela que, quanto aos ativos, é proporcionalmente suportada pelo empregador.

C) O ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei nº 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo haver a substituição da operadora e a alteração do modelo de prestação de serviços, da forma de custeio e dos respectivos valores, desde que mantida a paridade com o modelo dos trabalhadores ativos e facultada a portabilidade de carências. (grifo nosso. STJ, 2020)

6.2.1.2 Atualização do Rol da ANS em 2018 (CASO 02)

6.2.1.2.1 Contextualização do problema regulatório

A Lei dos Planos de Saúde, ao estabelecer as coberturas obrigatórias para o denominado “plano-referência”, prevê que a amplitude das coberturas será definida “por normas editadas pelas ANS” (BRASIL, 1998, art. 10, § 4º). Nesse sentido, a Lei nº 9.961/2000, que criou a ANS, prevê em suas competências normativas a elaboração do “rol de procedimentos e eventos em saúde”, o qual constituiria uma “referência básica” para as previsões assistenciais da Lei dos Planos de Saúde (BRASIL, 2000, art. 4º, III).

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é editado pela ANS através de resolução normativa, a qual é atualizada a cada dois anos. Desde a sua primeira edição, o Rol da ANS já sofreu cinco grandes revisões,¹⁸⁵ sendo a última delas RN n. 465, de 24 de fevereiro de 2021. Conforme exposto no final do capítulo, o setor da Saúde Suplementar é caracterizado por intensa judicialização, em especial da relação contratual estabelecida entre o beneficiário de plano de saúde e a OPS. Entre os temas mais judicializados, a negativa de coberturas é, historicamente, a matéria mais demandada junto ao Poder Judiciário (GEPS, 2019).

As coberturas do “plano-referência” foram disciplinadas pelos artigos 10 e 12 da Lei dos Planos de Saúde. Com efeito, o *caput* do art. 10 determina a cobertura obrigatória de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), da Organização Mundial de Saúde, ao passo que o artigo 12 do mesmo texto legal disciplina os serviços ambulatoriais e hospitalares

¹⁸⁵ Cf. RN n. 211/2010, RN n. 338/2013, RN n. 387/2015 e RN n. 428/2017.

que possuem cobertura. A mesma Lei dos Planos de Saúde, no entanto, coloca algumas referências para a amplitude das coberturas; em primeiro lugar, prevê no art. 10 uma lista com exclusões de coberturas que as OPS estão autorizadas a inserir nos contratos, como, por exemplo, medicamentos importados e tratamentos estéticos. Em segundo lugar, a Lei n. 9.656/1998 prevê, em seu artigo 10º, § 4º, que a amplitude das coberturas dos planos de saúde “será definida por normas editadas pela ANS” (BRASIL, 1998), ao passo que a Lei n. 9.961/2000, que criou a ANS, conferiu à agência competência para “elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades” (BRASIL, 2000).

Considerando esses dois dispositivos, beneficiários e OPS divergem com relação à natureza jurídica do Rol da ANS. Por um lado, as OPS argumentam que tanto a Lei dos Planos de Saúde quanto a Lei n. 9.961/2000 conferem à ANS o poder de instituir uma lista taxativa de procedimentos que devem ser obrigatoriamente cobertos aos beneficiários, de modo que somente os procedimentos listados no Rol da ANS possuem cobertura contratual. Os beneficiários, por sua vez, argumentam a Lei n. 9.961/1998 refere-se ao Rol como uma “referência-básica” para a cobertura a ser ofertada pelas operadoras, de modo que essa lista possuiria caráter meramente exemplificativo.

Esse é o fundamento que enseja a grande maioria das ações judiciais que debatem cobertura de planos de saúde. Conforme foi destacado em artigo recentemente publicado no “Valor Econômico”, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, historicamente, se posicionava no sentido de que o Rol da ANS possui caráter exemplificativo, de modo que a negativa da OPS sob esse fundamento seria abusiva (PATULLO; ALONSO, 2020). Nesse sentido, veja-se o acórdão paradigmático do então Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, segundo o qual é abusiva a conduta da operadora que impede o “consumidor do plano de saúde, de receber tratamento com o método mais moderno do momento em que instalada a doença coberta em razão de cláusula limitativa” (STJ, 2007).

Recentemente, no entanto, o debate ganhou novos contornos. Com efeito, em dezembro de 2019 a 4ª Turma do Superior Tribunal de Justiça, em voto do Min. Luis Felipe Salomão, criou uma divergência no entendimento da Corte Superior, uma vez que, no julgamento do Resp n. 1.733.013/PR, reconheceu que o Rol da ANS teria caráter taxativo e, portanto, que os procedimentos que não estivessem nele listados não teriam cobertura obrigatória no plano-referência (STJ, 2019). A caracterização definitiva da

divergência no tribunal ocorreu em dois julgados da 3ª Turma; o primeiro deles, Agravo Interno no Resp n. 1.829.583/SP, de relatoria do Min. Paulo de Tarso Sanseverino, no qual a 3ª Turma do STJ enfrentou o precedente formado no Resp n. 1.733.013/PR e reafirmou o entendimento de que o Rol da ANS é exemplificativo (STJ, 2020). Em razão da divergência instaurada, o tema será apreciado pela 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça, que é composta pelos ministros integrantes das 3ª e 4ª Turmas do Tribunal.

Por essa razão, o presente estudo de caso visa compreender o procedimento de atualização do Rol da ANS e analisar a efetividade da participação social nesse processo, bem como eventuais obstáculos existentes à legitimação democrática do Rol da ANS.

6.2.1.2.2 Grupo Técnico de Avaliação dos Formulários enviados via FormSUS

A diretoria da ANS responsável pelo procedimento de atualização do Rol da ANS é a Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos (DIPRO), conforme previsto no artigo 10º, inciso XIV, do Regimento Interno da ANS (ANS, RR n. 01/2017). Cumpre ainda destacar que a DIPRO criou, no ano de 2014, um Comitê específico para tratar de questões assistenciais — o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE) — através da edição da Instrução Normativa n. 44, de 13 de fevereiro de 2013.

Com efeito, o processo para a atualização do Rol, que é feito a cada dois anos pela ANS, tem o seu início em reunião da Diretoria Colegiada e, posteriormente, o procedimento é coordenado pela DIPRO. No procedimento adotado para a atualização do Rol em 2018, o COSAÚDE teve papel extremamente importante, pois foi este comitê que recebeu, via Formulário Eletrônico pelo Sistema FormSUS, as demandas enviadas pela sociedade que tinham por objetivo a inclusão de novo procedimento no Rol da ANS ou a inclusão/alteração de Diretriz de Utilização (DUT) de algum procedimento que já estava previsto no Rol.

De acordo com informação contida em apresentação realizada na 17ª Reunião do COSAÚDE, foram recebidas 238 (duzentos e trinta e oito) demandas via FormSUS, das quais 82% tinham por objetivo a inclusão de novos procedimentos no Rol da ANS, 12% a inclusão de Diretriz de Utilização (DUT) e 6% a Alteração de Diretriz de Utilização (ANS, 2016p). A Associação Médica Brasileira (AMB) foi a entidade que mais enviou demandas, com 204 (duzentas e quatro), seguida das Operadoras de Planos de Saúde (com 16), das Associações de Pacientes (com 14) e da Confederação Nacional da Indústria

(com 3).

Uma vez recebidas as demandas via FormSUS, o COSAÚDE constituiu um Grupo Técnico específico para a análise desses formulários, denominado “Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018”.

Após a finalização dos trabalhos do Grupo Técnico, a atualização do Rol 2018 passou ainda pela Consulta Pública n. 61, na qual toda a sociedade poderia enviar contribuições para a inclusão/exclusão de procedimentos, inclusão/alteração de DUT e, ainda, pleitear a modificação do texto da resolução normativa que atualizaria o Rol. Por fim, a decisão definitiva sobre a atualização do Rol da ANS 2018 foi tomada pela Diretoria Colegiada da ANS, especificamente na 475ª Reunião da DICOL.

O Grupo Técnico que analisou as demandas recebidas via FormSUS contou com a participação de entidades representativas de planos de saúde, Conselhos Profissionais e Associações Médicas, entidades que representavam o interesse de pacientes, servidores da ANS e representantes de outros setores, como universidades, comércio, trabalhadores, entre outros. O gráfico 22 demonstra a representação proporcional das entidades, de acordo com os dados extraídos das atas das reuniões do Grupo Técnico:

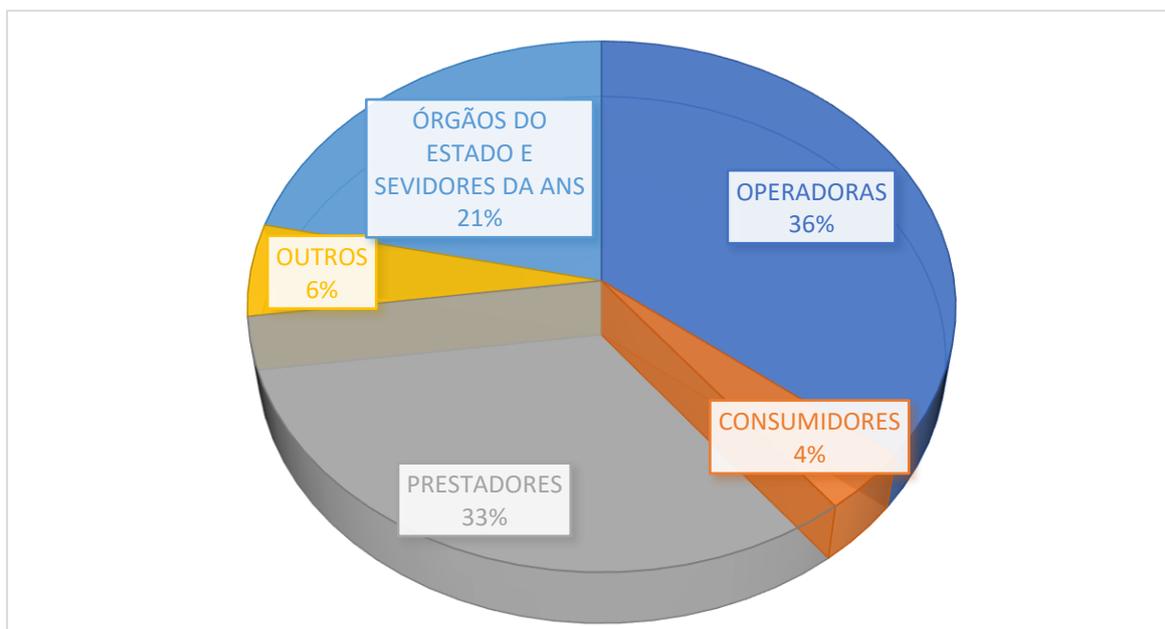


Gráfico 22 - Participação social no Grupo Técnico de Atualização do Rol 2018
Fonte: Elaboração própria

Em termos quantitativos, observa-se o predomínio, com 36% dos participantes,

de entidades representativas de Operadoras de Planos de Saúde, com destaque para a Unimed do Brasil, FenaSaúde, Abramge e Unidas, seguidos de associações que representam Prestadores de Serviço da Área da Saúde, que corresponderam a 33% dos presentes no GT. Os Servidores da ANS somaram 21% dos presentes e os Consumidores foram a minoria, com apenas 4% dos participantes.

O Grupo Técnico realizou 15 (quinze) reuniões entre novembro de 2016 e março de 2017, as quais foram feitas com a seguinte dinâmica: inicialmente a entidade (denominada “demandante”) que enviou a demanda de inclusão de procedimento, alteração de DUT ou exclusão de DUT faz uma apresentação, na qual expõe as razões técnicas e científicas que amparavam o pedido formulado. Posteriormente, é dada a possibilidade de que outra entidade faça uma apresentação sobre o pedido formulado, seja para contrapor os argumentos, seja para apoiar o pedido do demandante. Ato contínuo, é feita uma discussão em que todos os presentes na reunião podem opinar sobre o pedido e, finalmente, é tomada uma decisão, na qual o Grupo Técnico faz uma recomendação de acolher ou não acolher o pedido formulado pelo demandante.

A partir das informações constantes nas atas das 15 (quinze) reuniões do Grupo Técnico, a pesquisa identificou que foram analisados 107 (cento e sete) pedidos formulados via FormSUS, dos quais 94 (noventa e quatro) tinham por objetivo a incorporação de novos procedimentos no Rol da ANS e 13 (treze) visavam à alteração (incorporação, modificação ou exclusão) de Diretriz de Utilização (DUT).

Com relação aos pedidos de incorporação de novos procedimentos, cumpre destacar que das 94 (noventa e quatro) demandas formuladas, 11 (onze) foram formuladas por entidades representativas de Operadoras (nove pela Unimed do Brasil e uma pela UNIDAS), 6 (seis) por uma associação que representa pacientes portadores de doença grave (ABRALE) e as demais 77 (setenta e sete) demandas pertenciam a entidades representativas de Prestadores de Serviço da Área da Saúde. O gráfico 23 representa os resultados dos pedidos de incorporação de procedimentos formulados no Grupo Técnico:

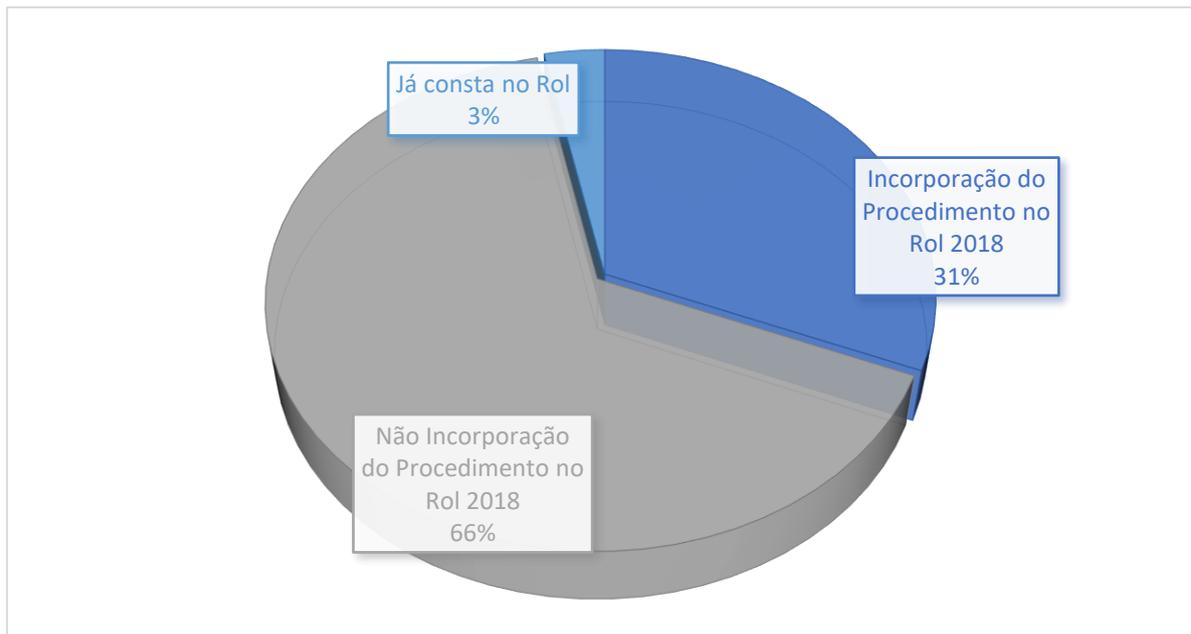


Gráfico 23 - Resultados das demandas de incorporação de procedimentos no GT Rol 2018
Fonte: Elaboração própria

A maioria das demandas de inclusão de novos procedimentos foi rejeitada pelo GT Rol 2018. Conforme consta no gráfico 23, o grupo concluiu por não recomendar a incorporação de 62 das 94 demandas formuladas, ou seja, **66% dos pedidos tiveram como resultado a não recomendação de incorporação no Rol**. Apenas 29 (vinte e nove) demandas resultaram em recomendação de incorporação (31%) e três pedidos não foram analisados pois diziam respeito a procedimentos que já estavam no Rol.

Foram, ainda, analisados 13 (treze) pedidos de alteração de DUT; desses, 07 (sete) foram formulados por entidades representantes de operadoras (Unimed do Brasil, FenaSaúde e Abramge) e 06 (seis) por associações que representaram prestadores de serviço da área da saúde. Dos 13 (treze) pedidos formulados, 06 (seis) foram acolhidos pelo Grupo Técnico (ou seja, resultaram em recomendação de incorporação de nova DUT) e 07 (sete) foram rejeitados.

Nos termos da Nota Técnica n. 196/2017 (ANS, 2017ay), o Grupo Técnico resultou na proposta de incorporação de 15 (quinze) novos procedimentos, alteração da Diretriz de Utilização de 07 (sete) procedimentos e na inclusão de 06 (seis) medicamentos via oral no Rol da ANS 2018.

6.2.1.2.3 Grupo Técnico de Genética e Grupo Técnico de Minuta do Rol 2018

Além do Grupo Técnico de Avaliação dos Formulários enviados via FormSUS, a atualização do Rol 2018 ainda teve a formação de mais dois grupos técnicos. O primeiro teve por objeto o debate sobre a minuta da resolução normativa e foi realizado de forma virtual entre os membros do COSAÚDE, que puderam encaminhar contribuições para a minuta via e-mail entre os dias 23 de fevereiro de 2017 e 10 de março de 2017.

O outro grupo técnico realizado foi o GT de Genética, que realizou 05 (cinco) reuniões entre abril de 2016 e setembro de 2016 e teve por objeto a revisão da DUT do procedimento “Análise Molecular de DNA”, bem como a atualização das orientações gerais da diretriz e a revisão dos subitens de 08 (oito) condições genéticas relacionadas ao referido procedimento.

6.2.1.2.4 Consulta Pública n. 61

Após a realização do Grupo Técnico, a atualização do Rol 2018 foi submetida à Consulta Pública n. 61, que teve como objetivo a atualização do Rol de Procedimentos da ANS em 2018, ficando aberta para o envio de contribuições entre 27 de junho de 2017 e 26 de julho de 2017. Foram enviadas 5.259 (cinco mil, duzentas e cinquenta e nove) contribuições, das quais 53% foram enviadas por Consumidores, 13% por Prestadores de Serviço da Área da Saúde, 5% por Operadoras de Planos de Saúde, 4% por Servidores da ANS e 26% por “Outros” (ANS, 2017a).

Observa-se, assim, uma mudança no padrão da participação social: enquanto no grupo técnico os Consumidores foram minoria entre os participantes, na consulta pública eles foram responsáveis por **mais da metade das contribuições enviadas**. Cumpre destacar, ainda, que das 5.259 (cinco mil, duzentas e cinquenta e nove) contribuições, 2.641 (duas mil, seiscentas e quarenta e uma) tinham por objeto a inclusão de novos procedimentos no Rol 2018, 2.307 (duas mil, trezentas e sete) a alteração de DUT e 313 (trezentas e treze) a alteração da minuta da resolução normativa.

Se analisarmos especificamente as 2.641 (duas mil, seiscentas e quarenta e uma) contribuições cujo objetivo era a inclusão de novos procedimentos no Rol da ANS 2018, a participação dos Consumidores é ainda mais relevante, uma vez que foram **responsáveis por quase 80% das contribuições**. A eficácia das contribuições, no

entanto, foi muito baixa: apenas 22 (vinte e duas) contribuições foram acolhidas pela ANS, o que representou menos de 1% das contribuições enviadas, ao passo que 2.251 (duas mil, duzentas e cinquenta e uma) contribuições foram rejeitadas (85%), conforme gráfico 24:

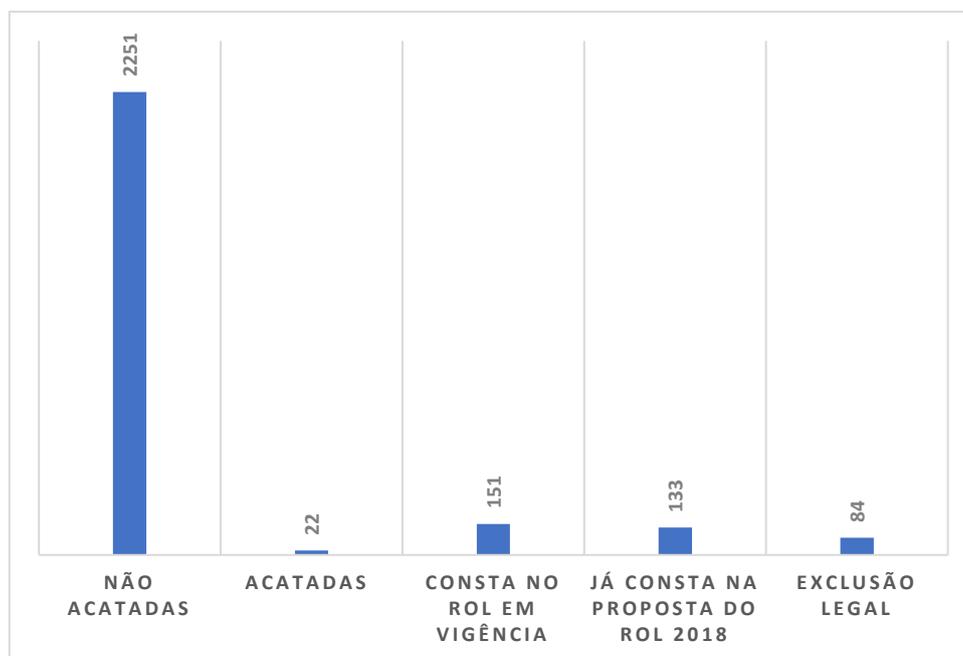


Gráfico 24 - Resultados das contribuições de inclusão de procedimentos apresentadas na CP 61
 Fonte: Elaboração própria. Dados: ANS, 2017ao

Conforme consta no Relatório da Consulta Pública n. 61, as 22 (vinte e duas) contribuições acolhidas pela ANS na CP 61 diziam respeito à incorporação de 07 (sete) procedimentos, quais sejam: (a) Septoplastia por videoendoscopia; (b) Sinusotomia esfenoidal por videoendoscopia; (c) Sinusotomia frontal intranasal por videoendoscopia; (d) Ureterolitotomia Laparoscópica Unilateral; (e) Antígenos de aspergillus galactomannan; (f) Detecção/Tipagem Herpes Vírus ½ Liquor; (g) Cadeias leves livres Kappa/Lambda, dosagem, sangue (ANS, 2017ao, p. 171).

6.2.1.2.5 Decisão da DICOL e da não incorporação de procedimentos resultantes da CP n. 61

Após a realização do Grupo Técnico e da Consulta Pública, o processo de atualização do Rol da ANS em 2018 passou por uma nova etapa, que foi a análise do material pela equipe técnica da ANS e pelos membros do COSAÚDE.

A minuta de resolução normativa que foi apresentada pela DIPRO na 474ª Reunião da Diretoria Colegiada continha a proposta de inclusão de 22 (vinte e dois) procedimentos: os 15 (quinze) procedimentos que resultaram do Grupo Técnico de atualização do Rol 2018 somados aos 07 (sete) procedimentos que foram incluídos após a Consulta Pública n. 61 (ANS, 2017ay, p. 175).

Na referida reunião da DICOL, a Diretora-Adjunta da DIPRO fez uma exposição na qual descreveu todo o processo de atualização do Rol 2018 (grupos técnicos realizados, reuniões do COSAÚDE, consulta pública, etc.) e destacou que, na CP n. 61, das mais de cinco mil contribuições recebidas para inclusão de procedimentos, 07 (sete) deveriam ser acolhidas pois têm “evidências científicas robustas, são procedimentos que muitas vezes já estão sendo praticados porque são cirurgias laparoscópicas e três exames laboratoriais que provavelmente, em algum momento, já deveriam ter entrado na cobertura obrigatória [...]” (ANS, 2017av). Na referida reunião, houve divergência entre os membros das diretorias com relação à robustez da fundamentação técnica de inclusão dos 07 (sete) procedimentos que decorreram da CP n. 61 e que foram aprovados pela DIPRO.

Em razão da divergência apresentada na 474ª Reunião da DICOL, a apreciação da minuta de resolução normativa foi novamente pautada para a 475ª Reunião da DICOL, na qual a DIPRO apresentou a Nota Técnica n. 197/2017, em que presta os esclarecimentos solicitados pela DICOL. Nesta reunião, a DICOL aprovou a incorporação de 18 (dezoito) procedimentos no Rol de 2018; todavia, por maioria de votos (vencida a DIPRO), foi aprovada a não incorporação de alguns dos procedimentos apresentados pela DIPRO, conforme trecho a seguir da Ata da 475ª Reunião da DICOL (ANS, 2017):

(ii) Aprovada, por maioria, vencida a DIPRO, a não incorporação dos procedimentos médicos a seguir listados, em razão da necessidade de aprofundamento de estudos técnicos que poderão ser realizados e apresentados oportunamente:

1) PET CT oncológico para pacientes com neoplasias de tireoide; 2) PET CT neurológico para pacientes com epilepsia refratária ao tratamento medicamentoso; 3) Septoplastia por videoendoscopia — para a correção do septo nasal; 4) Ureterolitotomia laparoscópica unilateral — para tratamento de cálculos renais; 5) Sinusotomia esfenoide por videoendoscopia — para tratamento de sinusite; 6) Sinusotomia frontal intranasal por videoendoscopia — para tratamento de sinusite. (ANS, 2017au, p. 5)

Isso significa que, dos sete procedimentos que haviam sido incluídos na minuta

de alteração do Rol da ANS em 2018 como decorrência das contribuições apresentadas na CP 61, **quatro foram vetados pela DICOL**. Como resultado, o Rol de 2018 incorporou 12 (doze) procedimentos ambulatoriais, 06 (seis) procedimentos hospitalares, ampliou a cobertura de oito DUT já existentes, alterou a DUT de 03 (três) procedimentos e incluiu 02 (duas) novas DUT.

6.2.1.3 Cobertura dos testes sorológicos que detectam a presença de anticorpos produzidos pelo organismo após exposição ao coronavírus (CASO 03)

6.2.1.3.1 Contextualização do problema regulatório e a judicialização do tema perante a Justiça Federal

Como visto, o Rol da ANS serve como uma lista básica de procedimentos que devem ser ofertados pelas OPS. Logo no início da pandemia da Covid-19, notadamente em março de 2020, a ANS editou a RN n. 453/2020, a qual realizou uma atualização extraordinária do Rol da ANS para incluir a cobertura obrigatória de 06 (seis) exames para o diagnóstico do coronavírus, entre eles a Pesquisa por RT-PCR para os pacientes que se enquadrarem como caso suspeito ou provável de infecção. Cumpre destacar que a referida atualização do Rol foi feita sem a utilização de qualquer instrumento de participação da sociedade, contrariando, inclusive, o disposto no art. 9º da Lei n. 13.848, de 25 de junho de 2019, segundo o qual é obrigatória a utilização de Consulta Pública para a tomada de decisão de assunto que envolva “interesse geral dos agentes econômicos, consumidores ou usuários dos serviços prestados” (BRASIL, 2019).

Entre os exames incluídos no Rol da ANS não constava nenhum teste sorológico, que são os testes utilizados para a detecção de anticorpos em pessoas que foram expostas ao coronavírus. Por este motivo foi ajuizada Ação Civil Pública (ACP) n. 0810140-15.2020.4.05.8300, perante a 6ª Vara Federal da Seção Judiciária de Pernambuco, na qual foi requerida a inclusão dos testes sorológico IgA, IgG e IgM no Rol da ANS.

Na referida ação judicial, inicialmente se deferiu tutela provisória de urgência, a qual determinou a inclusão dos referidos testes no Rol da ANS. A liminar foi cumprida pela ANS com a promulgação da RN n. 458/2020, que realizou a revisão do Rol para incluir os referidos testes sorológicos IgA, IgG e IgM, conforme Nota Técnica n. 12/2020/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO (ANS, 2020i). Contra essa decisão, a ANS

ingressou com Agravo de Instrumento n. 0807857-87.2020.4.05.0000 (TRF5, 2020), ao qual foi atribuído efeito suspensivo, para suspender a liminar até o julgamento definitivo do recurso.

6.2.1.3.2 Audiência Pública n. 16

Após a atribuição de efeito suspensivo ao agravo de instrumento interposto pela ANS na ação civil pública, a DICOL decidiu suspender os efeitos da RN n. 458/2020, conforme deliberação proferida na 530ª Reunião da Diretoria (ANS, 2020g); em resposta à polêmica gerada pelo tema, a ANS convocou a sociedade para se manifestar sobre a questão na Audiência Pública n. 16 (“Debate acerca dos testes sorológicos que detectam a presença de anticorpos produzidos pelo organismo após exposição ao coronavírus”), que foi realizada virtualmente no dia 22 de julho de 2020, através da plataforma Microsoft Teams.

Na AP n. 16, participaram 146 (cento e quarenta e seis) entidades, das quais 45% representavam os interesses das OPS, 3% dos Consumidores, 23% eram representantes de Prestadores de Serviço da Área da Saúde, 12% eram Servidores da ANS ou Representantes de Órgãos do Estado e 16% foram classificados como “Outros” (Ensino e Pesquisa, Escritórios de Advocacia, Consultorias, etc.).

Outrossim, cumpre mencionar que, no referido evento, realizaram exposições 03 (três) entidades representantes de OPS (Abramge, FenaSaúde e Unimed do Brasil), 03 (três) entidades representantes dos Consumidores (Associação Brasileira Superando Lúpus, Idec e Defensoria Pública do RJ – Nudecon), 02 (duas) entidades representantes de Prestadores de Serviço da Área da Saúde (Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Patologia Clínica), representantes da Anvisa, da ANS, do Ministério da Saúde, da Fiocruz e da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (ANS, 2020c).

O debate sobre a incorporação ou não incorporação dos testes sorológicos revestiu-se de contornos estritamente técnicos. Na apresentação realizada pela DIPRO no início da AP n. 16 foi evidenciado que as alterações promovidas pela agência no Rol da ANS pautam-se por critérios técnicos e que, portanto, a inclusão dos testes sorológicos exigia as seguintes reflexões: (i) a análise da variabilidade da sensibilidade e especificidade dos testes de acordo com a técnica, o fabricante e a data de realização; (ii)

a probabilidade de resultados falso negativos ou falso positivos e; (iii) a utilidade dos testes a depender do contexto de uso (ANS, 2020a).

As contribuições apresentadas pelas Operadoras podem ser aferidas a partir das apresentações a FenaSaúde, Abramge e Unimed do Brasil. Conforme se observa no Relatório da Audiência Pública (RAP), não houve oposição por parte das referidas entidades quanto à incorporação dos testes sorológicos no Rol da ANS, mas apresentaram uma Diretriz de Utilização que foi elaborada em conjunto pelas principais entidades do setor (FenaSaúde, Abramge, Unidas e Unimed), conforme se infere no trecho do RAP abaixo destacado:

Como indicação do uso dos testes sorológicos, sugeriu para pacientes com Síndrome Gripal ou Síndrome Respiratória Aguda Grave, com início de sintomas há pelo menos 8 dias e testes de RT-PCR negativo. Caso realizado entre o 8º e o 14º dias de sintomas e o resultado tenha sido negativo, cabe repetição após o 14º dia do início dos sintomas. E, ainda, a critério do médico assistente, poderá ser realizada pesquisa em pares IgA/IgG ou IgM/IgG. Como contra-indicações, mencionou o resultado positivo de RT-PCR, o uso para screening de qualquer tipo, inclusive de retorno ao trabalho, pré-operatório ou controle de cura, em caso de solicitação com menos de 8 dias do início dos sintomas. Também seriam contra-indicados a pesquisa em par IgA/IgM e os testes rápidos de farmácia. Em conclusão, apresentou texto resumindo os aspectos acima relatados, em formato de DUT, enquanto proposta da FenaSaúde, Abramge, Unidas e Unimed, como segue:

Proposta de DUT - FENASAÚDE, ABRAMGE, UNIDAS e UNIMED: SARS-COV-2 (Coronavirus COVID-19) - Pesquisa de anticorpos IgA, IgG ou IgM quantitativo.

1. Cobertura Obrigatória para realização de teste sorológico quantitativo para Covid-19 desde que preenchidos os seguintes critérios, conforme solicitação do médico assistente:

a) Síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave, caracterizadas por tosse, espirros, dor de garganta, coriza, dificuldade respiratória, podendo apresentar febre (aferida ou relatada),

Relatórios 1 (17828081) SEI 33910.015141/2020-757 pg. 14

com início dos sintomas há pelo menos 8 dias e teste de RT-PCR para Sars-Cov-2 negativo

b) A critério do médico assistente, poderá ser realizada a pesquisa em pares de IgA/IgG ou IgM/IgG

c) Caso o exame sorológico tenha sido realizado entre o 8º e o 14º dias de sintoma e o resultado tenha sido negativo, só caberá uma repetição após o 19º dia após o início dos sintomas.

2. Será excluída de cobertura a realização de teste sorológico para Covid-19 nos seguintes casos:

a) Resultado de RT-PCR para Sars-Cov-2 positivo

b) Para screening de qualquer tipo, inclusive de retorno ao trabalho, pré-operatório ou controle de cura

c) Solicitação com menos de 8 dias do início dos sintomas

d) Pesquisa de IgA e IgM em conjunto

e) Pesquisa de anticorpos totais (qualitativo ou quantitativo)

f) Testes rápidos (qualitativo ou quantitativo)

Trecho recortado do Relatório da Audiência Pública n. 16 (ANS, 2020c, p. 14-15)

Os Consumidores foram representados pela Associação Brasileira Superando Lúpus (ABSL), pelo Idec e pela Defensoria Pública do RJ (Nudecon). Ao contrário do que se observou nas contribuições das OPS (que analisaram a questão tecnicamente e

apresentaram uma proposta de DUT), os argumentos dos Consumidores abordaram o tema de forma mais genérica, fazendo críticas quanto às dificuldades apresentadas pelos beneficiários para fazerem os testes para detecção de coronavírus pelo plano de saúde (ABSL e Idec), quanto à necessidade de um prazo máximo para que o teste seja feito (Nudecon) e quanto à necessidade de a saúde suplementar cooperar com o Sistema Público para conter a disseminação da doença (Idec). Não houve por parte dos Consumidores uma proposta específica de DUT, mas apenas sugestões, como a necessidade da inclusão de pacientes portadores de doenças graves nas indicações da DUT, a necessidade de regulamentação do tema para evitar a judicialização em massa (Nudecon) e a indicação das hipóteses mais comuns em que o teste sorológico é indicado aos beneficiários (Idec) (ANS, 2020c, p. 11, 12, 14, 18 e 19).

Após a AP n. 16, a ANS aprovou a RN n. 460, de 13 de agosto de 2020, que alterou a RN n. 428/2017 para incluir no Rol da ANS a cobertura obrigatória dos testes sorológicos para infecção pelo coronavírus e revogou a RN n. 458/2020, com a DUT que espelha as propostas apresentadas pelas OPS na AP n. 16.

6.2.2 Regulação da estrutura dos produtos/reajustes

6.2.2.1 Mecanismos Financeiros de Regulação (CASO 04)

6.2.2.1.1 Contextualização do problema regulatório e do percurso do tema nos instrumentos de participação social

A revisão da regulamentação dos Mecanismos Financeiros de Regulação é um tema central na pauta das Operadoras para o mercado. Com efeito, o já mencionado documento da FenaSaúde denominado “Uma nova saúde suplementar para mais brasileiros” menciona expressamente a incorporação da franquia e da coparticipação como elementos fundamentais para a contenção de custos e administração de recursos na saúde suplementar (FENASAÚDE, 2019). Nesse contexto, a revisão da Resolução CONSU n. 08/1998 é um dos temas que ficou por mais tempo em trâmite nos instrumentos de participação social da ANS.

A primeira discussão da revisão da CONSU n. 08 ocorreu em 2006, com a realização da Consulta Pública n. 24, que teve por objeto a análise de “Critérios para

aplicação dos Mecanismos Financeiros de Regulação”. O material sobre a referida consulta, todavia, não está disponível no site da ANS.

A questão foi retomada na ANS com a Agenda Regulatória 2011-2012, a qual previu em um dos eixos a reavaliação dos mecanismos de regulação previstos pela CONSU n. 08/1998. Nesse contexto, foi criada uma Câmara Técnica em julho de 2012, a qual realizou 05 (cinco) reuniões entre 03 de julho de 2012 e 13 de novembro de 2012 e teve a participação das principais entidades representativas de operadoras (FenaSaúde, Abramge, Unidas, Unimed do Brasil, etc.) e, também, das maiores operadoras do mercado, que se fizeram representar individualmente. Por sua vez, os Consumidores foram representados pela Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (Proteste) e pela Fundação Procon.

A justificativa apresentada pela ANS para a revisão da regulamentação do tema foi apresentada pelo então Diretor-Presidente da ANS, Sr. Maurício Ceschin, que, logo na 1ª Reunião da Câmara Técnica, asseverou que o assunto é tratado “desde o início da agência” e que entende que havia a necessidade de “atualizar esses conceitos, formas e princípios, aspectos gerais, inclusive, da Resolução CONSU n. 8, com vistas a aproximar o que é a prática atual do setor” (ANS, 2012i).

Um dos pontos concebidos como problemáticos e causadores de insegurança jurídica na CONSU n. 08/1998 é a vedação de coparticipação e franquia que caracterize “financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços” (BRASIL, CONSU n. 8, art. 2º, inciso VII). Nesse sentido, as discussões tiveram inicialmente como norte a definição de 07 (sete) questões, que visavam tornar mais objetiva a aplicação dos institutos, com a definição do percentual máximo de coparticipação a ser aplicado, a possibilidade da aplicação de coparticipação em terapias relacionadas a doenças crônicas, a existência de isenções de coparticipação, entre outras questões.

As discussões promovidas pela Câmara Técnica realizada em 2012 não resultaram efetivamente em uma proposta de minuta para a regulamentação do tema. Não há, propriamente, um documento técnico da ANS que embase as conclusões da referida Câmara, mas a agência disponibiliza em seu site um documento com uma apresentação em Power Point, na qual se observa que as discussões partiram de algumas premissas (como a proibição do financiamento integral do procedimento, o conceito de “franquia”, conceito de “coparticipação” e a definição do fator moderador), e que estabeleceu

condições de utilização e vedações para a aplicação dos institutos (ANS, 2012af). Dentre as definições da Câmara Técnica, pode-se destacar o limite de 50% para a coparticipação e para o limite de exposição financeira e a isenção para alguns procedimentos, como quimioterapia, radioterapia e hemoterapia (ANS, 2017ax, p. 37).

Na Câmara Técnica, a pesquisa não identificou oposição das entidades de defesa do consumidor quanto à revisão da regulamentação do tema. Na primeira reunião da Câmara, a Proteste encaminhou uma minuta com considerações genéricas sobre a questão, destacando que a norma deve ser feita com “cautela” para não suprimir direitos dos consumidores (ANS, 2012ah). Já na terceira reunião, a Proteste se manifestou de forma mais robusta, contribuindo sobre alguns pontos que haviam sido levantados pelas Operadoras nas reuniões anteriores, bem como destacando que a franquia e a coparticipação não podem ser utilizadas como “restritores”, mas “somente como instrumentos de gerenciamento”. A entidade, ainda, se manifestou de forma contrária a algumas propostas apresentadas pela Abramge e pela Unimed do Brasil, como, por exemplo, a coparticipação por diária de internação, a cobrança de participação antes da realização do procedimento, tornar obrigatório o uso de Mecanismos Financeiros de Regulação, entre outras (ANS, 2012ai).

A ANS colocou o tema em discussão novamente no ano de 2016, com a criação de um Grupo Técnico de Franquia e Coparticipação, bem como com a realização da Audiência Pública n. 6. A necessidade de revisão da CONSU n. 8 foi justificada pela ANS em razão da existência de problemas e lacunas e falhas regulatórias na regulação vigente. A então Diretora Adjunta da DIPRO, Sra. Carla de Figueiredo Soares, destacou os seguintes aspectos para justificar a revisão da regulamentação do tema: (i) o dilema existente entre o uso de Mecanismos Financeiros de Regulação como fator de desincentivo do “risco moral” e a redução de acesso à saúde; (ii) a existência de lacunas regulatórias na CONSU n. 08/1998; (iii) o uso raro da Franquia em Planos Médico-Hospitalares; (iv) a inexistência de regras claras para a cobrança de fator moderação em internação; (v) a inexistência de limites para a cobrança de fator moderador em consultas, exames, terapias e internações; (vi) a inexistência da definição do que é Fator Restritivo Severo (ANS, 2017ax, p. 40).

O “GT de Coparticipação e Franquia” foi instaurado em 2016 e realizou 05 (cinco) reuniões, sendo 02 (duas) no “GT Interáreas” e 03 (três) especificamente no “GT de Coparticipação e Franquia”, sendo a última em fevereiro de 2017. As contribuições

ofertadas no referido grupo técnico foram, sem dúvida, responsáveis por delinear os aspectos fundamentais da minuta que viria a se tornar a RN n. 433/2018. O grupo foi composto majoritariamente por entidades representantes de OPS (Unidas, FenaSaúde, Abramge, Sinog, Anab, Unimed do Brasil) e por diversas OPS que se fizeram representar individualmente (entre elas Bradesco, Amil, diversas cooperativas Unimed, Golden Cross, Notre Dame Intermédica), que representaram 56% dos presentes no grupo. Os Consumidores foram representados apenas pela Proteste, que compareceu à reunião realizada no dia 22 de novembro de 2016 e não apresentou contribuição para a discussão do tema. Além de OPS e Consumidores, o GT contou ainda com prestadores de serviços e entidades profissionais da área da saúde, consultorias especializadas, além dos servidores da ANS.

O material disponibilizado pela ANS referente ao “GT de Coparticipação e Franquia” demonstra que a proposta de minuta da RN n. 433/2018 submetida à CP n. 60 foi uma síntese das contribuições apresentadas no referido grupo técnico, em especial pela Unimed Rio, Nossa Saúde, Sinog, Uniodonto, Anab, Unimed do Brasil, FenaSaúde, Abramge, Unidas e Unimed Belo Horizonte, além do Instituto Brasileiro de Atuária (IBA), da Anahp e da Abramed (ANS, 2017aw).

A proposta de minuta resultante do Grupo Técnico foi submetida à Consulta Pública n. 60, que ficou aberta para o envio de contribuições entre 31 de março de 2017 e 02 de maio de 2017. A pesquisa identificou que a referida Consulta Pública recebeu 1.155 (mil, cento e cinquenta e cinco contribuições), das quais 66% foram encaminhadas por OPS ou entidades representantes de OPS, 13% por órgãos de defesa do consumidor, 3% por prestadores de serviço da área da saúde, 8% por servidores da ANS e 11% por “outros” (ANS, 2018ah).

A planilha com as contribuições recebidas pela ANS está disponível para consulta e permite a análise qualitativa das referidas contribuições. Cumpre destacar, inicialmente, que a ANS acolheu (total ou parcialmente) 56% das contribuições recebidas, sendo que 45% das contribuições foram rejeitadas, conforme gráfico 25:

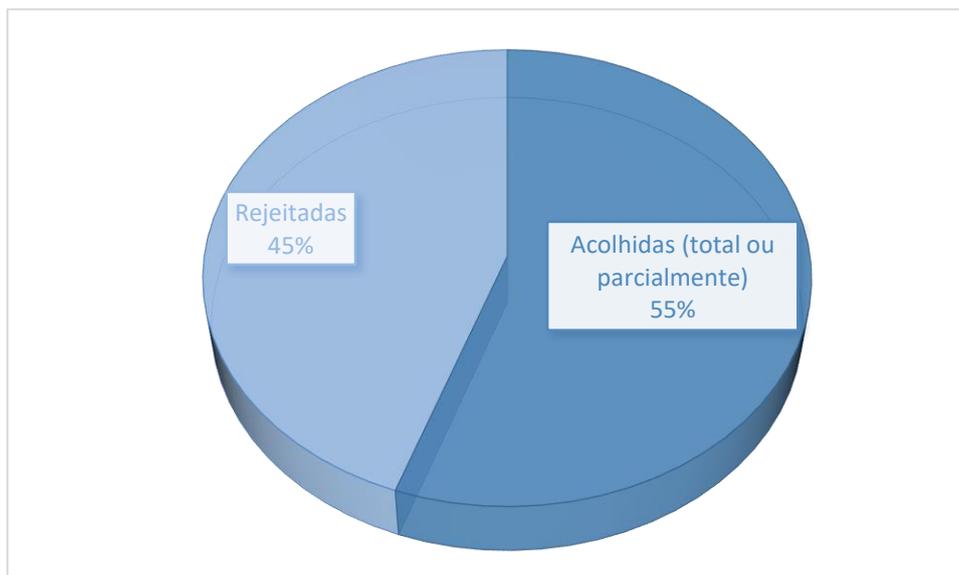


Gráfico 25 - Resultados das contribuições apresentadas na CP n. 60
Fonte: Elaboração própria

A análise qualitativa das contribuições enviadas demonstra que, das 640 (seiscentas e quarenta) contribuições acolhidas (total ou parcialmente) pela ANS, 387 (trezentas e oitenta e sete) foram enviadas por OPS (operadoras ou entidades representativas de operadoras), 101 (cento e uma) por Consumidores (órgãos de defesa do consumidor ou entidades representativas de pacientes), 73 (setenta e três) por “Outros” (consultorias, escritórios de advocacia, etc.), 60 (sessenta) por servidores da ANS e apenas 19 (dezenove) por Prestadores de Serviço da Área da saúde, conforme quadro 12:

ANÁLISE DA EFICÁCIA DAS CONTRIBUIÇÕES NA CP 60 (POR GRUPO DE INTERESSE)				
Grupo de Interesse*	Total de Contribuições**	Acolhidas (total ou parcialmente)	Rejeitadas	% Eficácia
Operadoras	738	387	351	52%
Consumidores	167	101	66	60%
Prestadores da Área da Saúde	37	19	18	51%
Outros	131	73	58	56%
Estado/Servidores da ANS	88	60	28	68%
Total	1161	640	521	55%

*Os grupos de interesse foram classificados de acordo com os critérios estabelecidos na metodologia da tese e não seguiram a classificação utilizada pela ANS no Relatório da Consulta Pública
 ** O total de contribuições considerou apenas as que foram consideradas “Acatadas” (total ou parcialmente) ou “Rejeitadas” pela ANS. Além das 1.161, a pesquisa identificou 14 contribuições que foram classificadas como “esclarecimentos”, de modo que o total de contribuições é de 1.175

Quadro 12 - Análise qualitativa das contribuições apresentadas na CP n. 60 (por grupo de interesse)

Fonte: Elaboração própria

Após os resultados da Consulta Pública n. 60, a ANS elaborou o “Relatório de Análise de Impacto Regulatório” que subsidiou a decisão da Diretoria Colegiada da ANS para publica da RN n. 433/2018 (ANS, 2017ax). Outrossim, após a decisão da DICOL, foi publicado a Nota Técnica n. 11 da DIDES (ANS, 2018aq), que contém todo o histórico de debate do tema dentro da agência, bem como as justificativas que fundamentam a decisão pela publicação da resolução normativa.

6.2.2.1.2 Suspensão da RN n. 433/2018 pelo STF

A RN n. 433/2018, que regulamentou os Mecanismos Financeiros de Regulação, foi aprovada na 488ª Reunião da DICOL, e tinha como principais aspectos a autorização para a cobrança de coparticipação em valor correspondente a 40% do valor do procedimento, bem como a previsão de duas espécies de franquias, a “dedutível acumulada” e a “limitada por acesso”.

Além da conceituação dos institutos e das hipóteses de incidência, a RN n. 433/2018 também trouxe algumas garantias para o consumidor, como a previsão de limite de exposição financeira anual e mensal,¹⁸⁶ bem como a vedação do acúmulo dos referidos limites para os períodos subsequentes. A norma, ainda, trouxe uma lista de isenções de franquia e coparticipação, a saber, a realização de quatro consultas por ano, a realização de exames preventivos, exames de pré-natal e, ainda, exames para tratamentos crônicos, como hemodiálise, quimioterapia e radioterapia.

Trata-se, portanto, de norma que possui aspectos polêmicos, posto que estipulou de forma objetiva a incidência de franquia — instituto pouco utilizado até então em planos de assistência médica — e permitiu a incidência de até 40% de coparticipação, bem como revogou a expressão “fator restritivo severo”, que era vista como causa de insegurança jurídica pelos agentes regulados. Por outro lado, a norma regulamentar também objetivou algumas proteções aos consumidores, das quais deve ser destacada a isenção dos tratamentos crônicos.

A repercussão da norma na sociedade, no entanto, foi negativa, o que acarretou a

¹⁸⁶ De acordo com o art. 5º da RN n. 433/2018, o valor devido por um beneficiário não pode superar, mensalmente, o valor da contraprestação por ele devida, nem anualmente o valor correspondente a 12 (doze) contraprestações.

sua contestação judicial no mesmo mês em que foi publicada no diário oficial. Com efeito, o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (CFOAB) ingressou com a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 532/DF, questionando a constitucionalidade da RN n. 433/2018, invocando, para tanto, dois argumentos principais: em primeiro lugar, questiona a competência normativa da ANS, uma vez que a RN n. 433/2018 é norma regulamentar e os Mecanismos Financeiros de Regulação deveriam ser regulamentados por lei ordinária; em segundo lugar, argumenta que há violação a preceito fundamental, posto que a norma impõe restrições ao direito à saúde dos consumidores.

A ADPF foi, inicialmente, distribuída à relatoria do Ministro Celso de Mello, mas a medida liminar foi apreciada em regime de urgência no plantão pela Ministra Carmen Lúcia, então Presidente da Corte. A liminar foi deferida pela ministra, determinando a suspensão da RN n. 433/2018.

A decisão da Ministra Carmen Lúcia considerou que a RN n. 433/2018 representaria restrição ao direito à saúde dos consumidores e que deveria ser discutida no âmbito do Congresso Nacional. Embora a RN n. 433/2018 tenha sido a resolução que passou por todos os instrumentos de participação social de que a ANS dispõe, a ministra considerou que a norma foi promulgada “com parca discussão e clareza”:

Causa estranheza que matéria relativa ao direito à saúde, de tamanha relevância social, e que a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei, e sem que a ela, aparentemente, se atenha, deixe de ser cuidada no espaço próprio de apreciação, discussão e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional, e seja cuidado em espaço administrativo restrito, com parca discussão e clareza, atingindo a sociedade e instabilizando relações e aumentando o desassossego dos cidadãos. (STF, 2018)

Com a decisão liminar proferida pelo STF, a Diretoria Colegiada da ANS deliberou, na 490ª Reunião Ordinária, por revogar a RN n. 433/2018 e, no mesmo ato, convocou a Audiência Pública n. 11 para a discussão da matéria (ANS, 2018an).

6.2.2.1.3 Audiência Pública n. 11

A resposta da ANS à suspensão da RN n. 433/2018, além da revogação da norma,

foi a convocação da AP n. 11, a segunda audiência pública destinada à discussão da regulamentação dos Mecanismos Financeiros de Regulação.

A AP n. 11 foi realizada em 04 de setembro de 2018 e contou com a participação de 163 (cento e sessenta e três) entidades, a maioria representantes de OPS (53% do total), mas deve ser destacado que houve a participação de 16 (dezesesseis) entidades de defesa do consumidor, entre elas Idec, Ministério Público do Rio de Janeiro, Defensoria Pública do Rio de Janeiro, Instituto Defesa Coletiva, Proteste e Fundação Procon, que inclusive participaram das exposições orais realizadas no evento.

Os argumentos apresentados pelas OPS na AP n. 11 seguiram a mesma linha do que já vinha sendo por elas defendido nos debates realizados nos outros instrumentos de participação social, ou seja, defendendo a aplicação dos Mecanismos Financeiros de Regulação como forma de promover o uso racional dos recursos e evitar desperdícios na Saúde Suplementar. Além dessa defesa mais genérica da aplicação do instituto, as OPS se manifestaram sobre questões específicas da regulamentação proposta pela RN n. 433/2018, como os procedimentos isentos de franquia e coparticipação, o limite de exposição financeira e o percentual máximo de coparticipação.

Houve mudança, no entanto, na postura dos órgãos de defesa do consumidor, tendo em vista que nos outros instrumentos de participação social não houve, propriamente, uma oposição à alteração da CONSU n. 08/1998, mas apenas uma preocupação geral de que a nova regulamentação contemplasse, de forma objetiva, que a aplicação da franquia e coparticipação não deveriam acarretar desassistência ao consumidor. Na AP n. 11, no entanto, as críticas apresentadas pelos órgãos de defesa do consumidor foram mais específicas, destacando-se a defesa do limite de 25% para a coparticipação (ao invés dos 40% autorizados pela RN n. 433/2018), a falta de garantia de que produtos sem franquia e coparticipação continuariam a ser comercializados e, ainda, a incompatibilidade da cobrança de franquia com a cultura da saúde suplementar no Brasil (ANS, 2018h). Após a realização da AP n. 11, a revisão da CONSU n. 08/1998 saiu da pauta de discussões da ANS e, inclusive, não consta na Agenda Regulatória 2019-2021.

6.2.2.2 Novo Modelo de Reajuste para os Planos Individuais (CASO 05)

6.2.2.2.1 Contextualização do problema regulatório

O controle dos reajustes anuais dos planos individuais é uma competência regulatória que a ANS exerce historicamente, uma vez que a Lei n. 9.961/2000, em seu art. 4º, inciso XXVII, atribui à agência competência para “autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda” (BRASIL, 2000). A ANS, no entanto, compreende que o setor da Saúde Suplementar é composto por dois mercados distintos e que operam com lógicas econômicas distintas, a saber, o mercado dos planos individuais/familiares e o mercado dos planos coletivos.

Cumprir destacar que a agência utiliza a competência atribuída pela Lei n. 9.961/2000 para controlar os reajustes dos planos individuais, sendo certo que, com relação aos planos coletivos, a agência não exerce um controle direto, mas apenas estipula algumas regras gerais para a metodologia do cálculo dos reajustes, em especial dos planos com menos de 30 (trinta) vidas (ANS, RN n. 309/2011). Nesse contexto, o primeiro índice de reajuste autorizado pela ANS para os planos individuais/familiares ocorreu em junho de 2000, com a edição da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 29/2000, a qual autorizou, para aquele ano, o reajuste de 5,42%, baseado na variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (ANS, 2018ar, p. 4).

Desde então, a ANS, partindo da premissa da existência de dois mercados com preços e produtos distintos (individuais e coletivos), adotou a metodologia denominada *Yardstick Competition*, segundo a qual:

o reajuste do mercado de planos individuais/familiares regulamentados é definido através do cálculo da média dos comunicados de reajuste em planos coletivos com mais de trinta vidas ponderada pelo número de beneficiários, cujos aniversários ocorrem entre março do ano anterior à fevereiro do ano em que é calculado o índice. (ANS, 2018ar, p. 05)

A utilização da metodologia *Yardstick Competition* era justificada, em primeiro lugar, pela assimetria de informações existente no mercado de planos individuais/familiares (na época recém-regulamentado), bem como na premissa de que nos planos coletivos as pessoas jurídicas contratantes teriam poder de barganha para

negociar reajustes com as operadoras e, por conseguinte, que o reajuste baseado na média dos comunicados em planos coletivos faria com que os consumidores dos planos individuais se “beneficiassem” desse poder de barganha (ANS, 2018ar).

Referida metodologia, no entanto, sempre foi alvo de críticas, tanto por parte das Operadoras de Planos de Saúde, que alegam que os índices autorizados pela ANS para os contratos individuais não repõem a Variação de Custo Médico Hospitalar (VCMH), quanto pelos Consumidores, que apontam falta de transparência na metodologia e que os reajustes, historicamente, ficam muito acima do IPCA.

6.2.2.2.2 Discussões sobre a revisão da metodologia de reajuste em 2010 e 2011

Em razão da controvérsia existente em torno da metodologia *Yardstick Competition*, em 2010 a ANS iniciou discussões para a adoção de um novo modelo para o cálculo do reajuste dos planos individuais/familiares.

O primeiro instrumento de participação social utilizado pela ANS foi a Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste, realizada entre junho de 2010 e dezembro de 2011, a qual foi composta majoritariamente por Servidores da ANS (43% dos participantes) e Operadoras de Planos de Saúde (29% dos participantes), sendo que os Consumidores corresponderam a apenas 11% dos presentes. Na referida Câmara Técnica, as entidades apresentaram por escrito os seus posicionamentos sobre o tema, bem como puderam realizar apresentações nas reuniões.

A partir da consulta ao material disponível no site da ANS, a pesquisa identificou que a ANS apresentou como proposta o modelo *Price Cap Regulation*, que seria uma metodologia que levaria em consideração o índice de variação de preço com dedução da produtividade das empresas. Por sua vez, o posicionamento das Operadoras, extraído das manifestações da FenaSaúde, da Abramge e da Unimed do Brasil, foi no sentido de que a metodologia então vigente (*Yardstick Competition*) era inadequada e que o modelo proposto pela ANS (*Price Cap*) deveria levar em consideração as características peculiares do setor da Saúde Suplementar, para espelhar os reais aumentos de custo das operadoras.

A manifestação mais robusta dos Consumidores foi apresentada de forma conjunta pelo Idec e pelo Procon, consistente em um ofício enviado à ANS com críticas ao aspecto demasiadamente “econômico” da regulação da ANS, de modo que a regulação social

ficaria em segundo plano. Criticaram a eficiência dos mecanismos de participação social, o atual modelo de cálculo de reajuste, bem como a omissão da ANS com relação à regulação dos planos coletivos. Não propuseram nenhum modelo específico, mas destacaram a necessidade de adoção de uma “metodologia transparente”, com “definições e informações claras, que tenham por base o mapeamento, a estruturação do setor e projeções capazes de demonstrar a sustentabilidade dos consumidores neste mercado” (ANS, 2010aa).

Ao final da Câmara Técnica, foi instaurado um Grupo Técnico, denominado “Novo Modelo de Reajuste”, que realizou cinco reuniões durante o ano de 2011. De acordo com o Relatório de Análise de Impacto Regulatório da RN n. 411/2018, referido Grupo Técnico concluiu que “a alteração do modelo de reajuste seria comprometida porque os dados contábeis coletados pela Agência ainda não permitiam validação de método baseado diretamente na variação de custos médico-hospitalares de planos individuais/familiares” (ANS, 2018ar).

6.2.2.2.3 Auditoria do TCU e Ação Civil Pública do IDEC contra a ANS

A nova metodologia do reajuste anual dos planos individuais/familiares ficou pendente de decisão da agência nos anos que seguiram. Com efeito, o tema voltou à discussão dentro da ANS com a Agenda Regulatória 2013-2014 e, posteriormente, com a instauração de um grupo de trabalho da DIPRO, o qual teve por finalidade estudar metodologias de cálculo alternativas à *Yardstick Competition*. A questão foi, então, tema das Reuniões n. 7 e n. 8 do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, realizadas em dezembro de 2017 e fevereiro de 2018, respectivamente, nas quais a ANS apresentou e debateu a metodologia “*Price Cap*”.

Ocorre que em março de 2018 houve a publicação do Acórdão da Auditoria Operacional n. 021.852/2014-6 do Tribunal de Contas da União (TCU), de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, que teve por objeto justamente a metodologia de apuração do reajuste anual dos planos individuais/familiares e identificou “falhas da autarquia na aferição da fidedignidade e na análise crítica das informações produzidas pelas operadoras” (TCU, 2018). As falhas apontadas pela auditoria do TCU abrangeram tanto os reajustes dos planos coletivos (que, como visto, eram a referência da metodologia *Yardstick Competition*) quanto os planos individuais, podendo-se destacar os cinco

“achados” da auditoria: (i) insuficiência de mecanismos para prevenção, identificação e correção de reajustes abusivos em planos coletivos; (ii) insuficiência de informações à disposição das pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos para adequada avaliação dos valores de reajustes propostos pelas operadoras; (iii) insuficiência dos mecanismos existentes no sistema RPC para evitar a inserção de comunicados de reajuste com erros; (iv) déficit de transparência na metodologia de cálculo do percentual máximo de reajuste dos planos individuais; (v) insuficiência de mecanismos para evitar a ocorrência do duplo impacto da atualização do rol de procedimentos (TCU, 2018).

A auditoria do TCU colocou em total descrédito a metodologia *Yardstick Competition*, posto que questionou tanto o “poder de barganha” das pessoas jurídicas contratantes de planos coletivo (que não recebem informações suficientes para a avaliação dos valores de reajustes propostos pelas operadoras) quanto a própria capacidade da ANS de prevenir abusos nos reajustes dos planos coletivos. Além do mais, o TCU apontou falta de transparência na metodologia de cálculo utilizado pela ANS e falhas grosseiras, como a insuficiência dos mecanismos para evitar o duplo impacto da atualização do Rol de Procedimentos na apuração do reajuste.

A auditoria do TCU representou um fator externo que pressionou a ANS a revisitar o tema. Com base nas falhas regulatórias identificadas pelo TCU, o Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) propôs Ação Civil Pública n. 5010777-40.2018.4.03.6100¹⁸⁷ em face da ANS, na qual pleiteou, entre outras coisas, a declaração da abusividade dos reajustes autorizados pela ANS para os contratos individuais desde 2009. Na referida ação foi, inicialmente, deferida tutela de urgência para fixar o teto dos reajustes dos planos individuais/familiares de 2018 em 5,72%, decisão que foi posteriormente suspensa pelo Tribunal Regional Federal da 3ª Região, no julgamento do Agravo de Instrumento n. 5013501-81.2018.4.03.0000.

¹⁸⁷ Referida ação está atualmente em trâmite perante 2ª Vara Cível da Seção Judiciária de São Paulo (Justiça Federal) e está em fase de produção de provas. Cumpre destacar que, além do Idec (autor da ação) e da ANS (ré na ação), habilitaram-se na qualidade de *amicus curie* a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), o Instituto Defesa Coletiva e o Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor.

6.2.2.2.4 Audiência Pública n. 10: contribuições apresentadas pelas Operadoras e pelos Consumidores

A repercussão negativa da Auditoria do TCU, bem como da ACP ajuizada pelo IDEC (na qual foi deferida liminar para suspender o reajuste que seria aplicado em 2018), fez com que a ANS retomasse a discussão sobre a revisão da metodologia de reajuste, com a convocação da Audiência Pública n. 10, realizada nos dias 24 e 25 de agosto de 2018, para a qual foram convidadas 57 (cinquenta e sete) instituições, entre elas as entidades representativas de operadoras, consumidores, prestadores de serviço da área da saúde, associações representativas de pacientes portadores de patologias especiais, órgãos do Estado (inclusive o TCU) e pesquisadores universitários.

Para a referida audiência, a ANS disponibilizou previamente o relatório de análise de impacto regulatório (ANS, 2018ar), no qual a agência expõe que a revisão da metodologia de reajuste dos planos individuais levou em consideração, pelo menos, quatro propostas alternativas,¹⁸⁸ e fundamentou a escolha pela metodologia *Price Cap*, que era a proposta encampada pela ANS nas reuniões que foram realizadas previamente nos instrumento de participação social, em especial no Comitê de Regulação de Estrutura dos Produtos.

Na minuta de resolução normativa apresentada para debate na audiência, a proposta da ANS para o cálculo do “Fator de Reajuste de Planos Individuais e Familiares Médico-Hospitalares Regulamentados” (FRPI) teria como variáveis o VCMH do universo dos planos individuais (VCMHind), o Fator de Variação da Faixa Etária (FFE) e o Fator de Variação de Produtividade (FGP), conforme a seguinte fórmula:

¹⁸⁸ Conforme consta no Relatório de Análise de Impacto Regulatório, as quatro alternativas que foram consideradas pela ANS foram a *Yardstick Competition* (que era a metodologia vigente à época), a *Value Cap*, o *Pool* de Risco Regulado e do *Pool* de Risco Expandido (ANS, 2018ar, p. 14 *et seq.*).

$$FRPIta = VCMHINDta * (1/FFEa) * (1/FGPa)^{189}$$

(ANS, 2018ar)

A Audiência Pública n. 10 contou com ampla participação social; conforme estudo quantitativo apresentado no capítulo 5 da presente tese, a partir da análise das listas de presença da audiência foram identificados 129 (cento e vinte e nove) participantes, dos quais 37% eram Operadoras de Planos de Saúde e Entidades Representativas de Planos de Saúde (FenaSaúde, Anab, Abramge, Unimed do Brasil, Sinamge), 9% eram Entidades Representantes dos Consumidores (IDEC, Instituto Defesa Coletiva, Ministério Público do Rio de Janeiro, Procon, Nudecon, BrasilCon), 5% eram Entidades Representantes de Prestadores de Serviço de Área da Saúde, 19% foram classificados como “Outros” (Consultorias, Imprensa, Escritórios de Advocacia, Universidades) e 30% eram Servidores da ANS.

Outro fator que merece destaque é que houve 17 (dezessete) entidades que fizeram exposições durante a audiência, a saber, representantes de Operadoras (SulAmérica, Unimed do Brasil, FenaSaúde, Abramge e Sinamge), representantes de Consumidores (Ministério Público do Rio de Janeiro, IDEC, Instituto Defesa Coletiva e Defensoria Pública do Rio de Janeiro) e outros interessados no tema (Associação Brasileira de Economia da Saúde, Plurall Consultoria, Associação Brasileira de Direito e Economia, Universidade Federal Fluminense, a OAB Nacional e o Instituto Brasileiro de Atuária).

Nas contribuições apresentadas na Audiência Pública, as Operadoras mais uma vez manifestaram divergências com relação à metodologia baseada no modelo *Price Cap* (defendido pela ANS) e apresentaram propostas alternativas. O Relatório da Audiência Pública (ANS, 2018f), que consolida as principais contribuições recebidas pela ANS, demonstra que uma pauta comum das OPS era a inserção de um mecanismo que flexibilizasse o reajuste dos planos individuais/familiares, consistente na possibilidade de “revisão técnica”, ou seja, no reajuste do preço diante da apuração de desequilíbrio

¹⁸⁹ Ou seja, na metodologia proposta pela ANS na AP n. 10, o reajuste dos planos individuais seria calculado com base no VCMH dos planos individuais, apurado de acordo com o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS), o Fator de Variação de Faixa Etária, que consiste em um fator médio de ajuste devido à mudança de faixa etária, considerando o universo dos beneficiários por grupos etários e os beneficiários fronteiriços (prestes a mudar de faixa etária) nos planos individuais/familiares e, por fim, o Fator de Variação de Produtividade, que leva em consideração a produtividade geral da economia do país e que visa propiciar que, na apuração do índice de reajuste, não seja apenas repassado o aumento de custo para o consumidor, mas sim que seja possível também transferir ganhos de eficiência do sistema (ANS, 2018aw, p. 3 *et seq.*).

econômico-financeiro da carteira.¹⁹⁰

Além da incorporação da revisão técnica, cada entidade apresentou contribuições específicas para o novo modelo. A FenaSaúde criticou o fato de a metodologia proposta pela ANS não levar em consideração variáveis importantes do mercado, tais como porte da operadora e variação do padrão do plano (*upgrade/downgrade*), bem como que o fator de produtividade não poderia ser o da economia em geral (mas sim específico do setor). Já a Abrange e a Unimed do Brasil defenderam que a nova metodologia deveria ser a de “*pool de risco*” para os contratos individuais.

As contribuições dos órgãos de defesa do consumidor, por sua vez, não entraram especificamente na microrregulação da metodologia proposta pela ANS, mas sim em críticas gerais sobre a questão. O Idec destacou em sua apresentação que o objetivo da audiência pública não ficou claro, bem como que o problema regulatório não foi bem delimitado; destacou que a proposta apresentada pela ANS possuía algumas fragilidades e, ainda, que deixou de apresentar solução às críticas realizadas pelo TCU e pelo Ministério da Fazenda à metodologia de cálculo dos reajustes anuais. O Idec destacou, ainda, a necessidade de a ANS aprimorar os mecanismos de participação social e sugeriu que a agência faça reuniões “com entidades de defesa do consumidor e de pacientes, possibilitando um melhor entendimento dos documentos técnicos, por aqueles que irão opinar em audiências e consultas públicas” (ANS, 2018f, p. 15). Não apresentou, todavia, soluções para os problemas apontados, nem mesmo metodologia alternativa para ser considerada pela ANS (como fora feito pelas Operadoras).

Outro órgão de defesa do consumidor — o Instituto Defesa Coletiva — também não apresentou considerações técnicas sobre o tema, mas destacou a dificuldade que os consumidores têm para realizar uma participação efetiva, ante a extrema tecnicidade dos documentos apresentados pela ANS, conforme trecho do Relatório da Audiência Pública n. 10, abaixo destacado:

¹⁹⁰ A incorporação da “revisão técnica” foi expressamente defendida pelo Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge), que afirmou que a “regulamentação da revisão técnica deveria estar prevista, seja qual for o modelo a vir a ser implementado” (ANS, RAP 10, p. 22), e pela FenaSaúde, que sustentou, na fala do Sr. Bruno Eduardo dos Santos, que “a revisão técnica é indissociável da regulação por teto-de-preços, tendo em vista que o equilíbrio econômico-financeiro está previsto na lei e deve ser garantido” e que “o modelo já deveria trazer a previsão da instituição da revisão técnica e a sua periodicidade” (ANS, 2018, p. 8).

JÉSSICA MACHADO (Instituto de Defesa Coletiva)
<p>Destacou a importância de prestar informações, relativas aos reajustes de plano de saúde, aos consumidores. Considerou o material fornecido extremamente técnico e difícil de entender. Solicitou a possibilidade de as entidades de participação social realizarem reuniões, consultas, audiências prévias com a ANS para traduzir o material para a população. Ponderou que o ingresso no plano de saúde demanda um planejamento no orçamento do consumidor para pagar por esses planos. Destacou que com a possibilidade de melhor entendimento do assunto, as famílias conseguiriam se planejar melhor. Nesse sentido, solicitou mais espaço para essas reuniões de esclarecimento para o público, com a participação dos técnicos e disponibilização de material.</p>

Trecho recortado do Relatório da Audiência Pública n. 10. (ANS, 2018f, p. 30)

Por sua vez, o Ministério Público do Rio de Janeiro e a Defensoria Pública do Rio de Janeiro também não apresentaram manifestações específicas sobre a metodologia proposta pela ANS, mas apenas ponderações genéricas sobre a necessidade de transparência e acessibilidade dos dados e sobre a importância da participação dos órgãos de defesa do consumidor na discussão do tema. Também o Procon ressaltou a necessidade de diálogo e participação na discussão do tema e a necessidade de informação e orientação para os consumidores no momento da contratação, sem, no entanto, contribuir especificamente sobre as questões técnicas relativas ao tema.

6.2.2.2.5 Audiência Pública n. 13 e aprovação da RN n. 441/2018

Após a Audiência Pública n. 10, a DIPRO — diretoria responsável pela revisão da política de reajustes — apresentou a proposta de resolução normativa, com a incorporação das contribuições apresentadas na AP n. 10, na 494ª Reunião da DICOL, oportunidade na qual foi aprovada a proposta normativa e, também, a realização de nova audiência pública para discussão do tema (ANS, 2018ao).

A Audiência Pública n. 13 foi realizada em 13 de novembro de 2018 (quatro meses após a AP n. 10) e, mais uma vez, teve ampla participação social: conforme informações constantes no Relatório da Audiência Pública¹⁹¹ (ANS, 2018k), estiveram presentes 143 (cento e quarenta e três) participantes, dos quais aproximadamente 35% eram agentes regulados (Operadoras) e apenas 1,40% eram representantes de órgãos de defesa do consumidor. Houve, ainda, 13 (trezes) contribuições, que foram apresentadas por Operadoras (Abramge, Central Nacional Unimed, FenaSaúde, Unimed do Brasil, CMB,

¹⁹¹ A lista de presença da AP n. 13 não está disponível para consulta.

United Health Group e SulAmérica), órgãos de defesa do consumidor, entidades de ensino superior e pesquisa (Universidade de São Paulo e Fundação Getúlio Vargas) e consultorias (Instituto Brasileiro de Atuária e Strategy Consultoria).

Na referida audiência, a ANS apresentou um Relatório de Análise de Impacto Regulatório Complementar (ANS, 2018as), no qual a agência se manifesta expressamente sobre as contribuições apresentadas na AP n. 10, em especial acerca das críticas que foram apresentadas à metodologia então proposta na minuta de resolução apresentada para aquela audiência. No referido documento, a ANS apresenta um modelo denominado “*Value Cap* Ponderado”, que foi o aperfeiçoado pela equipe técnica da agência através da avaliação “das contribuições da sociedade sobre a necessidade de um modelo de reajuste mais transparente”. A nova metodologia expressa uma combinação das despesas assistenciais dos planos individuais novos, mantém o repasse para o consumidor dos ganhos de eficiência da economia, mas introduz uma nova variável, que é o IPCA expurgado (com peso de 20%).

A fórmula apresentada pela ANS para a AP n. 13 é praticamente idêntica que à foi incorporada à RN n. 441/2018; é composta por duas grandes variáveis: o IVDA¹⁹² e o IPCA expurgado.¹⁹³ O IVDA é a variável composta pela Variação das Despesas Assistenciais dos planos individuais regulamentados pela Lei n. 9.656/1998 (VDA), pelo Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) e pela Variação da Receita por Faixa Etária (VFE), ao passo que o IPCA expurgado consiste num índice único para correção das despesas não assistenciais das operadoras. Nesse sentido, a fórmula apresentada para o cálculo do Índice de Reajuste dos Planos Individuais foi a seguinte:

¹⁹² Índice de Valor das Despesas Assistenciais.

¹⁹³ Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Expurgado do subitem Plano de Saúde.

$$\text{IRPI} = 80\% * \left[\left(\frac{1+VDA}{1+VFE} - 1 \right) - FGE \right] + 20\% * [\text{IPCA Exp}]$$

Onde,

IRPI = Índice de Reajuste dos Planos Individuais

VDA = Variação das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores a Lei 9.656/98

VFE = Fator de Variação da Receita por Reajuste Faixa Etária dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores a Lei 9.656/98

FGE = Fator de Estímulo a Ganhos de Eficiência

IPCA Expurgado = Índice de Preços ao Consumidor Amplo expurgado do subgrupo 62 -Serviços de Saúde

Trecho extraído do Relatório de Análise de Impacto Regulatório Complementar, apresentado pela ANS para a Audiência Pública n. 13. (ANS, 2018as, p. 9)

Além de apresentar a nova proposta de metodologia, o documento destaca que uma das demandas dos “agentes de mercado da Saúde Suplementar” era a liberação do reajuste dos planos individuais, mas que essa demanda não seria atendida pela ANS, posto que dependeria da ampliação da oferta de planos individuais, da flexibilização das regras de portabilidade e da redução das assimetrias informacionais. A ANS reforça que a regulamentação da “Revisão Técnica” está na pauta da agência, bem como a ampliação da portabilidade de carências (ANS, 2018, p. 8).¹⁹⁴

Já com relação às contribuições apresentadas na audiência pública, que estão sintetizadas no Relatório da Audiência Pública n. 13, faz-se necessário ponderar que — ao contrário do que ocorreu na Audiência Pública n. 10, na qual houve manifestação de diversas entidades defesa do consumidor — a pesquisa não identificou qualquer manifestação dos consumidores nesta audiência.

Por sua vez, as operadoras se manifestaram através de suas entidades representativas, notadamente: Abrange, FenaSaúde, Central Nacional Unimed, Unimed do Brasil e CMB. O teor das manifestações, no entanto, foi diverso daquelas apresentadas na AP n. 10: enquanto naquela audiência o objetivo era a discussão mais geral sobre qual metodologia adotar (manter a *Yardstick Competition*? *Pool* de Risco de Contratos Individuais? *Price Cap*? Etc.), nesta as críticas das operadoras foram direcionadas

¹⁹⁴ A portabilidade de carências, inclusive, já foi ampliada pela RN 438/2018, que foi promulgada no mesmo ano em que a nova metodologia de cálculo do Índice de Reajuste dos Planos Individuais. Isso pode indicar que a regulamentação da Revisão Técnica, que é uma demanda das Operadoras, pode ocorrer em breve pela ANS.

especificamente ao modelo *Value Cap* Ponderado apresentado pela ANS no Relatório de Análise de Impacto Regulatório Complementar (ANS, 2018k).

Após a realização da AP n. 13, a proposta definitiva de resolução normativa, com o modelo *Value Cap* Ponderado, foi apreciada na 498ª Reunião da DICOL, na qual foi aprovada a RN n. 441/2018 (ANS, 2018ap).

6.2.2.3 Proposta de regulamentação dos Planos Acessíveis (CASO 06)

6.2.2.3.1 Contextualização do problema regulatório

A iniciativa para a formação de um grupo de trabalho para discutir o tema não foi da ANS, mas sim do Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde editou em agosto de 2016 a Portaria n. 1.482/GM-MS, de 2016 (MS, 2016), a qual teve por objeto a constituição de um Grupo de Trabalho no âmbito do próprio Ministério para a elaboração do “Projeto de Plano de Saúde Acessível”, grupo este composto por representantes do Ministério da Saúde, da ANS e da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSEG).

Assim, em setembro de 2016 houve uma reunião no Núcleo do Ministério da Saúde em São Paulo, que contou com representantes do próprio Ministério, da ANS, da CNSEG, de entidades representantes de operadoras de planos de saúde (FenaSaúde, Abramge, CMB, Unimed, Unidas), de entidades representantes dos consumidores (Proteste e Idec), de entidades representantes de prestadores da área da saúde (AMB, CFM e ANAHP), de representantes do SUS (CONASS e CONASEMS) e de um instituto de pesquisas sobre saúde suplementar (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS). Após a referida reunião, todas as entidades convocadas apresentaram contribuições para a discussão do tema.

O teor das manifestações apresentadas denota que o tema era bastante polêmico e correspondia a uma pauta das OPS. Com efeito, houve forte oposição das entidades de defesa do consumidor, bem como da maioria das entidades que representaram os Prestadores de Serviço da Área da Saúde, ao passo que as entidades representativas de OPS se manifestaram favoravelmente à evolução da proposta.

Para se compreender o teor do grupo de trabalho que foi posteriormente criado na ANS, é necessário analisar as propostas apresentadas pelas Operadoras dentro do Grupo

de Trabalho do Ministério da Saúde. Interessante notar que a manifestação apresentada de forma conjunta por Abrange, CMB e Unimed do Brasil utilizou uma justificativa de cunho eminentemente social para a regulamentação dos Planos Acessíveis, qual seja, o aumento do acesso aos serviços de saúde e a desoneração do Sistema Público:

Portanto, a iniciativa de criar conjuntura favorável a existência de planos acessíveis tem potencial para estimular que empresas e famílias invistam recursos novos na assistência à saúde, o que por fim resultaria em:

- Aumento de acesso a serviços de saúde;
- Desonera o Sistema Público;
- E tem potencial para gerar desenvolvimento e emprego ao estimular o setor de serviços de saúde, especialmente no interior do país.

Grifo nosso. Trecho recortado da manifestação conjunta da Abrange, CMB e Unimed do Brasil no Grupo de Trabalho sobre Regulamentação de Planos Acessíveis. (ANS, 2017ct, p. 30)

Nesse sentido, as referidas entidades (Abrange, CMB e Unimed do Brasil) defenderam a regulamentação dos Planos Acessíveis, que deveriam ter as seguintes características: atenção primária com clínico geral; canal digital de comunicação; coparticipação; ampliação dos prazos de atendimento; e revisão técnica periódica. A manifestação apresentada pela FenaSaúde teve teor bastante semelhante, sustentando que deveria ser alterada a Lei n. 9.656/1998 para incluir artigo específico prevendo os Planos Acessíveis, bem como editada resolução normativa da ANS para regulamentar o tema (ANS, 2017, p. 36-39). Nesse sentido, a FenaSaúde sustentou que os Planos Acessíveis deveriam contemplar: (i) rede hierarquizada (com direcionamento); (ii) fatores moderadores; (iii) protocolos clínicos bem definidos; (iv) plano regionalizado; (v) recomposição de preços baseados em planilha de custos; (vi) obrigatoriedade de segunda opinião médica em casos de maior complexidade; (vii) regulamentação própria; e (viii) respeito aos contratos (ANS, 2017cs, p. 37-39).

A proposta do Ministério da Saúde era muito polêmica e correspondia a uma pauta dasadoras. Conforme se observa das discussões travadas ainda no GT do MS, o ofício encaminhado pelo Ministério da Saúde à ANS praticamente encampa todas as contribuições oferecidas pelasadoras no Grupo Técnico, desde a denominação dos produtos (plano simplificado) até as suas características específicas (rede hierarquizada, coparticipação, protocolos clínicos objetivos, recomposição de preços, obrigatoriedade de segunda opinião médica, plano regionalizado) (ANS, 2017cs, p. 3-5).

6.2.2.3.2 Grupo de Trabalho na ANS

Após os debates no âmbito do MS, foi encaminhado um ofício à ANS, em janeiro de 2017 (Ofício n. 60 – GS/SAS), solicitando a análise da “viabilidade técnica” das propostas de criação de três modalidades de planos de saúde, um denominado “Plano Simplificado” (voltado à cobertura de atenção primária somente), outro denominado “Plano Ambulatorial + Hospitalar” e outro de “Regime Misto de Pagamento”.

O Grupo de Trabalho se reuniu entre os dias 03 de abril de 2017 e 11 de setembro de 2017 e contou com a participação das principais entidades representantes de cada tipo de OPS (FenaSaúde, Abrange, CMB, Anab, CMB e Unidas), de órgãos de defesa do consumidor (Idec, Defensoria Pública do Rio de Janeiro – Nudecon, Ministério Público de Rio de Janeiro, Secretaria Nacional do Consumidor – Senacon e Proteste), de entidades representantes de prestadores de serviço da área da saúde (FBH, Anahp e AMB), de servidores da ANS, da OAB, da Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Ministério Público Federal.

Uma das etapas do Grupo de Trabalho foi a realização de um debate público entre os dias 28 de junho de 2017 e 30 de junho de 2017, no qual as entidades tiveram a oportunidade de apresentar contribuições no formato de exposição. Conforme material disponibilizado pela ANS em seu site, a pesquisa identificou que 13 (treze) entidades realizaram exposições no debate, a saber: (i) Operadoras: Unidas, ANAB, Abrange e Unimed do Brasil; (ii) Consumidores: Idec, Ministério Público do Rio de Janeiro e Proteste; (iii) Prestadores da Área da Saúde: FBH, ANAHP e AMB; (iv) Outros: Ministério Público Federal, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Faculdade de Medicina de Presidente Prudente.

Os debates no Grupo de Trabalho demonstram a complexidade que envolve a regulação do setor da Saúde Suplementar, bem como que a consecução do interesse público no setor envolve a compreensão da articulação existente entre os objetivos sociais e econômicos da regulação.

Por um lado, as entidades representantes de OPS, com exceção da Unidas, defenderam a proposta de regulação dos Planos Acessíveis. Os argumentos apresentados pelas principais entidades demonstram, por um lado, que a proposta supostamente atenderia um objetivo social, que é a universalização do serviço, e, por outro lado, deveria

ser regulamentada com a flexibilização das regras aplicáveis aos planos individuais (ANS, 2017cs). A Abrange, em sua exposição, defende a proposta como uma “política de inclusão”, ou seja, como uma forma de propiciar que mais indivíduos tenham condições de adquirir planos de assistência médica, especialmente para as pessoas que vivem no interior do país (universalização). Defende, nesse sentido, a implantação do modelo com as seguintes características: (i) atenção primária com clínico geral; (ii) canal digital de comunicação com o consumidor (venda, pagamento, extratos e orientador de rede assistencial através da Internet); (iii) coparticipação, como forma de tornar o beneficiário responsável pelas decisões e fiscalizador da assistência prestada; (iv) ampliação de alguns prazos de atendimento; (v) revisão técnica nos preços a cada 02 (dois) anos; e (vi) segunda opinião médica, especialmente nos procedimentos de alta complexidade.

A linha de argumentação da FenaSaúde é bastante próxima da apresentada pela Abrange, uma vez que o modelo é defendido com a aplicação de fatores moderadores, rede hierarquizada, plano regionalizado, protocolos clínicos rígidos e bem-definidos, recomposição de preços por revisão técnica e segunda opinião médica obrigatória nos casos de maior complexidade. Por sua vez, a Unimed do Brasil também se mostrou favorável à proposta dos Planos Acessíveis, desde que implementada com “com segurança jurídica, respeito aos contratos, foco na atenção primária e o caráter opcional de oferecimento” (ANS, 2017cs, p. 38).

No entanto, a Unidas manifestou-se no sentido de que a proposta não é de interesse das autogestões, mas que as medidas mencionadas no ofício do MS poderiam ser implementadas para aumentar a acessibilidade e sustentabilidade dos planos de saúde. A ANAB, representante das administradoras de benefícios, posicionou-se de forma contrária à proposta do MS, mas favorável à discussão de novos modelos para a saúde suplementar.

As entidades de defesa do consumidor, por sua vez, se posicionaram de forma contrária à implantação dos Planos Acessíveis. A apresentação do Idec dá destaque ao fato de que há escassez de planos individuais no mercado, e que a grande maioria dos consumidores está em planos coletivos, que já são subregulamentados e sujeitos a reajustes flexíveis e rescisão unilateral. Nesse sentido, associa a ideia de flexibilização da regulação (que está no âmago da proposta do MS) ao oferecimento de planos com coberturas insuficientes e com pouca proteção ao consumidor. A Secretaria Nacional do

Consumidor demonstrou preocupação com a proposta e também destacou o fenômeno da coletivização dos planos de saúde e a existência das administradoras de benefícios como intermediários como forma de encarecimento do preço dos planos de saúde e de flexibilização dos reajustes. Nesse sentido, criticou a proposta e ressaltou a necessidade de uma política de incentivo à comercialização de planos individuais (mas sem as flexibilizações propostas pelo MS).

A Defensoria Pública do Rio de Janeiro e o Ministério Público do Rio de Janeiro (MP/RJ) destacaram a falta de legitimidade da proposta apresentada pelo MS, posto que ela foi gestada somente pelo mercado e representa praticamente uma cópia das propostas que as operadoras apresentam no Grupo Técnico realizado no Ministério da Saúde. Notadamente, a manifestação do MP/RJ enfatiza a falta de representatividade dos órgãos de defesa do consumidor, a existência de oposição dos órgãos de defesa do consumidor e das entidades médicas e a inexistência de um estudo de impacto financeiro da proposta:



Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro – MPE/RJ

Representante: *Cristiane Cavassa Freire e Sidney Rosa Silva Jr.*

- Debate representativo?
 - A construção da proposta não contemplou a necessidade de representatividade adequada dos órgãos de defesa do consumidor;
 - Apesar da existência de um GT no MS, a proposta final encampa quase que por cópia a proposta das operadoras;
 - Celeridade incompatível com a análise aprofundada exigida;
 - Entidades médicas e de defesa do consumidor se manifestaram publicamente e de forma contundente contra a proposta, dentre elas o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Nacional de Saúde;
 - Inexistência de estudo de impacto financeiro, previsto na Portaria 1.482/2016 do MS;
 - Como o consumidor será beneficiado? 74% desejam planos de saúde.

Grifo nosso. Trecho recortado do Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis (ANS, 2017cs, p. 32)

Outra entidade que também se mostrou contrária à proposta do Ministério da Saúde foi a Proteste, que destacou que Planos Acessíveis representariam um retrocesso no atendimento ao consumidor e que representam verdadeiros “planos *fake*, que fingem que atendem, mas não vão atender” (ANS, 2017cs, p. 36). A Fundação Procon, embora não tenha participado do debate público, enviou contribuição por escrito, na qual destaca que a proposta do MS “representa um retrocesso no qual direitos e garantias conquistados ao longo dos anos serão desprezados e ignorados, resultando em prejuízos à saúde dos consumidores, com risco de empobrecimento e endividamento dessa população” (ANS, 2017cs, p. 42).

A proposta do MS também enfrentou resistência no corpo técnico da ANS. Com efeito, a ANS realizou uma consulta interna para oportunizar aos seus servidores o envio de contribuições entre 14 de junho de 2017 e 14 de julho de 2017. De acordo com o Relatório Descritivo do GT (ANS, 2017cs), a agência recebeu 05 (cinco) contribuições, as quais apontaram fragilidades na proposta do Ministério da Saúde e opinaram pela sua rejeição.

Entre outras coisas, o corpo técnico posicionou-se de forma crítica aos seguintes pontos: (i) necessidade de o beneficiário ter elementos para discordar da auditoria médica; (ii) os Planos Acessíveis ofereceriam apenas atenção primária e repassariam ao SUS os atendimentos de média e alta complexidade, o que retiraria o caráter de “suplementar” do setor; (iii) não deveria haver obrigatoriedade de segunda opinião médica, posto que o beneficiário já está sendo orientado por um especialista; (iv) a proposta flexibiliza o caráter obrigatório das coberturas previstas no Rol, criando um sistema segmentado e fragmentado; (v) a desregulamentação do setor criará ainda mais assimetria de informações e insegurança jurídica; (vi) a proposta acarreta o fim do mutualismo na Saúde Suplementar e carece de fundamentação técnica (ANS, 2017cs, p. 13-18).

6.2.2.3.3 Decisão da ANS: Relatório Descritivo do GT

A discussão sobre a regulamentação dos “Planos Acessíveis” não acarretou a edição de nenhuma resolução normativa específica para o tema, mas apenas um relatório com o posicionamento técnico da ANS sobre os principais aspectos da proposta.

O denominado “Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis” foi aprovado pela Diretoria Colegiada da ANS na 472ª Reunião Ordinária e contém a descrição das

contribuições apresentadas pelas entidades no debate público e pelos servidores na consulta interna, bem como o posicionamento da ANS.

De uma forma geral, a ANS manifestou entendimento de que a maioria dos itens constantes na proposta do MS não precisa de alteração legislativa e já estava, inclusive, constante na regulamentação atual. Nesse sentido, por exemplo, a rede hierarquizada (com foco na atenção primária), a implantação do fator moderador (coparticipação) e a implantação de canais digitais de comunicação e protocolos clínicos são aspectos que, segundo a ANS, já encontram ressonância na legislação vigente e, inclusive, são praticados no mercado. Outro aspecto que a ANS destacou que já estava em estudo dentro da agência é a obrigatoriedade de segunda opinião médica, com a realização de junta médica ou odontológica e, inclusive, havia sido regulamentada por ato normativo recentemente publicado (BRASIL, ANS, RN n. 424/2017).

Quanto à revisão de prazos de atendimento, a ANS ponderou que a regulamentação atual foi criada com base nos prazos médios praticados no mercado e que o acompanhamento da dinâmica do setor para aferir a correção desses prazos faz parte da rotina do regulador, de modo que ajustes podem ser feitos caso se mostrem necessários. Por fim, o único aspecto em relação ao qual a agência demonstrou discordância foi a “Recomposição de preços com base em planilha de custos”, uma vez que tal item poderia representar o repasse de custos e do risco do negócio exclusivamente para o consumidor (ANS, 2017cs, p. 45-47).

6.2.3 Macrorregulação

6.2.3.1 Alterações promovidas no Tema Regulatório n. 12 da Agenda Regulatória 2019-2021 pela participação social

6.2.3.1.1 Conceito de agenda regulatória

A agenda regulatória, sem dúvida, é um importante instrumento que as agências reguladoras utilizam para dar publicidade e transparência para a sua atuação regulatória; em outras palavras, trata-se de instrumento de *accountability* que confere previsibilidade e busca explicitar os objetivos técnicos e políticos da regulação a ser produzida.

A ANS estrutura a agenda regulatória a partir de **eixos temáticos**, dentro dos quais

são estabelecidos **macroprojetos** que darão origem às ações regulatórias da agência. Assim, os eixos temáticos representam as ações prioritárias da ANS durante o período de vigência da agenda, ou seja, espelham os projetos que serão debatidos e implementados pela agência no período. Isso significa que cada eixo temático será desdobrado pela ANS em macroprojetos que, por sua vez, darão origem a ações regulatórias específicas, seja para implementar novas políticas regulatórias para determinadas questões, seja para rever a regulação de um determinado tema.¹⁹⁵

Atualmente, a agenda regulatória foi disciplinada pelo novo Marco Legal das Agências Reguladoras (Lei n. 13.848/2019), segundo o qual a agenda constitui um “instrumento de planejamento da atividade normativa” da agência, estabelecendo os temas prioritários a serem regulamentados; além disso, deve estar alinhado com os objetivos do plano estratégico e deve integrar o plano de gestão anual (BRASIL, Lei n. 13.848/2019, art. 21, *caput* e §§ 1º e 2º).

6.2.3.1.2 Breve histórico das agendas regulatórias da ANS

Conforme dito, a primeira agenda regulatória elaborada pela ANS foi para o biênio 2011-2012 e possuía nove eixos temáticos, a saber: (i) modelo de financiamento do setor; (ii) garantia de acesso e qualidade assistencial; (iii) modelo de pagamento a prestadores; (iv) assistência farmacêutica; (v) incentivo à concorrência; (vi) garantia de acesso à informação; (vii) contratos antigos; (viii) assistência ao idoso e; (ix) integração da saúde suplementar com o SUS.

A segunda agenda regulatória, para o biênio 2013-2014, possuía sete blocos temáticos,¹⁹⁶ de conteúdo semelhante ao adotado pela agenda de 2011-2012. Por sua vez, a terceira agenda regulatória, que teve vigência entre 2016-2018, foi estruturada em quatro grandes eixos, quais sejam: (i) garantia de acesso e qualidade assistencial; (ii) sustentabilidade do setor; (iii) integração da saúde suplementar com o SUS; e (iv)

¹⁹⁵ Por exemplo, um dos eixos temáticos da Agência Regulatória 2011-2012 era a “Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial”, que possuía, dentre os seus macrotemas, o de “reavaliar os critérios de mecanismos de regulação estabelecidos pela Resolução CONSU n. 08”. Esse macrotema, por sua vez, deu origem à “Câmara Técnica sobre Mecanismos Financeiros de Regulação” e, posteriormente, ao Grupo Técnico de Coparticipação e Franquia.

¹⁹⁶ Os blocos temáticos da agenda 2013-2014 eram: (i) garantia de acesso e qualidade assistencial; (ii) sustentabilidade do setor; (iii) relacionamento entre operadoras e prestadores; (iv) incentivo à concorrência; (v) garantia de acesso à informação; (vi) integração da saúde suplementar com o SUS; e (vii) governança regulatória.

aprimoramento das interfaces regulatórias.

O estudo de caso ora proposto tem por objetivo analisar a influência da participação social na formação Agenda Regulatória 2019-2021, notadamente do Tema Regulatório n. 12. Inicialmente, cumpre destacar que a agenda foi dividida em quatro grandes eixos temáticos: (i) equilíbrio da saúde suplementar; (ii) aperfeiçoamento do ambiente regulatório; (iii) articulação institucional e; (iv) fortalecimento da governança institucional.

Os quatro eixos temáticos estão subdivididos em 16 (dezesesseis) macrotemas, conforme quadro 13:

AGENDA REGULATÓRIA DA ANS 2019-2021: EIXOS TEMÁTICOS VS. MACROTEMAS			
Equilíbrio da Saúde Suplementar	Aperfeiçoamento do Ambiente Regulatório	Articulação Institucional	Fortalecimento da Governança Institucional
<p>Indução à melhoria da atenção à saúde dos beneficiários</p> <p>Provisões técnicas e Capital regulatório — margem de solvência e regra de transição para exigência de capital</p> <p>Acesso a planos privados de assistência à saúde</p> <p>Relacionamento entre prestadores e operadoras de planos de saúde</p> <p>Avaliação da qualidade dos serviços de assistência à saúde</p> <p>Organização e funcionamento dos modelos assistenciais e cobertura de procedimentos</p> <p>Aperfeiçoamento das regras sobre transferência de carteiras</p>	<p>Transparência das informações do setor à sociedade</p> <p>Assimetria de informação no atendimento prestado ao beneficiário</p> <p>Aperfeiçoamento do monitoramento assistencial e garantias de acesso</p> <p>Modelos eficientes de remuneração e atenção à saúde</p> <p>Aperfeiçoamento de medidas regulatórias referentes às características dos contratos e produtos</p> <p>Gestão do estoque regulatório</p> <p>Mecanismos de interação entre operadoras e contratantes</p>	<p>Integração das informações de saúde</p>	<p>ANS Digital (e-ANS)</p>

Quadro 13 - Agenda regulatória da ANS 2019-2021: eixos temáticos vs. macrotemas

Fonte: Elaboração própria

Dentro de cada um desses eixos temáticos, a ANS elaborou o seu “Mapa Estratégico”, no qual é apresentada a “missão” e a “visão” da agência e a descrição dos

objetivos específicos da ANS dentro de cada eixo temático. Interessante notar que, no Mapa Estratégico de 2019-2021, a agência estabelece como missão a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde (como consta no seu objetivo institucional estabelecido pela Lei n. 9.961/2000) e, também, que a ANS pretende “contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país”. Isso significa que, pelo menos formalmente, a ANS reconhece os efeitos sociais da sua regulação, bem como que a saúde suplementar deve ser um instrumento de contribuição para o Sistema de Saúde como um todo. Por sua vez, as ações específicas de cada diretoria na consecução dos objetivos traçados no mapa estratégico estão discriminadas no “Plano de Gestão Anual” elaborado pela Diretoria Colegiada da ANS (DICOL).

6.2.3.1.3 Considerações sobre o procedimento para formação da Agenda Regulatória 2019-2021

Embora a ANS já utilize a agenda regulatória há quase dez anos, a formação desse instrumento carece de regulamentação; não há previsão da elaboração de agenda regulatória na Lei n. 9.961/2000, bem como não há resolução normativa específica para disciplinar o assunto. A única norma que faz menção ao instrumento é o Regimento Interno da ANS, o qual, em seu art. 13, inciso VII, atribui à Secretaria Geral da ANS (SEGER) a competência para “coordenar os trabalhos da Agenda Regulatória” (ANS, RR n. 1, art. 13, inciso VII).

Em razão da falta de previsão formal do procedimento de elaboração, a pesquisa realizou uma sistematização das etapas de formação da agenda regulatória 2019-2021¹⁹⁷ através de três fontes: (i) as atas das Reuniões n. 95, 96, 97, 98, 99 e 100, da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS); (ii) das apresentações da SEGER e das diretorias da ANS nas mencionadas reuniões da CAMSS e; (iii) das atas das Reuniões da DICOL que deliberaram sobre a agenda regulatória. O levantamento teve por objetivo refazer o processo de elaboração da agenda e identificar a utilização dos instrumentos de participação social no processo.

¹⁹⁷ A pesquisa se concentrou na Agenda Regulatória 2019-2021 por ser a primeira aprovada pela ANS após a regulamentação pela Lei Geral das Agências, bem como pela ampla disponibilidade de documentos do site da ANS sobre as reuniões da CAMSS e os vídeos das reuniões da DICOL (que passaram a ser gravadas em 2018). As discussões referentes às agendas regulatórias anteriores estão registradas de forma muito breve nas atas da CAMSS e nas atas das reuniões da DICOL, sendo que as respectivas consultas públicas também não trazem material concludente sobre a eficácia da participação social na elaboração das agendas.

Com a análise dos documentos produzidos pela CAMSS, pela SEGER e pela DICOL, que refletiram as discussões para a elaboração da Agenda Regulatória 2019-2021, foi possível identificar um rito com 08 (oito) etapas:

ETAPAS DA ELABORAÇÃO DA AGENDA REGULATÓRIA 2019-2021	
1	Abertura de propostas na CAMSS
2	Consolidação e análise das propostas da CAMSS pelas diretorias
3	Propostas dos eixos e problemas regulatórios pelas diretorias
4	Aprovação na DICOL da proposta de agenda regulatória vinculada ao mapa estratégico
5	Realização de consulta pública
6	Análise das contribuições da CP pelas diretorias e consolidação da proposta final
7	Aprovação da Agenda Regulatória pela DICOL
8	Publicação por portaria

Quadro 14 - Etapas da elaboração da Agenda Regulatória 2019-2021

Fonte: Elaboração própria

6.2.3.1.4 As manifestações sobre a Agenda Regulatória 2019-2021 nas reuniões da CAMSS

O primeiro documento que faz menção à Agenda Regulatória 2019-2021 é uma apresentação realizada na 95ª Reunião da CAMSS, no dia 25 de setembro de 2018, na qual é feita uma prestação de contas à câmara sobre o cumprimento dos objetivos das agendas regulatórias de 2011-2012, 2013-2014 e 2016-2018, e são apresentados os três eixos temáticos da agenda 2019-2021. Na mesma apresentação foi informado aos membros da CAMSS que as sugestões/contribuições para os problemas regulatórios que comporiam a agenda de 2019-2021 poderiam ser submetidas à ANS por intermédio de correio eletrônico no período de 26 de setembro de 2018 a 05 de outubro de 2018.

Na 96ª Reunião da CAMSS foi feita uma nova apresentação pela SEGER, na qual consta a informação de que a ANS recebeu 54 (cinquenta e quatro) contribuições dos membros da CAMSS,¹⁹⁸ sobre 27 assuntos; referidas contribuições ainda estavam sob

¹⁹⁸ De acordo com o documento, as contribuições foram enviadas pela Defensoria Pública do Rio de Janeiro, pelo Conselho Nacional de Saúde, pela FenaSaúde, pela Unidas Autogestão, pelo Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo, pela ABRAMGE, pela Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor e pela Associação Nacional de Hospitais Privado (ANS, 2018o).

análise das áreas técnicas da ANS. Nesse sentido, a SEGER, por intermédio da Sra. Mirella Jordão Amorim, fez uma rápida apresentação e afirmou que “será dado um retorno às entidades quanto ao acatamento ou não no momento em que a agenda construída for colocada para a consulta pública” (ANS, 2018o). Segundo a ata, “não houve questionamentos” sobre a apresentação da SEGER e, por conseguinte, foi apresentado um cronograma para a consolidação da agenda, que seguiria o seguinte fluxo: (i) consolidação das propostas pelas diretorias; (ii) a apreciação pela DICOL e a aprovação de consulta pública; (iii) a efetivação de consulta pública; (iv) a análise das contribuições pelas diretorias; (v) a consolidação de uma proposta final; (vi) a aprovação da agenda pela DICOL; e (vi) a publicação de portaria para dar publicidade à agenda.

Em abril de 2019 foi realizada a 97ª Reunião da CAMSS, na qual foi informado às entidades que integram a câmara que o formato da Agenda Regulatória havia sofrido “pequena alteração com vistas à obtenção de um conjunto mais enxuto dos temas regulatórios que serão objeto de análise da ANS” (ANS, 2019e), e que era possível contribuir por meio da Consulta Pública n. 74.

Nos debates havidos entre os membros da CAMSS na referida reunião, merece destaque a manifestação do Sr. João Alceu Amoroso Lima, representante da FenaSaúde, que expôs duas preocupações das operadoras de planos de saúde que sinalizam fazer parte da agenda de interesses dos agentes regulados. Em primeiro lugar, a FenaSaúde defendeu que o tema “relacionamento entre operadoras e prestadores” não deveria fazer parte da agenda regulatória da ANS, seja para tratar dos instrumentos contratuais, seja para tratar de modelos de remuneração, glosas ou qualquer assunto relacionado. Em segundo lugar, a entidade destacou que o tema “reajustes de planos coletivos” também não deveria ser priorizado na agenda regulatória da ANS. Dada a importância da contribuição para demonstrar a pauta de interesses das operadoras, será reproduzido o trecho em questão:

próximo triênio. O Sr. **João Alceu Amoroso Lima** (Federação Nacional de Saúde Suplementar – FenaSaúde) elogiou o processo adotado para a Agenda Regulatória de publicação, coleta de contribuições e dos ajustes antes de efetivamente serem desenvolvidos os temas. Consignando que a FenaSaúde formalizaria suas contribuições pelo portal da ANS, fez questão de registrar algumas delas: **o tema relacionamento entre operadoras e prestadores não deve fazer parte da Agenda Regulatória, seja para tratar dos instrumentos contratuais seja para tratar de modelos de remuneração, glosas e outros do gênero, porque estes já constam da Agenda; a questão de reajuste de planos coletivos também não deve ser priorizada na Agenda;** o tema sobre acesso a planos individuais é importante e, sem dúvida, há interesse, ao menos das afiliadas à FenaSaúde, em voltar a comercializar essa modalidade, no entanto, esta questão do acesso deve ser tratada junto com o tema de revisão técnica e de aperfeiçoamento das regras de reajuste e à políticas que desestimulem comportamentos oportunistas Grifo nosso. ANS, Trecho da Ata da 97ª Reunião. (ANS, 2019e)

Outro ponto que merece destaque na 97ª Reunião da CAMSS foi a manifestação do representante da Associação Médica Brasileira (AMB), Sr. Carlos Alfredo Lobo Jasmin, contrapondo a fala do representante da FenaSaúde, e destacando que a ANS nunca teve preocupação de regular a relação entre prestadores e as operadoras, e que a inserção do tema na agenda regulatória era “conquista da qual não se poderia abrir mão” (ANS, 2019e, parágrafo 135). O debate entre FenaSaúde e AMB demonstra, por um lado, que as OPS resistem à interferência da ANS nas relações com prestadores, ao passo que os prestadores defendem que a ANS deveria se preocupar com o assunto — fica evidenciada, assim, a existência de um conflito de agendas entre OPS e os prestadores dentro da agência.¹⁹⁹ O texto completo da Agenda Regulatória 2019-2021 foi apresentado na 98ª Reunião da CAMSS, na qual foi ressaltado que os eixos temáticos são vinculados ao Mapa Estratégico da ANS, bem como foram explanados todos os problemas regulatórios que compõem cada eixo temático.

A partir da análise das atas das reuniões da CAMSS, bem como do material que a ANS consolidou e apresentou tanto na CP n. 74 quanto na 510ª Reunião da DICOL, observa-se que a participação das entidades que compõem a câmara se dá, efetivamente, pelo envio das contribuições no início do processo de formação da agenda. Após o envio das contribuições, as demais reuniões tiveram um viés muito mais expositivo por parte

¹⁹⁹ Esse conflito fica ainda mais evidente com a posterior fala, na mesma reunião, do representante do Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE), que reclamou do excesso de regulação da ANS, e que temia que a interferência da ANS na relação com prestadores iria “engessar” a questão, assim como havia ocorrido com os planos individuais.

da SEGER do que, efetivamente, um debate sobre os temas que seriam ou não incluídos (com exceção das manifestações da FenaSaúde e AMB supracitadas).

6.2.3.1.5 Consulta Pública n. 74 e a formação do Tema Regulatório n. 12

A participação da sociedade na formação da agenda regulatória ocorre, num segundo momento, através da realização de consulta pública. Conforme dito, para a Agenda Regulatória 2019-2021, foi realizada a CP n. 74, entre 07 de março de 2019 e 05 de abril de 2019.

Referida consulta pública teve um total de 241 (duzentas e quarenta e uma) contribuições, conforme informação do Relatório de Consulta Pública (RCP) (ANS, 2019w). Se analisarmos as contribuições de acordo com os grupos de interesse envolvidos, 74% das contribuições foram apresentadas por entidades que representavam Operadoras, 12% por Prestadores de Serviços (hospitais, médicos, laboratórios etc.), 7% por Consumidores, 6% por entidades da sociedade civil (advogados, universitários, etc.), e 2% por Órgãos do Estado (ministérios e servidores da ANS):

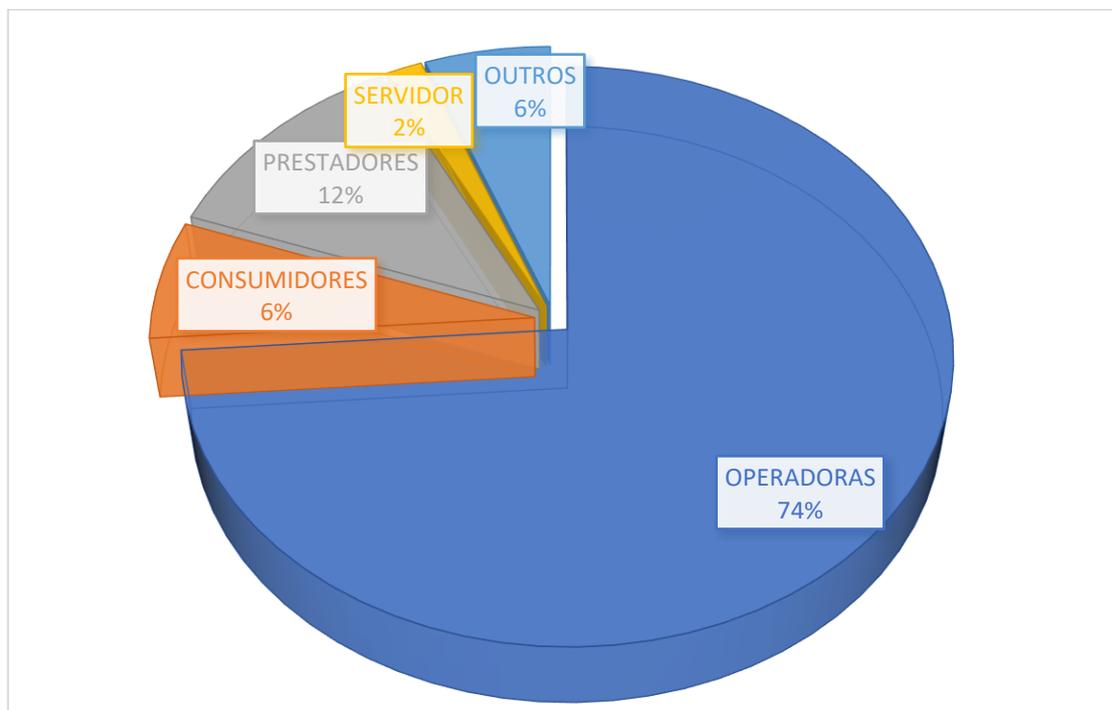


Gráfico 26 - CP 74: Total de contribuições por grupo de interesse
Fonte: Elaboração própria

Conforme consta no RCP n. 74, 79% das contribuições apresentadas foram rejeitadas pela agência; todas as 16 (dezesesseis) contribuições apresentadas pelos consumidores foram rejeitadas pela ANS, inclusive 03 (três) importantes sugestões apresentadas pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), que solicitava a inclusão na agenda do monitoramento de reajustes de planos coletivos,²⁰⁰ regramento sobre rescisão imotivada de planos coletivos e reformulação das regras de contratação de planos coletivos.

Apenas 51 (cinquenta e uma) das 241 (duzentas e quarenta e uma) contribuições foram acolhidas total ou parcialmente, das quais 40 (quarenta) eram de Operadoras e 11 (onze) de “Outros” (consultorias, escritórios de advocacia, etc.), conforme quadro 15:

ANÁLISE DA EFICÁCIA DAS CONTRIBUIÇÕES APRESENTADAS NA CONSULTA PÚBLICA N. 74				
Grupo de Interesse*	Total de Contribuições	Acolhidas (total ou parcialmente)	Rejeitadas	% Eficácia
Operadoras	182	40	142	22%
Consumidores	16	0	16	0%
Prestadores da Área da Saúde	1	0	1	0%
Outros	38	11	27	29%
Estado/Servidores da ANS	4	0	4	0%
Total	241	51	190	21%

*A classificação dos grupos de interesse seguiu os critérios estipulados na metodologia da tese, e não a classificação utilizada pela ANS no Relatório da Consulta Pública n. 74

Quadro 15 - Resultados das contribuições apresentadas na CP 74 (por grupo de interesse)
Fonte: Elaboração própria

6.2.3.1.6 A redação definitiva da Agenda Regulatória 2019-2021

Na 510ª Reunião da DICOL, a qual aprovou o texto definitivo da Agenda Regulatória 2019-2021, foi mencionado pela secretaria da ANS (SEGER) que as mudanças na agenda pela CP n. 74 não foram significativas, uma vez que foram feitas apenas algumas adequações na redação de alguns problemas regulatórios.

Referida adequação na redação, no entanto, demonstrou a permeabilidade da

²⁰⁰ Não apenas a sugestão do IDEC não foi acolhida, como também a menção a controle de reajustes de planos coletivos foi excluída do texto final da Agenda Regulatória 2019-2021.

agência aos interesses das operadoras, e a dificuldade dos consumidores em fazer com que a ANS inclua na pauta regulatória assuntos de relevância social, notadamente no que tange à regulação de assuntos importantíssimos relativos aos planos coletivos.

Conforme dito, na CP n. 74 o Idec sugeriu que a ANS incluísse na agenda regulatória precisamente no tema 11 (“Aperfeiçoamento das políticas públicas de preço/reajuste e operação de planos privados de assistência à saúde”), o seguinte problema regulatório: “11.1.2. Manutenção e aprimoramento do monitoramento de reajustes de planos de saúde via RPC”, nos termos das recomendações realizadas pelo TCU:

15/04/2019 18:51	Consumidor	INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR	INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR	11 - Aperfeiçoamento das Políticas de Preço/Reajuste e Operação de Planos privados de assistência à saúde	Alteração de Caracterização do tema 11	11.1.2. Manutenção e aprimoramento do monitoramento de reajustes de planos de saúde coletivos via RPC, nos termos das recomendações realizadas pelo TCU.
------------------	------------	--	--	---	--	--

Trecho recortado do Relatório da Consulta Pública n. 74. (ANS, 2019w, RCP 74, p. 40)

Cumprе destacar que a alteração sugerida pelo IDEC foi rejeitada pela ANS, sob a justificativa de que “o monitoramento dos reajustes dos planos coletivos faz parte das rotinas regulatórias da ANS e está diretamente contemplado no Tema Regulatório”:

Não acatar	Entendemos que o monitoramento dos reajustes dos planos coletivos faz parte das rotinas regulatórias da ANS e está diretamente contemplado no Tema Regulatório.
------------	---

Trecho recortado do Relatório da Consulta Pública n. 74. (ANS, 2019w, p. 40)

Todavia, para o mesmo tema regulatório, a FenaSaúde apresentou contribuição sustentando que os temas “reajuste” e “operação de planos privados” não deveriam ser tratados em conjunto. Sugeriu, assim, que fossem criados dois temas separados, um para a revisão de regras de registro de produtos e alteração de rede, e outro para a análise do Resultado Regulatório da nova RN n. 441/2018, que estabeleceu a metodologia de reajuste dos planos individuais:

FENASAÚDE	JOSÉ CECHIN	11 - Aperfeiçoamento das Políticas de Preço/Reajuste e Operação de Planos privados de assistência à saúde	Alteração de Caracterização do tema 11	O tema está relacionado a um conjunto de procedimentos associados à simplificação, flexibilização e maior eficiência e efetividade de análise das regras de registro de produtos e de substituição e redimensionamento da rede hospitalar, incentivando a concorrência entre prestadores e impedindo o abuso de poder de mercado de prestadores por meio do fortalecimento das negociações privadas	Os temas não devem ser tratados em conjunto. Urgente a necessidade da revisão das regras de registro de produtos e alteração de rede. Temas relacionados à política de precificação e revisão de regras de reajuste não devem ser tratados no mesmo fórum. Análise de Resultado Regulatório da nova metodologia de reajuste dos planos individuais, conforme RN nº 441 deve ser observado em conjunto com o item 3 da Agenda. Tema prioritário para 2019.
-----------	-------------	---	--	---	---

Trecho recortado do Relatório da Consulta Pública n. 74. (ANS, 2019w, p. 17)

A sugestão da FenaSaúde foi parcialmente acatada pela ANS:

Acatar parcialmente	Propor novos temas: " Aperfeiçoamento das políticas de reajuste " e " Aperfeiçoamento das regras vinculadas às características dos produtos "
---------------------	---

Trecho recortado do Relatório da Consulta Pública n. 74. (ANS, 2019w, p. 17)

Como resultado da rejeição da proposta do Idec e acatamento parcial da proposta da FenaSaúde, o que de fato ocorreu é que o tema “aprimoramento das regras de reajustes dos planos coletivos”, que constava na redação original da Agenda Regulatória 2019-2021, foi excluído, permanecendo apenas a “análise do Resultado Regulatório da nova metodologia de reajustes dos planos individuais”. Essa alteração ficou destacada no documento apresentada à DICOL na 510ª Reunião, que compara o texto da agenda “antes” e “depois” da CP n. 74:

Tabela Comparativa Agenda Regulatória antes e depois da Consulta Pública nº 74

DISPONÍVEL PARA CONTRIBUIÇÃO		PÓS CONSULTA PÚBLICA	
TEMA REGULATÓRIO	CARACTERIZAÇÃO DO TEMA REGULATÓRIO	TEMA REGULATÓRIO	CARACTERIZAÇÃO DO TEMA REGULATÓRIO
	[...]		
11 Aperfeiçoamento das Políticas de Preço/Reajuste e Operação de Planos privados de assistência à saúde	O tema está relacionado ao aprimoramento de um conjunto de procedimentos associados ao Registro de Produtos e regras contratuais: aprimoramento das regras de precificação dos planos de saúde; aprimoramento das regras de reajuste de planos coletivos ; Análise de Resultado Regulatório da nova metodologia de reajuste dos planos individuais regulamentados ou adaptados pela Lei 9.656/98, conforme RN nº 441, de 2018; estruturação, desenvolvimento de política para revisão técnica de preços de planos individuais e aperfeiçoamento da operação dos Planos de Assistência à saúde, aqui incluindo a regulamentação do art. 17, da Lei 9656/98; aperfeiçoamento dos critérios para alteração de rede hospitalar.	Aperfeiçoamento das Políticas de Reajuste	O tema está relacionado ao aprimoramento de um conjunto de procedimentos associados a regras contratuais: aprimoramento das regras de reajuste; Análise de Resultado Regulatório da nova metodologia de reajuste dos planos individuais regulamentados ou adaptados pela Lei 9.656/98, conforme RN nº 441, de 2018; estruturação e desenvolvimento de política para revisão técnica de preços de planos individuais

Grifo nosso. Trecho recortado do documento “Tabela Comparativa Agenda Regulatória antes e depois da Consulta Pública 74” (ANS, 2019y)

Na redação definitiva da Agenda Regulatória 2019-2021, a questão foi incluída no eixo temático “Aperfeiçoamento do ambiente regulatório”, dentro do macrotema de número 12 (“Aperfeiçoamento de medidas regulatórias referentes às características dos contratos e produtos”). Na ficha de qualificação do tema 12, que está disponível no site

da ANS, a caracterização do tema regulatório menciona expressamente que a ANS faria a “análise do resultado regulatório da nova metodologia de reajuste dos planos individuais” e também o “aprimoramento das regras referentes aos contratos coletivos” (mas sem mencionar expressamente se as “regras” a serem aprimoradas se referem ou não a reajustes):



Aperfeiçoamento do Ambiente Regulatório

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO TEMA REGULATÓRIO

TEMA REGULATÓRIO
12. Aperfeiçoamento de medidas regulatórias referentes às características dos contratos e produtos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO



2.4 - Promover um ambiente regulatório que favoreça a concorrência e o desenvolvimento do setor de saúde suplementar com eficiência e sustentabilidade.

CARACTERIZAÇÃO DO TEMA REGULATÓRIO

O tema está relacionado ao aprimoramento de um conjunto de procedimentos associados ao registro de produtos e às regras contratuais como, por exemplo: aperfeiçoamento dos critérios para alteração de rede hospitalar; aprimoramento das regras de notificação de inadimplência e regulamentação de suspensão; aprimoramento da Nota Técnica de Registro de Produtos; estruturação e desenvolvimento de política para revisão técnica de preços de planos individuais; análise de Resultado Regulatório da nova metodologia de reajuste dos planos individuais regulamentados ou adaptados pela Lei 9.656/98, conforme RN nº 441, de 2018; aprimoramento das regras referentes aos contratos coletivos.

Trecho recortado da ficha de qualificação do tema 12 da Agenda Regulatória 2019-21 da ANS (ANS, 2019z)

A formação desse tema regulatório, com o cotejo das manifestações dos membros da CAMSS, das contribuições apresentadas na Consulta Pública n. 74, bem como com as nuances das redações original e definitiva, demonstra que tanto Operadoras quanto Consumidores utilizaram os instrumentos de participação para tentar influenciar a pauta regulatória da ANS para 2019-2021, manifestando expressamente a sua agenda de interesses: de um lado, as operadoras pleitearam a introdução dos Resultados Regulatórios da RN n. 441/2018 (reajuste dos individuais) e a exclusão do aprimoramento das regras dos reajustes dos planos coletivos (mantendo, por conseguinte, a histórica omissão da ANS com relação aos planos coletivos); por outro lado, os consumidores, de forma expressa, solicitaram que a agência mude a sua postura com relação à regulamentação dos planos coletivos e atenda às recomendações do TCU na já mencionada auditoria operacional (TC n. 021.852/2014-6) (TCU, 2018).

6.2.3.1.7 Pandemia da Covid-19, pressão do Legislativo e a suspensão do reajuste dos planos coletivos

O tema dos reajustes nos planos de saúde, cuja inserção na Agenda Regulatória 2019-2021 atraiu os interesses das operadoras e dos consumidores, foi uma das questões que causou controvérsia durante a pandemia da Covid-19 no segundo semestre de 2020.

Com efeito, as medidas regulatórias para o combate à pandemia foram alvo de críticas logo nos primeiros meses da pandemia. A primeira polêmica foi o termo de compromisso ofertado pela ANS, no qual haveria a flexibilização do acesso aos ativos garantidores, e, em contrapartida, as OPS se comprometeriam a assegurar o atendimento dos beneficiários inadimplentes e o pagamento aos prestadores. Outra medida polêmica da agência foi a suspensão dos prazos da RN n. 259/2011. Conforme abordamos em artigo publicado no Boletim de Direito Sanitário do Núcleo de Pesquisa em Direito Sanitário, referidas medidas foram tomadas de forma solipsista pela ANS, sem qualquer participação da sociedade, e tiveram pouca eficácia: o termo de compromisso foi firmado por menos de 1% das OPS e os hospitais privados, à época, ficaram com leitos ociosos (PATULLO, 2020).

Ademais, durante crise sanitária, social e econômica que se instalou no Brasil, a ANS divulgou mensalmente o “Boletim Covid-19”, que compila os dados do setor de planos de saúde durante a pandemia, os quais demonstraram que o setor não foi severamente impactado pela crise e que, pelo contrário, houve manutenção dos índices de inadimplência dos consumidores e diminuição da sinistralidade de caixa. Nesse sentido, inclusive, em agosto de 2020 a ANS emitiu a Nota Técnica n. 13/2020/DIFIS-DIOPE-DIPRO, a qual conclui que:

os dados e indicadores analisados até o momento não apontam para uma conjuntura de desequilíbrios de ordem assistencial ou econômico-financeira no setor, recomendando-se, assim, a manutenção do monitoramento contínuo durante todo o desenvolvimento da pandemia. (ANS, 2020m)

Dentre as medidas para o combate à crise, houve a discussão sobre a possibilidade de suspensão dos reajustes dos planos de saúde. Com efeito, referida medida foi objeto do Projeto de Lei n. 1.542/2020, apresentado pelo Senador Eduardo Braga, que altera a

Lei n. 13.979/2020 para “vedar reajustes de preços de medicamentos e de contraprestações pecuniárias de planos privados de assistência à saúde pelos prazos que especifica” (BRASIL, 2020). Referido projeto de lei foi aprovado no Senado em junho de 2020 e está aguardando apreciação na Câmara dos Deputados.

Em agosto de 2020 essa questão tomou maior proporção, ante a notícia de que as OPS haviam aplicado reajustes nas mensalidades dos planos coletivos, alguns dos quais chegavam a 25%. Nessa oportunidade, o Deputado Rodrigo Maia, então Presidente da Câmara dos Deputados, deu uma entrevista na qual criticava a inércia da ANS e ameaçava votar o projeto de lei que fora aprovado no Senado caso a agência não tomasse alguma medida.²⁰¹

Diante da repercussão negativa da entrevista do Deputado Rodrigo Maia, a Diretoria Colegiada da ANS iniciou o Processo n. 33910.020902/2020-19, que tinha por objeto deliberar sobre a suspensão dos reajustes dos planos de saúde (anuais e por faixa etária) de todos os tipos de contratação (individuais, familiares, coletivos por adesão e empresarias) por 120 dias.

Referida medida foi apreciada e aprovada pela DICOL na 16ª Reunião Extraordinária de 2020, com abstenção do Diretor Rodrigo Rodrigues de Aguiar (ANS, 2020h). Embora tenha suspenso a cobrança dos reajustes por 120 (cento e vinte) dias, a ANS autorizou que as operadoras reajustassem as mensalidades a partir de janeiro de 2021, com a cobrança retroativa dos valores referentes ao período de suspensão.

6.3 Discussão dos resultados dos estudos de caso

6.3.1 Participação social na ANS e o paradoxo da instabilidade regulatória do setor

A participação social é uma questão central para se fundamentar a legitimidade das decisões regulamentares das agências reguladoras. Conforme se argumentou nos dois primeiros capítulos da tese, uma das consequências dos déficits democráticos da concepção hegemônica de democracia representativa é justamente a necessidade de se

²⁰¹ Em matéria publica no site da própria Câmara dos Deputados, assinada pelo jornalista Luiz Gustavo Xavier, a fala do Deputado Rodrigo Maia foi a seguinte: “‘Aumentar um plano em 25% é um desrespeito com a sociedade’, criticou. ‘Um setor que teve pouco impacto negativo pela crise, claro que a gente vai reagir e se a ANS não tomar uma posição, a Câmara vai votar o projeto do Senado’, disse o presidente.” (XAVIER, 2020).

enraizar as decisões regulamentares em uma fonte de legitimação própria; em outras palavras, citando-se novamente Bruce Ackerman, a delegação legislativa não se legitima mais a partir de uma concepção de transmissão da legitimidade democrática do Legislativo (*transmission belt theory of democratic legitimacy*) (ACKERMAN, 2000).

Com relação a esse tema, a análise pormenorizada da participação social, tanto em seu aspecto quantitativo (conforme pesquisa apresentada no capítulo 5) quanto no estudo de caso apresentado neste capítulo, demonstra a existência de um verdadeiro paradoxo. Por um lado, a pesquisa quantitativa e os casos analisados demonstram a relevância da participação social na produção normativa da ANS, tendo em vista que as principais questões regulatórias que a agência enfrentou na última década passaram por um ou mais instrumentos de participação. Ademais, o estudo demonstrou a existência de interação entre os instrumentos de participação social, posto que em 05 (cinco) dos 07 (sete) casos analisados o tema passou por mais de um instrumento de participação social, conforme se observa no quadro 16:

Tema Regulatório	Percurso nos Instrumentos de Participação Social da ANS
Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998	Câmara Técnica; Consulta Pública
Atualização do Rol da ANS 2018	Comitê; Grupo Técnico; Consulta Pública
Cobertura dos Testes Sorológicos para Coronavírus	Audiência Pública
Mecanismos Financeiros de Regulação	Câmara Técnica; Grupo Técnico; Consulta Pública; Audiência Pública
Nova Metodologia de Reajustes Anuais para os Planos Individuais	Câmara Técnica; Grupo Técnico; Comitê; Audiência Pública
Regulamentação da Venda de Planos Acessíveis	Grupo de Trabalho
Formação da Agenda Regulatória 2019-2021	CAMSS; Consulta Pública

Quadro 16 - Percurso dos temas regulatórios nos instrumentos de participação social da ANS

Fonte: Elaboração própria

O paradoxo se caracteriza, no entanto, pelo fato de que, em que pese a utilização consistente dos instrumentos de participação social pela ANS, o setor convive com uma crônica instabilidade regulatória, com o constante questionamento das decisões regulatórias pelos órgãos de defesa do consumidor perante o Poder Judiciário (em pelo menos cinco dos casos analisados este fato está presente), bem como com a ANS se

sujeitando à pressão externa exercida pelo Tribunal de Contas da União, pelo Poder Legislativo, pelo Poder Judiciário e, até mesmo, pelo próprio Ministério da Saúde, a quem a agência está vinculada.

Os estudos de caso proposto no presente capítulo tiveram por objetivo analisar o percurso de alguns dos mais importantes temas regulatórios dentro da ANS, justamente visando colher subsídios para compreender, sob o prisma da participação social, o paradoxo acima descrito.

6.3.2 A participação das OPS na produção normativa da ANS: influência propositiva, influência obstrutiva e influência técnica

A discussão dos resultados da pesquisa se inicia com a constatação de que os instrumentos de participação social possuem funções diferentes na produção normativa da agência. Com efeito, os instrumentos de participação que fornecem subsídios técnicos para a formação das resoluções normativas são os comitês, as câmaras técnicas e os grupos técnicos, posto que, em regra, se estendem as discussões por pelo menos quatro reuniões²⁰² e propiciam aos seus participantes maior interação com a burocracia interna da agência.

A tecnicidade e a complexidade das discussões travadas nas comissões, comitês e grupos técnicos ficaram evidenciadas na especificidade das contribuições oferecidas pelas entidades, em especial pelas entidades representantes de OPS, de Prestadores da Área da Saúde e pelas consultorias especializadas nos debates sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação; nas análises das metodologias alternativas na discussão sobre a Nova Metodologia de Reajuste para os Planos Individuais; nas manifestações sobre as questões colocadas em debate pela ANS para a Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998; e nas discussões técnicas sobre a eficácia dos procedimentos

²⁰² Quantidade de reuniões das comissões, câmaras técnicas e grupos técnicos analisados pela pesquisa: (i) Câmara Técnica de Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998: 04 reuniões; (ii) Câmara Técnica de Mecanismos Financeiros de Regulação: 05 reuniões; (iii) Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste: 04 reuniões; (iv) Grupo Técnico Franquia e Coparticipação/Interáreas: 04 reuniões; (v) Grupo Técnico da Nova Metodologia de Reajuste: 05 reuniões; (vi) Reuniões sobre a Nova Metodologia de Reajuste dos Planos Individuais no Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos: 02 reuniões; (vii) Reuniões de Atualização do Rol da ANS no COSAÚDE: 03 reuniões; (viii) Grupo Técnico para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018: 15 reuniões; (ix) Grupo Técnico de Genética Rol 2018: 05 reuniões; (x) Grupo de Trabalho de Planos Acessíveis: debate público em 02 dias.

analisados no Grupo Técnico de Atualização do Rol da ANS em 2018.

Os casos demonstram que as OPS, principalmente por intermédio de suas entidades representativas, conseguem contribuir e participar de forma ativa nos debates havidos em todos os instrumentos de participação social, seja naqueles em que as discussões possuem cunho político (como ocorre na CAMSS), seja nos instrumentos de discussão técnica (comitês, câmaras e grupos técnicos). Demonstram, também, a existência de certa uniformidade de interesses entre as principais entidades representantes de OPS, especialmente das medicinas de grupo, das seguradoras e das cooperativas médicas, o que permite que o grupo de interesse tenha capacidade de influenciar as decisões normativa da agência.

Ademais, as peculiaridades de cada caso analisado destacam que a influência das OPS na produção normativa da agência pode ocorrer de diferentes maneiras e em diferentes momentos da elaboração da norma. Para fins didáticos, é possível se aferir a influência das OPS na produção normativa da ANS tanto no plano macrorregulatório, fazendo com que a ANS inclua na pauta ou se omita sobre determinadas questões regulatórias, quanto na microrregulação, com a contribuição técnica nos instrumentos de participação social.

No plano macrorregulatório, as OPS possuem capacidade de influenciar a construção da pauta de debates regulatórios da ANS tanto de forma **propositiva**, fazendo com que a agência inclua na pauta assuntos que são de seus interesses, inclusive para a revisão de normas já existentes, quanto de forma **obstrutiva**, evitando que a ANS exerça sua competência normativa sobre determinadas questões estratégicas, as quais as OPS defendem que devam permanecer desregulamentadas.

A **influência propositiva** apareceu nos estudos de caso com a manifestação da ANS para a revisão da regulamentação dos Mecanismos Financeiros de Regulação e dos artigos 30 e 31 da Lei dos Planos de Saúde, que eram regulamentados pelas resoluções CONSU n. 08/1998 e CONSU n. 20/1999 e 21/1999, respectivamente. Outro caso que demonstrou que as OPS possuem capacidade para influenciar a agenda da ANS foi o debate sobre a regulamentação dos Planos Acessíveis, cujo grupo de trabalho foi formado pela ANS após ofício emitido pelo Ministério da Saúde e cujos temas incluídos para debate no grupo de trabalho foram delimitados a partir das contribuições oferecidas pelas OPS em um grupo de trabalho realizado no próprio Ministério da Saúde.

Além de provocar a inclusão em pauta de assuntos de seus interesses, os casos

analisados demonstraram que as OPS utilizam os instrumentos de participação social também para obstruir alterações regulamentares que não são de seu interesse, além de **evitar que a ANS avance a sua competência regulatória** sobre determinados assuntos que são estratégicos para os agentes regulados. Um exemplo da **influência obstrutiva** ocorreu na revisão da metodologia de cálculo dos reajustes dos planos individuais — este caso é um exemplo em que a falta de consensualidade entre regulador e agentes regulados evitou a mudança de regulamentação do tema. Com efeito, a revisão da metodologia começou a ser debatida com a Câmara Técnica formada em junho de 2010, foi aprofundada no Grupo Técnico desenvolvido no decorrer do ano de 2011, mas, em razão da forte oposição das OPS à metodologia defendida pela ANS, o tema deixou de ser regulamentado à época. O assunto somente voltou a ser discutido na ANS em 2017, no Comitê da Regulação da Estrutura dos Produtos, e foi efetivamente regulamentado em razão da pressão externa exercida pela auditoria do TCU e pela Ação Civil Pública proposta pelo Idec.

O caso da construção do Tema Regulatório n. 12 da Agenda Regulatória 2019-2021 desponta como exemplo tanto da influência propositiva quanto da influência obstrutiva das OPS na ANS. Com efeito, conforme apresentado nos resultados, as contribuições apresentadas pela FenaSaúde na CP n. 74 alteraram a redação do Tema Regulatório n. 12 e fizeram com que a Agenda Regulatória 2019-2021 contemplasse a estruturação da revisão técnica para planos individuais (tema de interesse das OPS), a análise do impacto regulatório da nova metodologia de reajuste dos planos individuais (tema de interesse das OPS) e excluísse a palavra “reajuste” na referência aos planos coletivos, de modo que o tema regulatório inicialmente fazia referência a “aprimoramento das regras de reajuste de planos coletivos” e passou a ter como redação apenas “aprimoramento das regras referentes aos planos coletivos”, de forma mais genérica e sem referência aos reajustes dos planos coletivos.

Com relação à microrregulação, ou seja, nas discussões específicas de cada um dos temas regulatórios, os casos demonstram que as OPS possuem capacidade de **influenciar tecnicamente** as decisões da agência, apresentando contribuições com elevado nível de sofisticação técnica, fator este presente em praticamente todos os casos analisados. Aliás, a própria variedade temática dos casos, que envolvem questões assistenciais, questões que envolvem a estrutura dos produtos e, ainda, metodologia de reajustes, demonstra a variedade do repertório técnico das entidades representativas de

OPS para os debates regulatórios do setor.

Nas questões assistenciais, merece destaque a atuação das OPS na atualização do Rol da ANS. Com efeito, veja-se o exemplo do “Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018”, que foi o grupo técnico no qual as entidades representantes de prestadores da área da saúde apresentaram requisições para a inclusão de procedimentos no ciclo de atualização do Rol da ANS em 2018. Cumpre destacar a dinâmica de trabalho do referido grupo, no qual há sempre uma ou mais entidades “demandantes”, que apresentam um pedido de inclusão de procedimento ou alteração de DUT, entidades que são “debatedoras”, que argumentam para contrapor o pedido apresentado pelos demandantes, e, posteriormente, é feito um ciclo de debates para que o grupo possa recomendar a incorporação (ou não incorporação do procedimento) ou a alteração (ou não alteração) da DUT.

Com relação às demandas de incorporação de procedimentos, o Grupo Técnico avaliou 94 (noventa e quatro) pedidos, dos quais 10 (dez) foram apresentados pela Unimed do Brasil, 01 (um) foi apresentado pela Unidas e 83 (oitenta e três) foram feitos por entidades representantes de prestadores da área da saúde ou por associações que representam pacientes portadores de doenças graves.

Os pedidos de inclusão de procedimentos realizados pelas OPS tiveram 45% de eficácia, ou seja, dos 11 (onze) pedidos formulados, 05 (cinco) resultaram em decisão recomendando a inclusão do procedimento no Rol da ANS. Por outro lado, necessário se faz destacar que as OPS (em especial a Unimed do Brasil, a FenaSaúde e a Abramge) atuaram como “debatedoras” em 64 (sessenta e quatro) pedidos formulados por prestadores da área da saúde. Nesses pedidos, em que as OPS atuaram como debatedoras, a eficácia foi bem menor: 45 resultaram em recomendação de não incorporação e 19 em recomendação de incorporação, o que representa uma eficácia de apenas 30%. O quadro 17 compara a eficácia dos pedidos de incorporação de procedimentos em que as OPS figuram como “demandante” *versus* a eficácia dos pedidos em que as OPS figuram como “debatedor”:

PEDIDOS DE INCORPORAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DO ROL 2018				
Resultado	Incorporação	Não Incorporação	Total	Eficácia
Demandas formuladas por OPS	5	6	11	45%
Demandas Formuladas por Prestadores (OPS como debatedor)*	19	45	64	30%
* No GT houve 83 pedidos de incorporação de procedimentos formulados por Prestadores, dos quais em 64 houve entidade representativa de OPS figurando como debatedor. Dos 83 pedidos formulados, 24 foram acolhidos, 56 foram rejeitados e 3 já constavam no Rol.				

Quadro 17 - Comparação da eficácia dos pedidos de incorporação de procedimentos no Rol 2018: demandas formuladas por OPS vs. demandas formuladas por Prestadores (OPS como debatedor)
Fonte: Elaboração própria

Além da capacidade de debater tecnicamente com os prestadores da área da saúde sobre a inclusão/não inclusão de procedimentos, outro caso que demonstrou a influência das OPS nas decisões da ANS em matéria assistencial foi o debate sobre a inclusão do teste sorológico para detecção de anticorpos para coronavírus (CASO 06), no qual as OPS participaram ativamente dos debates realizados na Audiência Pública n. 16, bem como apresentaram proposta de DUT que foi elaborada em conjunto pelas principais entidades do setor (FenaSaúde, Abramge, Unidas e Unimed) e que foi acolhida pela ANS na RN n. 458/2020.²⁰³

A pesquisa também identificou influência técnica das OPS na elaboração da RN n. 279/2011, a partir da análise das atas das quatro reuniões da Câmara Técnica de Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998. Além de apresentar especificamente contribuições com relação aos 11 (onze) temas que foram postos em debate pela ANS (vide quadro 11), as entidades representantes de OPS (FenaSaúde, Abramge, Unimed do Brasil, Uniodontó e Unidas) participaram ativamente dos debates e se manifestaram 55 (cinquenta e cinco) vezes durante as quatro reuniões, contra apenas 04 (quatro) manifestações dos órgãos de defesa do consumidor e 24 (vinte e quatro) manifestações dos outros participantes (CNC, CNI, Pinheiro Neto e Nova Central Sindical), conforme já demonstrado no gráfico 21.

A discrepância nas manifestações de OPS e Consumidores na Câmara Técnica de Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998 demonstra que os instrumentos

²⁰³ Essa conclusão resulta do cotejo entre o disposto no Relatório da Audiência Pública n. 16 (ANS, 2020, p. 14-15) e na Diretriz de Utilização disposta na RN n. 458/2020.

de participação social de natureza técnica (comitês, câmaras e grupos técnicos) são verdadeiros fóruns de interação entre os agentes regulados e o corpo técnico da ANS. O resultado dos debates da referida Câmara Técnica indica que as contribuições das OPS com relação às questões nevrálgicas do tema regulatório, em especial da definição das expressões “contribuição”, “mesmas condições” e a possibilidade de separação de carteiras de ativos e inativos, foram convertidas em texto normativo na RN n. 279/2011.

Não apenas nas questões assistências as OPS demonstraram capacidade técnica de argumentação, mas também na regulamentação dos Mecanismos Financeiros de Regulação e na nova metodologia de reajuste para os planos individuais. Conforme exposto na apresentação dos resultados, a RN n. 433/2018, que revogou a CONSU n. 08/1998 e deu nova regulamentação à franquia e à coparticipação, foi produto do Grupo Técnico realizado entre outubro de 2016 e fevereiro de 2017, do qual participaram as principais entidades representantes de OPS,²⁰⁴ alguns representantes de prestadores da área da saúde²⁰⁵ e o Instituto Brasileiro de Atuária.

Os documentos do aludido Grupo Técnico registram que as entidades apresentaram contribuições específicas sobre a redação de cada um dos dezessete artigos da proposta de minuta da RN n. 433/2018 e que houve efetiva modificação da redação da norma em razão das referidas contribuições (ANS, 2017aw). Ademais, o Relatório da Análise de Impacto Regulatório (ANS, 2017az, p. 43) aponta que a proposta de resolução resultante do Grupo Técnico já continha alguns aspectos fundamentais da RN n. 433/2018, como o limite de 40%²⁰⁶ para coparticipação, a vedação da cobrança de coparticipação para doenças crônicas e uma lista de procedimentos considerados isentos de coparticipação.

Por fim, no estudo de caso da nova metodologia dos planos individuais a capacidade técnica de argumentação se mostrou presente tanto na apresentação de metodologias alternativas à *Price Cap* (que foi defendida pela ANS desde o início dos debates) quanto nas contribuições oferecidas nas Audiências Públicas n. 10 e n. 13, que

²⁰⁴ Além das principais entidades representantes de OPS (Abramge, FenaSaúde, Sinog, Unimed do Brasil, Unidas, Uniodonto e a Anab), também participaram as operadoras Unimed Rio, Nossa Saúde e Unimed Belo Horizonte.

²⁰⁵ Anahp, Sociedade Brasileira de Patologia (SBP) e a Abramed.

²⁰⁶ Com relação ao percentual máximo de coparticipação, houve uma divergência na própria Diretoria Colegiada da ANS, que, em uma primeira apreciação da minuta de resolução apresentada pela DIDES, solicitou a redução desse limite para 30% (vide Nota Técnica n. 01/2018 da DIDES, p. 3: ANS, 2018ax, p. 3), mas o percentual que foi incorporado na RN 433/18 foi o de 40%, conforme disposto no art. 9º, § 2º, da resolução.

acarretaram modificações na fórmula que foi adotada pela RN n. 441/2018.

6.3.3 Contraste da participação dos órgãos de defesa dos consumidores e da OPS na ANS

Os números da pesquisa quantitativa apresentada no capítulo 5 indicaram um contraste na participação do grupo de interesse que foi classificado como “Consumidores” e das OPS. Com efeito, os dados colhidos das listas de presença e das atas das reuniões dos instrumentos de participação social registram uma participação muito mais organizada e consistente das OPS, ao passo que as entidades que representam os consumidores participam em menor número (proporcionalmente) e de forma mais esporádica, fazendo-se representar em temas mais afetos aos interesses dos consumidores. Ademais, nos instrumentos de participação destinados à discussão técnica (comitês, câmaras e grupos técnicos), aferiu-se enorme discrepância na participação entre OPS e Consumidores, o que indica a dificuldade dos órgãos de defesa do consumidor nas discussões técnicas da agência.

Os estudos de caso apresentados neste capítulo confirmam os indícios apresentados no estudo quantitativo. Em primeiro lugar, ao passo que as OPS demonstraram capacidade de influenciar de forma propositiva e obstrutiva a regulação da agência, os casos demonstram o oposto com relação aos Consumidores, ou seja, a oposição dos Consumidores quanto à mudança regulamentar de alguns temas mostrou-se inócua (como ocorreu, por exemplo, no debate sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998 e no debate sobre a regulamentação dos Planos Acessíveis); além disso, a pesquisa identificou que a ação propositiva dos Consumidores para que a ANS regulamentasse o reajuste dos planos coletivos também restou ineficaz.

Com relação à inclusão de assuntos na agenda ANS, o caso que analisou a elaboração da Agenda Regulatória 2019-2021 é bastante característico para ilustrar a dificuldade dos Consumidores. Com efeito, a pesquisa identificou que os órgãos de defesa do consumidor enviaram 15 (quinze) contribuições, das quais 03 (três) foram apresentadas pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), 05 (cinco) pelo Instituto Oncoguia, 01 (uma) pela Fundação Procon e 06 (seis) por consumidores pessoa física. De acordo com as informações extraídas do Relatório da Consulta Pública n. 74, **todas as 15 (quinze) contribuições enviadas por órgãos de defesa do consumidor**

para a Agenda Regulatória 2019-2021 foram rejeitadas pela ANS (ANS, 2019w).

Aliás, um dos achados da pesquisa qualitativa foi a **baixa eficácia das contribuições enviadas pelas entidades nas consultas públicas**, especialmente dos órgãos de defesa do consumidor. Com efeito, nos estudos de caso realizados, houve quatro temas que passaram por consulta pública, quais sejam, Consulta Pública n. 60 (Mecanismos Financeiros de Regulação), Consulta Pública n. 41 (regulamentação dos artigos 30 e 31), Consulta Pública n. 61 (atualização do Rol da ANS em 2018) e Consulta Pública n. 74 (temas para a Agenda Regulatória 2019-2021). O quadro 18 compara a eficácia das contribuições (acolhidas vs. rejeitadas) em cada uma das consultas públicas:

EFICÁCIA DAS CONTRIBUIÇÕES NAS CONSULTAS PÚBLICAS				
Consultas Públicas x Contribuições	Acolhidas (total ou parcialmente)	Rejeitadas	Total	Eficácia
CP 41*	23	174	197	12%
CP 60	640	521	1162	55%
CP 61**	22	2249	2271	1%
CP 74	51	190	241	21%

*CP 41: a ANS recebeu 1870 contribuições, mas o RCP menciona fez a consolidação das principais contribuições e apresenta o resultado de 197 contribuições. A análise da eficácia das contribuições levou em consideração aquelas que estão expressamente dispostas no relatório.

**CP 61: foram consideradas apenas as contribuições para a inclusão dos procedimentos no Rol da ANS e que a ANS classificou como “válidas”

Quadro 18 - Eficácia das contribuições nas Consultas Públicas n. 41, 60, 61 e 74

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados constantes nos relatórios de consulta pública

Com exceção da CP n. 60, em que 55% das contribuições foram acolhidas (total ou parcialmente), nas demais a eficácia foi muito baixa, com destaque para a CP n. 61 (atualização do Rol da ANS em 2018), em que menos de 1% das contribuições foi acolhido. Conforme visto no capítulo 5, as consultas públicas representam o principal instrumento de participação social utilizado pelos Consumidores, **em especial para a solicitação de inclusão de procedimentos no Rol da ANS**, de modo que o baixíssimo percentual de acolhimento das contribuições demonstra um obstáculo à efetiva participação dos Consumidores na agência.

Os casos também demonstraram que os Consumidores não tiveram êxito em, por intermédio dos instrumentos de participação, obstar o prosseguimento de propostas normativas ou modificações regulatórias que contrariam os seus interesses. O primeiro caso em que esse fato foi constatado foi na Câmara Técnica de Regulamentação dos

artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998, em que houve uma evidente contraposição de interesses entre, de um lado, os representantes das OPS e do empresariado, que pretendiam, entre outras coisas, que a nova resolução adotasse uma definição restrita para os termos “contribuição” e “mesmas condições”, bem como autorizasse a separação de carteiras entre ativos e inativos e, de outro lado, os órgãos de defesa do consumidor, que se manifestaram pela necessidade de que o termo “contribuição” fosse definido em acordo coletivo e pela necessidade de tratamento paritário entre ativos e inativos.

A regulamentação resultante da Câmara Técnica — RN n. 279/2011 — limitou a expressão “contribuição” e autorizou a separação de carteiras de ativos e inativos, sendo que ambas as questões foram amplamente judicializadas e apreciadas pelo STJ em sede de recurso repetitivo.

O caso da regulamentação dos Planos Acessíveis também demonstra que as contribuições ofertadas pelos consumidores não foram exitosas para barrar o projeto no âmbito do MS, nem para influenciar o parecer da ANS. Cumpre destacar que tanto Consumidores quanto Prestadores de Serviço da Área da Saúde se opuseram à proposta do Ministério da Saúde no Grupo de Estudos realizado no próprio Ministério, bem como no debate público promovido pela ANS.

Outro contraste na participação de OPS e Consumidores refere-se à organização e à capacidade de influência técnica nas decisões da ANS. Com efeito, conforme destacado tanto na pesquisa quantitativa do capítulo 5 quanto nos estudos de caso realizados no presente capítulo, a participação das OPS se caracteriza: (i) pela ampla capacidade de mobilização e organização, posto que são representadas em todos os instrumentos de participação pelas principais entidades representativas e com certa homogeneidade na defesa dos seus interesses; (ii) pela robusta capacidade em influenciar tecnicamente nas decisões da ANS, tendo em vista o domínio que as OPS possuem tanto das informações relativas ao mercado quanto dos aspectos jurídicos e técnicos do setor.

Os Consumidores, no entanto, não possuem a mesma mobilização, não havendo homogeneidade na defesa de seus interesses. Ao contrário do que ocorre com as OPS, a defesa dos interesses dos consumidores é feita com constante troca na interlocução com a agência e sem a presença de órgão técnico que domine as nuances e especificidades do setor.

Sobre a baixa capacidade de mobilização e organização, pondera Marcos Pó que, enquanto grupo de interesse, os Consumidores representam um clássico exemplo do que

Mancur Olson, no livro “A lógica da ação coletiva”, denomina de **grupo latente**, ou seja, um grupo de indivíduos com interesses comuns que poderiam motivá-los a se organizar, mas que dificilmente o fazem (PÓ, 2011, p. 23). A diversidade de atores e entidades que “representam” os Consumidores nos debates dentro da agência, cada qual com as suas prioridades na regulação da agência, pulveriza a agenda de interesses e compromete que seja efetivada uma defesa consistente dos direitos dos beneficiários de planos de saúde.²⁰⁷

Aliás, não apenas a representatividade dos Consumidores não é feita de forma coordenada, como também deve-se destacar que a distinção de prioridades entre as diversas entidades que fazem a interlocução dos consumidores junto à ANS se mostrou prejudicial aos interesses dos consumidores. O caso da RN n. 433/2018, que regulamentou os Mecanismos Financeiros de Regulação, é um exemplo de como a falta de homogeneidade e interlocução entre os órgãos de defesa dos consumidores pode acarretar a revogação de resolução que, embora tivesse algumas questões polêmicas, foi feita com ampla participação social e trazia algumas proteções para os beneficiários que a CONSU n. 08/1998 não contém, como a limitação do percentual de coparticipação e a isenção da coparticipação para doenças crônicas.

Além dos problemas de homogeneidade e organização, os órgãos de defesa do consumidor demonstraram dificuldade de participação nas discussões técnicas dentro da agência, o que compromete a representatividade técnica desse grupo de interesses. Além da baixa representatividade do grupo de interesse “Consumidores” nas comissões, comitês e grupos técnicos, que já havia sido pontuada na pesquisa quantitativa, os estudos de caso demonstraram outros obstáculos enfrentados pelos Consumidores na participação social na ANS.

A tecnicidade da regulação como obstáculo para a participação das entidades que

²⁰⁷ Em “A lógica da ação coletiva”, Mancur Olson afirma que, “quanto maior o grupo, mais longe ele ficará de atingir o ponto ótimo de provimento do benefício coletivo” (OLSON, 2015, p. 47). O contexto dessa afirmação está justamente no fato de que, em grupos grandes, não há uma uniformidade de interesses, assim como não se verifica uma integração para a cooperação integral de todos os membros do grupo na defesa dos interesses comuns. Há, nesse sentido, a atuação de grupos que possuem capacidade econômica e política de se organizar e de defender os seus interesses, e que o farão de modo a maximizar a sua utilidade individualmente. O benefício para a coletividade acaba ocorrendo de forma marginal, de modo que, dentro de um grande grupo, formado por atores que possuem capacidade de atuação e que arcam com os ônus de defender o interesse coletivo e por grupos menores que não possuem a mesma aptidão nem a mesma proatividade para a ação, haverá uma utilidade marginal para os grupos menores, que acabam por “explorar” a atuação dos grupos mais organizados, mas esse benefício sempre se dará de forma subótima. Nesse sentido, afirma Olson que “quanto maior for o grupo, mais longe ele ficará de atingir o ponto ótimo de obtenção do benefício coletivo e menos provável será que ele aja para obter até mesmo uma quantidade mínima desse benefício. Em síntese, quanto maior for o grupo, menos ele promoverá os seus interesses comuns” (OLSON, 2015, p. 48).

representam os consumidores apareceu em diversos momentos nos estudos de caso. Por exemplo, no caso da atualização do Rol da ANS em 2018, a participação dos Consumidores no Grupo Técnico que avaliou as demandas de incorporação de procedimentos via FormSUS foi irrisória, correspondendo a apenas 4% dos participantes,²⁰⁸ sendo certo que dos 93 (noventa e três) pedidos de incorporação de procedimentos que foram formulados no referido Grupo Técnico, apenas 06 (seis) tiveram participação da Abrale (associação que representa os interesses de pacientes portadores de doença grave) e, destas solicitações, apenas 03 (três) tiveram recomendação de incorporação no Rol da ANS.

Ainda com relação ao ciclo de atualização do Rol da ANS em 2018, outro aspecto que demonstrou a dificuldade técnica na participação dos Consumidores foi o resultado da CP n. 61, na qual das 2.251 (duas mil, duzentas e cinquenta e uma) contribuições relativas à incorporação de procedimentos, apenas 22 (vinte e duas) foram acolhidas, as quais se referiam à incorporação de 07 (sete) procedimentos no Rol da ANS. Todavia, conforme decisão da Diretoria Colegiada da ANS, 04 (quatro) dos 07 (sete) procedimentos foram vetados por insubsistência técnica da recomendação de incorporação.

O caso da atualização do Rol da ANS de 2018 talvez seja aquele em que os obstáculos à participação técnica dos Consumidores podem ser mais bem mensurados de forma objetiva: apenas 03 (três) dos 18 (dezoito) procedimentos que foram incorporados no Rol de 2018 resultaram diretamente de contribuições apresentadas na CP n. 61.

No demais casos, no entanto, também foi possível se identificar a **vulnerabilidade técnica dos consumidores**, notadamente: (i) na revisão da metodologia de reajuste dos planos individuais, os consumidores apenas teceram manifestações genéricas sobre a questão e não apresentaram propostas alternativas à metodologia apresentada pela ANS (como fizeram, por exemplo, as OPS). Ademais, algumas entidades destacaram, inclusive, a dificuldade de se manifestar sobre o tema, ante a tecnicidade dos documentos que foram disponibilizados pela ANS para a AP n. 10; (ii) nos Mecanismos Financeiros de Regulação, as contribuições das entidades que representaram os Consumidores nos debates que precederam a promulgação da RN n. 433/2018 também não propuseram

²⁰⁸ De acordo com a classificação proposta no capítulo 5, foram classificadas como representante do grupo de interesses “Consumidores” no Grupo Técnico de Atualização do Rol 2018 o Instituto Oncoguia e a Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale), que são associações que representam pessoas portadoras de doenças graves.

soluções alternativa à regulação que estava sendo proposta, mas apenas destacaram que a aplicação da coparticipação e franquia não poderia limitar o direito dos consumidores; e (iii) no Comitê de Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998, embora as entidades que representavam os consumidores tenham apresentado contribuições específicas sobre as questões regulatórias que a ANS colocou em debate, houve baixa adesão dos órgãos de defesa do consumidor aos debates, conforme consta no gráfico 21.

6.3.4 Legitimidade, pressão externa e utilização reativa das audiências públicas pela ANS

A participação social é um instrumento fundamental para legitimação das decisões regulatórias. O próprio direito regulatório desenvolveu o conceito de “governança regulatória” para se referir a uma nova concepção de atuação das agências reguladoras, que não mais produziriam a regulação em um formato “tradicional”, centrado na noção de “comando e controle”. A esse respeito, destaca Rafael Carvalho Rezende Oliveira que o termo “governança regulatória” relaciona-se com a busca de instrumentos de legitimidade, eficiência e controle social e institucional das decisões regulatórias (OLIVEIRA, 2016).

Na descrição dos instrumentos de participação realizada no capítulo 5 foi visto que o uso da participação social na ANS é regulamentado desde 2010, ano em que foi promulgada a RN n. 242/2010, e está previsto, também, no “Guia técnico de boas práticas regulatórias” da ANS (ANS, 2014ap), que tem justamente o objetivo de promover, no âmbito da agência, a implementação de uma “Governança regulatória baseada em boas práticas” (ANS, 2014ap, p. 4).

Na presente tese, o tema da participação social na ANS foi analisado visando identificar, em primeiro lugar, os instrumentos de participação institucionalizados na agência, bem como as entidades que se fizeram representar nos debates promovidos pela ANS (conforme pesquisa apresentada no capítulo 5) e, em segundo lugar, através da técnica de estudo de caso, analisar sete casos representativos em que os instrumentos de participação forma utilizados, visando aprofundar a análise da participação social na agência.

O contraste entre a participação dos Operadoras e dos Consumidores foi o primeiro achado da pesquisa qualitativa ora desenvolvida: enquanto as OPS

demonstraram aptidão para influência de forma propositiva e obstrutiva na pauta da agência, bem como para influenciar e contribuir tecnicamente para as discussões regulatórias promovidas pela ANS, os casos analisados demonstraram que os Consumidores encontraram uma série de obstáculos à sua participação, que vão desde a dificuldade em influenciar na agenda regulatória, dificuldade de mobilização e organização para a participação social, constante troca de interlocução com a agência (por entidades que nem sempre possuem os mesmos objetivos) e, finalmente, dificuldade em contribuir tecnicamente na produção normativa da agência.

O contraste na participação de OPS e Consumidores é um dos fatores que mina o uso da participação como fator para legitimar as políticas regulatórias da ANS e contribui para a instabilidade regulatória do setor. Com efeito, a mera utilização de instrumentos de participação social pela ANS não tem impedido o constante questionamento das políticas regulatórias da ANS por órgãos externos, bem como a crônica judicialização do setor, que são verdadeiros sintomas da crise de legitimidade da ação regulatória da agência.

Tanto o questionamento externo das ações da agência quanto a crônica judicialização não são achados da pesquisa,²⁰⁹ mas foram utilizados como premissa metodológica para a própria seleção dos casos que foram analisados. Na verdade, o que se pretende agora colocar em discussão é a utilização dos instrumentos de participação neste contexto de crise de legitimidade.

Com efeito, não se pode perder de vista que, em tese, os instrumentos de participação devem ser utilizados pela agência justamente para propiciar a democratização da regulação. Trata-se de uma **via de mão dupla**, posto que, ao passo que a agência confere a todos os atores do mercado da saúde suplementar a oportunidade de contribuir para o aperfeiçoamento das políticas regulatórias, a própria participação, em

²⁰⁹ Existe extensa literatura sobre a judicialização da saúde suplementar, que aborda diversos aspectos do tema, as causas, as matérias judicializadas e as consequências desse fenômeno para a regulação do setor. Sobre a crônica conflituosidade do setor e as causas da judicialização, destaca Aith que a judicialização atinge tanto as relações contratuais estabelecida entre as OPS e os Consumidores, em razão da insatisfação dos beneficiários com o serviço prestado, quanto o questionamento da legalidade das próprias resoluções da ANS. Nesse sentido, conclui que os estudos sobre a judicialização identificam lacunas na atuação da agência, tanto no âmbito normativo quanto fiscalizatório, nos seguintes termos: “Recentemente, houve um número crescente de estudos relativos a ações contra empresas privadas que vendem seguros de saúde privados e planos de saúde no Brasil. Tais estudos mostram a lacuna existente entre os direitos declarados nas leis federais para proteger consumidores de seguros de saúde privados e a fraca regulação e supervisão feitas pela ANS sobre as empresas de seguros de saúde privados. Quando os consumidores sentem que a agência reguladora não protege seus direitos legais, eles recorrem aos tribunais para resolver seus problemas e suas necessidades de serviços de saúde”. (AITH, 2016, p. 210).

si, é um fator que confere transparência, responsabilização, prestação de contas e, por conseguinte, a legitimidade necessária para a estabilidade da regulação.

Os casos analisados, que foram escolhidos pela importância social do tema e por terem passado por questionamento externo à ANS, demonstraram que a agência utiliza as audiências públicas de **forma reativa**, ou seja, como resposta a um questionamento externo da regulação que foi produzida ou que está em discussão. Isso significa que, ao invés de utilizar a audiência pública como um fórum de democratização da regulação, a ANS as utiliza como remédio para tentar estancar uma crise que foi instaurada.

Em três dos casos analisados é possível observar a utilização reativa das audiências públicas pela ANS. O primeiro exemplo é a AP n. 10, que teve por objeto a “Política de Preços e Reajustes”, que foi convocada pela ANS em julho de 2018 em resposta a dois fatos que colocaram dúvida sobre a metodologia utilizada pela ANS para o cálculo do reajuste dos planos individuais, quais sejam, a conclusão da auditoria realizada pelo TCU, com a publicação do Relatório de Auditoria Operacional (TC n. 021.852/2014-6) e a consequente ação civil pública ajuizada pelo Idec. O segundo exemplo, também no ano de 2018, foi a convocação da AP n. 11 dois meses após a liminar deferida pela Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF n. 532/DF, que culminou na suspensão e posterior revogação da RN n. 433/2018, que regulamentou os institutos da franquia e da coparticipação.²¹⁰ Por fim, o exemplo mais recente da utilização “reativa” da audiências públicas ocorreu em julho de 2020, no debate sobre a inclusão dos testes sorológicos para a detecção de coronavírus no Rol da ANS, em que a agência convocou a AP n. 16 após o ajuizamento da Ação Civil Pública n. 0810140-15.2020.4.05.8300 pela Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde em face da ANS, objetivando justamente a cobertura do referido exame pelas OPS.

Não se pode perder de vista que as audiências públicas constituem o mais democrático dos instrumentos de participação social, uma vez que possibilitam que, de forma incondicionada, qualquer interessado participe do evento e, caso deseje, ofereça contribuições sobre o tema. Nesse sentido, trata-se de instrumento com elevado potencial

²¹⁰ Faz-se necessário, no entanto, uma ressalva. A regulamentação dos Mecanismos Financeiros de Regulação passou por todos os instrumentos de participação social e, inclusive, foi precedida da AP n. 06, realizada em março de 2017. Não obstante, a RN n. 433/2018 foi suspensa pelo STF sob a alegação de que a norma regulamentar havia sido feita sem o devido debate democrático e, posteriormente, houve a convocação de nova audiência pública para debater o tema. Estranha-se, no entanto, o fato de a ANS não ter recorrido da liminar deferida pelo STF e não ter sustentado a sua autonomia regulatória, bem como a legitimação democrática da norma que havia sido suspensa (por decisão monocrática) pelo STF.

legitimador e que poderia ser utilizado pela agência para, efetivamente, diminuir os déficits democráticos entre a atuação da agência e a expectativa da sociedade para a regulação do setor. Nesse sentido, inclusive, a Lei n. 13.848, de 25 de junho de 2019, que disciplinou o processo decisório e o controle social das agências reguladoras, prevê a possibilidade de convocação de audiência pública para debater matérias consideradas “relevantes” e dispõe expressamente que a audiência deve ser realizada em sessão pública e facultar “a manifestação oral de quaisquer interessados” (BRASIL, 2019, art. 10º, § 1º).

Todavia, a utilização “reativa” das audiências públicas, ou seja, como resposta a crises institucionais ocasionadas pelo questionamento das suas decisões (ou mesmo de suas omissões) por órgãos externos (Poder Judiciário, TCU, etc.), acaba por desvirtuar o potencial legitimador desse instrumento e, ao invés de representar uma oportunidade para ouvir a sociedade e colher subsídios para a regulação, acaba por enfraquecer a atuação da agência.

6.3.5 Participação formal e participação efetiva

A participação social é um elemento fundamental para a legitimação das decisões estatais, em especial das decisões regulatórias expedidas pelas agências reguladoras. Com efeito, a legitimidade do direito produzido pela burocracia estatal não pode mais se apoiar apenas numa concepção majoritária (representativa) de democracia, como se houvesse uma transmissão da legitimidade dos órgãos eleitos para aqueles que atuam por delegação legislativa.

Cada vez mais a teoria regulatória tem elevado a importância da participação social, não apenas como instrumento de legitimação democrática do Direito Regulamentar, mas também como importante instrumento de *accountability* do Estado Regulador. Na lição de Martin Lodge e Lindsay Stirton, a *accountability*, compreendida a partir de uma concepção de “empoderamento do cidadão” (*citizen empowerment*), constitui importante elemento de prestação de contas do poder estatal e, também, possui um “efeito transformador na natureza da cidadania” (LODGE; STIRTON, 2010, p. 385).

Nesse sentido, a participação constitui importante mecanismo de prestação de contas do Estado (ou de quem lhe faça as vezes) e, ainda, requer uma concepção forte de cidadania, na medida em que os cidadãos são diretamente envolvidos na formulação das decisões regulatórias. Aliás, a superação da concepção representativa de democracia e a

implementação de um modelo participativo de democracia exige não apenas a criação de espaço de participação nas instituições estatais, mas também a responsabilidade do cidadão em efetivamente se comprometer ativamente com a elaboração das políticas públicas.

Conforme alerta Amartya Sen (1999), a democracia é um valor que possui “exigências complexas” que, para ser realizado, exige, além do respeito às regras do processo eleitoral e da criação de espaços formais de participação, que os cidadãos sejam efetivamente envolvidos nas discussões centrais da sociedade. O potencial legitimador da regulação com a utilização dos instrumentos de participação social exige, assim, mais do que mera participação formal, também que se repensem os instrumentos e as estratégias de participação efetiva da sociedade, principalmente dos beneficiários de planos de saúde, que são os destinatários finais do serviço e a razão da própria existência do sistema.

Os problemas de participação identificados na pesquisa qualitativa indicam que o tema da participação social nas agências reguladoras é complexo e que a simples existência de instrumentos de participação não basta para a legitimação democrática das decisões regulatórias. A discussão deve superar a mera formalidade na criação de espaços de participação e adentrar na qualidade da participação.

Não há dúvidas de que a institucionalização de processos participativos constitui um passo importante para a implementação da democracia participativa, mas é necessário ter consciência da complexidade do tema e da necessidade de estratégias que garantam uma participação substantiva da sociedade, especialmente dos setores mais vulneráveis da população. Em outras palavras, a mera garantia formal da participação não basta para efetivar o ideal democrático, sendo necessária a garantia de condições para uma participação social que permita a **efetiva influência** no processo decisório.

Em uma abordagem crítica sobre a qualidade da participação social, Sherry R. Arnstein faz a distinção entre duas categorias de análise, a “participação como ritual vazio” (*empty ritual of participation*) e a participação como “real poder para influenciar resultados” (ARNSTEIN, 1969, p. 216). A crítica de Arnstein é de que a participação social “vazia”, sem a redistribuição do poder ou da capacidade de influência da decisão final, corresponde à legitimação da manutenção do *status quo* pelos que detêm o poder. Assim, a autora propõe uma tipologia, representada por uma “escada da participação dos cidadãos” (*ladder of citizen participation*), a qual classifica a participação social em 08 (oito) níveis, utilizando como critério o grau de envolvimento dos cidadãos no processo

decisório:

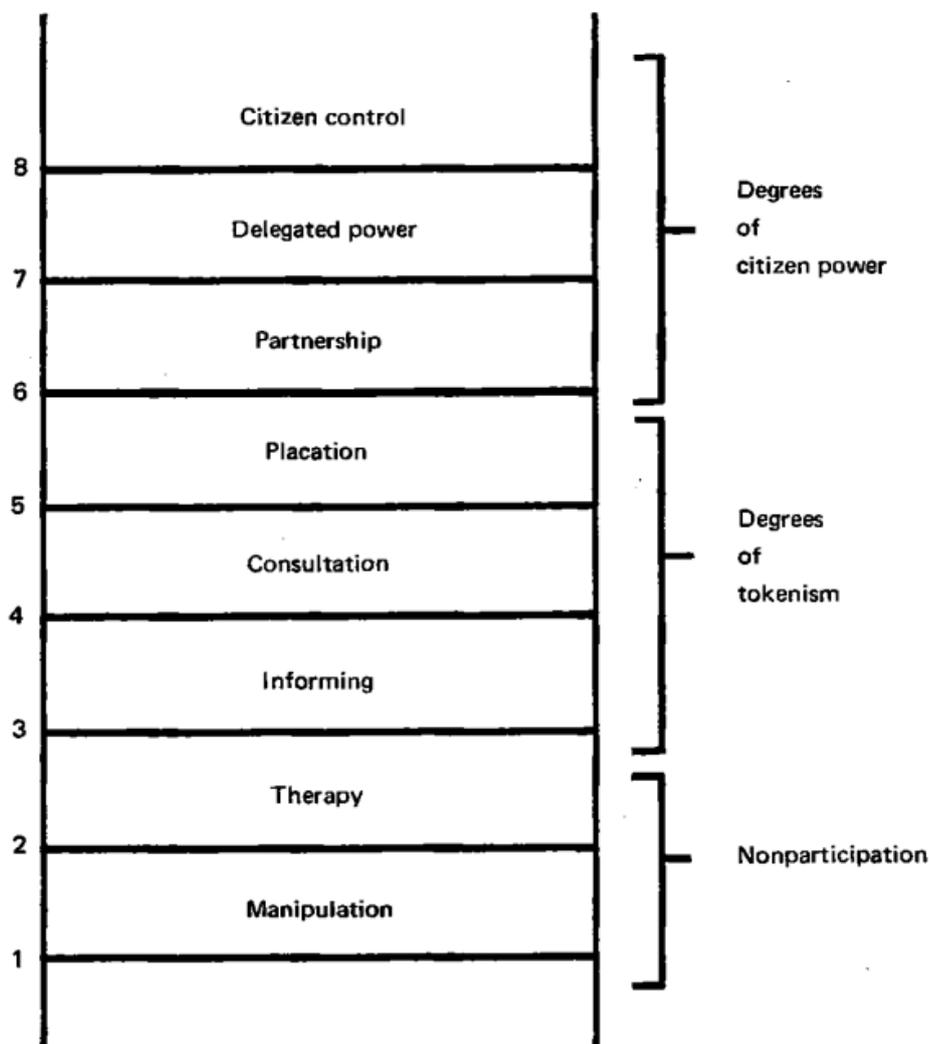


Figura 7 - Eight Rungs on a Ladder of Citizen Participation
 Fonte: ARNSTEIN, 1969, p. 217

A tipologia criada por Arnstein leva em consideração que a participação social sempre se desenvolve em um contexto em que alguns indivíduos (ou entidades) possuem mais poder (econômico e político) e capacidade (financeira e técnica) de influenciar a decisão estatal e, por consequência, de obter determinado resultado em favor de seus interesses, ao passo que outros indivíduos são mais vulneráveis e possuem menos poder e capacidade de influenciar o processo decisório.

Nessa dinâmica entre os que possuem poder (*powerholders*) e os que não possuem poder (*powerless* ou *have-not citizens*), a participação social pode representar três situações distintas: (i) “**Não-participação**” (*nonparticipation*): são situações em que os

indivíduos “*powerholders*” não permitem a participação livre dos “*powerless*”, mas sim buscam educar ou até mesmo “curar” os participantes mais vulneráveis da ignorância sobre determinado assunto (ARNSTEIN, 1969, p. 217); (ii) ***Tokenism***: constitui um avanço com relação à situação de “não-participação”, pois permite que os “*powerless*” exponham os seus pontos de vista, mas que ainda assim não se pode considerar propriamente a efetivação da democracia deliberativa, uma vez que os participantes mais vulneráveis não possuem poder para efetivamente transformar as suas posições em decisões estatais; e (iii) ***Citizen Power***: o topo da escada de Arnstein representa os degraus de parceria (*partnership*), delegação de poder (*delegated power*) e controle do cidadão (*citizen control*), em que o processo participativo permite uma redistribuição de poder de modo que os cidadãos mais vulneráveis “obtem a maioria dos assentos do processo decisório, ou total poder gerencial”.²¹¹

A escada de Arnstein faz uma importante crítica no sentido de que a efetivação da democracia participativa exige que a participação social se dê em um contexto que permita a redistribuição do poder entre os participantes, sob pena de ter um mero efeito simbólico e representar a legitimação da desigualdade social.

Os resultados da pesquisa qualitativa indicam a necessidade de se revisar a forma como a participação dos Consumidores é efetivada dentro da ANS. Não basta a institucionalização de instrumentos de participação, que permita apenas a participação como formalidade, mas sim é necessário que os referidos instrumentos contenham mecanismos que permitam que a participação seja feita de forma igualitária (em termos representativos) e equilibrada (em termos qualitativos).

O objetivo do estudo foi demonstrar o desequilíbrio existente na participação da sociedade na ANS, em especial o contraste entre as entidades representativas de Operadoras e os órgãos de defesa do Consumidor. As modificações normativas e institucionais necessárias para que a participação dos Consumidores seja revigorada e este grupo de interesses se torne um interlocutor relevante na regulação da Saúde Suplementar é um tema complexo e que exigiria nova pesquisa empírica destinada exclusivamente a este fim. Trata-se, assim, de rica agenda de pesquisa que pode se beneficiar dos resultados da presente pesquisa.

²¹¹ Tradução livre de: “[...] obtain the majority of decision-making seats, or full managerial power” (ARNSTEIN, 1969, p. 217)

CONCLUSÕES

O problema central que motivou a elaboração da presente tese foi o da legitimidade da regulação na saúde suplementar. Trata-se de tema de extrema complexidade em razão de vários fatores, entre eles: (i) o setor está contextualizado em uma política pública mais ampla, que é o Sistema de Saúde Brasileiro, havendo interfaces importantes entre a sua regulação e o sistema público; (ii) a regulação da saúde suplementar é extremamente técnica e deve ser contextualizada em um mercado caracterizado por importante assimetria de informação entre os seus atores e, ainda, entre os agentes regulados e a agência, além de outras falhas tradicionalmente descritas na doutrina, como seleção adversa, risco moral, alta concentração do setor, aumento dos custos por incorporação de novas tecnologias, entre outras; (iii) o mercado se caracteriza, ainda, por instabilidade regulatória e intensa conflituosidade entre seus atores (OPS, beneficiários e prestadores) e, portanto, convive com uma crônica judicialização das relações contratuais e da produção regulatória da agência; e, também, (iv) outro fator que é bem descrito na doutrina e que desafia a legitimidade da regulação da saúde suplementar é a influência política e econômica que exerce pressão sobre a regulação do setor, decorrente da relação próxima entre os atores do setor e a classe política (BAIRD, 2017), da existência da chamada “porta-giratória” na diretoria da ANS (SCHEFFER et al., 2020) e de doações de campanhas dos agentes regulados para políticos dos Poderes Executivo e Legislativo (SCHEFFER; BAHIA, 2013).

Todos os fatores acima descritos desafiam a legitimidade e representam desafios para a Agência Nacional de Saúde Suplementar cumprir a sua função institucional, que é zelar pelo interesse público no setor. O primeiro desafio é a visão dicotômica existente entre o Sistema Público e a Saúde Suplementar, tendo em vista que há na doutrina certo ceticismo com relação à ideia de que a atuação dos planos de saúde possa contribuir para a concretização da saúde como direito de cidadania. Segundo essa visão, o setor da Saúde Suplementar aumenta a segmentação do sistema, gera consequente desigualdade de acesso a serviços de saúde e, ainda, compete de forma inexorável com o Sistema Público.

O segundo desafio posto diz respeito à própria natureza da atividade regulatória da agência. Em razão das tradicionais falhas de mercado da saúde suplementar, bem como da tecnicidade que caracteriza as suas principais questões regulatórias, a regulação da saúde suplementar é vista como uma atividade predominante técnica e com objetivos

econômicos. Conforme argumentamos no capítulo 1, abordar a regulação apenas sob o prisma técnico e econômico acaba eivando o interesse público de certo ceticismo, seja pela noção de que a regulação é “capturada” pela indústria regulada (“Teoria da Captura”), seja porque o interesse público não seria atingido pela regulação, mas sim pelos próprios agentes regulados no exercício das trocas de mercado (cabendo, portanto, ao regulador apenas criar condições para que isso aconteça).

O terceiro desafio à legitimidade da regulação da ANS, que possui relação com o segundo desafio acima descrito, diz respeito ao aparelhamento político e econômico da agência, que também compromete a noção de interesse público na sua atividade regulatória. O crônico questionamento das decisões da ANS por órgãos externos, em especial pelos beneficiários por meio do Poder Judiciário, são sintomas da crise de legitimidade do regulador e do enfraquecimento da sua atuação.

Grande parte dos trabalhos que enfrentam esta temática o fazem a partir do tema da judicialização da saúde, sendo certo que não são poucos os trabalhos de mestrado e doutorado recentemente desenvolvidos nesta temática. Trata-se, com efeito, de abordagem extremamente relevante e que, inclusive, construiu alicerces teórico e empírico robusto para compreender a atual crise do setor. Na presente tese, no entanto, a opção foi por abordar a legitimidade da ação regulatória da ANS a partir do tema da participação social, ou seja, compreender a questão sob o prisma das discussões dos grupos de interesse dentro da própria agência.

O enfrentamento desse problema exigiu, sob o ponto de vista teórico, que fossem revisitados alguns conceitos elementares sobre regulação, democracia, bem como a realização de pesquisas empíricas para verificar a forma como a participação social tem se efetivado na ANS. Os tópicos a seguir representam as contribuições teóricas e práticas da pesquisa.

1 – Regulação em saúde suplementar, justiça socioeconômica e o princípio da diferença

“O direito é um ramo, uma subdivisão da moralidade política”.²¹² Esta frase, extraída do livro “Justice for Hedgehogs”, representa a síntese da visão do filósofo norte-

²¹² Tradução livre de: “*law is a branch, a subdivision, of political morality*” (DWORKIN, 2011, p. 405).

americano Ronald Dworkin sobre a relação entre direito e moral como ramos conexos do conhecimento. O direito, nesse sentido, é uma prática essencialmente interpretativa, que possui a sua fundamentação ancorada em considerações de moralidade política (SHAPIRO, 2007).

Não se ignora a controvérsia existente na compreensão do direito de forma integrada com a moralidade política, uma vez que essa visão do fenômeno jurídico conflita com o paradigma positivista do direito, que ainda é predominante no ensino jurídico.²¹³ Defende-se, todavia, que a compreensão, interpretação e justificação das práticas normativas e institucionais não podem prescindir do recurso à Teoria Política Normativa.

Detendo-se especificamente no caso da regulação da saúde no Brasil, em especial de um mercado relevante que é a saúde suplementar, não se pode ignorar que o legislador constituinte contextualizou a Ordem Econômica a partir de valores essencialmente políticos, como a dignidade humana e a justiça social. Por essa razão, o diálogo que se estabeleceu no capítulo 1 entre Regulação e Teoria Política Normativa, embora possa parecer, à primeira vista, uma abordagem “estranha” ou “desnecessária”, é, na verdade, fundamental para alicerçar as diretrizes substantivas da regulação, bem como para compreender a importância da participação social que se defende na presente tese.

O arcabouço teórico da teoria igualitária de John Rawls, que tem sido utilizado para inúmeras discussões fundamentais da sociedade contemporânea, é também relevante para compreender a importância da proteção da saúde nas sociedades democráticas e, mais do que isso, oferece critérios de justiça para justificar e estabelecer os limites para a articulação entre público e o privado no Sistema de Saúde.

O pensamento rawlsiano tem sido utilizado na doutrina para justificar o dever estatal de propiciar acesso igualitário a serviços públicos de saúde, como forma de proteção à igualdade de oportunidades, conforme se observa, por exemplo, nos pensamentos de Daniels (2008) e Pogge (1989). No Brasil, a utilização do liberalismo igualitário rawlsiano para a fundamentação do direito à saúde tem referência na excelente

²¹³ O pensamento dworkiniano, que busca a integração entre o direito e a moralidade política, deve ser contextualizado em complexo (e não resolvido) debate com os filósofos de matriz positivista, os quais partem do pressuposto de que há uma inevitável separação entre o direito e a moral. No direito brasileiro, o filósofo positivista que mais influenciou o pensamento acadêmico foi Hans Kelsen, notadamente a partir da obra “Teoria Pura do Direito” (KELSEN, 1998). Dworkin, por sua vez, dirigiu as suas críticas ao pensamento de Herbert Hart, notadamente à obra “O conceito de direito” (HART, 2005), debate este que ficou conhecido como o “debate Hart-Dworkin” (vide SHAPIRO, 2007).

tese de doutorado defendida por Marcos Paulo de Lucca Silveira (SILVEIRA, 2017) na Universidade de São Paulo, no Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, sob a orientação do Prof. Álvaro de Vita, na qual o autor realiza uma contextualização minuciosa do direito à saúde no pensamento rawlsiano, em especial a partir da interpretação feita por Norman Daniels, e conclui, a partir do ideal da igualdade democrática, que os “Estados devem formular agendas políticas públicas prioritárias que busquem combater as iniquidades de saúde entre os grupos sociais nas sociedades contemporâneas” (SILVEIRA, 2017, p. 189).

O primeiro capítulo da presente tese oferece uma contribuição para esse debate e oferece uma nova visão sobre o princípio da igualdade em saúde. Com efeito, em um Sistema de Saúde complexo, em que o Estado é descrito na ordem constitucional como protagonista na prestação dos serviços de saúde por meio do Sistema Único de Saúde, mas que, ao mesmo tempo, convive com importante participação da iniciativa privada, que atua de forma complementar ao SUS, ou de forma suplementar, através dos serviços prestados pelas OPS, faz-se necessário discutir a justificativa normativa e os limites da segmentação do Sistema de Saúde ocasionado pela atuação da iniciativa privada.

Nesse sentido, considerando que os indivíduos que contratam serviços privados de assistência à saúde possuem acesso a rede de prestadores mais ampla e, em tese, com maior eficiência que a oferecida aos cidadãos dependentes do Sistema Único de Saúde, a pergunta que se pretendeu responder, à luz do pensamento rawlsiano, foi a seguinte: essa desigualdade de acesso à saúde é reprovável pela justiça distributiva?

A resposta é negativa e, para justificá-la, foi utilizado o princípio da diferença. A construção do argumento partiu da premissa de que, no Brasil, o acesso ao setor da Saúde Suplementar é um fator relacionado à renda, ou seja, ser beneficiário de um plano de saúde no Brasil, que é um país marcado por profundas desigualdades sociais, está diretamente ligado às condições socioeconômicas do indivíduo, seja por ter condições de contratar um plano individual, coletivo por adesão ou empresarial, seja por possuir vínculo empregatício com empresa que forneça esse benefício.

No pensamento de John Rawls, a renda é considerada como “bem primário”,²¹⁴ cuja distribuição deve seguir a diretriz estabelecida pelo princípio da diferença, que pode ser resumida da seguinte maneira: as desigualdades socioeconômicas são justificáveis,

²¹⁴ No pensamento de Rawls, a lista de bens primários é a seguinte: liberdade e oportunidade, renda e riqueza, e as bases do autorrespeito (RAWLS, 1999).

sob a ótica da justiça distributiva, caso propiciem uma melhoria, em termos absolutos, na situação dos indivíduos que estão em desvantagem social (aos quais Rawls faz referência pela expressão *worst-offs*). Seguindo essa linha de raciocínio, a segmentação do sistema propiciada pelo setor da Saúde Suplementar, que confere aos seus beneficiários um acesso à saúde privilegiado em comparação aos dependentes do SUS, deve ser justificada pelo ganho de eficiência, em termos absolutos, do Sistema de Saúde como um todo.

Assim, o princípio da diferença fornece uma diretriz para a compreensão da relação entre o público e o privado no Brasil que permite a dissolução da visão dicotômica e, de certa forma, maniqueísta que existe sobre a participação da iniciativa privada no Sistema de Saúde. Com efeito, a concretização de um Sistema de Saúde que propicie acesso universal, igualitário e integral a serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde tem, sem dúvida, no setor público o seu principal protagonista, mas constitui, também, uma atuação importante da iniciativa privada, que faz parte do projeto de concretização da saúde como direito de cidadania no Brasil.

Outra contribuição importante da interpretação liberal-igualitária da regulação em Saúde Suplementar, notadamente a partir do princípio da diferença, consiste na construção de uma visão contraposta ao economicismo que prevalece no direito regulatório. A regulação, especialmente dos setores relacionados à saúde (como é o caso da Saúde Suplementar), não é uma atividade meramente técnica e, ainda, não possui objetivos puramente econômicos. Na verdade, o argumento a partir do princípio da diferença, ao exigir que a segmentação do acesso à saúde propiciada pela Saúde Suplementar seja justificada por ganhos de eficiência ao Sistema de Saúde, revigora a própria noção de interesse público, vinculando-o à consecução de objetivos econômicos e objetivos sociais através da regulação.

Pretende-se, com esse argumento, reforçar a dialética existente entre o econômico e o social, como dimensões da regulação que possuem “interdependência e sinergia” (PÓ, 2011, p. 15) e que devem ser considerados nos debates concretos dos grandes temas regulatórios da saúde suplementar.

Os estudos de caso apresentados no capítulo 6 da tese demonstraram, em algumas passagens, a mútua implicação entre o econômico e o social na regulação da ANS, ou seja, a necessidade de se balizar as preocupações de natureza econômica e social. Um dos casos em que essa dialética entre o econômico e o social ficou mais evidenciada, bem como os efeitos da regulação da saúde suplementar para o Sistema de Saúde como um

todo, foi no caso n. 6, em que se analisou o debate sobre a “Regulamentação da Venda de Planos Acessíveis”. Interessante notar que o incentivo à venda desses produtos simplificados possuía objetivos econômicos bastante claros, quais sejam, a contenção dos custos assistenciais, racionalização dos custos, a flexibilização de reajustes com a autorização da recomposição técnica por planilha de custos e a instituição de produtos fundados na aplicação de Mecanismos Financeiros de Regulação (Coparticipação e Franquia). Ao lado e conjuntamente com esses objetivos primordialmente econômicos, a proposta foi apresentada com uma “roupagem” social, qual seja, a de universalizar o acesso à saúde suplementar, aumentando a oferta de produtos individuais, bem como de potencializar a atenção primária na saúde suplementar.

O argumento a partir do princípio da diferença oferece um critério substantivo para o enfrentamento da questão: de que forma a regulamentação dos Planos Acessíveis contribuiria para o ganho de eficiência do Sistema de Saúde como um todo? Em outras palavras, a criação de um produto simplificado, focado na atenção primária, com coberturas reduzidas, reajuste fundado em planilha de custos, rede regionalizada, coparticipativo, com protocolos clínicos pré-definidos e com obrigatoriedade de segunda opinião médica, que acarreta maior segmentação do acesso à saúde dentro do próprio setor da Saúde Suplementar, contribui em termos absolutos para que o Sistema de Saúde cumpra as suas diretrizes constitucionais?

Essa questão norteou diversas manifestações das entidades que participaram do debate público dentro da ANS, com algumas se manifestando de forma favorável (entre outras, citem-se a FenaSaúde, a Abrange e a Unimed do Brasil) (vide ANS, 2017cs, p. 21 *et seq.*) e, por outro lado, diversas entidades, em especial de defesa do consumidor, universidades e prestadores de serviço da área da saúde, se mostraram radicalmente contrários à proposta. Talvez os argumentos mais interessantes e que demonstraram plena ciência do impacto da regulamentação do tema para o Sistema de Saúde tenham vindo da própria burocracia interna da ANS, cujas contribuições demonstraram preocupações com a desassistência que esses produtos poderiam acarretar aos consumidores, o aumento da pressão sobre o SUS pelo fato de a média e alta complexidade não serem cobertas pelos Planos Acessíveis, a própria subversão da lógica do setor, que deixaria de ser suplementar para focar no atendimento básico, “transferindo para o SUS todos os custos da medicina de alta complexidade” (ANS, 2017, p. 13).

Independentemente do mérito de cada uma das questões acima mencionadas, para os fins do presente trabalho a menção à natureza dos argumentos das entidades demonstra que a distinção entre regulação econômica e social não é apenas retórica teórica, mas sim faz parte do dia a dia dos debates havidos dentro da agência, e que o estabelecimento de critérios substantivos para o enfrentamento dessas questões, como propõe o argumento construído a partir do princípio da diferença, é de fundamental importância para se compreender e avaliar a própria atividade do regulador, que deve ser centrada na consecução do interesse público.

2 – Democracia Sanitária, Democracia Deliberativa e legitimidade da regulação

Um dos aspectos fundamentais do debate sobre a legitimidade da regulação diz respeito à democratização das agências regulatórias através da participação social ou, em outras palavras, ao controle democrático das decisões das agências regulatórias. Conforme destaca Mattos (2004), o processo de agencificação possui potencial burocrático, posto que acaba com o insulamento decisório da burocracia estatal e permite que as normas regulamentares sejam criadas de forma mais participativa; por outro lado, o autor pondera que a criação das agências foi feita com déficits democráticos, tendo em vista que são poucos os grupos de interesse com acesso aos processos decisórios e, ainda, são poucos os “mecanismos institucionalizados de controle democrático das decisões tomadas” (MATTOS, 2004, p. 2).

O tema da legitimidade democrática e do controle social das decisões da ANS foi abordado na presente tese justamente a partir da necessidade de se compreender e enfrentar o problema do déficit democrático da regulação. Sob o ponto de vista teórico, diversos autores destacam o esgotamento da noção tradicional de legitimação democrática da regulação por um modelo hegemônico de democracia representativa (SANTOS; AVRITZER, 2002). Nesse sentido, Ackerman (2000) alerta para o fato de que a regulação não se legitima por mera transferência do poder recebido pelos representantes eleitos pelo povo, e Fung (2006) destaca a existência de déficits na relação entre cidadãos, governo e agências na elaboração de políticas públicas baseadas em um modelo representativo de democrática.

No caso da Saúde Suplementar, setor que convive com uma crônica crise de legitimidade e conflituosidade na regulação, a participação social na definição das

políticas regulatórias da agência é um tema de fundamental importância. A abordagem da relação entre o SUS e a saúde privada a partir do princípio da diferença, além de destacar a relação entre o interesse público e os objetivos sociais e econômicos da regulação, contextualizou a saúde suplementar em uma política pública mais ampla, que é o Sistema de Saúde Brasileiro. Não se pode perder de vista que, além dos princípios da universalidade, da igualdade de acesso e da integralidade, o sistema é fundado na noção de que as decisões estatais que moldam o direito à saúde devem ser feitas com a participação da comunidade (BRASIL, 1988, art. 198, inciso III).

A concretização da saúde como direito de cidadania tem em uma de suas dimensões fundamentais a ideia de que se trata de um direito democrático, quer dizer, um direito moldado, conformado e delimitado pela participação dos cidadãos nas decisões fundamentais do Estado relacionadas à saúde, seja nos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. A Democracia Sanitária consiste na categoria específica da democracia aplicada à saúde e que consolida esse ideal de uma cidadania ativa voltada ao debate e solução dos problemas específicos relacionados ao direito à saúde (AITH, 2017).

O reflexo da aplicação do ideal da Democracia Sanitária para a regulação em saúde suplementar resulta em uma concepção essencialmente deliberativa de democracia, que envolve tanto a institucionalização de procedimentos específicos que garantam a efetivação da democracia nas decisões regulatórias quanto a garantia de que os *stakeholders* possam expor as suas razões para a influência na regulação. Trata-se, portanto, de uma concepção de democracia que não se cumpre apenas pela garantia formal de participação no processo decisório, mas que também possui exigências de ordem substantiva.

Nesse sentido, a concepção de democracia deliberativa que se defende na presente pesquisa possui matriz teórica no pensamento rawlsiano, notadamente na concepção de sociedade democrática, que parte dos pressupostos de que: (i) os indivíduos são livres, iguais e portadores de duas faculdades morais, a saber, senso de justiça e concepção de bem; e (ii) a sociedade é fundamentada em uma concepção pública de justiça, ou seja, uma concepção de justiça que é aceita por todos e que serve de referência tanto para a conduta dos indivíduos quanto para a conformação das instituições sociais (RAWLS, 2003).

As noções de que a sociedade é ordenada a partir de uma concepção pública de justiça e de que os cidadãos possuem um senso de justiça e uma concepção de bem estão

na base da fundamentação da democracia deliberativa a partir do pensamento rawlsiano. Com efeito, partindo-se da premissa de que a democracia deliberativa é um regime no qual “pessoas livres e iguais (e seus representantes) justificam as decisões em um procedimento no qual conferem mutuamente razões que são acessíveis a todos, com a finalidade de alcançar conclusões que são vinculantes para todos os cidadãos no presente e abertas ao desafio no futuro”,²¹⁵ a noção de que os indivíduos compartilham de uma base valorativa comum (concepção pública de justiça), mas, ao mesmo tempo, são capazes de desenvolver as suas próprias visões de mundo (concepção de bem) está na essência da ideia de democracia.

A participação social no processo decisório fundamenta-se, assim, no fato do pluralismo razoável, ou seja, na existência de concepções de mundo distintas que são construídas a partir das diretrizes dos princípios de justiça. Adaptando-se essa noção para a regulação em saúde suplementar, tem-se que os princípios gerais de justiça conferem diretrizes para a consecução do interesse público, em particular a noção mais geral e abstrata de que o setor deve ser regulado de modo a conferir ganhos de eficiência para o sistema de saúde como um todo. A forma de alcançar esse objetivo mais geral se dará pela ponderação, caso a caso, dos objetivos econômicos e sociais da regulação, sendo certo que, inevitavelmente, haverá controvérsia entre os diversos grupos de interesse que atuam no setor.

Por essa razão, o interesse público em saúde suplementar deve ser compreendido como uma construção advinda da participação dos diversos grupos de interesse, cada qual expondo a sua visão de mundo e procurando fundamentá-la em razões mutuamente aceitas, de modo a propiciar que o regulador pondere, no caso a caso, a efetivação dos valores econômicos e sociais da regulação.

3 – Conclusões das pesquisas empíricas sobre a participação social na ANS

Assim, a conforme exposto, a presente tese parte da premissa teórica de que o interesse público na saúde suplementar (que, como visto, constitui objetivo institucional da ANS) deve ser construído, democraticamente, a partir: (i) da **participação efetiva** dos

²¹⁵ Tradução livre de: “[...] *free and equal citizens (and their representatives), justify decisions in a process in which they give one another reasons that are mutually acceptable and generally accessible, with the aim of reaching conclusions that are binding in the present on all citizens but open to challenge in the future.*” (GUTMANN; THOMPSON, 2004, p. 7).

stakeholders do setor (Operadoras, Consumidores, Prestadores, etc.) nas decisões fundamentais da agência; (ii) da **garantia institucional** de instrumentos e procedimentos que assegurem a participação dos agentes regulados e da sociedade civil na regulação do setor; e (iii) de que o debate tenha a produção de uma regulação legítima, que leve em consideração que a regulação não possui apenas objetivos econômicos (eficiência e correção das falhas de mercado), mas que deve conceber o mercado da saúde suplementar como parte de uma **política social mais ampla**, que visa à construção de um Sistema de Saúde com acesso universal, igualitário e integral à saúde.

A parte teórica da pesquisa destinou-se a fundamentar as diretrizes substantivas e procedimentais de legitimação da regulação em saúde suplementar. Uma vez que a participação social foi concebida como elemento fundamental para a legitimação da regulação, a tese realizou duas pesquisas empíricas para avaliar a experiência institucional da ANS com relação à participação da sociedade no processo decisório.

A primeira pesquisa, de viés quantitativo, teve por objetivo, em primeiro lugar, descrever os instrumentos institucionais que a ANS possui para propiciar a participação da sociedade civil e dos agentes regulados na conformação das normas regulatórias e, em segundo lugar, avaliar quantitativamente a representação dos diversos grupos de interesse que compõem a cadeia da saúde suplementar nos referidos instrumentos. Referida pesquisa serviu de preparação para a análise qualitativa da participação social, que foi feita com a aplicação da técnica de estudo de caso, tendo sido analisados os debates que levaram à produção de cinco resoluções normativas (RN n. 279/2011, RN n. 428/2017, RN n. 433/2018, RN n. 441/2018 e RN n. 453/2020), à elaboração da Agenda Regulatória 2019-2021 e ao debate sobre a regulamentação dos Planos Acessíveis.

A pesquisa quantitativa demonstrou que a participação social na ANS ocorre, principalmente, por intermédio de cinco instrumentos, a saber, a CAMSS, os comitês e comissões, as audiências públicas, as consultas públicas e as câmaras e grupos técnicos. Os resultados da pesquisa empírica indicam que, de fato, a agência se tornou um importante fórum de debate democrático para os atores sociais do mercado da saúde suplementar, haja vista a diversidade das entidades que se fazem representar nos debates dos diversos temas regulatórios que são colocados à participação social.

A pesquisa demonstrou que, em termos de representatividade, as Operadoras participam, tanto individualmente quanto por intermédio de suas entidades representativas, de forma majoritária em todos os instrumentos de participação da

agência. Merece destaque a participação das Operadoras nos instrumentos que realizam análise mais detida e aprofundada dos temas regulatórios, como os comitês, as câmaras técnicas e os grupos técnicos, em que se constatou presença dos agentes regulados e da burocracia interna da ANS.

Também os Prestadores de Serviço da Área da Saúde demonstraram capacidade de organização e participam, principalmente por intermédio dos conselhos profissionais, de forma mais consistente nos diversos instrumentos de participação. Constatou-se, ainda, que, nas reuniões específicas que trataram de temas que os afetam diretamente (como remuneração, padronização de troca de informações, contratualização), os Prestadores compareceram inclusive em maior quantidade em comparação às Operadoras.

Entre os atores que participam da cadeia da saúde suplementar, os Consumidores foram os que tiveram menor representatividade nos instrumentos de participação da ANS. Com exceção das consultas públicas (em especial as que trataram da atualização do Rol da ANS), os Consumidores não conseguem se representar em paridade com as Operadoras e Prestadores de Serviço. Destaca-se que, nos órgãos de discussão técnica, a representação dos Consumidores foi muito baixa, com apenas 1% nos comitês, 6% nas câmaras técnicas e 4% nos grupos técnicos, o que coloca em questão a efetiva capacidade dessa categoria de influenciar na produção normativa da agência (vide gráfico 20).

A hipótese de que há um desequilíbrio da representatividade dos grupos de interesse nos instrumentos de participação da ANS foi confirmada parcialmente pela pesquisa quantitativa. Conforme dito, tanto na CAMSS quanto nos órgãos de debate técnico e, também, nas audiências públicas, a pesquisa confirmou a sub-representação dos Consumidores. Todavia, a pesquisa também identificou que os Consumidores utilizam as consultas públicas para encaminhar sugestões e contribuições à ANS, especialmente nas consultas que tratam da atualização do Rol da ANS.

A consistente participação das OPS, contrastada com a sub-representação dos Consumidores, exigiu que a avaliação da participação social na ANS fosse aprofundada por uma pesquisa qualitativa. Referida pesquisa, desenvolvida no formato de estudos de caso, trabalhou com a hipótese de que o desequilíbrio de representação entre OPS e Consumidores reflete, também, a maior capacidade das Operadoras de influenciar nas decisões da agência e conduzir as decisões regulatórias de acordo com a sua agenda de interesses.

Os estudos de caso confirmaram a hipótese. Com efeito, os casos indicaram, em

primeiro lugar, que as Operadoras conseguem influenciar de forma propositiva as discussões da agência, fazendo com que a ANS inclua na pauta regulatória os assuntos que são estratégicos para os agentes regulados, e, também, de forma obstrutiva, fazendo com que a ANS não exerça o seu poder normativo com relação a temas que as OPS pretendem que permaneçam desregulamentados. Outro achado da pesquisa qualitativa foi a aptidão técnica das entidades representativas de OPS nas discussões regulatórias, tanto em caráter assistencial, reajustes, Mecanismos Financeiros de Regulação e demais temas.

Por outro lado, a pesquisa identificou os obstáculos que os Consumidores enfrentam para se tornarem um interlocutor relevante nos debates regulatórios da ANS. Além da inexistência de paridade na representação nas reuniões, a defesa dos interesses desse grupo é feita de forma difusa e por entidades que não possuem, necessariamente, a mesma agenda de interesses. Ademais, mesmo quando participam de forma relevante, a pesquisa demonstrou a baixa efetividade, em decorrência de diversos fatores, entre eles: (i) manifestações genéricas dos órgãos de defesa do consumidor, o que demonstra a incapacidade de se manifestarem tecnicamente sobre as questões regulatórias; (ii) nos casos em que se identificou efetiva manifestação dos Consumidores sobre o mérito da matéria, houve baixa responsividade da ANS às contribuições apresentadas; (iii) baixa eficácia das contribuições apresentadas nas consultas públicas, especialmente na atualização do Rol da ANS, na regulamentação dos arts. 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998 e na construção da Agenda Regulatória; (iv) como consequência da baixa responsividade às contribuições dos Consumidores, identificou-se que possuem dificuldades em incluir na pauta da agência assuntos de sua agenda de interesse (por exemplo, regulamentação dos planos coletivos), bem como de obstar mudanças regulamentares que representam flexibilização das garantias previstas na Lei dos Planos de Saúde.

Além de obstáculos para a participação e, por consequência, para a ressonância das contribuições dos Consumidores para a regulação dos temas relevantes do setor, os estudos de caso demonstraram problemas relativos aos instrumentos de participação mais democráticos, a saber, as audiências e as consultas públicas.

Trata-se, com efeito, de instrumentos que tiveram destaque na nova Lei das Agências Reguladoras, uma vez que previstos como instrumentos de prestação de contas e controle social da regulação. Com relação às consultas públicas, necessário consignar que constituem o instrumento de participação mais antigo e, também, o mais utilizado pela ANS; todavia, conforme dito, a pesquisa constatou a baixíssima eficácia das

contribuições, que são em sua grande maioria rejeitadas pela agência. Com relação aos Consumidores esse problema é ainda mais grave, a ponto de todas as contribuições apresentadas na CP n. 74 terem sido rejeitadas, e apenas 1% das contribuições apresentadas para inclusão de procedimentos na CP n. 61 terem sido acolhidas.

Já as audiências públicas são, muitas vezes, utilizadas pela ANS como instrumento de defesa contra crises de legitimidade da sua atuação. Em três dos casos analisados (Mecanismos Financeiros de Regulação, Nova Metodologia de Reajuste dos Planos Individuais e Cobertura de Exame para Coronavírus) essa utilização “reativa” das audiências ficou bem caracterizada, uma vez que foram convocadas muito mais como resposta a decisões que foram tomadas por órgãos externos do que, propriamente, pela preocupação da agência em colher as contribuições da sociedade com relação aos temas regulatórios.

Nesse sentido, as pesquisas empíricas demonstraram diversos problemas na participação social na ANS, que vão desde o desequilíbrio entre OPS e Consumidores até a própria utilização dos instrumentos pela agência, que acabam minando o potencial legitimador e contribuindo para a instabilidade regulatória e conflituosidade do setor.

4 – Como aprofundar as práticas democráticas na ANS?

A participação social é cada vez mais compreendida como um elemento central não apenas para a legitimação da regulação, mas também para a regularidade do processo administrativo-normativo do qual as normas regulamentares são produto. Com efeito, a nova Lei Geral das Agências Reguladoras prevê a participação social através da realização de audiências públicas e de consultas públicas em seu Capítulo I, que trata justamente do processo decisório das agências reguladoras; aliás, nas matérias que possuem “interesse geral” dos agentes econômicos e dos usuários do serviço, a realização de consulta pública é obrigatória; logo, requisito de validade do procedimento e, conseqüentemente, do ato normativo.

Os resultados da pesquisa empírica, notadamente os bloqueios de participação dos Consumidores que foram identificados, demonstram que o tema da participação não deve ser tratado apenas sob o aspecto formal, sendo necessária a análise substancial da efetividade da participação na prática institucional da agência. Conforme a já citada lição de Arnstein (1969), a participação social efetivada sem a consciência da desigualdade

econômica, técnica e política dos grupos de interesse pode equivaler a uma “não participação”, ou seja, uma participação que se realiza apenas na formalidade, sem atingir os seus objetivos substantivos, que são permitir que os grupos de interesse possam, em igualdade, contribuir e influenciar as decisões que são tomadas pelo regulador.

A participação social sem a efetivação de uma prática deliberativa efetiva faz com que ela se torne um ritual meramente formal, em que se mede a participação não pela substância (ou seja, pela robustez do debate), mas pela simples estatística de comparecimento dos cidadãos:

Quando os detentores do poder restringem a inclusão das ideias dos cidadãos somente a este nível, a participação permanece apenas um ritual de fachada. As pessoas são primordialmente concebidas como abstrações estatísticas e a participação é medida por quanto comparecem à reunião, levam brochuras para casa ou respondem a questionários. O que os cidadãos atingem com essa atividade é que eles “participaram na participação”. E o que os detentores do poder atingem é a evidência de que eles atenderam aos movimentos necessários de envolver “aquelas pessoas”.²¹⁶

Conforme se observou nos estudos de caso realizados no capítulo 6, a prática participativa da ANS não tem sido suficiente para gerir a conflituosidade existente entre os grupos de interesse que atuam no setor, nem mesmo para atenuar a litigiosidade que sujeita a própria agência a ações judiciais questionando a validade das suas normas regulamentares.

A questão que se coloca agora é a seguinte: de que forma a ANS poderia aprimorar a participação social, de modo que os instrumentos passem a ser vistos, especialmente pelos Consumidores, como mecanismos que propiciam uma interação efetiva com o regulador e propiciam a melhoria da qualidade regulatória?

A compreensão da participação a partir do marco teórico proposto na presente tese, a saber, o Liberalismo-Igualitário rawlsiano, faz com que a participação social não seja compreendida apenas como “legitimação pelo procedimento”, mas sim que a deliberação resultante atenda a requisitos substantivos. Retoma-se, aqui, a ideia de que a

²¹⁶ Tradução livre de: “When powerholders restrict the input of citizens’ ideas solely to this level, participation remains just a window-dressing ritual. People are primarily perceived as statistical abstractions, and participation is measured by how many come to meetings, take brochures home, or answer a questionnaire. What citizens achieve in all this activity is that they have “participated in participation.” And what powerholders achieve is the evidence that they have gone through the required motions of involving ‘those people’.” (ARNSTEIN, 1969, p. 219).

fundamentação do setor da Saúde Suplementar a partir do princípio da diferença serve como justiça de fundo (*background justice*) para o desenvolvimento das concepções de bem em uma sociedade democrática. Em outras palavras, o requisito substantivo de que o setor da Saúde Suplementar deve contribuir para a melhoria, em termos absolutos, do Sistema de Saúde e, por conseguinte, que o interesse público em saúde suplementar deve ser interpretado como a necessidade de ponderação e equilíbrio, em cada questão regulatória, dos objetivos econômicos e sociais da regulação.

A fundamentação da democracia deliberativa a partir dos pressupostos do pensamento rawlsiano permite o aprofundamento da necessidade de se propiciar oportunidades equitativas para os diversos grupos de interesse exporem os seus pontos de vista e influenciarem nas decisões os afetarão. Ora, o **pluralismo razoável** — ou seja, a existência de concepções de “bem” que, a partir das diretrizes fixadas pelos princípios de justiça, divergem sobre a forma como interesse público deve ser atingido, caso a caso — exige que o debate democrático seja aprofundado por mecanismos que propiciem às partes envolvidas a participação efetiva, ou seja, uma efetiva deliberação com potencial para gerar ponderações e, por que não, consenso sobre como a regulação deve ser efetivada.

A excessiva tecnicidade dos temas em saúde suplementar e a dificuldade de organização e engajamento dos Consumidores nos debates não podem servir de escusa para não se aprofundar a participação social na agência. Trata-se, na verdade, de **desafios** que são postos ao regulador e que podem ser superados a partir da adoção de mecanismos que propiciam a potencialização e o aprofundamento da prática participativa.

A questão das condições institucionais de participação é de fundamental importância para o desenvolvimento de um modelo deliberativo de democracia. Com efeito, a existência de diferenças de poder (técnico, político e econômico) entre os participantes é uma circunstância que deve ser neutralizada para a efetivação da democracia deliberativa. Em um artigo denominado “*Power and Reason*”, Joshua Cohen e Joel Rogers destacam que a democracia deliberativa deve ser compreendida como um modelo no qual as partes interessadas “debatem alternativas com base em considerações que todos consideram ser relevantes”²¹⁷ e que a decisão coletiva é fundamentada em uma “razão comum” que, em última instância, teria o efeito de neutralizar a arbitrariedade das

²¹⁷ Tradução livre de: “[...] *debate alternatives on the basis of considerations that all take to be relevant*” (COHEN; ROGERS, 2003, p. 241-242).

preferências e o poder político (COHEN; ROGERS, 2003, p. 241-242). Os autores, no entanto, destacam que a participação sempre se dá em um contexto que envolve relações de poder e que a desigualdade nessas relações (“*background differences in power*”) pode comprometer a deliberação (COHEN; ROGERS, 2003, p. 248 *et seq.*).

Caso a implementação do debate não leve em consideração as desigualdades existentes entre os grupos de interesse, a democracia deliberativa, ao invés de neutralizar o poder e controlar a discricionariedade da regulação, será apenas um ritual vazio e reprodutor dessas desigualdades. Por essa razão, além das mudanças institucionais para assegurar a proporcionalidade na representação dos grupos de interesse, o debate deve se concentrar não apenas nas condições de participação, mas também na qualidade da deliberação. Conforme destaca Brian Barry, “um processo de tomada de decisão é justo na medida em que todas as partes interessadas são bem-informadas e têm os seus interesses e perspectivas expressos com força equitativa e efetividade”.²¹⁸ A mitigação da assimetria de informações, a equidade na representação, a igualdade de oportunidades na influência da decisão e de efetividade na consideração dos argumentos são condições que estão na essência da democracia deliberativa.

A esse respeito, Fung e Wright (2003) propõem a distinção entre duas formas de governança: a “governança impositiva-adversarial” (“*Top-Down Adversarial Governance*”) e a “governança participativa-colaborativa” (“*Participatory-Collaborative Governance*”). A primeira forma de governança caracteriza-se pela tomada de decisão “de cima para baixo”, ou seja, as estruturas de maior hierarquia nas esferas de governo impõem a regulação para os destinatários da norma, de modo que a participação dos grupos de interesse se dá de forma egoística, visando “ganhar importantes decisões do governo em detrimento de programas administrativos e legislativos e das normas jurídicas, em uma espécie típica de processo de barganha”.²¹⁹ Em contrapartida, na governança participativa-colaborativa o foco dos grupos de interesse e das instâncias decisórias do governo está na “solução de problemas ao invés de obter vitórias, em

²¹⁸ Tradução livre de: “[...] *a decision-making process is fair to the extent that all those concerned are well informed and have their interests and perspectives expressed with equal force and effectiveness*” (BARRY, 1995, p. 110).

²¹⁹ Tradução livre de: “[...] *winning important government decisions over administrative and legal programs and rules, typically through some kind of bargaining process*” (FUNG; WRIGHT, 2003b, p. 261).

descobrir os interesses comunitários mais amplos ao invés de mobilizar a defesa de interesses predeterminados”.²²⁰

A aplicação da democracia deliberativa para a legitimação das decisões das agências reguladoras deve ter como objetivo a implementação de uma governança colaborativa, nas qual as decisões são formadas a partir das contribuições dos grupos de interesse, com vistas à consecução do interesse público. Aplicando-se esse raciocínio à luz do referencial teórico proposto no primeiro capítulo, é a partir da participação dos grupos de interesse de forma colaborativa, visando à solução dos problemas regulatórios e à ponderação dos objetivos econômicos e sociais da regulação, que o interesse público na saúde suplementar será construído.

Todavia, mesmo em modelos de governança participativa-colaborativa, há a necessidade de se observar a existência das desigualdades entre os grupos de interesse e de aplicar “mecanismos de compensação de poder” (“*countervailing power mechanisms*”), sem os quais o processo de tomada de decisão, ao invés de participativo-colaborativo, torna-se uma espécie de “impositivo-colaborativo”, no sentido de que a participação dos grupos mais vulneráveis acaba sendo eclipsada pelos grupos que detêm uma organização de interesses mais consistente e maior poderio técnico e econômico (FUNG; WRIGHT, 2003b, p. 264).

Indicar especificamente quais são os mecanismos de compensação das desigualdades existentes entre os grupos de interesse não é uma tarefa simples e exigiria uma pesquisa empírica, inclusive com a análise institucional em perspectiva comparada, para ver quais mecanismos seriam eficientes para o caso concreto da ANS. Os resultados da pesquisa empírica, no entanto, permitem que sejam feitas algumas indicações de melhoria que a agência poderia considerar para potencializar a participação social.

Em primeiro lugar, um debate sobre modificações institucionais que a agência teria que promover para garantir uma **representação adequada e equitativa dos Consumidores**, que constituem o grupo de interesses mais vulnerável na saúde suplementar. Conforme restou demonstrado no capítulo 5, há um problema de desigualdade na representação dos interesses dos Consumidores nos instrumentos de participação da ANS, exceção feita às consultas públicas, em que se apurou uma

²²⁰ Tradução livre de: “[...] solve problems rather than to win victories, to discover the broadest commonality of interests rather than to mobilize maximum support for given interests” (FUNG; WRIGHT, 2003b, p. 261).

quantidade significativa de contribuições encaminhadas por Consumidores (com baixa eficácia, no entanto). O desafio é garantir uma representação adequada dos Consumidores nos debates internos da agência, em especial nos comitês, câmaras e grupos técnicos, que são órgãos importantíssimos não apenas para subsidiar a ANS na tomada de decisões, mas, também, para a preparação das minutas de resoluções normativas que serão submetidas a consulta pública (se for o caso) e posterior apreciação da Diretoria Colegiada. A forma específica como isso deve ser implementado, no entanto, demandaria pesquisa empírica específica para descrever, avaliar e propor as modificações, posto que envolve a análise de problemas relacionados à própria representatividade dos Consumidores junto à agência, bem como à organização e à convocação das entidades para a participação desses instrumentos.

Em segundo lugar, há a necessidade de que a agência introduza mecanismos para compensar a **vulnerabilidade técnica, organizacional, política e econômica dos Consumidores**, de modo a permitir que os grupos de interesse possam, em igualdade de condições, influenciar as decisões regulatórias em diversos níveis, ou seja, tanto na construção da agenda regulatória quanto na introdução de temas para debate nos comitês, câmaras e grupos técnicos, além de influenciar tecnicamente os assuntos que já estão submetidos à participação social. A introdução desses mecanismos precisa levar em consideração que a regulação da saúde suplementar envolve o domínio técnico de questões interdisciplinares, que vão desde os aspectos jurídicos do setor (legislativos e regulamentares), passando por questões atuariais, médicas, econômicas e de política de saúde. Nesse sentido, ao passo que as entidades que representam as OPS possuem condições de se municiar com profissionais da área jurídica, médica, atuarial e econômica, além de ter acesso a informações (muitas vezes confidenciais) sobre o mercado regulado, o que lhe permite debater em condições de igualdade com o regulador sobre as questões fundamentais do setor, as entidades que realizam a defesa do consumidor, mesmo quando especializadas em saúde suplementar, não possuem o mesmo conhecimento técnico e informacional. A situação é ainda mais discrepante se considerarmos a participação dos consumidores individuais, que são os destinatários finais do serviço e cuja participação a pesquisa identificou apenas de forma esporádica em algumas audiências públicas e apenas na qualidade de ouvintes.

Nesse sentido, a ANS precisa introduzir mecanismos para aproximar a agência das entidades de defesa do consumidor e lhes propiciar, em primeiro lugar, o acesso às

informações e o conhecimento técnico necessário para a deliberação dos temas que estão em debate na agência, e, em segundo lugar, a oportunidade para oferecer contribuições à agência tanto no estabelecimento da pauta dos assuntos que serão deliberados quanto em relação aos temas regulatórios que já estão em discussão.

A articulação e agência com os órgãos de defesa do consumidor é uma competência expressamente prevista no art. 4º, inciso XXXIV, da Lei n. 9.961/2000, e a própria ANS prevê no seu Plano Estratégico 2021-2024 o seguinte objetivo estratégico:

Fomentar e desenvolver ações para o fortalecimento da articulação com a sociedade civil e os órgãos e entidades governamentais, tais como: Ministérios da Saúde e da Economia, setor judiciário, parlamentares, órgãos de controle, imprensa, órgãos de defesa do consumidor. Direcionar esforços para aperfeiçoar estratégias e canais de comunicação interna e externa que possibilitem maior alinhamento institucional e percepção pela sociedade do valor público do trabalho realizado pela Agência. (ANS, 2021b, p. 18)

Uma iniciativa que poderia estreitar o relacionamento da agência com os órgãos de defesa do consumidor, bem como mitigar a assimetria de informação e a vulnerabilidade técnica desse grupo de interesse, seria a criação de um **Comitê permanente específico para a Defesa do Consumidor**. Com efeito, a ANS já possui 07 (sete) comitês que são destinados à análise de temas fundamentais para a regulação do setor, como padronização das informações (COPISS), qualidade assistencial (COTAQ e COGEP), coberturas assistenciais (COSAÚDE), aspectos econômico-financeiros (Comitê Técnico Contábil e CPS) e a regulação da estrutura dos produtos (Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos). Referido comitê teria por objetivo, entre outros, analisar as questões fundamentais relacionadas à defesa dos beneficiários de planos de saúde, propiciar às entidades de defesa do consumidor o acesso às informações relevantes do setor, bem como ao conhecimento técnico específico (jurídico, atuarial, médico, etc.) para a discussão dos temas que estão em pauta na agência, inclusive com a criação de grupos técnicos com essa finalidade. Ademais, o Comitê de Defesa do Consumidor ora proposto poderia articular-se com outra iniciativa que a ANS já possui, denominada “Parceiros da Cidadania”, a qual possui a finalidade de criar canais de comunicação e realizar o intercâmbio de informações e termos de cooperação técnica com as entidades de defesa do consumidor, com vistas a consolidar a relação destas com a ANS.

Todavia, a participação dos Consumidores não pode ser limitada aos órgãos e entidades de defesa do consumidor. A pesquisa identificou que os beneficiários pessoa física praticamente não participam na agência, comparecendo nos instrumentos de participação de forma esporádica, notadamente nas audiências públicas, e praticamente sem se manifestar. Com efeito, a efetivação da democracia deliberativa na regulação exige a aproximação das instâncias decisórias, compostas por especialistas em regulação, com os destinatários finais do serviço, o que pode, sem dúvida, agregar valor à qualidade da regulação, tanto do ponto de vista instrumental, auxiliando o regulador a atingir a finalidade social da regulação, quanto político, legitimando democraticamente a decisão, e, também, educativo, fazendo com que os próprios usuários reflitam sobre o tema e aperfeiçoem a sua opinião sobre a regulação (WILLIANS; ROBINSON; DICKINSON, 2012, p. 29 *et seq.*).

No mesmo sentido, Fung e Wright sustentam que o aprofundamento de práticas democráticas deve ser implementado com o atendimento a três princípios: (i) o foco na solução de problemas específicos e tangíveis; (ii) o envolvimento dos cidadãos que são efetivamente afetados por esses problemas, bem como das respectivas autoridades responsáveis pelo enfrentamento do problema; e (iii) o desenvolvimento de soluções para esses problemas através da deliberação (FUNG; WRIGHT, 2003a, p. 15). O engajamento dos indivíduos consiste, assim, em um dos pilares do modelo de democracia deliberativa proposto pelos autores, denominado de governança participativa empoderada (*Empowered Participatory Governance*). Referido modelo busca, através do empoderamento dos cidadãos, criar uma sinergia entre a cidadania e a burocracia especializada, de modo que a decisão regulatória seja fruto tanto da experiência, do conhecimento e da mente aberta dos cidadãos quanto da especialização técnica das autoridades da burocracia estatal (FUNG; WRIGHT, 2003a, p. 17).

Existem alguns métodos que podem ser utilizados para engajar o cidadão (ou, no caso da saúde suplementar, o usuário do serviço) a participar da construção das decisões regulatórias. Conforme ensinam Gene Rowe e Lynn Jayne Frewer, referida participação pode ocorrer em três níveis, a saber: (i) a comunicação, na qual o órgão responsável pela decisão apenas transmite informações relevantes para os usuários do serviço; (ii) a consulta, que é o oposto da comunicação, ou seja, o regulador envolve a sociedade apenas para colher informações do público sobre determinado tema; (iii) a participação, em que efetivamente há uma troca de informações entre o público e o regulador, visando ao

diálogo e à negociação para a tomada de decisões (ROWE; FREWER, 2005).

A ANS já possui instrumentos para o engajamento dos consumidores nos níveis de comunicação e de consulta, com a divulgação de informações em mídias sociais e a realização de audiências e consultas públicas. Todavia, envolver os beneficiários para participar de forma significativa nas decisões regulatórias exigiria a adoção de novos mecanismos que a agência atualmente não utiliza. Na regulação em saúde, notadamente na discussão sobre a definição de prioridades na alocação de recursos públicos em saúde (“*Resource Allocation and Priority Setting in Health Care*”), o envolvimento dos cidadãos nas decisões tem se beneficiado de métodos específicos,²²¹ que são assim descritos por Willians, Robinson e Dickinson (2012, p. 30 *et seq.*):

- 1) **Júris de Cidadãos (*Citizen’s Juries*):** consiste na seleção de indivíduos (aproximadamente 20) para debater questões específicas por um período específico. Os participantes são escolhidos de forma randômica, obedecendo alguns critérios predeterminados, sendo-lhes fornecidas informações escritas, palestras com especialistas, dados estatísticos e a oportunidade para deliberarem sobre o assunto. No final, os resultados e conclusões dos participantes são consolidados em um documento escrito, que servirá para subsidiar o regulador na tomada de decisão.
- 2) **Conferências de Consenso (*Consensus Conferences*):** trata-se de método bastante parecido com os júris, mas que possuem destinação específica para o debate de matéria que cunho técnico e científico. Assim, as reuniões são feitas em grupos menores e destinados a enfrentar os debates técnicos de forma acessível e visando atingir um consenso sobre a questão. Os resultados também são consolidados em documento escrito.

²²¹ Um exemplo da institucionalização de mecanismos de engajamento dos cidadãos nas decisões estatais em saúde é o “*Citizens Council*”, que é um órgão permanente do National Institute for Health and Care Excellence (NICE), composto por 30 (trinta) cidadãos que refletem a diversidade demográfica da Grã-Bretanha e que são recrutados pelo National Health Service (NHS) para servir um mandato de três anos. Esse conselho se reúne uma vez por ano, por um período de dois dias, reuniões estas que são abertas ao público e têm por função promover o debate sobre questões relacionadas às coberturas que devem ser oferecidas pelo NHS (tratamentos, serviços, tecnologias e medicamentos). As conclusões das reuniões são consolidadas em um documento, o qual expressa a perspectiva moral e ética da população sobre as questões que foram debatidas e servem de guia para a tomada de decisão do NICE. O órgão produziu 18 (dezoito) relatórios (*reports*) entre novembro de 2002 e novembro de 2015, que expressam os valores da sociedade sobre diversos temas controversos e relevantes para a regulação do NICE, como os critérios para a cobertura de drogas órfãs, a definição de “necessidade clínica”, a forma como a idade do paciente influi nas coberturas que devem ser feitas pelo NICE, entre outros.

- 3) Conselho de Deliberação (*Deliberative Polling*):** essa iniciativa também é parecida com o júri de cidadãos, com a seleção de indivíduos e o fornecimento de informações sobre o tema em debate, mas o objetivo não é a formação de um consenso, nem de uma decisão em grupo, mas sim agregar opiniões e visões contrastantes sobre uma matéria que é, em regra, controversa.

A criação de um comitê específico para defesa do consumidor, bem como a utilização de estratégias e métodos para o engajamento dos beneficiários a participar e contribuir com a regulação da ANS, pode interagir com os instrumentos de participação já institucionalizados, de modo a aprofundar as práticas democráticas na agência. A ineficácia das contribuições apresentadas nas consultas públicas, que foi um dos obstáculos de participação identificados na pesquisa empírica, pode ser mitigada com a combinação das estratégias acima mencionadas. Com efeito, consultas públicas representam apenas um instrumento pelo qual a sociedade pode enviar contribuições para a agência sobre temas regulatórios específicos. Atualmente, essas consultas não propiciam uma prática deliberativa, posto que as contribuições são enviadas pela sociedade, recebidas pela ANS e, ao final, é feito um relatório de consulta pública no qual a agência se manifesta, em poucas linhas, sobre as contribuições apresentadas, indicando se elas foram acolhidas, parcialmente acolhidas ou rejeitadas, sem que a pessoa ou entidade que enviou a consulta possa se manifestar sobre a decisão da agência.

Se combinadas com alguma outra estratégia de engajamento da sociedade, as contribuições apresentadas nas consultas públicas podem ganhar uma dimensão deliberativa. A ANS poderia, por exemplo, selecionar as contribuições mais relevantes e submetê-las à apreciação da sociedade com a criação de um conselho de deliberação para ouvir a opinião dos beneficiários sobre a questão, ou então submetendo as contribuições apresentadas pelos Consumidores a um grupo técnico específico, para oportunizar a reflexão e melhor fundamentação das contribuições apresentadas.

Assim, o debate sobre a legitimidade da regulação vai além da mera afirmação abstrata da democracia como valor universal, bem como da previsão formal de mecanismos de participação; é de fundamental importância apurar, de forma concreta, se na prática institucional há fatores que impossibilitam que a participação seja efetiva, ou seja, que os argumentos, posições e contribuições sejam, de fato, levados em consideração na tomada de decisão. A mera prática de consultas públicas sem a institucionalização de

um debate aprofundado sobre as contribuições apresentadas, bem como a realização de audiências públicas de forma reativa, ou seja, como resposta a uma crise já instaurada e não como fórum de debate democrático, faz com que a participação seja o que Arnstein denomina de “*window-dressing ritual*”, ou seja, um ritual decorativo ou de fachada. A solução para a crise de legitimidade da agência passa pela discussão de como adotar mecanismos que aprofundem a prática democrática na agência e façam com que todos os grupos de interesse sejam interlocutores relevantes nos debates sobre as questões regulatórias fundamentais do setor.

5 – Agendas futuras de pesquisa

Por fim, a pesquisa empírica realizada suscita pelo menos duas frentes de pesquisa que podem ser realizadas no futuro. Conforme mencionado nas considerações metodológicas da pesquisa, a opção foi por concentrar a análise da participação social mediante o contraste e conflito de agendas de dois grupos de interesse específicos, a saber, a Operadoras de Planos de Saúde e os Consumidores. Todavia, conforme destacado no capítulo 3, a Cadeia da Saúde Suplementar é complexa e composta outros grupos de interesse relevantes, entre eles os Prestadores de Serviço da Área da Saúde (hospitais, médicos, laboratórios, etc.).

Especialmente durante a elaboração da pesquisa quantitativa do capítulo 5, foi identificada uma participação intensa dos prestadores em temas específicos que foram regulamentados pela ANS, notadamente sobre a contratualização entre Prestadores e OPS, modelos de remuneração, critérios para credenciamento e descredenciamento de prestadores e padronização das informações em saúde suplementar. Nesse sentido, da mesma forma que a presente pesquisa contrapôs OPS e Consumidores, há uma agenda fértil de pesquisa para analisar, sob o prisma da participação social, a contraposição de agendas entre Operadoras e Prestadores de Serviço.

Outra agenda de pesquisa que deriva da presente tese é a avaliação, sob perspectiva comparada, da aplicação dos instrumentos de engajamento e aprofundamento de práticas democráticas na ANS. Na presente tese, o objetivo foi identificar a desigualdade existente entre a participação de OPS e Consumidores, bem como identificar os problemas e os bloqueios existentes para a participação dos órgãos e entidades de defesa do consumidor, bem como dos beneficiários. A pesquisa, ainda,

realizou algumas propostas para melhoria da prática democrática na ANS; todavia, a efetiva implementação dos instrumentos exige o desenvolvimento de nova pesquisa empírica.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. 5. ed. rev. e ampl. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ACKERMAN, Bruce. The New Separation of Powers. **Harvard Law Review**, v. 113, n. 3, p. 633-725, jan. 2000.
- AITH, Fernando Mussa Abujamra; BUJDOSO, Yasmin; NASCIMENTO, Paulo Roberto do; DALLARI, Sueli Gandolfi. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 15, n. 1, p. 10-39, mar./jun. 2014.
- AITH, Fernando Mussa Abujamra. Agências reguladoras de saúde e Poder Judiciário no Brasil: uma relação conflituosa e necessária para a garantia plena do direito à saúde. In: PRADO, Mariana Motta (org.). **O Judiciário e o Estado regulador brasileiro**. São Paulo: FGV Direito SP, 2016, p. 209-224.
- AITH, Fernando Mussa Abujamra. Direito à saúde e Democracia Sanitária: experiências brasileiras. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 85-90, nov. 2014/fev. 2015.
- AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Direito à saúde e Democracia Sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017.
- AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário**: v. 1. Orientadora: Sueli Gandolfi Dallari. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-23102006-144712/pt-br.php>. Acesso em: 21 maio 2017.
- ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. Tradução Virgílio Afonso da Silva. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2017.
- ALMEIDA, Célia. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. **Texto para discussão**, n. 599. Brasília: Ipea, 1998. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0599.pdf. Acesso em: 24 jun. 2020.
- ALONSO, Yolanda. The Biopsychomodel in Medical Research. **Patient Education and Counseling**, v. 53, n. 2, p. 239-244, 2004.
- ANDERSON, Elisabeth. What is the Point of Equality? **Ethics**, v. 109, n. 2, p. 287-337, jan. 1999.
- ARNSTEIN, Sherry R. A Ladder of Citizen Participation. **Journal of the American Institute of Planners**, v. 35, n. 4, p. 216-224, 1969. DOI: 10.1080/01944366908977225.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLANOS DE SAÚDE – ABRAMGE. **ABR 005/2012**. Contribuição apresentada pela Abramge à Câmara Técnica do Pool de Risco em 17 de fevereiro de 2012. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/pool_de_risco/2a_reuniao/20120215_2a_reuniao_ct_pool_de_risco_contribuicao_abramge.pdf. Acesso em: 03 abr. 2021.

AUDARD, Catherine. John Rawls. Trowbridge: Cromwell Press, 2007.

AZEVEDO, Paulo Furquim; FÁGA DE ALMEIDA, Silvia; ITO, Noboiuki Costa; MORON, Caroline Raiz; INHAZ, Wiliam; ROUSSET, Fernanda. A cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. **White Paper**, n. 1. São Paulo: Insper, maio 2016. Disponível em: <https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2018/09/estudo-cadeia-de-saude-suplementar-Brasil.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2020.

BAHIA, Lígia. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1.385-1.397, out. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/02.pdf>. Acesso em: 06 set. 2020.

BAHIA, Lígia. **Mudanças e padrões das relações público-privado**: seguros e planos de saúde no Brasil. Orientadora: Maria Lúcia T. Werneck Vianna. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BAHIA, Lígia. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 09-30, maio-ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n2/03.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2020.

BAHIA, Lígia; SCHEFFER, Mário. **Planos e seguros de saúde**: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: Unesp, 2010.

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

BALDWIN, Robert; CAVE, Martin; LODGE, Martin. **Understanding Regulation**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2012.

BARRY, Brian. **Justice as Impartiality**. Oxford: Claredon Press, 1995.

BENTHAM, Jeremy. **An Introduction to the Principles of Morals and Legislation**. Kitchner: Batoche Books, 2000.

BLACK, Julia. Critical Reflection on Regulation. **Australian Journal of Legal Philosophy**, v. 27, 2002. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/265568938_Critical_Reflection_on_Regulation. Acesso em: 23 mar. 2020.

BLACK, Julia. Proceduralizing Regulation: Part I. **Oxford Journal of Legal Studies**, v. 20, n. 4, p. 597-614, 2000.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**: uma defesa das regras do jogo. 6. ed. Tradução Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

BOBBIO, Norberto. **O positivismo jurídico**: lições de filosofia do direito. São Paulo: Ícone, 2006.

BOORSE, Christopher. On the Distinction Between Disease and Illness. **Philosophy & Public Affairs**, v. 5, n. 1, p. 49-68, 1975.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Administrativa – RA n. 49, de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre o processo administrativo normativo no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjE0Nw==>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa – RN n. 94, de 23 de março de 2005**. Dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=OTE5>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa – RN n. 137, de 14 de novembro de 2006**. Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTEwNw==>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa – RN n. 195, de 14 de julho de 2009**. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa – RN n. 196, de 14 de julho de 2009**. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OQ==>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa – RN n. 279, de 24 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, e revoga as Resoluções do CONSU n.s 20 e 21, de 7 de abril de 1999. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTg5OA==>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa – RN n. 305, de 09 de outubro de 2012**. Esta Resolução estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar – Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde; revoga a Resolução Normativa – RN n. 153, de 28 de maio de 2007 e os artigos 6º e 9º da RN n. 190, de 30 de abril de 2009. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjI2OA==>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa – RN n. 309, de 24 de outubro de 2012**. Dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjI4Mg==>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa – RN n. 368, de 06 de janeiro de 2015**. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa – RN n. 405, de 09 de maio de 2016**. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga a Resolução Normativa – RN n. 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN n. 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN n. 275, de 1º de novembro de 2011, a RN n. 321, de 21 de março de 2013, a RN n. 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa – IN n. 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzI0OA==>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa – RN n. 428, de 07 de novembro de 2017**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN n. 387, de 28 de outubro de 2015, e RN n. 407, de 3 de junho de 2016. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&forma=t=raw&id=MzUwMg==>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa – RN n. 433, de 27 de junho de 2018**. Dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; altera a RN n. 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea “a” do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar – CONSU n. 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respectivas alíneas do art. 22, da RN n. 428, de 7 de novembro de 2017, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzU5NA==>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa – RN n. 434, de 03 de setembro de 2018**. Revoga a Resolução Normativa – RN n. 433, de 27 de junho de 2018, que dispõe sobre os mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; altera a RN n. 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea “a” do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar – CONSU n. 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respectivas alíneas do art. 22, da RN n. 428, de 7 de novembro de 2017, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzYxMg==>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa – RN n. 440, de 13 de dezembro de 2018**. Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2MQ==>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa – RN n. 441, de 19 de dezembro de 2018**. Estabelece critérios para cálculo do reajuste máximo das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2Mg==>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa – RN n. 453, de 12 de março de 2020**. Altera a Resolução Normativa – RN n. 428, de 07 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes diagnósticos para infecção pelo Coronavírus. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzg2MQ==>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa – RN n. 457, de 28 de maio de 2020**. Altera a Resolução Normativa – RN n. 428, de 07 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes diagnósticos para a infecção pelo Coronavírus (COVID-19). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzkwOQ==>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Regimental n. 01, de 17 de março de 2017**. Institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzM5MA==>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 1.542, de 03 de junho de 2020**. Altera a Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, para vedar reajustes de preços de medicamentos e de contraprestações pecuniárias de planos privados de assistência à saúde pelos prazos que especifica. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node01nb39dd2rzp6g1h17kqvbfngdl13638605.node0?codteor=1901649&filename=PL+1542/2020. Brasília: Câmara dos Deputados, 2020.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998.** Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional (EC) n. 32, de 11 de setembro de 2001.** Altera dispositivos dos arts. 48, 57, 61, 62, 64, 66, 84, 88 e 246 da Constituição Federal, e dá outras providências. Brasília, 2001, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc32.htm. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. **Lei n. 13.848, de 25 de junho de 2019.** Dispõe sobre a gestão, a organização, o processo decisório e o controle social das agências reguladoras, altera a Lei n. 9.427, de 26 de dezembro de 1996, a Lei n. 9.472, de 16 de julho de 1997, a Lei n. 9.478, de 6 de agosto de 1997, a Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, a Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a Lei n. 9.984, de 17 de julho de 2000, a Lei n. 9.986, de 18 de julho de 2000, a Lei n. 10.233, de 5 de junho de 2001, a Medida Provisória n. 2.228-1, de 6 de setembro de 2001, a Lei n. 11.182, de 27 de setembro de 2005, e a Lei n. 10.180, de 6 de fevereiro de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13848.htm. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. **Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. In: SENADO FEDERAL. Código de Defesa do Consumidor e normas correlatas. 2. ed. Brasília: Senado Federal, 2017.

BRASIL. **Lei n. 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. Brasília: Diário Oficial da União de 20/09/1990, p. 18055, col. 1. 1990^a. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União de 31/12/1990, p. p. 25694, col. 1. 1990^b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. **Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, em 04.06.1998. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1998/lei-9656-3-junho-1998-353439-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. **Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999.** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União – Seção 1 – 27/1/1999, Página 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19782.htm. Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. **Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1.ª Edição Extra em 29/1/2000, Página 5. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-9961-28-janeiro-2000-369733-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.** Câmara da Reforma do Estado. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2021. Brasília: Presidência da República, 1995.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Construindo o Estado republicano:** democracia e reforma da gestão pública. 1. ed. São Paulo: FGV, 2009.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Estado e subdesenvolvimento industrializado:** esboço de uma economia política periférica. Brasília: Brasiliense, 1977.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição.** 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Estudos sobre Direitos Fundamentais.** 1. ed. brasileira. 2. ed. portuguesa. Coimbra: Coimbra, 2008.

CARRIGAN, Christopher; COGLIANESE, Cary. **Capturing Regulatory Reality:** Stigler's "The Theory of Economic Regulation". Penn Law: Faculty Scholarship. Paper n. 1.650, p. 01-13, 2016. Disponível em: https://scholarship.law.upenn.edu/faculty_scholarship/1650.

CARVALHO, Eurípedes Balsanuf; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2.167-2.177, set. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/17.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2021.

CHANG, Ja-Hoon. The Economics and Politics of Regulation. **Cambridge Journal of Economics**, v. 21, n. 6, p. 703-728, 1997.

CHEVALLIER, Jacques. Vers un droit post-moderne? Les transformations de la régulation juridique. **Revue du Droit e de la Science politique.** Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, n. 3, p. 659-714, 1998. Disponível em: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01728684/document>. Acesso em: 19 jan. 2020.

COHEN, Joshua. For a Democratic Society. In: FREEMAN, Samuel (ed.). **The Cambridge Companion to Rawls**. New York: Cambridge University Press, 2003, p. 86-138.

COHEN, Joshua; ROGERS, Joel. Power and Reason. In: FUNG, Archon; WRIGHT, Erik Olin (ed.). **Deepening Democracy: Institutional Innovations in Empowered Participatory Governance**. London: Versobooks, 2003, p. 237-255.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Saúde Suplementar**: coleção para entender a Gestão do SUS. Vol. 12. Brasília, 2011. Disponível em <http://www.conass.org.br/biblioteca/saude-suplementar>. Acesso em: 21 maio 2020.

COUTINHO, Diogo Rosenthal. **Direito e economia política na regulação de serviços públicos**. São Paulo: Saraiva, 2014.

DANIELS, Norman. Democratic Equality: Rawls's Complex Egalitarianism. In: FREEMAN, Samuel (ed.). **The Cambridge Companion to Rawls**. New York: Cambridge University Press, 2003, p. 241-276.

DANIELS, Norman. Health Care Needs and Distributive Justice. **Philosophy & Public Affairs**, v. 10, n. 2, p. 146-179, primavera 1981. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2264976>. Acesso em: 28 set. 2015.

DANIELS, Norman. **Just Health: Meeting Health Needs Fairly**. New York: Cambridge University Press, 2008.

DANIELS, Norman; SABIN, James E. **Setting Limits Fairly: Can We Learn to Share Medical Resource?** Oxford: Oxford University Press, 2002.

DIAS FILHO, Pedro Paulo de Salles. **Neocorporativismo e saúde suplementar: as bases sociais da privatização da saúde no Brasil**. Orientador: Nilson do Rosário Costa. Tese (Doutorado em Saúde Pública e Meio Ambiente) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2016.

DINIZ, Eli. Empresariado e estratégias de desenvolvimento. **Lua Nova**, n. 55-56, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n55-56/a11n5556.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2020.

DOURADO, Daniel de Araújo; DALLARI, Sueli Gandolfi; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização no Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 12, n. 3, p. 10-34. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v.12>.

DWORKIN, Ronald. Is Wealth a Value? **The Journal of Legal Studies**, v. 9, n. 2, p. 191-226, mar. 1980.

DWORKIN, Ronald. **Justice for Hedgehogs**. Cambridge; London: The Belknap of Harvard University Press, 2011.

DWORKIN, Ronald. **Justice in Robes**. Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press, 2006.

DWORKIN, Ronald. Justice in the Distribution of Health Care. **McGill Law Journal**, v. 38, 1993, p. 883-898.

DWORKIN, Ronald. **Law's Empire**. Harvard: Belknap Press of Harvard University Press, 1986.

DWORKIN, Ronald. **Sovereign Virtue: The Theory and Practice of Equality**. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2000.

DWORKIN, Ronald. **Taking Rights Seriously**. Harvard: Belknap Press of Harvard University Press, 1977.

ENGELHARDT JR., Hugo Tristram. **Rights to Health Care**. Disponível em <http://www.pucrs.br/bioetica/cont/joao/tristram.pdf>. Acesso em: 14 set. 2015.

ENGELHARDT JR., Hugo Tristram. **The Foundations of Bioethics**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 1986.

FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – FENASAÚDE. **Ofício DISAU n. 02/2012**. Contribuição apresentada pela FenaSaúde à Câmara Técnica do Pool de Risco em 16 de janeiro de 2012. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/pool_de_risco/2a_reuniao/20120215_2a_reuniao_ct_pool_de_risco_contribuicao_fenasaude.pdf. Acesso em: 03 abr. 2021.

FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – FENASAÚDE. **Uma nova saúde suplementar para mais brasileiros**. Outubro de 2019. Disponível em <https://fenasaude.org.br/publicacoes/uma-nova-saude-suplementar-para-mais-brasileiros.html>. Acesso em: 23 ago. 2020. Rio de Janeiro: FENASAÚDE, 2019.

FERRAZ JR, Tércio Sampaio. **Introdução ao Estudo do Direito: técnica, decisão, dominação**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados: Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223-251, mar. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/dados/v52n1/v52n1a07.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2020.

FREEMAN, Samuel. Introduction: John Rawls: An Overview. In: FREEMAN, Samuel (ed.). **The Cambridge Companion to Rawls**. New York: Cambridge University Press, 2003, p. 1-61.

FUNG, Archon. Democratizing the Policy Process. In. MORAN, Michael; REIN, Martin; GOODIN, Robert E. (ed.). **The Oxford Handbook of Public Policy**. Oxford: Oxford University Press, 2006, p. 669-688.

FUNG, Archon; WRIGHT, Erick Olin. Countervailing Power in Empowered Participatory Governance. In: FUNG, Archon; WRIGHT, Erik Olin (ed.). **Deepening Democracy: Institutional Innovations in Empowered Participatory Governance**. London: Versobooks, 2003b, p. 259-289.

FUNG, Archon; WRIGHT, Erick Olin. Thinking about Empowered Participatory Governance. In: FUNG, Archon; WRIGHT, Erik Olin (ed.). **Deepening Democracy: Institutional Innovations in Empowered Participatory Governance**. London: Versobooks, 2003a, p. 03-43.

GASPARI, Élio. Planos de Saúde voltam a atacar. **Folha de São Paulo**, 14 jul. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/eliogaspari/2019/07/os-planos-de-saude-voltam-a-atacar.shtml>. Acesso em: 03 abr. 2021.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE PLANOS DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – GEPS/FMUSP. **Planos de Saúde “Falsos Coletivos”**: crescimento do mercado e reajuste de preços (2014-2020). Janeiro de 2021. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/planos-de-saude-falsos-coletivos-crescimento-do-mercado-e-reajuste-de-precos-2014-2020>. Acesso em: 26 mar. 2021.

GUTMANN, Amy; THOMPSON, Dennis. **Why Deliberative Democracy**. New Jersey: Princeton University Press, 2004.

HART, Herbert L. A. O Conceito de Direito. 4. ed. Tradução A. Ribeiro Mendes. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005.

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA – INSPER. **Judicialização da Saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. 2019. Disponível em: <http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/07/JUDICIALIZAC%CC%A7A%CC%83O-DA-SAU%CC%81DE-NO-BRASIL.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2020.

ITO, Vivian. Regulação rígida inviabiliza a venda dos planos individuais. **Associação Brasileira de Planos de Saúde – Abramge**, 03 set. 2015. Disponível em: <http://abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/component/content/article?id=625:regulacao-rigida-inviabiliza-a-venda-dos-planos-individuais>. Acesso em: 25 ago. 2020.

KELSEN, Hans. **Teoria Pura do Direito**. Tradução João Baptista Machado. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

KIIL, Astrid. What Characterizes the Privately Insured in Universal Health Care Systems? A Review of the Empirical Evidence. **Health Policy**. Elsevier, v. 106, n. 1, p. 60-75, 2012.

KOOP, Christel; LODGE, Martin. What is Regulation? An Interdisciplinary Concept Analysis. **Regulation and Governance**, v. 11, n. 1, p. 95-108, ago. 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/280915642_What_is_regulation_An_interdisciplinary_concept_analysis. Acesso em: 26 mar. 2021.

KYMLICKA, Will. **Filosofia política contemporânea**. Tradução Luis Carlos Borges. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

LEVI-FAUR, David. The Odyssey of the Regulatory State: From a “Thin” Monomorphic Concept to a “Thick” and Polymorphic Concept. **Law and Policy**, v. 35, n. 1-2, p. 29-50, jan./abr. 2013.

LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro de. **Informação e regulação da assistência suplementar à saúde**. Rio de Janeiro: E-Papers, 2005.

LOBEL, Orly. The Renew Deal: The Fall of Regulation and the Rise of Governance in Contemporary Legal Thought. **Minnesota Law Review**, n. 663, p. 342-470, 2004.

LODGE, Martin; STIRTON, Lindsay. Accountability in the Regulatory State. In: BALDWIN, Robert; CAVE, Martin; LODGE, Martin (ed.). **The Oxford Handbook of Regulation**. Oxford: Oxford University Press, 2010, p. 374-393.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática: anos 80. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.77-115, 1991.

MACEDO JR., Ronaldo Porto. **Do xadrez à cortesia: Dworkin e a Teoria do Direito contemporânea**. São Paulo: Saraiva, 2013.

MACHADO, Juliana Pires; MARTINS, Mônica; LEITE, Iuri da Costa. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 39-50, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00039.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

MACKAAY, Ejan. History of Law and Economics. **Encyclopedia of Law and Economics**, 1999. Disponível em: <https://reference.findlaw.com/lawandconomics/0200-history-of-law-and-economics.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2020.

MACKAAY, Ejan; ROUSSEAU, Stéphane. **Análise Econômica do Direito**. Tradução Rachel Sztajn. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

MAJONE, Giandomenico. Do Estado Positivo ao Estado Regulador: causas e consequências de mudanças no modo de governança. **Revista do Serviço Público**, v. 50, n. 1, p. 05-36, 1999.

MARMOR, Andrei. How Law is Like Chess. **USC Law Legal Studies Paper**, n. 6-7, abr. 2006. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=897313. Acesso em: 07 jun. 2020.

MARQUES NETO, Floriano de Azevedo. Finalidades e fundamentos da moderna regulação econômica. **Fórum Administrativo: Direito Público**. Belo Horizonte, v. 9, n. 100, p. 85-93, jun. 2009.

MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor**: o novo regime das relações contratuais. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

MARTINS, Samir José Caetano. **Unimilitância** médica: a posição do Superior Tribunal de Justiça à luz da regulação e da concorrência. Orientadora: Christine de Souza Veviani. Monografia (MBA Executivo em Direito Público) – Fundação Getulio Vargas, Rio de Janeiro, 2015.

MARTINUSSEN, Pal E.; MAGNUSSEN, Jon. Is Having Private Health Insurance Associated with Less Support for Public Healthcare? Evidence from the Norwegian NHS. **Health Policy**, v. 123, n. 7, p. 675-680, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851019301101?via%3Dihub>. Acesso em: 05 jun. 2020.

MASCARENHAS, Neil Patrick. **Análise de um processo em construção**: regulação da saúde suplementar no Brasil. Orientadora: Ana Luiza d'Avila Viana. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MATTOS, Paulo Todescan Lessa. A formação do Estado Regulador. **Novos Estudos**. São Paulo: CEBRAP, n. 76, p. 139-156, nov. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/nec/n76/07.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.

MATTOS, Paulo Todescan Lessa. **O novo Estado Regulador no Brasil**: eficiência e legitimidade. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2017.

MATTOS, Paulo Todescan Lessa. Regulação econômica e social e participação pública no Brasil. CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 9. Madrid, 2-5 nov. 2004. Disponível em https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/participacao/mattos_regulacao%20economica%20.pdf. Acesso em: 04 jul. 2020.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e Privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. [online]

MILL, John Stuart. **Utilitarismo**. Tradução Pedro Galvão. Porto: Porto, 2005.

NIÑO, Carlos Santiado. **Introdução à análise do Direito**. Tradução Elza Maria Gasparotto. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

NOZICK, Robert. **Anarquia, Estado e utopia**. Tradução Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

NUNES, Edson. **A Gramática Política do Brasil**: Clientelismo e Insulamento Burocrático. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 1997.

OBSERVATÓRIO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR. DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – FMUSP. **Ações Judiciais contra Planos de Saúde no Estado de São Paulo. Pesquisa:** Planos e Seguros de Saúde no Brasil: judicialização, regulamentação, incorporação de tecnologias e interfaces entre o Público e o Privado. 26 jun. 2019. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/publicacoes>. Acesso em: 26 mar. 2021.

OCKE-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. [online].

OCKE-REIS, Carlos Octávio. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2.035-2.042, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2035.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2018.

OCKE-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? **Revista de Economia Contemporânea**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 157-185, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rec/v10n1/07.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2019.

OGUS, Anthony. **Regulation: Legal Form and Economic Theory**. Oxford: Hart Publishing, 2004.

OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende. Governança regulatória e o desenho institucional das agências reguladoras brasileiras. **Revista Colunistas de Direito do Estado**, n. 165, 2016. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/colunistas/rafael-carvalho-rezende-oliveira/governanca-regulatoria-e-o-desenho-institucional-das-agencias-reguladoras-brasileiras->. Acesso em 08.02.2021.

OLSON, Mancur. **A lógica da ação coletiva**. Tradução Fábio Fernandez. São Paulo: Edusp, 2015.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. **OECD Health Statistics 2019: Definitions, Sources and Methods**. Disponível em: <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=e11b92da-6cc5-4cea-afe9-1d4cce02e5a4>. Acesso em: 12 abr. 2020.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. **Proposal for a taxonomy of health insurance**. The OECD Health Projects, 2004a. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-systems/31916207.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2021.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. **Private Health Insurance in OECD Countries**. The OECD Health Project [online]. 2004b.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. **Recomendação do Conselho sobre Política Regulatória e Governança**. Março de 2012. Disponível em <https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/Recommendation%20PR%20with%20cover.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. **Towards High-Performance Health Systems**. The OECD Health Project [online]. 2004c.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. [online].

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. [online]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ndgv>. Acesso em: 08 mar. 2020.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, 09 maio 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf. Acesso em: 11 mar. 2020.

PAIVA, Fernando Santana de; VAN STRALEN, Cornelis Johannes; COSTA, Pedro Henrique Antunes da. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 02, 2014, p. 487-498. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.10542012>. Acesso em: 25 ago. 2021.

PATULLO, Marcos Paulo Falcone. **A igualdade no pensamento de Ronald Dworkin**. Dissertação (Mestrado em Direito Político e Econômico) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2009. Disponível em <http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp125204.pdf>. Acesso em: 18 maio 2019.

PATULLO, Marcos Paulo Falcone. A inefetividade das medidas da ANS para o combate à COVID-19. In: AITH, Fernando Mussa Abujamra; SOARES, Julino; MARTINS, Débora (org.). **Boletim de Direito Sanitário: caminhos para a efetivação do direito humano à saúde**. São Paulo: CEPEDISA, NAP-DISA/USP, 2020, p. 06-09.

PATULLO, Marcos Paulo Falcone; ALONSO, Thais Kechichian. A polêmica sobre o Rol da ANS no STJ. **Valor Econômico**, 04 dez. 2020. Disponível em: <https://valor.globo.com/legislacao/noticia/2020/12/04/polemica-sobre-o-rol-da-ans-no-stj.gh.html>. Acesso em 13 jan. 2021.

PATULLO, Marcos Paulo Falcone; SILVA, Renata Vilhena. O problema do reajuste por sinistralidade nos planos de saúde empresariais. **Revista de Direito do Consumidor**, v. 91, p. 211-251, jan./fev. 2014.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

PÓ, Marcos Vinicius. **A *accountability* no modelo regulatório brasileiro: gênese e indefinições (os casos da Anatel e ANS)**. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2004.

PÓ, Marcos Vinicius. As dimensões dos consumidores na regulação e o posicionamento das agências reguladoras. In: PROENÇA, Jadir Dias; PRADO, Carlos Eduardo Resende (org.). **Melhoria da regulação no Brasil: o papel da participação e do controle social**. Brasília: Presidência da República, 2011, p. 13-33.

PÓ, Marcos Vinicius. **O jogo regulatório brasileiro: a estabilidade contratual para além da autonomia das agências**. Orientador: Fernando Luiz Abrucio. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2009.

PÓ, Marcos Vinicius; ABRUCIO, Fernando Luiz. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e *accountability* das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 679-698, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n4/31601.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

POGGE, Thomas W. **Realizing Rawls**. New York: Cornell University Press, 1989.

POSNER, Richard A. **Economic Analysis of Law**. 9. ed. New York: Wolters Kluwer Law & Business, 2014.

POSNER, Richard A. **Problemas de Filosofia do Direito**. Tradução Jefferson Luiz Camargo. Revisão técnica e da tradução Mariana Mota Prado. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

POSNER, Richard A. Theories of Economic Regulation. **The Bell Journal of Economics and Management Science**, v. 5, n. 2, p. 335-358, 1974.

PROSSER, Tony. Regulation and Social Solidarity. **Journal of Law and Society**, v. 33, n. 3, p. 364-387, set. 2006.

RAWLS, John. **A justiça como equidade: uma reformulação**. Tradução Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

RAWLS, John. **A Theory of Justice**. Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press, 1999. [Revised Edition].

RAWLS, John. **Justiça e Democracia**. Seleção, apresentação e glossário Catherine Audard. Tradução Irene A. Paternot. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

RAWLS, John. **O liberalismo político**. Tradução Álvaro de Vita. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. Tradução Jussara Simões. Prefácio e revisão da tradução Álvaro de Vita. São Paulo: Martins Fontes, 2016.

REINO UNIDO. **National Institute for Health and Care Excellence**. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/Who-we-are/NICE-framework-agreement.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2018.

RID, Annette. How Does “Accountability for Reasonableness” Result in a Fair Limit-Setting Decisions? **Journal of Medical Ethics**, v. 35, n. 1, p. 12-16, jan. 2009. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/27720245>. Acesso em: 13 abr. 2019.

ROBBA, Rafael. **Judicialização dos planos e seguros de saúde coletivos no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo**. Orientador: Mário Cesar Scheffer. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (org.). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003, p. 28-49.

ROWE, Gene; FREWER, Lynn J. A Typology of Public Engagement Mechanisms. **Science, Technology, & Human Values**, v. 30, n. 2, p. 251-290, primavera 2005.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1.463-1.475, out. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/12.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.

SANTOS, Isabela Soares. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura suplicada**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2.303-2.314, jul. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n7/1413-8123-csc-23-07-2303.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang. Direitos Sociais como Direitos Fundamentais. In. LEITE, George Salomão; SARLET, Ingo Wolfgang (coord.). **Direitos fundamentais e Estado constitucional: estudos em homenagem a J. J. Gomes Canotilho**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009, p. 2013 a 253.

SCHAPIRO, Mário G. Do Estado desenvolvimentista ao Estado regulador? Transformação, resiliência e coexistência entre dois modos de intervenção. **Revista Estudos Institucionais**, v. 4, n. 2, p. 572-614, 2018.

SCHAPIRO, Mário G. **Legality. Massachusetts**: The Belknap Press of Harvard University Press, 2011.

SCHEFFER, Mario Cesar; AITH, Fernando Mussa Abujamra. O Sistema de Saúde Brasileiro. In: MARTINS, Milton de Arruda; CARRILO, Falir José; ALVES, Venâncio Avancini Ferreira; CASTILHO, Euclides Ayres de; CERRI, Giovanni Guido (org.). **Clínica médica**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2016, v. 1, p. 355-365.

SCHEFFER, Mario Cesar; BAHIA, Lígia. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 96-103, mar. 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/11.pdf>. Acesso em 22 ago. 2020.

SCHEFFER, Mário César; BAHIA, Lígia; LAZZARINI, Marilena. Novo golpe dos planos de saúde: querem cobrar e não atender: análise preliminar da proposta de nova lei elaborada pelas empresas de planos de saúde. **GEPS – Grupo de Estudos Sobre Planos de Saúde**, jul. 2019. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/publicacoes>. Acesso em: 03 abr. 2021.

SCHEFFER, Mário César; PASTOR-VALERO, Maria; RUSSO, Giuliano; HERNÁNDEZ-AGUADO, Idelfonso. Revolving Doors and Conflicts of Interest in Health Regulatory Agencies in Brazil. **BMJ Global Health**, v. 5, n. 4, 2020. Disponível em: <https://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/36967>. Acesso em: 04 jun. 2021.

SCHNEIDER, Bem Ross. O Estado desenvolvimentista no Brasil: perspectivas históricas comparadas. **Texto para Discussão**. Rio de Janeiro: Instituto de Economia Aplicada (IPEA), n. 1.871, set. 2013. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1871.pdf. Acesso em: 13 jan. 2020.

SCHUMPETER, Joseph A. **Capitalismo, socialismo e democracia**. Tradução Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

SEN, Amartya. Democracy as a Universal Value. **Journal of Democracy**, v. 10, n. 3, p. 03-17, 1999. Disponível em: https://www.unicef.org/socialpolicy/files/Democracy_as_a_Universal_Value.pdf. Acesso em: 01 abr. 2020.

SESTELO, José Antônio de Freitas. **Planos e seguros de saúde do Brasil de 2000 a 2015 e a dominância financeira**. Orientadora Lígia Bahia. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

SESTELO, José Antônio de Freitas; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia. Saúde Suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 851-866, maio 2013, Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/04.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2020.

SHAPIRO, Ian. Components of the Democratic Ideal. In BRETON, Albert *et al.* **Understanding Democracy**. London: Cambridge University Press, 1997.

SHAPIRO, Scott J. The “Hart-Dworkin” Debate: A Short Guide for the Perplexed. **The Social Science Research Network Paper Collection**. Michigan Law School, Working Paper, n. 77, mar. 2007.

SILVEIRA, Marcos Paulo de Lucca. **Justiça distributiva e saúde**: uma abordagem igualitária. Orientador Álvaro de Vita. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Departamento de Ciência Política, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

STIGLER, George J. The Theory of Economic Regulation. **Bell Journal of Economics and Management Science**, v. 2, n. 1, p. 03-21, 1971.

SUNDFELD, Carlos Ari. O Direito Público e regulação no Brasil. In: GUERRA, Sérgio (org.). **Regulação no Brasil**: uma visão interdisciplinar. Rio de Janeiro: FGV, 2014, p. 111-142.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA – STJ. Quarta Turma. **Resp n. 1.733.013/PR**. Relator Min. Luis Felipe Salomão. Data do Julgamento: 10 dez. 2019. Brasília: STJ, 2019.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA – STJ. **Repetitivos e IACs**. Disponível em http://www.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?&l=10&i=1&tt=T. Acesso em: 07 jul. 2020.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA – STJ. Segunda Seção. **Resp. n. 1.818.487/SP**. Relator Min. Antonio Carlos Ferreira. Data do Julgamento: 09.12.2020. Brasília: STJ, 2020b.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA – STJ. Terceira Turma. **Resp n. 1.829.583/SP**. Relator Min. Paulo de Tarso Sanseverino. Data do Julgamento: 07 fev. 2020. Brasília: STJ, 2020a.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA – STJ. Terceira Turma. **Resp n. 668.216/SP**. Relator Min. Carlos Alberto Menezes Direito. Dje: 15 mar. 2007. Brasília: STJ, 2007.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL – STF. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 532/DF**. Relator: Min. Celso de Mello. 14.07.2018. Brasília: STF, 2018.

TRETTEL, Daniela Batalha. **Planos de saúde e envelhecimento populacional: um modelo viável?** Orientadora Elza Antônia Pereira Cunha Boiteux. Tese (Doutorado em Direitos Humanos) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, 2015.

TRETTEL, Daniela Batalha; LEÃO, Lidiane Nascimento. Teoria e prática da participação na Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 91-121, nov. 2014/fev. 2015.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO – TCU. Relatório de Auditoria Operacional. TC 021.852/2014-6. Plenário do TCU. Acórdão 679/2018. Assunto: Reajuste de Planos de Saúde Individuais e Coletivos. Relator Min. Benjamin Zymler. Data do Julgamento: 28.03.2018. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/2185220146.PROC/%2520DTRELEVANCIA%2520desc%2520C%2520NU%2520MACORDAOINT%2520desc/1/%2520>. Acesso em: 27 mar. 2021. Brasília: TCU, 2018.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO – TJ/SP. **Incidentes de Resolução de Demandas Repetitivas: Incabíveis, Inadmitidos e Pendentes.** Disponível em: <http://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Nugep/Ird/IrdInadmitidos.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2020.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO – TJ/SP. **Súmulas do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.** DGJUD – Diretoria de Gestão do Conhecimento Judiciário Serviço de Gestão de Legislação. Disponível em: <http://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Biblioteca/Biblioteca/Legislacao/SumulasTJSP.pdf?d=1594146368256>. Acesso 07 jul. 2020. São Paulo: TJ/SP, 2020.

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 02.^a REGIÃO – TRF2. **Ação Civil Pública n. 0136265-83.2013.4.02.5101.** Relatora: Des. Vera Lúcia Lima. Data do Julgamento: 23 de novembro de 2016. Rio de Janeiro: TRF2, 2016.

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 03.^a REGIÃO – TRF3. **Apelação Cível na Ação Civil Pública n. 0006666-60.2002.4.03.6100/SP.** Relator Des. Marcelo Saraiva. Julgamento: 21 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/acordao0.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2020. São Paulo: TRF3, 2019.

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 05.^a REGIÃO – TRF5. 2.^a Turma. **Agravo de Instrumento n. 0807857-87.2020.4.05.0000.** Desembargador Relator Leonardo Carvalho. Disponível em: <http://conhecimento.tjrj.jus.br/documents/5736540/7351591/0807857-87.2020.4.05.0000.pdf>. Pernambuco: TRF5, 2020.

UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO. **Contribuições e Questionamentos apresentados pela Unimed-Rio à Câmara Técnica do Pool de Risco em 17 de janeiro de 2012.** Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/pool_de_risco/2a_reuniao/20120215_2a_reuniao_ct_pool_de_risco_contribuicao_unimed_rio.pdf. Acesso em: 03 abr. 2021.

UNITED NATIONS – UN. **CESCR General Comment n. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health.** Adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). August, 2000. Disponível em: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2021.

VAN PARIJS, Phillipe. Difference Principles. In: FREEMAN, Samuel (ed.). **The Cambridge Companion to Rawls.** New York: Cambridge University Press, 2003, p. 200-240.

VEIGA DA ROCHA, Jean-Paul. Quem tem medo da delegação legislativa? **Revista de Direito Administrativo: RDA**, Rio de Janeiro, v. 271, p. 193-221, jan./abr. 2016. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/60765>. Acesso em 17.03.2020.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck, CAVALCANTI, Maria de Lourdes; CABRAL, Marta de Pina. Participação em saúde: do que estamos falando? **Sociologias**. [online]., n. 21, p. 218-251. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222009000100010>.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva no Brasil. In: LIMA, Nisia Trindade; SANTANA, José Paranguá; PAIVA, Carlos Henrique (org.). **Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015, p. 24-47. [online].

VILARINHO, Paulo Ferreira. A percepção da captura política da saúde suplementar no Brasil. **Cadernos EBAPE.BR**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 694-709, dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cebape/v8n4/09.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

VITA, Álvaro de. **A justiça igualitária e seus críticos.** São Paulo: Martins Fontes, 2007.

VITA, Álvaro de. Democrática e tolerância liberal. **Novos Estudos CEBRAP**, n. 84, p. 61-81, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/nec/n84/n84a05.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.

VITA, Álvaro de. **O liberalismo igualitário: sociedade democrática e justiça internacional.** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

VITA, Álvaro de. Prefácio. In. RAWLS, John. **Uma teoria da justiça.** Prefácio e revisão da tradução Álvaro de Vita. São Paulo: Martins Fontes, 2016.

VITA, Álvaro de. Uma concepção liberal-igualitária de justiça distributiva. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 39, p. 41-59, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/x3zVXn8mVktBBGgv43Z63qQ>. Acesso em: 07 jun. 2021.

WANG, Daniel Wei Liang. De *Wednesbury unreasonableness* a *accountability for reasonableness*: controle judicial e alocação de recursos em saúde na Inglaterra. **Revista Jurídica da Presidência**. Brasília, v. 20, n. 121, p.268-309, jun./set. 2018. Disponível em: <https://revistajuridica.presidencia.gov.br/index.php/saj/article/view/1816>. Acesso em: 18 maio 2019.

WANG, Daniel Wei Liang. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. **Revista Direito GV**. São Paulo, v. 4, n. 2, p. 539-568, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rdgv/v4n2/a09v4n2.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2020.

WILLIAMS, Iestyn; ROBINSON, Suzanne; DICKINSON, Helen. **Rationing in Health Care: Theory and Practice of Priority Setting**. Bristol: The Policy Press, 2012.

WINDHOLZ, Eric; HODGE, Graeme. Conceituando regulação social e econômica: implicações para agentes reguladores e para atividade regulatória atual. **Revista de Direito Administrativo**. Rio de Janeiro, v. 264, p. 13-56, set./dez. 2013

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Private Health Insurance: Implications for Developing Countries. **Discussion Paper**. Geneva, n. 3, 2004. Disponível em https://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_04_3-private_h_insurance.pdf. Acesso em: 12 abr. 2020.

XAVIER, Luis Gustavo. Maia: Câmara vai barrar aumento dos planos de saúde, se ANS não tomar providência. **Agência Câmara de Notícias**, 20 ago. 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/686077-maia-camara-vai-barrar-aumento-dos-planos-de-saude-se-ans-nao-tomar-providencia>. Acesso em: 06 jun. 2021

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução Cristhian Matheus Herreira. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZAMIR, Eyal; MEDINA, Barak. **Law, Economics and Morality**. New York: Oxford University Press, 2010.

APÊNDICE

Relação dos documentos da ANS utilizados para a construção do banco de dados da pesquisa quantitativa e para a elaboração dos estudos de caso (em ordem alfabética).

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **510.^a Reunião da Diretoria Colegiada da ANS. Tabela Comparativa Agenda Regulatória antes e depois da Consulta Pública n.º 74.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php?option=com_dicol&format=json&task=downloadArquivoAjax&fileName=anexo/69343___Tabela%20comparativa%20%20Agenda%20Regulat%C3%B3ria%20antes%20e%20depois%20da%20CP.pdf>. Rio de Janeiro: ANS, 2019y.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Atos Normativos da ANS: Aperfeiçoamento do Ambiente Regulatório.** Secretaria Geral da ANS (SEGER). Disponível em: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMDJmYTtk1NTAtNGNjNi00MDM1LWFhMTgtNjBjNGM2M2VmMTgyliwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>>. Rio de Janeiro: ANS, 2021a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 01.** Lista de Presença. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas/audiencias-publicas-realizadas/audiencia-publica-01>>. Rio de Janeiro: ANS, 2014a.

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Audiência Pública n.º 01.** Relatório da Audiência Pública (RAP) n.º 01. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap01/ap01-relatorio-audienciapublica.pdf>. Rio de Janeiro: ANS, 2014b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 02.** Lista de Presença Parte 1. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap02/lista_parte_1.pdf>. Rio de Janeiro: ANS, 2014c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 02.** Lista de Presença Parte 2. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap02/lista_parte_2.pdf>. Rio de Janeiro: ANS, 2014d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 02.** Relatório da Audiência Pública (RAP) n.º 02. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap02/aud_publ_02_relatorio.pdf>. Rio de Janeiro: ANS, 2014e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 03.** Lista de Presença 1. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap03/ap03_listadepresenca1.pdf>. Rio de Janeiro: ANS, 2015a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 03.** Lista de Presença2. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap03/ap03_listadepresenca2.pdf> . Rio de Janeiro: ANS, 2015b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 03.** Relatório da Audiência Pública (RAP) n.º 03. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap03/ap03_relatorio_audiencia.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 04.** Lista de Presença. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap04/ap04_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 04.** Relatório da Audiência Pública (RAP) n.º 04. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap04/ap04_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 05.** Lista de Presença. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap05/ap05_lista-de-presencas.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 05.** Relatório da Audiência Pública (RAP) n.º 05. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap05/ap05_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 06.** Lista de Presença1. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap06/ap06_lista_de_presenca_1.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 06.** Lista de Presença2. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap06/ap06_lista_de_presenca_2.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 06.** Relatório da Audiência Pública (RAP) n.º 06. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap06/ap06_relatorio_audiencia_publica_pm_003.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 07.** Lista de Presença. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap07/ap07_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017f.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 07.** Relatório da Audiência Pública (RAP) n.º 07. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap07/ap07_relatorio_da_audiencia.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017g.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 08.** Lista de Presença. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap08/ap08_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 08.** Relatório da Audiência Pública (RAP) n.º 08. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap08/ap08_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 09.** Lista de Presença. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap09/ap09_apresentacao_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 10.** Lista de Presença1. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap10/ap10_lista_de_presenca_25_07_18.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 10.** Lista de Presença2. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap10/ap10_lista_de_presenca_24_07_18.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 10.** Relatório da Audiência Pública (RAP) n.º 10. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap10/ap10_relatorio_reajuste_27set2018.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018f.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 11.** Lista de Presença. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap11/ap11_lista_1.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018g.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 11.** Relatório da Audiência Pública (RAP) n.º 11. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap11/ap11_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018h.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 12.** Lista de Presença. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap12/ap12_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018i.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 12.** Relatório da Audiência Pública (RAP) n.º 12. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap12/ap12_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018j.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 13.** Relatório da Audiência Pública (RAP) n.º 13. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap13/ap13_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018k.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 14.** Lista de Presença. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/comunicado/Audi%C3%Aancia_P%C3%BAblica_n14_/lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2019a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 14.** Relatório da Audiência Pública (RAP) n.º 14. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap14/ap14_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2019b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 15.** Lista de Presença. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap15/ap15_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2019c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 15.** Relatório da Audiência Pública (RAP) n.º 15. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap15/ap15-relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2019d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Audiência Pública n.º 16.** Apresentação da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) na Audiência Pública n.º 16. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap16/ap16-apresentacao-ggras.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2020a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 16.** Lista de Presença. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap16/lista_de_presenca_audiencia.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2020b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Audiência Pública n.º 16.** Relatório da Audiência Pública (RAP) n.º 16. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap16/Relatorio_1_GGRAS.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2020c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 01. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_01.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 1998a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 02. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_02.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 1998b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 03. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_03.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 1998c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 04. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_04.pdf. Rio de Janeiro: ANS, 1999a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 05. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_05.pdf. Rio de Janeiro: ANS, 1999b.

AGÊNCIA Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 06. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_06.pdf. Rio de Janeiro: ANS, 1999c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 07. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_07.pdf. Rio de Janeiro: ANS, 1999d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 08. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_08.pdf. Rio de Janeiro: ANS, 1999e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 09. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_09.pdf. Rio de Janeiro: ANS, 1999f.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 10. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_10.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2000a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 11. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_11.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2000b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 12. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_12.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2000c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 13. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_13.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2000d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 14. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_14.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2000e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 15. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_15.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2000f.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 16. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_16.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2001a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 17. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_17%20.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2001b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 18. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_18.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2001c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 19. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_19.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2001d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 20. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_20.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2001e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 21. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_21.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2001f.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 22. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_22.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2001g.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 23. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_23.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2001h.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 24. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_24.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2002a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 25. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_25.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2002b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 26. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_26.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2002c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 27. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_27.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2002d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 28. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_28.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2002e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 29. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Interecoes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_29.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2002f.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 30. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Interecoes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_30.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2002g.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 31. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Interecoes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_31.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2003a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 32. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Interecoes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_32.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2003b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 33. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Interecoes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_33.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2004a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 34. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Interecoes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_34.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2004b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 35. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Interecoes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_35.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2004c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 36. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Interecoes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_36.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2004d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 37. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Interecoes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_37.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2005a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 38. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_38.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2005b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 39. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_39.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2005c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 40. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_40.pdf . 2005d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 41. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_41.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2005e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 42. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_42.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2006a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 43. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_43.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2006b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 44. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_44.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2006c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 45. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_45.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2006d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 46. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_46.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2007a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 47. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_47.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2007b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 48. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_48.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2007c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 49. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_49.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2007d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 50. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_50.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2008a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 51. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_51.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2008b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 52. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_52.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2008c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 53. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_53.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2008d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 54. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_54.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2008e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 55. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_55.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2008f.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 56. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_56.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2009a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 57. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_57.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2009b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 58. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_58.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2009c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 59. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_59.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2009d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 60. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_60.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2009e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 61. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_60.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2009f.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 62. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_62.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 63. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_63.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 64. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_64.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 65. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_65.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 66. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_66.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 67. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_67.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 68. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/20120116_css_ata_68.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 69. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/20120327_css_ata_69.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 70. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/20120706_ata_70_camss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 71. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/20120628_ata_71_camss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 72. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/20130102_ata_72_camss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 73. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/20130507_ata_73_camss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 74. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/ata_74_camss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013a.

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 75. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_75.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013b.

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 76. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_76.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 77. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_77.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 78. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_78.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014f.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 79. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_79.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014g.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 80. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_80.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014h.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 81. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_81.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014i.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 82. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_82.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 83. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_83.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 84. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_84.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015f.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 85. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_85.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015g.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 86. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_86.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 88. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_88.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 89. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_89.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017h.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 90. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_90.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017i.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 91. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_91.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017j.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 92. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_92.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017k.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 93. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_93.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018l.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 94. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_94.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018m.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 95. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_95.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018n.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 96. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_96_ata.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018o.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 97. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css97_ata.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2019e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 98. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/Ata_da_98_Reuniao_da_Camara_de_Saude_Suplementar_assinada.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2019f.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 99. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css-ata-99.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2019g.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 100. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/Ata_da_100_Reuniao_da_Camara_de_Saude_Suplementar_assinada.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2019h.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS.** Ata da Reunião n.º 101. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css-ata-101.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2020d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários em Planos de Saúde.** Lista de Presença da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2014_ct_dlp/1reuniao_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014j.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários em Planos de Saúde.** Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2015_ct_dlp/2reuniao_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015h.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários em Planos de Saúde.** Lista de Presença da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2015_ct_dlp/3reuniao_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015i.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Regulamentação dos artigos 30 e 31.** Ata da 1.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Regulamentacao_dos_artigos_30_e_31_da_Lei_9656_98/ct_regulamentacao_ata_1_reuniao_20100913.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Regulamentação dos artigos 30 e 31.** Ata da 2.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Regulamentacao_dos_artigos_30_e_31_da_Lei_9656_98/ct_regulamentacao_ata_2_reuniao_20100914.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010f.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Regulamentação dos artigos 30 e 31.** Ata da 3.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Regulamentacao_dos_artigos_30_e_31_da_Lei_9656_98/ct_regulamentacao_ata_3_reuniao_20101130.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010g.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Regulamentação dos artigos 30 e 31.** Ata da 4.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Regulamentacao_dos_artigos_30_e_31_da_Lei_9656_98/ct_regulamentacao_ata_4_reuniao_20101130.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010h.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Ajustes ao Patrimônio para Fins de PMA e Margem de Solvência.** Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2011_ajustes_ao_patrimonio/20120427_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Compartilhamento de Riscos.** Lista de Presença da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_ct_compartilhamento/1_reuniao_ct_compartilhamento_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017l.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Compartilhamento de Riscos.** Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_ct_compartilhamento/2_reuniao_ct_compartilhamento_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017m.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Compartilhamento de Riscos.** Lista de Presença da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_ct_compartilhamento/3_reuniao_ct_compartilhamento_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017n.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Compartilhamento de Riscos**. Lista de Presença da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_ct_compartilhamento/4_reuniao_ct_compartilhamento_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017o.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Compartilhamento de Riscos**. Lista de Presença da 05.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_ct_compartilhamento/5_reuniao_ct_compartilhamento_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC)**. Lista de Presença da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018_catec/caetec-lista-de-presenca1.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2018p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC)**. Lista de Presença da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018_catec/caetec-lista-de-presenca2.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2018q.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC)**. Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018_catec/catec-reuniao2-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2018r.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC)**. Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018_catec/catec-reuniao2-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2019i.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC)**. Lista de Presença da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2019_catec/catec-reuniao3-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2019j.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC)**. Lista de Presença da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2019_catec/catec-reuniao4-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2019k.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC)**. Lista de Presença da 05.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2019_catec/catec-reuniao5-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2019l.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Portabilidade de Carências**. Lista de Presença da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Portabilidade_d_e_carencias/ct_portabilidade_1_reuniao_lista_de_presenca_20100914.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2010i.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Portabilidade de Carências**. Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Portabilidade_d_e_carencias/ct_portabilidade_2_reuniao_lista_de_presenca_20100914.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2010j.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Portabilidade de Carências**. Lista de Presença da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Portabilidade_d_e_carencias/ct_portabilidade_3_reuniao_lista_de_presenca_parte_i_20100914.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2010k.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Regulamentação da Lei n.º 13.003, de 24 de junho de 2014**. Lista de Presença1 da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/gt13003/gt13003_1a_reuniao_lista_presenca1.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2014k.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Regulamentação da Lei n.º 13.003, de 24 de junho de 2014**. Lista de Presença2 da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/gt13003/gt13003_1a_reuniao_lista_presenca2.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2014l.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Regulamentação da Lei n.º 13.003, de 24 de junho de 2014**. Lista de Presença1 da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/gt13003/2_reuniao_lista_de_presenca_1.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2014m.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Regulamentação da Lei n.º 13.003, de 24 de junho de 2014**. Lista de Presença2 da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/gt13003/2_reuniao_lista_de_presenca_2.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2014n.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Regulamentação da Lei n.º 13.003, de 24 de junho de 2014.** Lista de Presença1 da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/ctr_3_reuniao/3_Lista-de-presenca-1.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2014o.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Regulamentação da Lei n.º 13.003, de 24 de junho de 2014.** Lista de Presença2 da 03.^a Reunião. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/ctr_3_reuniao/3_Lista-de-presenca-2.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2014p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Regulamentação da Lei n.º 13.003, de 24 de junho de 2014.** Lista de Presença1 da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/ctr_4_reuniao/4_Lista-de-presenca-1.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2014q.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica de Regulamentação da Lei n.º 13.003, de 24 de junho de 2014.** Lista de Presença2 da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/ctr_4_reuniao/4_Lista-de-presenca-2.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2014r.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste.** Lista de Presença da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/ct_reajuste_1_reuniao_lista_de_presenca_20100601.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2010l.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste.** Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/ct_reajuste_2_reuniao_lista_de_presenca_20100810.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2010m.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste.** Lista de Presença da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/ct_reajuste_3_reuniao_lista_de_presenca_20101020.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2010n.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste.** Lista de Presença da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/20111220_lista%20de%20presenca_4%20reuniao.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2011e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica do Pool de Risco.** Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/pool_de_risco/2a_reuniao/20120215_2a_reuniao_ct_pool_de_risco_lista_de_Presena.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2012f.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica do Pool de Risco.** Lista de Presença da 03.^a Reunião. Disponível http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/pool_de_risco/2a_reuniao/20120312_3a_reuniao_ct_pool_lista_3_reuniao.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2012g.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica do Pool de Risco.** Lista de Presença da 04.^a Reunião. Disponível http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/pool_de_risco/2a_reuniao/20120627_lista_presena_4a_Reunio_13Jun2012.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2012h.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes.** Lista de Presença da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2014_ct_dlp/camara_dlp_listapresenca_r1.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2014s.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes.** Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2014_ct_dlp/camra_dlp_2reuniao_listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2014t.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes.** Lista de PresençaII da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2014_ct_dlp/camra_dlp_2reuniao_listadepresenca2.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2014u.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes.** Lista de PresençaI da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2014_ct_dlp/camra_dlp_3reuniao_listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2014v.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes.** Lista de PresençaII da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2014_ct_dlp/camra_dlp_3reuniao_listadepresenca2.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2014w.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes.** Lista de Presença I da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2014_ct_dlp/camra_dlp_4reuniao_listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2014x.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes.** Lista de Presença II da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2014_ct_dlp/camra_dlp_4reuniao_listadepresenca2.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2014y.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica sobre Mecanismos Financeiros de Regulação.** Lista de Presença da 01.^a Reunião²²². Rio de Janeiro, ANS, 2012i.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica sobre Mecanismos Financeiros de Regulação.** Lista de Presença da 02.^a Reunião²²³. Rio de Janeiro, ANS, 2012j

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica sobre Mecanismos Financeiros de Regulação.** Lista de Presença da 04.^a Reunião²²⁴. Rio de Janeiro, ANS, 2012k

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica sobre Mecanismos Financeiros de Regulação.** Lista de Presença da 05.^a Reunião²²⁵. Rio de Janeiro, ANS, 2012l

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica sobre o Monitoramento do Relacionamento entre OPS e Prestadores.** Lista de Presença da 1.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2013_ct_monitoramento_do_relacionamento_entre_ops_e_prestadores/1reuniao_ct_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2013e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica sobre Obrigatoriedade de Ouvidorias no Setor da Saúde Suplementar.** Lista de Presença da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2012_obrigatoriedade_ouvidoria_ss/20120613_obrigatoriedade_ouvidoria_ss_1a_reuniao_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2012m.

²²² Documento obtido através da Lei de Acesso à Informação, manifestação n.º 25072.015586/2020-46

²²³ Documento obtido através da Lei de Acesso à Informação, manifestação n.º 25072.015586/2020-46

²²⁴ Documento obtido através da Lei de Acesso à Informação, manifestação n.º 25072.015586/2020-46

²²⁵ Documento obtido através da Lei de Acesso à Informação, manifestação n.º 25072.015586/2020-46

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica sobre Obrigatoriedade de Ouvidorias no Setor da Saúde Suplementar.** Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2012_obrigatoriedade_ouvidoria_ss/20120716_obrigatoriedade_ouvidoria_ss_2a_reuniao_lista_presenca.pdf. Rio de Janeiro, ANS, 2012n.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica sobre Configuração da Infração às Normas sobre Suspensão e Rescisão Unilateral de Contrato Individual.** Lista de Presença da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2015_ct_suspensaorecisao_uci/ct_suspensaorecisao_uci_1reuniao_listapresenca.pdf. Rio de Janeiro, ANS, 2015j

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica sobre Configuração da Infração às Normas sobre Suspensão e Rescisão Unilateral de Contrato Individual.** Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2015_ct_suspensaorecisao_uci/ct_suspensaorecisao_uci_2reuniao_listadepresenca.pdf. Rio de Janeiro, ANS, 2015k

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Câmara Técnica sobre Configuração da Infração às Normas sobre Suspensão e Rescisão Unilateral de Contrato Individual.** Lista de Presença da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2015_ct_suspensaorecisao_uci/ct_suspensaorecisao_uci_3reuniao_listadepresenca.pdf. Rio de Janeiro, ANS, 2015l.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Gestor do QUALISS – COGEP.** Ata de Reunião do COGEP nº 01. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/cogep/atas/20120618_ata_1a_reuniao_cogep_20111205.pdf. Rio de Janeiro: ANS, 2011f.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Gestor do QUALISS – COGEP.** Ata de Reunião do COGEP nº 02. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/cogep/atas/20120618_ata_2a_reuniao_cogep_20120213.pdf. Rio de Janeiro: ANS, 2012o.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Gestor do QUALISS – COGEP.** Ata de Reunião do COGEP nº 03. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/cogep/atas/20120824_ata_3a_cogep_9042012_final.pdf. Rio de Janeiro: ANS, 2012p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Gestor do QUALISS – COGEP.** Ata de Reunião do COGEP nº 05. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/cogep/atas/20130322_ata5_reuniao_COGEP_13_08_2012.pdf. Rio de Janeiro: ANS, 2012q.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Gestor do QUALISS – COGEP**. Ata de Reunião do COGEP nº 07. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/cogep/atas/20130408_ata8_reuniao_cogep.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013f.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Gestor do QUALISS – COGEP**. Ata de Reunião do COGEP nº 08. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/cogep/atas/20130408_ata8_reuniao_cogep.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013g.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Gestor do QUALISS – COGEP**. Ata de Reunião do COGEP nº 09. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/cogep/atas/20130610_ata9_reuniao_cogep.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013h.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Gestor do QUALISS – COGEP**. Ata de Reunião do COGEP nº 10. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/cogep/atas/20131016_ata10_reuniao_cogep.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013i.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Gestor do QUALISS – COGEP**. Ata de Reunião do COGEP nº 11. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/cogep/atas/20131014_ata11_reuniao_cogep.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013j.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Gestor do QUALISS – COGEP**. Ata de Reunião do COGEP nº 12. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/cogep/atas/20131209_ata12_reuniao_cogep.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013k.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos**. Lista de Presença1 da 1.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_comite_estrutura_produtos/reuniao_1_ata.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017q.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos**. Lista de Presença2 da 1.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_comite_estrutura_produtos/reuniao_1_lista_de_presenca_2.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017r.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos**. Lista de Presença da 2.^a Reunião Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_comite_estrutura_produtos/reuniao_2_listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017s.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos**. Lista de Presença1 da 3.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_comite_estrutura_produtos/reuniao_3_listadepresenca1.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017t.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos.** Lista de Presença2 da 3.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_comite_estrutura_produtos/reuniao_3_listadepresenca2.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017u.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos.** Lista de Presença1 da 4.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_comite_estrutura_produtos/reuniao_4_lista_de_presenca_1.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017v.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos.** Lista de Presença2 da 4.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_comite_estrutura_produtos/reuniao_4_lista_de_presenca_2.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017w.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos.** Lista de Presença da 5.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_comite_estrutura_produtos/reuniao_5_listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017x.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos.** Lista de Presença da 7.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_comite_estrutura_produtos/Listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017y.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos.** Lista de PresençaI da 8.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018/Lista-de-Presenca-I.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018s.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Técnico Contábil.** Lista de Presença da 1.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_tecnica_contabil/2018_ctc_reuniao_1_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017z.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Técnico Contábil.** Lista de Presença da 2.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_tecnica_contabil/2018_ctc_reuniao_2_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018t.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Técnico Contábil.** Lista de Presença da 3.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_tecnica_contabil/2018_ctc_reuniao_3_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018u.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Técnico Contábil**. Lista de Presença da 4.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_tecnica_contabil/2018_ctc_reuniao_4_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018v.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos**. Lista de PresençaII da 8.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018/Lista-de-Presenca-II.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018w.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 01. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20070202.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2007e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 02. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20070302.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2007f.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 03. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20070330.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2007g.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 04. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20070416.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2007h.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 05. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20070504.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2007i.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 06. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20070629.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2007j.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 07. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20070803.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2007k.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 08. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20070914.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2007l.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 09. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20071019.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2007m.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 10. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20071207.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2007n.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 11. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20080129.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2008g.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 12. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20080307.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2008h.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 13. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20080404.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2008i.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 14. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20080516.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2008j.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 15. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20080606.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2008k.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 16. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20080627.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2008l.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 17. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20080801.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2008m.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 18. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20081002.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2008n.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 19. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20081028.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2008o.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 20. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20081211.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2008p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 21. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20090129.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2009g.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 22. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20090304.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2009h.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 23. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20090403.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2009i.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 24. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20090504.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2009j.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 25. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20090604.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2009k.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 26. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20090806.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2009l.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 27. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20090904.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2009m.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 28. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20090930.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2009n.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 29. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20091105.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2009o.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 30. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20091208.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2009p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 31. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20100204.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010o.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 32. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20100311.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 33. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20100415.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010q.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 34. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20100527.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010r.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 35. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20100708.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010s.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 36. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20100812.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010t.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 37. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20100902.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010u.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 38. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20101007.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010v.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 39. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20101111.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010w.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 40. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20101216.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010x.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 41. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20110210.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011g.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 42. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20110302.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011h.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 43. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20110414.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011i.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 44. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20110525.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011j.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 45. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20110616.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011k.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 46. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20110825.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011l.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 47. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20111103.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011m.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 48. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20111124.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011n.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 49. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/ata_copiss_20111215.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011o.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 50. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2012/ata_50_copiss_20120521.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012r.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 51. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2012/ata_51_copiss_20120521.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012s.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 52. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2012/2012_0525_ata_52_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012t.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 53. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2012/2012_0703_ata_aprovada.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012u.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 54. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2012/2012_0803_ata_54_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012v.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 55. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2012/2012_1011_ata_55_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012w.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 56. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2012/2012_1011_ata_56_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012x.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 57. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2012/2012_1010_ata_57_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012y.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 58. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2012/2013_0318_ata_58_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012z.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 59. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2012/2013_0318_ata_59_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012aa.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 60. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2013/2013_0415_ata_60_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013l.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 61. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2013/2013_0321_ata_61_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013m.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 62. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2013/ata_62_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013n.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 63. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2013/ata_63_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013o.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 64. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2013/ata_64_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 65. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2013/ata_65_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013q.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 66. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2013/ata_66_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013r.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 67. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2013/ata_67_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013s.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 68. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2013/ata_68_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013t.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 70. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2014/ata_70_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014z.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 71. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2014/ata_71_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014aa.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 72. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2014/ata_7_2_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014ab.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 73. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2014/ata_7_3_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014ac.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 74. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2014/ata_7_4_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014ad.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 75. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2014/ata_7_5_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014ae.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 76. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2014/ata_7_6_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014af.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 77. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2014/ata_7_7_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014ag.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 78. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2015/ata-copiss-78.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015m.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 79. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2015/ata-copiss-79.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015n.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 80. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2015/ata-copiss-80.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015o.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 81. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2015/ata-copiss-81.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 82. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2016/82a-reuniao-COPISS-Ata-para-o-site.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 83. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2016/83a-reuniao-copiss-ata-para-o-site.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016f.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 84. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2016/84a-reuniao-copiss-ata-para-o-site.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016g.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 85. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2016/85a-reuniao-copiss-ata-para-o-site.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016h.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 86. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2016/86a_reuniao_copiss_ata.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016i.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 87. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2017/ata-copiss-87.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017aa.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 88. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/2017/ata-copiss-88.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017ab.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 89. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/2017/ata-copiss-89.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017ac.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 90. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/2017/ata-copiss-90.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017ad.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 91. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/2017/ata-copiss-91.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017ae.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 92. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/2018/Ata-da-92-Reunio-do-COPISS---original-colorida---1-via---final.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018x.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 93. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/2018/ata_da_a_93_reuniao_copiss_para_o_site.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018y.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 94. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/2018/ata_da_a_94_reuniao_copiss-final.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018z.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 95. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/copiss/atas/2018/ata_da_a_95_reuniao_do_copiss-para_site_ans.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018aa.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 96. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2018/ata_da_96_reuniso_copiss_29-11-2018-original-colorida.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018ab.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 97. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2019/ata_da_97_reuniao_copiss_2_colorida.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2019m.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 98. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2019/ata_da_98_reuniao_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2019n.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 99. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2019/ata_da_99_reuniao_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2019o.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS**. Ata da Reunião do COPISS n.º 100. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/copiss/atas/2019/ata_da_100_reuniao_copiss.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2019p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da Reunião Inaugural. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2014_cosaude/cosaud_e_listapresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014ah.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 1.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2014_cosaude/cosaud_e_1reuniao_listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014ai.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 2.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2014_cosaude/cosaud_e_2reuniao_listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014aj.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 3.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2014_cosaude/cosaud e-3reuniao-listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014ak.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 4.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2014_cosaude/cosaud e-4reuniao-listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014al

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 5.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2014_cosaude/cosaud e-5reuniao-listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014am.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 6.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2014_cosaude/cosaud e-6reuniao-listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014an.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 7.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2015_cosaude/cosaud e-7reuniao-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015q.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 8.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2015_cosaude/cosaud e-8-reuniao-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015r.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 9.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2015_cosaude/cosaud e-9-reuniao-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015s.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 10.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2015_cosaude/cosaud e-10-reuniao-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015t.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 11.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2015_cosaude/cosaud e-11-reuniao-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015u.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 12.^a Reunião. Disponível em

http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2015_cosaude/cosaud e-12-reuniao-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015v.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença1 da 13.^a Reunião. Disponível em

http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2016_cosaude/cosaud e-13-reuniao-lista-de-presenca1.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016j.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença2 da 13.^a Reunião. Disponível em

http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2016_cosaude/cosaud e-13-reuniao-lista-de-presenca2.pdf. Rio de Janeiro: ANS, 2016k.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença1 da 14.^a Reunião. Disponível em

http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2016_cosaude/cosaud e-14-reuniao-lista-de-presenca1.pdf. Rio de Janeiro: ANS, 2016l.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença2 da 14.^a Reunião. Disponível em

http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2016_cosaude/cosaud e-14-reuniao-lista-de-presenca2.pdf. Rio de Janeiro: ANS, 2016m.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 15.^a Reunião. Disponível em

http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2016_cosaude/cosaud e-15-reuniao-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016n.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 16.^a Reunião. Disponível em

http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2016_cosaude/cosaud e-16-reuniao-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016o.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 17.^a Reunião. Disponível em

http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2016_cosaude/cosaud e-17-reuniao-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 18.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2016_cosaude/cosaud e-18-reuniao-lista-de-presenca.pdf. Rio de Janeiro: ANS, 2016q.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 19.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2016_cosaude/cosaud e-19-reuniao-lista-de-presenca.pdf. Rio de Janeiro: ANS, 2017af.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 20.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2018_cosaude/cosaud e-21-lista-presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018ac.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 21.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2018_cosaude/cosaud e-21-lista-presenca.pdf. Rio de Janeiro: ANS, 2018ad.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 22.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2018_cosaude/cosaud e-22-lista-presenca.pdf. Rio de Janeiro: ANS, 2019q.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 23.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2019_cosaude/lista-de-presen%C3%A7a-cosaude-23a-reuniao.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2019r.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Permanente de Regulação em Saúde – COSAÚDE**. Lista de Presença da 24.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2019_cosaude/lista-de-presenca-cosaude-24.pdf. Rio de Janeiro: ANS, 2019s.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial – COTAQ**. Lista de Presença da 1.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comite_de_qualidade_setorial/2016_cotaq_reuniao1_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016r.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial – COTAQ**. Lista de Presença da 2.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comite_de_qualidade_setorial/2016_cotaq_reuniao2_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016s.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial – COTAQ**. Lista de Presença da 3.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comite_de_qualidade_setorial/2017_cotaq_reuniao3_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017ag.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial – COTAQ**. Lista de Presença da 4.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comite_de_qualidade_setorial/2017_cotaq_reuniao4_listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017ah.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial – COTAQ**. Lista de Presença da 5.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comite_de_qualidade_setorial/2017_cotaq_reuniao5_listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017ai.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial – COTAQ**. Lista de Presença da 6.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comite_de_qualidade_setorial/2017_cotaq_reuniao6_listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017aj.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial – COTAQ**. Lista de Presença da 8.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comite_de_qualidade_setorial/cotaq_reuniao8_listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018ae.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comissão Permanente de Solvência - CPS**. Lista de Presença da 2.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_permanente_de_solvencia/2017_cps_reuniao_2_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017ak.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comissão Permanente de Solvência - CPS**. Lista de Presença da 3.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_permanente_de_solvencia/2017_cps_reuniao_3_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017al.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comissão Permanente de Solvência - CPS**. Lista de Presença da 4.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_permanente_de_solvencia/2017_cps_reuniao_4_listadepresenca.pdf Rio de Janeiro: ANS, 2017am.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comissão Permanente de Solvência - CPS**. Lista de Presença da 5.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_permanente_de_solvencia/5_reuniao_lista_presenca.pdf Rio de Janeiro: ANS, 2017an.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comissão Permanente de Solvência - CPS**. Lista de Presença da 6.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_permanente_de_solvencia/2018_cps_reuniao_6_lista_presenca.pdf Rio de Janeiro: ANS, 2018af.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Comissão Permanente de Solvência - CPS**. Lista de Presença da 7.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_permanente_de_solvencia/2018_cps_reuniao_7_lista_presenca.pdf Rio de Janeiro: ANS, 2018ag.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 31**. Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 31. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_31_relatorio_a_ns_cp_31_rol_novembro2009.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2009q.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 33**. Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 33. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_33_relatorio.pdf , Rio de Janeiro: ANS, 2010y.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 35**. Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 35. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_35_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010z.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 36**. Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 36. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_36_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 38**. Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 38. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_38_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011q.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 39**. Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 39. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_39_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011r.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 40.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 40. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_40_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011s.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 41.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 41. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_41_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011t.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 42.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 42. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_42_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011u.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 43.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 43. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/20120720_relatorio_RCP432011.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011v.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 44.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 44. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_44_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011w.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 45.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 45. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_45_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011x.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 46.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 46. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/20111222_cp_46_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011y.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 47.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 47. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/20121105_cp_47_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012ab.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 48.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 48. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/20121025_nota_GGEFP_1947-12.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012ac.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 49.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 49. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/20121031_conclusao_cp49.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012ad.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 50.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 50. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/CP50_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012ae.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 51.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 51. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp51_relatorio_consulta_publica.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013u.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 52.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 52. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/cp52_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013v.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 53.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 53. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp53/cp_53_notas838_revisaodorol2013.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013w.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 54.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 54. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp54/cp54_relatoriofinal.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2014ao.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 57.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 57. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp57/relatorio_cp57.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015w.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 59.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 59. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp59/cp_59_notas172.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015x.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 60.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 60. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp60/cp60_relatorio_final_pos_dicol.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018ah.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 61.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 61. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp61/relatorio-revisao_do_rol_2018.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017ao.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 62.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 62. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp62/relatorio_consulta_publica_62.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017ap.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 63.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 63. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp63/relatorio_consulta_publica.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017aq.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 64.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 64. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp64/RelatriodaCP64.pdf . Rio de Janeiro; ANS, 2017ar.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 65.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 65. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp65/ASSNT-DIFIS-Relatorio-da-consulta-publica-no-65.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017as.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 66.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 66. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp66/cp66_cp66site.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018ai.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 67.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 67. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp67/cp67_relatorio_sei.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018aj.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 68.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 68. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp68/cp68_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018ak.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 69.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 69. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp69/cp69_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018al.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 70.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 70. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp70/cp70_relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018am.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 71.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 71. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp71/cp71_relatorio_da_consulta_publica_71_18_12_2019.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2019t.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 72.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 72. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp72/cp72-relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2019u.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 73.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 73. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp73/cp73-relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2019v.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 74.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 74. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp74/cp74-relatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2019w.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 76.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 76. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp76/01_Relatorio_CP76.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2020e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Consulta Pública n.º 77.** Relatório da Consulta Pública (RCP) n.º 77. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp77/Relatorio_CP_77_-_Risco_de_Credito_vFinal.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2020f.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Diretoria Colegiada da ANS.** Ata da 313.^a Reunião da Diretoria Colegiada da ANS. Disponível em : http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Atas_da_diretoria/Ata_2011_313.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011z.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Diretoria Colegiada da ANS.** Ata da 315.^a Reunião da Diretoria Colegiada da ANS. http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Atas_da_diretoria/Ata_2011_315.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011aa.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Diretoria Colegiada da ANS.** Ata da 474.^a Reunião da Diretoria Colegiada da ANS. Disponível em : <http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/reunioes-da-diretoria-ans> . Rio de Janeiro: ANS, 2017at.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Diretoria Colegiada da ANS.** Ata da 475.^a Reunião da Diretoria Colegiada da ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/reunioes-da-diretoria-ans> . Rio de Janeiro: ANS, 2017au.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **DIRETORIA Colegiada da ANS.** Ata da 490.^a Reunião da Diretoria Colegiada da ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/reunioes-da-diretoria-ans> . Rio de Janeiro: ANS, 2018an.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Diretoria Colegiada da ANS.** Ata da 494.^a Reunião da Diretoria Colegiada da ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/reunioes-da-diretoria-ans> . Rio de Janeiro: ANS, 2018ao.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Diretoria Colegiada da ANS.** Ata da 498.^a Reunião da Diretoria Colegiada da ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/reunioes-da-diretoria-ans> . Rio de Janeiro: ANS, 2018ap.

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. **Diretoria Colegiada da ANS.** Ata da 510.^a Reunião da Diretoria Colegiada da ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/reunioes-da-diretoria-ans> . Rio de Janeiro: ANS, 2019x.

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. **Diretoria Colegiada da ANS.** Ata da 530.^a Reunião da Diretoria Colegiada da ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/reunioes-da-diretoria-ans> . Rio de Janeiro: ANS, 2020g.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Diretoria Colegiada da ANS.** Ata da 16.^a Reunião Extraordinária da Diretoria Colegiada da ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/reunioes-da-diretoria-ans> . Rio de Janeiro: ANS, 2020h.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Diretoria Colegiada da ANS.** Ficha de Qualificação do Tema 12 da Agenda Regulatória 2019-21 da ANS. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/Compromissos_interacoes_ANS/ressarcimento/12_ficha.pdf >. Rio de Janeiro: ANS, 2019z.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Diretoria Colegiada da ANS.** Gravação da 474.^a Reunião da Diretoria Colegiada da ANS. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Pg-XgIL6zAI> . Rio de Janeiro: ANS, 2017av.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES)**. Apresentação no no Painel 02 do GT de Coparticipação e Franquia, realizado em 14.02.2017. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/interareas/20170310_a_presentacao_martha_oliveira_coparticipacao_e_franquia.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017aw.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES)**. Relatório de Análise de Impacto Regulatório: Mecanismos Financeiros de Regulação – Coparticipação e Franquia. Disponível em : http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap11/air_coparticipacao_franquia2.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017ax.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES)**. **Processo n.º 33910.000554/2017-50**. Nota Técnica n.º 11, de 13 de julho de 2018. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp60/cp_60_sei_ans-7672053-nota_tecnica.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018aq.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Diretoria de Fiscalização (DIDES)**. PROCESSO Nº: 33910.000554/2017-50. Nota Técnica n.º 1/2018/COJUN/GAJCP/DIRAD-DIDES/DIDES. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap11/nota_tecnica1.pdf >. Rio de Janeiro: ANS, 2018ax.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. **Diretoria de Fiscalização (DIFIS), Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO)**. Processo n.: 33910.013199/2020-84. Nota Técnica n. 13/2020/DIFIS-DIOPE-DIPRO. Disponível em: < https://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/covid_19/nota-tecnica-13-2020-difis-diope-dipro.pdf >. Rio de Janeiro: ANS, 2020m.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO)**. Apresentação em Power Point realizada na 5.^a Reunião da Câmara Técnica sobre Mecanismos Financeiros de Regulação. Disponível em : http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2012_mecanismos_d_e_regulacao/20121126_5a_reuniao_ct_mec_reg_apresentacao.ppt > . Rio de Janeiro: ANS, 2012af.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO)**. Nota Técnica n.º 196, de 02 de outubro de 2017: Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Disponível em : http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp61/cp61_relatorio_notas_tecnica_196_2017.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017ay.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO)**. Relatório de Análise de Impacto Regulatório: Política de Preços e Reajustes dos Planos de Saúde. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap10/ap10_air_nova_metodologia_reajustes_planos_individuais.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018ar.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO)**. Relatório de Análise de Impacto Regulatório Complementar: Proposta de Metodologia de Reajuste dos Planos Individuais Novos a Partir das Contribuições da Audiência Pública n.º 10/2018, realizada entre 24.07.2018 e 25.07.2018. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap13/ap13_relatorio_impacto_regulatorio.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018as.

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. **Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO)**. **Processo n.º 33910.006606/2020-05. Nota Técnica n.º 12, de 22 de abril de 2020.** Disponível em : http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/75584___Nota%2012.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2020i.

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. **Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO)**. **Processo n.º 33910.015141/2020-75. Nota Técnica n.º 14, de 15 de julho de 2020.** Disponível em : http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap16/ap16-exposicao-de-motivos-nota-tecnica-14.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2020j.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras**. Lista de Presença da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_pqo/gt_pqo_1reuniao_listapresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016t.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras**. Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_pqo/gt_pqo_2reuniao_listapresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017az.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras**. Lista de Presença da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_pqo/gt_pqo_reuniao_3_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017ba.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras**. Lista de Presença da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_pqo/gt_pqo_reuniao_4_listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bb.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras.** Lista de Presença da 05.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_pqo/gt_pqo_reuniao_5_listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bc.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras.** Lista de Presença da 06.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_pqo/gt_pqo_reuniao_6_listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bd.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras.** Lista de Presença da 07.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_pqo/gt_acreditacao_7reuniao_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017be.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Assistência Farmacêutica.** Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2012_assistencia_farmaceutica_/assistencia_farmaceutica_2a_reuniao_gt_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011ab.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Assistência Farmacêutica.** Lista de Presença da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2012_assistencia_farmaceutica_/3a_reuniao/20120619_gt_assistencia_farmaceutica_3_reuniao_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011ac.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Assistência Farmacêutica.** Lista de Presença da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/assistencia_farmaceutica/gt_assistencia_4_reuniao_lista.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012ag.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico Franquia e Coparticipação Interáreas.** Lista de Presença da Reunião do 31.10.2016. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/interareas/3110-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016u.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico Franquia e Coparticipação Interáreas.** Lista de Presença da Reunião do dia 22.11.2016. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/interareas/2211-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016v.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico Franquia e Coparticipação Interáreas.** Lista de Presença da Reunião do dia 14.02.2017. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/interareas/20170214_lista_de_presenca_1.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bf.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico Franquia e Coparticipação Interáreas.** Lista de Presença² da Reunião do dia 14.02.2017. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/interareas/20170214_lista_de_presenca_2.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bg.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico Debates Fiscalizatórios.** Lista de Presença da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_debates_fiscalizatorios/gt_debates_fiscalizatorios_3_reuniao_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bh

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico Debates Fiscalizatórios.** Lista de Presença da 04.^a Reunião Parte 1. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_debates_fiscalizatorios/gt_debates_fiscalizatorios_4_reuniao_lista_presenca_parte1.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bi.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico Debates Fiscalizatórios.** Lista de Presença da 04.^a Reunião Parte 2. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_debates_fiscalizatorios/gt_debates_fiscalizatorios_4_reuniao_lista_presenca_parte2.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bj.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico Debates Fiscalizatórios.** Lista de Presença da 04.^a Reunião Parte 2. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_debates_fiscalizatorios/gt_debates_fiscalizatorios_4_reuniao_lista_presenca_parte3.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bk.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Genética.** Lista de Presença da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_genetica/Lista-de-Presenca-2.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016w.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Genética.** Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_genetica/Lista-de-Presenca-3.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016x.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Genética.** Lista de Presença da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_genetica/Lista-de-Presenca-4.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016y.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Genética.** Lista de Presença da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_genetica/20160912_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016z.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Genética.** Lista de Presença da 05.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_genetica/20160913_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016aa.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Oncologia.** Lista de Presença1 da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_oncologia/gt_oncorede_reuniao5_lista_de_presenca_1.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016ab.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Oncologia.** Lista de Presença2 da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_oncologia/gt_oncorede_reuniao5_lista_de_presenca_2.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016ac.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Oncologia.** Lista de Presença3 da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_oncologia/gt_oncorede_reuniao5_lista_de_presenca_3.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016ad.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Oncologia.** Lista de Presença da 05.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_oncologia/gt_oncorede_reuniao6_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bl.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Oncologia.** Lista de Presença1 da 06.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_oncologia/gt_oncorede_reuniao7_lista_de_presenca1.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bm.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Oncologia.** Lista de Presença2 da 06.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_oncologia/gt_oncorede_reuniao7_lista_de_presenca2.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bn.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Remuneração.** Lista de Presença1 da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/2reuniao_2016_remuneracao_lista_de_presenca_1.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016ae.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Remuneração.** Lista de Presença2 da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/2reuniao_2016_remuneracao_lista_de_presenca_2.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016af.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Remuneração.** Lista de Presença da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/3reuniao_2017_remuneracao_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bo.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Remuneração.** Lista de Presença da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/4reuniao_2017_remuneracao_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bp.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Remuneração.** Lista de Presença da 05.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/5reuniao_2017_remuneracao_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bq.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Remuneração.** Lista de Presença da 06.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/6reuniao_2017_remuneracao_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017br.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Remuneração.** Lista de Presença da 07.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/7reuniao_2017_remuneracao_lista_de_presenca1.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bs.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Remuneração.** Lista de Presença da 07.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/7reuniao_2017_remuneracao_lista_de_presenca2.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bt.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Remuneração.** Lista de Presença da 07.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/7reuniao_2017_remuneracao_lista_de_presenca3.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bu.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Remuneração.** Lista de Presença da 08.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/8reuniao_2017_remuneracao_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bv.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Remuneração.** Lista de Presença do Subgrupo SADT. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/2reuniao_sub_grupo_2018_lista_de_presenca_sadt.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018at.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Remuneração.** Lista de Presença do Subgrupo Atenção Hospitalar. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/2reuniao_sub_grupo_2018_lista_de_presenca_atencao_hospitalar.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018au.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Remuneração.** Lista de Presença da 09.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/9reuniao_2018_remuneracao_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018av.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da RN 338/2013.** Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2013_gt_revisao_rol/gt_rol_2013_2a_2_reuniao_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013x.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da RN 338/2013.** Lista de Presença da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2013_gt_revisao_rol/3_gtrol_doc1.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013y.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da RN 338/2013.** Lista de Presença da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2013_gt_revisao_rol/2_0130506_doc1_listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013z.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da RN 338/2013.** Lista de Presença1 da 05.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2013_gt_revisao_rol/2_0130528_doc1_listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013aa.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da RN 338/2013.** Lista de Presença2 da 05.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2013_gt_revisao_rol/2_0130528_doc2_listadepresenca2.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013ab.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Solvência.** Lista de Presença da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2013_gt_revisao_rol/2_0130328_lista_presenca_1reuniao.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2013ac

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Solvência.** Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2013_gt_revisao_rol/20130520-listadepresenca2reuniao.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2013ad.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Solvência.** Lista de Presença da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2013_gt_revisao_rol/2013_grupotecnicosolvencia_3reuniao_listapresencaassinada.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2013ae.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Solvência.** Lista de Presença da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2013_gt_revisao_rol/2013_grupotecnicosolvencia_4reuniao_listapresenca.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2013af.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico de Solvência.** Lista de Presença da 05.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2013_gt_revisao_rol/2013_grupotecnicosolvencia_5reuniao_listapresenca.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2013ag.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018.** Lista de Presença da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_cosaude/gt_cosaude_reuniao_1_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bw.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018.** Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_cosaude/gt_cosaude_reuniao_2_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bx.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018.** Lista de Presença da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_cosaude/gt_cosaude_reuniao_3_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017by.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018.** Lista de Presença da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_cosaude/gt_cosaude_reuniao_4_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017bz.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018.** Lista de Presença da 05.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_cosaude/gt_cosaude_reuniao_5_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017ca.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018.** Lista de Presença da 06.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_cosaude/gt_cosaude_reuniao_6_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017cb.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018.** Lista de Presença da 07.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_cosaude/gt_cosaude_reuniao_7_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017cc.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018.** Lista de Presença da 08.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_cosaude/gt_cosaude_reuniao_8_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017cd.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018.** Lista de Presença da 09.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_cosaude/gt_cosaude_reuniao_9_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017cf.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018.** Lista de Presença da 10.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_cosaude/gt_cosaude_reuniao_10_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017cg.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018.** Lista de Presença da 11.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_cosaude/gt_cosaude_reuniao_11_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017ch.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018.** Lista de Presença da 12.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_cosaude/gt_cosaude_reuniao_12_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017ci.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018.** Lista de Presença da 13.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_cosaude/gt_cosaude_reuniao_13_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017cj.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018.** Lista de Presença da 14.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_cosaude/gt_cosaude_reuniao_14_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017ck.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018.** Lista de Presença da 15.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_cosaude/gt_cosaude_reuniao_15_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017cl.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Grupo Técnico do Novo Modelo de Reajuste.** Lista de Presença da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/ct_reajuste_1_reuniao_gt_lista_de_presenca_20110203.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011ad

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico do Novo Modelo de Reajuste.** Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/2011/GT_2a_reuniao_2011/gt_reajuste_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011ae.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico do Novo Modelo de Reajuste.** Lista de Presença da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/ct_reajuste_3_lista_de_presenca_da_3a_reuniao.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011af.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico do Novo Modelo de Reajuste.** Lista de Presença da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/gt_reajuste_4_lista_de_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011ag.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico do Novo Modelo de Reajuste.** Lista de Presença da 05.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/2011/GT_5a_reuniao_2011/Lista_de_Presena_5_Reuniao_GT.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2011ah.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico do Programa de Qualificação de Operadoras.** Lista de Presença da 01.^a Reunião. http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/2017_gt_idss/gt_idss_1reuniao_listapresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017cm.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico do Programa de Qualificação de Operadoras.** Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/2017_gt_idss/gt_idss_2reuniao_listapresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017cn.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico do Programa de Qualificação de Operadoras.** Lista de Presença da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/2017_gt_idss/gt_idss_3reuniao_listadepresenca_pqo_26abr2017.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017co.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico do Programa de Qualificação de Operadoras.** Lista de Presença da Oficina do IDSS para Operadoras. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/2017_gt_idss/gt_idss_4reuniao_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017cp.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico Lei 13.003/14.** Lista de Presença da Reunião do dia 17.05.2016. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/lei-13003-14/lista-de-presenca-fator-de-qualidade.pdf . Rio de Janeiro, ANS, 2016ag.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Grupo Técnico Lei 13.003/14.** Lista de Presença da Reunião do dia 21.06.2016. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/lei-13003-14/lista-presenca_21_06_16.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016ah.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Grupo Técnico Lei 13.003/14.** Lista de Presença da Reunião do dia 15.02/2017. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/lei-13003-14/gt-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017cq.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Grupo Técnico Lei 13.003/14.** Lista de PresençaII da Reunião do dia 15.02/2017. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/lei-13003-14/gt-lista-de-presenca2.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2017cr.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Grupo Técnico para Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da RN 167/2008.** Lista das Instituições Participantes. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/rol_de_procedimentos/20090325_instiuicoes_participantes.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2008q.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Grupo Técnico para Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da RN 387/15.** Lista de Presença da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2015_gt_formsus_dut/2015_gt_formsus_dut_listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015y.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Grupo Técnico para Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da RN 387/15.** Lista de Presença da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2015_gt_formsus_dut/gt_formsus_2-reuniao_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015z.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Grupo Técnico para Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da RN 387/15.** Lista de Presença da 03.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2015_gt_formsus_dut/dut_3_reuniao_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015aa.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Grupo Técnico para Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da RN 387/15.** Lista de Presença da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2015_gt_formsus_dut/dut_4_reuniao_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015ab.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Grupo Técnico para Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da RN 387/15.** Lista de Presença da 04.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2015_gt_formsus_dut/dut_5_reuniao_lista_presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2015ac.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico Projeto Sua Saúde.** Lista de Presença da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/2016_gt_escolha_bem/gt_escolha_bem_1reuniao_listadepresenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016ai.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico Zika Vírus.** Lista de Presença da 01.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2016_gt_viruszika/gt_viruszika_2_reuniao_listadepresenca1.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016aj.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico Zika Vírus.** Lista de Presença1 da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2016_gt_viruszika/gt_viruszika_1_reuniao_listadepresenca1.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016ak.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico Zika Vírus.** Lista de Presença2 da 02.^a Reunião. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2016_gt_viruszika/gt_viruszika_1_reuniao_listadepresenca2.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016al.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico Interáreas (DIDES, DIPRO, DIFIS).** Lista de Presença da Reunião do dia 14.07.2016. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/interareas/lista-presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016am.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico Interáreas (DIDES, DIPRO, DIFIS).** Lista de Presença1 da Reunião do dia 05.09.2016. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/interareas/0509-lista-de-presenca-1.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016an.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico Interáreas (DIDES, DIPRO, DIFIS).** Lista de Presença2 da Reunião do dia 05.09.2016. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/interareas/0509-lista-de-presenca-2.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016ao.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico Interáreas (DIDES, DIPRO, DIFIS).** Lista de Presença da Reunião do dia 31.10.2016. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/interareas/3110-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016ap.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo Técnico Interáreas (DIDES, DIPRO, DIFIS).** Lista de Presença da Reunião do dia 22.11.2016. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/interareas/2211-lista-de-presenca.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2016aq.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Grupo de Trabalho sobre Planos Acessíveis.** Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis. Disponível em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-de-trabalho-sobre-planos-acessiveis> . Rio de Janeiro: 2017cs.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Guia Técnico de Boas Práticas Regulatórias: orientações técnicas para o aprimoramento do processo regulatório.** Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/guia_tecnico_boas_praticas.pdf >

Rio de Janeiro: ANS, 2014ap.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Minuta de Resolução Normativa para regulamentar a metodologia de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, contratados individualmente, apresentada pela ANS na Audiência Pública n.º 10.** Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap10/ap10_rn_minuta_reajustes_individuais.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2018aw.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Ofício n.º 323/10, encaminhando pela Fundação Procon e pelo Idec à ANS em 06 de agosto de 2010, com as contribuições para a Câmara Técnica de Reajuste de Planos de Saúde.** Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/ct_reajuste_proposta_idec_e_procon_20100914.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2010aa.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Ofício n.º 2287.07/12 encaminhado pela Proteste à ANS em 18 de julho de 2012.** Disponível em : http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2012_mecanismos_de_regulacao/Contribuies_-_CT_Mecanismos_de_Regulao.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012ah.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Ofício n.º 2287.08/12 encaminhado pela Proteste à ANS em 23 de agosto 2012.** Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2012_mecanismos_de_regulacao/20120913_Contribuies_Proteste.pdf . Rio de Janeiro: ANS, 2012ai.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Planeamento Estratégico 2021-2024.** Diretoria Colegiada da ANS. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/plano_estrategico_2021-2024.pdf >. Rio de Janeiro. ANS, 2021b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Presidência da ANS.** Processo n.º 33902.036554/2017-97, que dispõe sobre o Grupo de Trabalho para Avaliar Proposta de Criação de Plano Acessível Encaminhada para a ANS pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-de-trabalho-sobre-planos-aceessiveis> . Rio de Janeiro: ANS, 2017ct.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Relatório de atividades – Exercício 2019.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Prestacao-de-Contas/Relatorio_de_Atividades/2019_relatorio_atividades.pdf>. Rio de Janeiro: ANS, 2020k.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Tabnet: Informações em Saúde Suplementar.** Disponível em http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def . Rio de Janeiro: ANS, 2020l.